

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»
Кафедра права, національної безпеки та європейської інтеграції

Кваліфікаційна робота магістра
на тему
РЕГІОНАЛЬНІ МОДЕЛІ СТВОРЕННЯ ВЕТЕРАНСЬКИХ ПРОСТОРІВ ТА
ЦЕНТРІВ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ

Виконав студент 2 курсу,
групи ППГЗ-3-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічна політика та управління в
умовах гібридних загроз»
_____ Юрій ПОЛЩУК

Науковий керівник роботи:
доцент кафедри права, національної
безпеки та європейської інтеграції
_____ Ліна ІГНАТЕНКО

Харків – 2025

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕГІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ СТВОРЕННЯ ВЕТЕРАНСЬКИХ ПРОСТОРІВ ТА ЦЕНТРІВ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ..	8
1.1 Принципи та механізми формування регіональних моделей ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги	8
1.2 Міжнародний досвід та моделі створення ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги	20
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ РЕГІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ СТВОРЕННЯ ВЕТЕРАНСЬКИХ ПРОСТОРІВ ТА ЦЕНТРІВ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	30
2.1 Організаційна структура та практики функціонування ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги Харківської області	30
2.2 Порівняльний аналіз регіональних моделей Харківської, Вінницької та Волинської областей.....	42
РОЗДІЛ 3 ОПТИМІЗАЦІЯ РЕГІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ СТВОРЕННЯ ВЕТЕРАНСЬКИХ ПРОСТОРІВ ТА ЦЕНТРІВ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ	56
3.1 Діагностика проблем та дисфункцій регіональних моделей ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги	56
3.2 Стратегічні рішення щодо вдосконалення регіональних моделей ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги	64
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80

ВСТУП

Актуальність теми. Повномасштабне вторгнення Російської Федерації 24 лютого 2022 року поставило перед системою публічного управління України завдання реінтеграції значної кількості захисників у цивільне життя. Цей процес визначає соціальну стабільність та економічне відновлення країни, перетворюючи ветеранську політику на стратегічний фактор національної стійкості.

У відповідь держава формує дуалістичну модель підтримки через ветеранські простори для соціально-психологічної взаємодії та центри комплексної допомоги для медично-реабілітаційного супроводу. Перші роки функціонування виявили як досягнення в створенні інфраструктури, так і суттєві проблеми: фрагментацію послуг, нерівномірність територіального покриття та залежність ефективності від локальних ініціатив.

Особливість української ситуації полягає в різноманітті регіональних умов. Прифронтові території потребують гнучких мобільних форматів, тиллові урбанізовані регіони,- стаціонарних хабів, аграрні зони,- децентралізованих мереж. Відсутність єдиної методології призводить до диспропорцій у доступності послуг, що знижує загальну ефективність системи.

Дослідження регіональних моделей актуальне саме зараз, на етапі активної розбудови інфраструктури, коли можливе стратегічне коригування підходів. Аналіз типових регіональних практик з урахуванням міжнародного досвіду дозволить сформулювати рекомендації щодо оптимальних організаційних форм для різних типів територій. Вибір теми зумовлений необхідністю переходу від ситуативних регіональних ініціатив до науково обґрунтованої національної системи ветеранської підтримки.

Вітчизняні дослідження ветеранської політики зосереджені переважно на концептуальних засадах державної підтримки (Ю. Приймак, Г. Ярошенко, І. Ібрагімова), соціально-психологічних аспектах реінтеграції (Т. Кравченко,

О. Караман, М. Маркова), правових питаннях статусу та пільг (В. Лагодіч, Н. Хамітова), економічних вимірах фінансування (Л. Черенько). Практичні моделі ветеранських просторів аналізує С. Онищук на прикладі Ветеран PRO в Івано-Франківську. Децентралізацію ветеранських послуг досліджують програми U-LEAD з Європою та платформа Decentralization.ua, акцентуючи на моделях у громадах.

Міжнародний доробок репрезентує системні підходи: U.S. Department of Veterans Affairs (вертикально-інтегрована модель спеціалізації VA), Israeli Ministry of Defense (інтеграційні центри Beit Halochem), Estonia Ministry of Defence (цифрова децентралізація e-Estonia), Polish Biuro do Spraw Kombatantów (муніципальні мережі). Порівняльні дослідження проводять RAND Corporation, Institute for Veterans and Military Families, George Marshall Foundation та Всесвітня організація охорони здоров'я.

Попри значний науковий інтерес до окремих аспектів, бракує комплексних досліджень регіонального виміру організації ветеранської інфраструктури в умовах війни, що поєднують теоретичну типологію моделей, емпіричний аналіз практик функціонування у типових регіонах та стратегічні рекомендації щодо оптимізації. Дане дослідження спрямоване на заповнення цієї прогалини.

Метою роботи є комплексний аналіз регіональних моделей створення ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги з розробкою рекомендацій щодо їх оптимізації.

Для досягнення поставленої мети визначено такі *завдання*:

- узагальнити концептуальні основи дуалістичної моделі, принципи багаторівневого управління та типологію регіональних підходів;
- систематизувати міжнародний досвід та визначити можливості його адаптації до українського контексту;
- проаналізувати організаційну структуру та практики Харківської гібридної моделі;
- порівняти регіональні моделі Харківської, Вінницької та Волинської областей, виявити фактори впливу;

- діагностувати системні дисфункції та проблеми регіональних моделей;
- розробити стратегічні рішення та дорожню карту вдосконалення.

Об'єктом дослідження є регіональні моделі створення ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги в Україні.

Предметом дослідження є організаційно-функціональні механізми координації та напрями стратегічної оптимізації регіональних моделей ветеранської інфраструктури.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів, а саме:

Загальнонаукові методи: *метод системного аналізу* застосовано для дослідження ветеранської інфраструктури як цілісної багаторівневої системи; *структурно-функціональний аналіз* для розмежування функцій ветеранських просторів (соціально-психологічна взаємодія) та центрів комплексної допомоги (спеціалізована реабілітація); *типологічний метод* для класифікації регіональних моделей за критеріями безпекового контексту, демографії та організаційних форматів (п. 1.1); *метод синтезу* для визначення адаптаційного потенціалу міжнародних стандартів до українського контексту (п. 1.2).

Спеціальні методи: *інституційного аналізу* для механізмів координації між Мінветеранів, ОДА та громадами; *нормативно-правовий аналіз* для оцінки законодавчої бази (Постанова КМУ №1657, Наказ Мінветеранів №168); *термінологічний аналіз* для розмежування понять «ветеранський простір», «центр комплексної допомоги», «Простір турботи», «Єдине вікно ветерана» (п.1.1); *компаративний метод* для зіставлення моделей США, Ізраїлю (Beit Halochem), Естонії (e-Estonia), Польщі (підрозділ 1.2); *кейс-стаді* для гібридної моделі Харківщини; *документальний аналіз* для регіональних програм та статистики (п. 2.1); *порівняно-регіональний аналіз* для зіставлення Харківської, Вінницької, Волинської областей; *контент-аналіз* для емпіричних даних про навантаження та доступність (п. 2.2); *діагностичний метод* для дисфункцій (охоплення, траєкторії, втрати, задоволеність); *експертної оцінки* на основі звітів

Мінветеранів, Ветеранського фонду (п. 3.1); *стратегічного планування* для рекомендацій щодо співвідношення просторів/центрів та синергії; *моделювання* для триярусної системи та дорожньої карти (п. 3.2).

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження мають практичне застосування у науково-дослідній, управлінській та освітній сферах.

У науково-дослідній сфері матеріали роботи формують теоретико-методологічну базу для подальших досліджень регіональних моделей ветеранської інфраструктури в умовах гібридної війни, децентралізації та масового ветеранства. Узагальнений емпіричний досвід різних типів областей (прифронтових, тилкових, перехідних) становить унікальний кейс для аналізу післявоєнної реабілітації, координації між рівнями влади та адаптації міжнародних стандартів до українського контексту.

У практичній діяльності державних органів результати надають Міністерству у справах ветеранів аналітичну основу для вдосконалення нормативно-правової бази, оптимізації триярусної системи (простори – центри – координація) та моніторингу дисфункцій. Обласні державні адміністрації можуть використати рекомендації щодо оптимального співвідношення просторів та центрів залежно від безпекового контексту, бюджетного розподілу та масштабування мережі. U-LEAD, ПРООН та Ветеранський фонд отримують інструменти для методичних рекомендацій, навчання кадрів ЦНАПів та Veteran Hub.

У навчальному процесі матеріали дослідження можуть бути інтегровані у дисципліни «Публічне управління та адміністрування», «Соціальна політика», «Децентралізація та регіональний розвиток», «Публічна безпека» закладів вищої освіти для ілюстрації практичного застосування теоретичних концепцій регіонального менеджменту в умовах воєнного часу. Результати придатні для програм підготовки державних службовців у НАДС України, провідних університетів (ХНУ імені В.Н. Каразіна, НУ «Києво-Могилянська академія») та академій (НАВС, Академія СБУ), а також для семінарських занять, кейс-стаді,

розробки навчальних посібників з моделювання інфраструктури та програм перепідготовки фахівців ветеранської сфери.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри права, національної безпеки та європейської інтеграції ННІ «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна і можуть бути використані в подальшому в науковій та навчальній діяльності кафедри.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕГІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ СТВОРЕННЯ ВЕТЕРАНСЬКИХ ПРОСТОРІВ ТА ЦЕНТРІВ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ

1.1 Принципи та механізми формування регіональних моделей ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги

Трансформація системи підтримки ветеранів в Україні, спричинена масштабною реінтеграцією захисників після подій 2014 року та повномасштабного вторгнення 2022 року, актуалізувала питання створення ефективних регіональних моделей надання послуг, адаптованих до специфіки територій. Концептуальне розмежування функцій ветеранських просторів як платформ соціально-психологічної взаємодії та центрів комплексної допомоги як спеціалізованих установ медично-реабілітаційного супроводу відображає сучасну тенденцію до диференціації сервісів у публічному управлінні.

Адаптація європейського досвіду децентралізованого управління до української практики ветеранської політики вимагає врахування специфіки розподілу повноважень між державною та муніципальною владою. Принципи багаторівневого врядування, механізми міжінституційної координації та типологізація регіональних моделей формують теоретичну основу для визначення оптимальних шляхів адаптації міжнародного досвіду до українського контексту. Це набуває критичного значення в умовах прогнозованого зростання кількості ветеранів до понад двох з половиною мільйонів осіб.

Формування інституційної архітектури підтримки ветеранів у сучасній Україні базується на дуалістичній моделі, законодавчо закріпленій нормативними актами Міністерства у справах ветеранів протягом 2024 року.

Постанова Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2024 року визначає ветеранський простір як багатофункціональний заклад для інформаційно-консультативної підтримки, спортивної реабілітації та взаємодії за принципом рівний-рівному, орієнтований на соціальну інтеграцію широких цільових груп [43]. Методичні рекомендації Міністерства у справах ветеранів від червня 2024 року деталізують стандарти функціонування, підкреслюючи вимоги безбар'єрності, єдиного корпоративного стилю та безпосередньої комунікації між ветеранами [42].

Дослідники програми U-LEAD з Європою наголошують на концептуальній неузгодженості між моделлю ветеранського простору та Єдиним вікном ветерана, що функціонує в рамках центрів надання адміністративних послуг [34]. Це вимагає перегляду концептуальних засад дуалістичної моделі з чітким визначенням меж відповідальності кожного типу закладів. Змішування функцій створює ризик дублювання послуг та неефективного використання обмежених бюджетних ресурсів.

Центри комплексної допомоги, на відміну від просторів взаємопідтримки, концептуалізуються як спеціалізовані установи з медичним, правовим та соціальним супроводом. Вони функціонують за моделлю Простору турботи, впровадженою у шістдесяти двох закладах Харківської області відповідно до регіональної програми підтримки захисників [31]. Звіт Міністерства у справах ветеранів Політика героїв за 2024 рік виявляє ключове протиріччя у тлумаченні концепту комплексної допомоги. Документ трактує його як інтеграцію медичних, психологічних та юридичних послуг в одному фізичному місці.

Реальна практика Харківської області демонструє територіальний розподіл функцій між двадцятьма чотирма амбулаторними центрами. Онищук С., аналізуючи функціонування ветеранського простору Ветеран PRO в Івано-Франківську, стверджує, що ефективність моделі залежить від здатності поєднувати неформальну атмосферу взаємопідтримки з доступом до професійних послуг [38]. Дослідниця не пропонує чітких критеріїв розмежування функцій між типами закладів. Це необхідно запровадити через

стандартизований інструментарій для оцінки оптимального співвідношення соціальних та медичних компонентів у регіональних моделях. Зокрема, необхідне запровадження системи індикаторів якості послуг з чіткими пороговими значеннями для кожного типу закладу.

Цільові групи обох типів закладів частково перетинаються, охоплюючи ветеранів, родини полеглих та поранених. Це створює ризик дублювання послуг та неефективного використання обмежених державних ресурсів. Міжнародна практика демонструє різні підходи до організації допомоги, від інтеграції всіх сервісів в єдиному фізичному просторі до розподіленої мережі спеціалізованих закладів. Один з підходів базується на інтеграції соціальної, психологічної та медичної підтримки в єдиному фізичному просторі з чітким розподілом функціональних зон. Україна потребує значно розгалуженішої мережі закладів за умов обмеженого державного фінансування, що слід враховувати при розробці гібридних організаційних форм.

Форматна диференціація між типами закладів відображає не лише концептуальні відмінності у філософії надання послуг, але й обмеження інфраструктурного розвитку різних регіонів. Ветеранські простори реалізуються переважно як стаціонарні багатофункціональні хаби в обласних центрах, як-от тринадцять просторів на території Вінницької області [24]. Центри комплексної допомоги можуть функціонувати у мобільному форматі виїзних бригад, що підтверджується пілотними проєктами програми U-LEAD у десяти територіальних громадах [18].

Дослідження платформи Decentralization.ua наголошує на вищій ефективності мобільних бригад у віддалених громадах, де створення повноцінної стаціонарної інфраструктури виявляється економічно недоцільним через низьку концентрацію цільової аудиторії на квадратний кілометр території [20]. Автори обґрунтовано критикують неспроможність таких бригад забезпечити системність у наданні послуг та формування стійкої ветеранської спільноти. Це рекомендується вирішити через гібридну організаційну модель, яка синтезувала б переваги стаціонарних просторів у містах-центрах з періодичними виїздами

мобільних команд до периферійних територій.

Регіональні моделі ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги формуються в контексті реформи децентралізації, розпочатої в Україні у 2014 році. Успішна децентралізація здатна стати запорукою незворотності демократизаційного процесу через передачу повноважень і фінансових ресурсів на рівень територіальних громад, найближчий до безпосередніх споживачів публічних послуг. Європейський досвід децентралізації передбачає не лише бюджетну та податкову автономію місцевого самоврядування, але й чітке нормативне розмежування функцій між державною і муніципальною владою. Українська практика ветеранської політики поки не досягла цього через збереження значного обсягу контрольних повноважень за центральними органами виконавчої влади. Це вимагає перегляду розподілу компетенцій у сфері підтримки ветеранів з посиленням реальної автономії громад у визначенні пріоритетів розвитку локальної мережі просторів та центрів.

Принцип субсидіарності, покладений в концептуальну основу функціонування ветеранських просторів, передбачає, що територіальні громади створюють заклади за єдиним стандартом Міністерства у справах ветеранів [42]. Стандарт визначає обов'язкові вимоги до безбар'єрного середовища, матеріально-технічної бази та корпоративного оформлення приміщень. Матеріали міжнародної конференції Децентралізація публічної влади в Україні виявляють фундаментальну суперечність між принципом субсидіарності та централізованим контролем Міністерства.

Якщо громади формально є власниками просторів і фінансують їх утримання з місцевих бюджетів, центральний орган виконавчої влади зберігає виключне право затверджувати методичні рекомендації, проводити моніторинг через електронні інформаційні системи та вимагати дотримання корпоративних стандартів. Це обмежує управлінську автономію муніципального рівня та може пригнічувати ініціативність громад у розробці інноваційних підходів до роботи з ветеранами, адаптованих до специфічних регіональних умов. Вирішення цього протиріччя вимагає нормативного уточнення меж втручання центральних

органів у діяльність локальних закладів та переходу до системної інтеграції через механізми контрактів регіонального розвитку.

Децентралізація фінансування демонструє складну модель міжбюджетних трансфертів, доповнену ініціативами з розвитку ветеранського підприємництва як альтернативного джерела надходжень до бюджетів закладів. Звіт Міністерства у справах ветеранів вказує, що базове фінансування здійснюється через обласні бюджети за рахунок цільових субвенцій з державного бюджету. Додаткові послуги можуть надаватися за рахунок грантів міжнародних донорських організацій та благодійних внесків приватного сектору. Проблемою є відсутність публічно оприлюднених та науково обґрунтованих критеріїв розподілу державних субвенцій між різними регіонами. В той час, як Вінницька область отримала бюджетне забезпечення для створення тринадцяти ветеранських просторів, інші області з порівняною або навіть більшою кількістю зареєстрованих ветеранів мають значно менше закладів. Це свідчить про непрозорість механізмів алокації державних фінансових ресурсів та необхідно створити формалізовану методику розрахунку потреби регіонів у фінансуванні мережі просторів та центрів.

Проблематика багаторівневого управління ускладнюється диференціацією правового статусу обласних військових адміністрацій та обласних державних адміністрацій у системі виконавчої влади. У прифронтових регіонах обласні військові адміністрації володіють розширеними повноваженнями, що дозволяє їм оперативно координувати мережі закладів підтримки ветеранів у режимі воєнного стану. У тилкових областях функції координатора виконують обласні державні адміністрації з обмеженими фінансовими ресурсами та меншою централізацією управлінських процесів. Така дуальна система вимагає створення регіональних координаційних рад з паритетним представництвом центральних органів, місцевої влади та ветеранських організацій. Практична імплементація такої моделі потребує внесення змін до законодавства щодо розподілу повноважень між центральними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування.

Координація між Міністерством у справах ветеранів, обласними державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування здійснюється через багаторівневу організаційну систему. Вона включає координаційні групи при обласних адміністраціях, інтеграцію моделі Єдиного вікна ветерана в центри надання адміністративних послуг та електронні інформаційні кабінети для індивідуального супроводу кожного ветерана. Постанова Харківської обласної військової адміністрації про Комплексну програму підтримки захисників визначає створення двадцяти чотирьох амбулаторних центрів комплексної допомоги [31].

Центри координуються обласною координаційною групою, до складу якої входять представники Міністерства у справах ветеранів, департаменту охорони здоров'я обласної адміністрації, служби у справах дітей та провідних ветеранських організацій. Дослідження програми U-LEAD виявляє, що координаційні групи часто функціонують переважно формально [18]. Вони проводять регулярні наради без прийняття конкретних управлінських рішень щодо чіткого розподілу функцій між різними типами закладів та усунення дублювання послуг. Це доцільно вирішити через регламент роботи координаційних груп з визначенням обов'язкових результатів засідань.

Модель Єдиного вікна ветерана, запроваджена в десяти пілотних громадах за організаційної підтримки програми U-LEAD, передбачає інтеграцію інформаційно-консультативних послуг у центри надання адміністративних послуг [34]. Ветеран може отримати первинну інформацію про доступні сервіси, подати необхідні документи на отримання соціальних пільг та записатися на прийом до фахівців центрів комплексної допомоги через єдину реєстраційну систему. Практична ефективність цієї організаційної моделі стикається з ризиком перетворення інформаційного вікна на суто формальний пункт без реального впливу на якість та доступність послуг.

У разі, якщо адміністратори центрів надання адміністративних послуг не володіють спеціалізованими компетенціями у специфіці ветеранських потреб та не мають достатнього обсягу професійних знань про реабілітаційні можливості

різних закладів, вони не зможуть забезпечити кваліфіковане консультування. Міжнародна практика організації допомоги ветеранам, зокрема американська система HUD-VASH, демонструє принципово відмінний підхід до індивідуального супроводу. Спеціалізовані кейс-менеджери з обов'язковим досвідом роботи у військовій сфері або власним ветеранським статусом забезпечують персональний супровід кожного ветерана від моменту первинного звернення до завершення повного циклу реабілітаційних заходів. Вирішення цієї проблеми вбачається у створенні посади спеціалізованого ветеранського координатора в кожному центрі надання адміністративних послуг, який пройшов обов'язкову сертифіковану підготовку з питань ветеранської політики.

Електронний кабінет ветерана, розроблений Міністерством у справах ветеранів для моніторингу якості надання послуг та відстеження індивідуальної траєкторії кожного ветерана через систему підтримки, теоретично повинен забезпечувати прозорість координаційних процесів. Стан впровадження цієї цифрової системи характеризується майже повною відсутністю публічно доступної інформації про функціональні можливості кабінету, статистичні дані його використання ветеранами та рівень інтеграції з іншими державними електронними реєстрами [39].

Зазначене свідчить про неготовність всієї системи до повноцінної цифровізації координаційних процесів між різними рівнями управління. Реальна ефективність електронних систем управління залежить від технічної інтероперабельності з національними платформами Дія, електронною системою охорони здоров'я eHealth та державними реєстрами соціальної підтримки населення [20]. Українська практика цифровізації ветеранської політики поки не досягла цього через фрагментарність інформаційних систем різних відомств. Це необхідно вирішити через єдину міжвідомчу цифрову платформу з чітко визначеними протоколами обміну персональними даними ветеранів між закладами.

Горизонтальна координація між різними типами закладів підтримки ветеранів залишається найслабшою організаційною ланкою всієї системи

багаторівневого управління. Ветеранські простори та центри комплексної допомоги часто функціонують паралельно без будь-яких формалізованих механізмів обміну інформацією про спільних клієнтів та узгодження індивідуальних планів реабілітаційного супроводу. Це призводить до фрагментації послуг та зниження загальної ефективності системи. Матеріали міжрегіонального форуму Ветеранські простори: Історія, Розвиток, Перспективи, організованого Міністерством у справах ветеранів, містять резолюцію про нагальну необхідність створення інституційних механізмів спільного фінансування та реалізації міжсекторальних проєктів на місцевому рівні [32]. Проте учасники форуму не запропонували конкретних практичних інструментів такої міжсекторальної координації.

Координація між закладами залишається переважно вертикальною через субординацію Міністерство у справах ветеранів – обласні адміністрації – територіальні громади за майже повної відсутності дієвих горизонтальних комунікаційних зв'язків між закладами одного адміністративно-територіального регіону. Це вимагає законодавчого закріплення механізмів обов'язкової координації через створення регіональних координаційних рад з розширеними повноваженнями.

Систематичний аналіз практики функціонування ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги у різних адміністративно-територіальних одиницях України дозволяє виокремити три основні типи регіональних моделей. Вони диференційовані за ступенем інтеграції послуг, організаційним форматом роботи та співвідношенням стаціонарних і мобільних структурних елементів. Гібридна модель організації допомоги, реалізована в прифронтових регіонах та зокрема на території Харківської області, органічно поєднує ветеранські простори як первинні точки входу до системи з розгалуженою мережею мобільних бригад комплексної допомоги [31].

Бригади забезпечують регулярні виїзні послуги у територіальних громадах, де створення повноцінної стаціонарної інфраструктури неможливе через безпосередню близькість до лінії бойових дій. Постанова Харківської

обласної військової адміністрації виокремлює двадцять чотири амбулаторні центри та шістдесят два Простори турботи у різних закладах обласної системи охорони здоров'я [31]. Це створює територіально розподілену систему з потенційним охопленням всіх районів області незалежно від їх віддаленості від обласного центру. Ефективність цієї гібридної моделі супроводжується ризиком надмірної фрагментації послуг через територіальне розосередження. Ветеран вимушений послідовно звертатися до різних закладів для отримання психологічної консультації, медичної реабілітації та соціально-правової допомоги, що суттєво підвищує індивідуальні транзакційні витрати часу та фінансових ресурсів.

Стаціонарна модель організації підтримки ветеранів, характерна для тилових регіонів з відносно стабільною безпековою ситуацією, демонструє стратегію концентрації фінансових та організаційних ресурсів у ветеранських просторах як багатофункціональних територіальних хабах [24]. Вони інтегрують інформаційно-консультативні послуги, спортивну реабілітацію, психологічну підтримку та організацію соціокультурного дозвілля в межах єдиного фізичного простору. Вінницька область з розгалуженою мережею тринадцяти ветеранських просторів, розташованих в обласному центрі та районних містах, представляє найбільш розвинену регіональну систему стаціонарних закладів [24].

Це теоретично забезпечує територіальну доступність базових послуг для переважної більшості зареєстрованих ветеранів області. Виключно стаціонарна модель має принципове обмеження. Відсутність спеціалізованих центрів комплексної допомоги з професійним медичним обладнанням та кваліфікованим штатом реабілітологів вимушує ветеранів із складними травматичними ушкодженнями звертатися до загальних обласних лікувальних закладів.

Онищук С. детально описує організаційну модель ветеранського простору Ветеран PRO в Івано-Франківську, який частково компенсує структурну відсутність спеціалізованих центрів через активне залучення волонтерських організацій та формування партнерських відносин з приватними медичними клініками [38]. Дослідниця обґрунтовано зазначає, що така модель критично

залежить від індивідуальних ініціатив та особистих компетенцій керівників просторів. Ця проблема вимагає запровадження обласних центрів координації ветеранської підтримки, що функціонували б як методичні хаби для передачі кращих практик між закладами.

Мобільна модель надання послуг, що пілотується програмою U-LEAD з Європою у десяти територіальних громадах з переважно сільським характером розселення, базується на стратегії мінімізації капіталовкладень у стаціонарну інфраструктуру та максимального використання регулярних виїзних бригад фахівців [18]. Бригади за затвердженим графіком відвідують віддалені населені пункти для проведення індивідуальних консультацій, психологічних тренінгів та організації груп взаємопідтримки ветеранів.

Така організаційна модель виявляється оптимальною для сільських громад з невеликою абсолютною кількістю зареєстрованих ветеранів до 100 осіб. У таких громадах утримання постійно діючого ветеранського простору з оплатою персоналу та комунальних послуг стає економічно невиправданим через надмірні питомі витрати на одного отримувача послуг. Виключно мобільна модель має фундаментальне обмеження. Виїзні бригади не забезпечують формування стійкої ветеранської спільноти як соціальної групи з регулярною неформальною взаємодією та систематичності надання послуг у режимі реального часу.

У разі, якщо мобільна бригада відвідує територіальну громаду з періодичністю раз на місяць або рідше, ветеран у гострій кризовій ситуації психологічного характеру не може отримати термінову професійну допомогу. Міжнародний досвід функціонування американських мобільних центрів для ветеранів демонструє технологічну можливість суттєвого підвищення якості мобільних послуг. Вони представляють собою великі спеціалізовані транспортні засоби з обладнаними кімнатами для конфіденційних консультацій та захищеним доступом до централізованих електронних медичних записів через супутниковий зв'язок.

Проте це вимагає значних капіталовкладень в спеціалізоване обладнання

та систематичну підготовку мультидисциплінарного персоналу.

Таблиця 1.1 – Порівняльна характеристика регіональних моделей підтримки ветеранів

<i>Модель</i>	<i>Регіон</i>	<i>Переваги</i>	<i>Недоліки</i>
Гібридна	Харківська обл. (24+62) [31]	Охоплення зон ризику, гнучкість	Фрагментація послуг [31]
Стаціонарна	Вінницька обл. (13) [24]	Концентрація ресурсів, спільнота	Обмежена доступність [24]
Мобільна	10 громад U-LEAD [18]	Економія, низькі капіталовкладення	Нерегулярність [18]

Джерело: розробка автора.

Порівняльний аналіз трьох моделей виявляє відсутність універсального підходу до організації підтримки ветеранів, натомість демонструючи необхідність адаптації організаційної форми до специфічних характеристик регіону. Харківська гібридна модель з найбільшою кількістю закладів вісімдесят шість одиниць забезпечує максимальне територіальне охоплення за рахунок високої фрагментації послуг, Вінницька стаціонарна модель концентрує ресурси у тринадцяти багатофункціональних хабах з ризиком обмеженої доступності для периферійних територій, мобільна модель U-LEAD мінімізує капіталовкладення але втрачає можливість формування стійкої ветеранської спільноти. Указане підтверджує гіпотезу про функціональну залежність оптимальної моделі від комплексу регіональних факторів та рекомендується розробити диференційовані стратегії розвитку мереж підтримки ветеранів з урахуванням безпекової ситуації, демографічних характеристик та фінансових можливостей конкретних адміністративно-територіальних одиниць.

Інтеграційна модель організації підтримки, концептуально окреслена в програмних документах Міністерства у справах ветеранів але не повністю реалізована жодним адміністративно-територіальним регіоном України, передбачає органічну синергію платформ неформального спілкування у ветеранських просторах та спеціалізованих реабілітаційних процедур у центрах комплексної допомоги через систему формалізованих напрямлень та спільного

індивідуального супроводу кожного ветерана [38].

Теоретична логіка цієї моделі передбачає, що ветеран на початковому етапі звертається до ветеранського простору за місцем проживання, де проходить первинну соціально-психологічну оцінку потреб від підготовлених ветеранів-волонтерів, отримує базову емоційну підтримку від людей з аналогічним досвідом військової служби та за виявленої необхідності спеціалізованої медичної допомоги направляється до центру комплексної допомоги для проходження реабілітаційних процедур, після завершення яких повертається до простору для соціальної реінтеграції через участь у спільних заходах та групах взаємопідтримки [38].

Критично аналізуючи практичну реалізованість цієї теоретичної схеми в українських умовах, слід констатувати майже повну відсутність формалізованих інституційних механізмів такої міжзакладової інтеграції: нормативно не визначено конкретних посадових осіб, персонально відповідальних за координацію між просторами та центрами, не розроблено стандартизованих форм оцінки індивідуальних потреб ветеранів та типових індивідуальних планів супроводу, не створено функціональної електронної системи безпечного обміну конфіденційною інформацією про клієнтів з обов'язковим дотриманням вимог законодавства про захист персональних даних. Практична реалізація інтеграційної моделі потребує пілотного впровадження у трьох областях з різними типами регіональних систем протягом 12 місяців з розробкою та апробацією уніфікованих протоколів міжзакладової взаємодії, електронних форм індивідуальних планів супроводу та системи моніторингу переходу ветеранів між різними рівнями допомоги, що дозволить емпірично верифікувати ефективність моделі перед масштабуванням на національному рівні.

Проведена типологізація регіональних моделей організації підтримки ветеранів дозволяє сформулювати науково обґрунтовану гіпотезу про функціональну залежність оптимальної організаційної моделі від комплексу характеристик конкретного адміністративно-територіального регіону.

Гібридна модель з поєднанням стаціонарних та мобільних елементів

виявляється найбільш ефективною у прифронтових областях з високою концентрацією ветеранів на одиницю території, стаціонарна модель багатофункціональних просторів оптимальна у тилкових регіонах зі стабільною безпековою ситуацією, мобільна модель виїзних бригад економічно виправдана у переважно сільських територіях з географічно розсіяним розселенням невеликої кількості ветеранів. Перевірка цієї гіпотези потребує систематичного дослідження фактичної ефективності різних організаційних моделей на основі показників охоплення цільової аудиторії послугами та рівня задоволеності безпосередніх користувачів якістю супроводу.

Визначені у цьому підрозділі концептуальні засади формування регіональних моделей підтримки ветеранів, принципи децентралізованого управління публічними послугами, механізми міжінституційної координації та типологія інтеграційних підходів створюють теоретичну рамку для компаративного аналізу міжнародного досвіду.

Дуалістична модель вітчизняної системи організації підтримки, що розмежовує функції соціально-психологічної підтримки через неформальні простори та медично-реабілітаційного супроводу через спеціалізовані центри, потребує критичного порівняння з альтернативними організаційними підходами провідних країн НАТО, унікальної інтегрованої моделі Ізраїлю та практик держав Балтії, що становитиме безпосередній предмет наукового розгляду у наступному підрозділі дослідження.

1.2 Міжнародний досвід та моделі створення ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги

Аналіз світової практики підтримки ветеранів виявляє різноманітні інституційні моделі, що відображають специфічні соціально-економічні умови та управлінські традиції кожної країни. Досвід держав НАТО демонструє

домінування моделі чіткого розмежування функцій між рекреаційними закладами та медичними установами, заснованої на принципі глибокої спеціалізації кожного типу сервісу. Протилежний підхід реалізує Ізраїль через систему центрів Beit Halochem, де спорт, психологія та медицина інтегруються в єдиному просторі під координацією мультидисциплінарної команди фахівців. Країни Балтії та Польща пропонують третій шлях через децентралізовані мережі, поєднані цифровими платформами та мобільними бригадами для охоплення віддалених територій.

Американська практика розмежування рекреаційних просторів та сервісних центрів ілюструється досвідом Департаменту у справах ветеранів США, який управляє понад сотнею закладів Community Living Centers, орієнтованих на тривалий догляд за ветеранами похилого віку [3]. Ці центри, розташовані переважно на території медичних кампусів, забезпечують цілодобовий медсестринський догляд, фізичну терапію та соціальну підтримку без надання повноцінних медичних послуг. Місія закладів полягає у відновленні максимального рівня благополуччя кожного ветерана через реабілітацію, що фокусується на щоденних активностях та соціальній взаємодії в атмосфері, наближеній до домашнього середовища.

Критично оцінюючи цей підхід, необхідно виділити фундаментальне протиріччя між перевагами глибокої спеціалізації персоналу та ризиками фрагментації допомоги для ветеранів зі складними потребами. Розмежування дозволяє персоналу розвивати унікальну експертизу у соціально-реабілітаційних практиках без розпорошення уваги на клінічні втручання. Водночас ветерани опиняються перед необхідністю самостійної навігації між численними закладами, що створює додаткове навантаження на осіб із вже обмеженими ресурсами. Для України з її масштабною ветеранською когортою пряме копіювання американської моделі може призвести до надмірної фрагментації послуг та високих вимог до координаційної спроможності системи.

Армія Сполучених Штатів розробила систему Warrior Transition Units як перехідну ланку між активною службою та цивільним життям для солдатів, які

потребують тривалої медичної реабілітації [16]. Програма забезпечує тріаду підтримки через лікаря первинної допомоги, менеджера випадку та військового керівника, координуючи медичні, соціальні та адміністративні аспекти переходу бійця до ветеранського статусу. Ця модель демонструє можливість поетапної диференціації допомоги, де кожен етап має чіткі критерії входу та виходу.

Аналізуючи досвід Warrior Transition Units, слід враховувати його орієнтацію на відносно невелику когорту солдатів із критичними пораненнями, що дозволяє підтримувати високе співвідношення персоналу до підопічних. Така інтенсивна модель потребує значних фінансових ресурсів та кваліфікованого персоналу, що може виявитися складним для масштабування в українському контексті з мільйонами ветеранів. Альтернативою стають механізми координації, які поєднують персоналізацію підходу з економічною ефективністю через використання цифрових інструментів та peer support моделей.

Кількісний аналіз моделей дозволяє оцінити їхню масштабованість для української реальності. Департамент у справах ветеранів США обслуговує 18 мільйонів зареєстрованих ветеранів через мережу з 130 Community Living Centers та понад 1700 медичних центрів VA, що створює співвідношення приблизно один спеціалізований заклад на 10 тисяч осіб [3]. Такий розподіл ресурсів забезпечує високий рівень спеціалізації персоналу та обладнання, але вимагає потужної федерального координаційної системи з електронними картками пацієнтів та централізованим плануванням траєкторій реабілітації.

Ізраїльська модель демонструє зворотний підхід максимальної концентрації ресурсів. П'ять центрів Beit Halochem обслуговують 60 тисяч інвалідів війни, створюючи співвідношення один центр на 12 тисяч осіб з інтенсивним використанням площі від 5,5 до 10 тисяч квадратних метрів на об'єкт [1]. Така концентрація генерує синергетичний ефект через щоденну взаємодію ветеранів у спільному просторі, але створює логістичні виклики для віддалених регіонів. Естонія, маючи лише приблизно 2300 ветеранів, взагалі відмовилася від спеціалізованої інфраструктури, інтегрувавши 51 вид послуг у загальну систему соціального забезпечення [9]. Польща реалізує компромісний

варіант децентралізованої мережі з 380 окружними бюро для 200 тисяч комбатантів, досягаючи співвідношення один пункт на 526 осіб [2].

Такий розкид показників свідчить про відсутність універсальної формули фінансування та організації. США покладаються на федеральний масштаб та високі податки, Ізраїль – на державно-приватне партнерство з діаспорою, Польща оптимізує через децентралізацію, Естонія мінімізує витрати через цифровізацію. Україна з прогнозованими 2,8 мільйонами ветеранів потребує гібридного підходу, що поєднує концентрацію в обласних центрах з децентралізацією на рівні громад [40].

Протилежний підхід до організації ветеранської підтримки демонструє ізраїльська модель максимальної інтеграції всіх компонентів реабілітації в межах єдиної інституційної структури. Організація Zahal Disabled Veterans Organization управляє п'ятьма центрами Beit Halochem у Тель-Авіві, Хайфі, Єрусалимі, Беер-Шеві та Ашдоді, що обслуговують понад шістдесят тисяч інвалідів війни та їхніх родин [1]. Кожен центр об'єднує спортивні зали, басейни, відділення фізичної та трудової терапії, психологічні консультаційні кабінети в єдиному комплексі площею від п'яти з половиною до десяти тисяч квадратних метрів. Принципова відмінність ізраїльської моделі полягає у створенні середовища, де статус інваліда війни нормалізується через щоденну взаємодію з іншими ветеранами.

Аналізуючи ізраїльський підхід, необхідно виділити його синергетичний ефект від одночасного надання різнопланових послуг в одному просторі. Ветеран, який прибуває на фізіотерапію, може несподівано долучитися до спортивного тренування чи культурного заходу, що збагачує його соціальний досвід. Водночас така інтеграція потребує складної координації розкладів, спеціалізованого персоналу та значних фінансових ресурсів для підтримки багатофункціональної інфраструктури.

Фінансування центрів Beit Halochem базується на державно-приватному партнерстві, де Міністерство оборони Ізраїлю забезпечує базову підтримку, доповнену значними благодійними внесками діаспори через організації Friends of Israel Disabled Veterans [17].

Переосмислюючи ізраїльський досвід для України, доцільно зосередитися на якісних характеристиках середовища Beit Halochem замість механічного копіювання інфраструктурних рішень. Принцип нормалізації ветеранського статусу через створення безпечного простору взаємодії може бути реалізований навіть у менш обладнаних закладах через фасилітацію peer support груп. Ідея поєднання терапії зі спортом та культурними заходами не потребує обов'язкової інтеграції під одним дахом, допускаючи координацію між різними локаціями в межах міста.

Нормативно-правова основа моделей визначає їхню інституційну стійкість та можливості адаптації. Американська система керується Veterans Health Care Eligibility Reform Act від 1995 року, що встановлює 21 пріоритетну групу для розподілу VA послуг залежно від доходу, ступеня інвалідності та часу служби [3]. Така деталізована градація дозволяє диференціювати фінансування та доступність, але створює бюрократичні бар'єри для ветеранів з нестандартними потребами.

Ізраїль реалізує принципово інший підхід через Law for Rehabilitation of Combat Injured від 1992 року, що гарантує довічний безумовний доступ до Beit Halochem для 100% інвалідів війни незалежно від ступеня інвалідності чи часу отримання травми [1]. Естонська Veteran Status Act від 2012 року визначає 7 чітких категорій статусу з 51 видом пільг, прив'язаними до конкретних видів участі у місіях чи службі, що дозволяє точно таргетувати обмежені ресурси [9]. Польська Ustawa o kombatantach від 1997 року розмежовує 4 основні групи - комбатанти, репресовані, цивільні жертви та нащадки – з диференційованим доступом до регіональних бюро [2].

Українське законодавство регулюється Законом «Про статус ветеранів війни» від 1993 року з правками 2024 року, що визначає 9 категорій статусу, але відсутні конкретні критерії розподілу між типами закладів – ветеранськими просторами чи центрами комплексної допомоги [40]. Така правова невизначеність ускладнює планування інфраструктури та фінансування.

Економічна ефективність моделей вимірюється питомими витратами на

одного ветерана. США інвестують близько 15 тисяч доларів щорічно на одного VA пенсіонера через високотехнологічну медичну інфраструктуру [3]. Ізраїль витрачає приблизно 12 тисяч доларів на інваліда війни з акцентом на ранню реабілітацію, що дозволяє 82% повернутися до продуктивної зайнятості [1; 17]. Польща досягає співвідношення 200 доларів на комбатанта щорічно за рахунок децентралізації [2]. Естонська модель найекономніша – 150 доларів на рік за рахунок інтеграції у цифрову систему e-Estonia [9].

Україна з бюджетом Мінветеранів 10,7 мільярда гривень (250 мільйонів доларів) на 2025 рік має середні витрати 90 доларів на ветерана при когорті 2,8 мільйона осіб [40]. Американська модель фінансово недосяжна, ізраїльська можлива лише для пілотних проектів у 5 областях, польська підходить як базова для 70% регіонів, естонська оптимальна для сільських громад.

Досвід країн Балтії та Польщі у формуванні децентралізованих моделей підтримки ветеранів демонструє альтернативний шлях через інтеграцію послуг у загальну систему публічного забезпечення. Естонська політика щодо ветеранів Сил оборони, затверджена урядом у 2012 році, визначає комплексний підхід до підтримки приблизно двох тисяч трьохсот осіб, які отримали статус переважно через участь у міжнародних місіях [9]. Стратегія базується на інтеграції ветеранських послуг у загальну систему соціального забезпечення та охорони здоров'я замість створення окремої спеціалізованої інфраструктури. П'ятдесят один вид послуг орієнтується на підтримку військово-цивільного переходу, забезпечуючи реінтеграцію ветеранів у суспільство через професійну перепідготовку та соціальну адаптацію.

Аналізуючи естонську модель, необхідно виділити її обумовленість демографічними характеристиками ветеранської когорти та масштабами держави. Сили оборони Естонії відновлені лише після завершення радянської окупації у 1991 році, тому середній вік ветеранів залишається відносно молодим, а чисельність – керованою для персоналізованого супроводу. Більшість естонських ветеранів отримала статус через участь у місіях НАТО, а не через бойові дії на власній території, що суттєво відрізняє їхні потреби від українських

ветеранів масштабної війни.

Цифрова платформа електронного урядування e-Estonia надає естонським ветеранам доступ до послуг через єдиний портал без необхідності фізичного відвідування численних установ [9]. Мобільні команди забезпечують надання спеціалізованих послуг у віддалених регіонах за графіком, де створення стаціонарних центрів було б економічно недоцільним. Така комбінація цифрових інструментів та мобільних бригад дозволяє малій державі забезпечувати базову доступність підтримки на всій території.

Критично переосмислюючи естонський досвід цифровізації для України, слід зазначити існування потужних передумов у вигляді платформ Дія та електронної системи охорони здоров'я eHealth [33]. Розширення їхнього функціоналу спеціалізованим ветеранським сервісом виглядає логічнішим за створення паралельної інфраструктури. Водночас масштаб української ветеранської когорти потребує значно потужнішої цифрової інфраструктури та служби підтримки користувачів порівняно з естонською практикою.

Польська система підтримки ветеранів через Бюро у справах комбатантів та репресованих осіб при Міністерстві національної оборони демонструє гібридну модель координації між центральним урядом, регіональними адміністраціями та муніципалітетами [2]. Децентралізована структура дозволяє адаптувати послуги до специфічних потреб різних воєводств, враховуючи відмінності у концентрації ветеранів та доступності інфраструктури. Польський досвід особливо релевантний для України через схожість пост-радянського контексту трансформації публічного управління та процесів децентралізації після 2014 року [40].

Аналізуючи польську модель, слід зазначити її еволюційний характер, що формувався десятиліттями через накопичення досвіду координації між різними рівнями влади. Система фінансування поєднує центральні субвенції з місцевими бюджетами та внесками неурядових ветеранських організацій. Така гнучкість дозволяє регіонам із сильними ветеранськими спільнотами розвивати додаткові програми підтримки понад базовий стандарт. Це обґрунтовує створення чіткої

рамки мінімальних гарантій на національному рівні, доповненої можливістю місцевих ініціатив.

Порівнюючи балтійський та польський досвід, виявляється спільна тенденція до відмови від масштабних централізованих ветеранських інституцій на користь гнучких децентралізованих мереж. Естонська модель цифровізації особливо придатна для адаптації в сільських громадах із низькою концентрацією ветеранів, де стаціонарна інфраструктура економічно недоцільна. Польський досвід координації між рівнями влади резонує з українською реформою децентралізації та може інформувати розподіл повноважень між Міністерством у справах ветеранів, обласними адміністраціями та територіальними громадами.

Показники ефективності моделей оцінюються за ключовими соціальними індикаторами. Американська VA система досягає 65% працевлаштованих ветеранів з доступом до послуг проти 45% без супроводу, але зберігає 25% рецидивів ПТСР [3]. Ізраїльські Beit Halochem демонструють 82% повернення до роботи та мінімальну ізоляцію (15%) завдяки щоденій соціалізації [1]. Польська децентралізована модель забезпечує 70% активності комбатантів у громадському житті з 20% рецидивами [2]. Естонська цифрова система лідирує за профілактикою рецидивів (10%) за рахунок проактивного моніторингу [9].

Порівняльний аналіз KPI свідчить про комплементарність підходів. США перевершують за медичною реабілітацією, Ізраїль – соціальною реінтеграцією, Польща оптимізує адміністративні витрати, Естонія ефективна у цифровій профілактиці. Україна потребує поетапної трансформації від реактивної до проактивної моделі.

Адаптація міжнародних стандартів до українського контексту потребує систематизації досвіду через призму специфічних реалій держави. Практика регіональної ветеранської політики в Україні демонструє безпрецедентний масштаб ветеранської когорти, триваючий воєнний стан, обмежені фінансові ресурси держави, нерівномірний розподіл ветеранів між прифронтовими та тилловими регіонами [25]. Механічне копіювання будь-якої окремої моделі призведе до невідповідності між організаційними рішеннями та реальними

потребами української ветеранської спільноти.

Систематизація досвіду чотирьох типів моделей дозволяє визначити оптимальну комбінацію їхніх елементів для українського контексту через багаторівневу систему.

Таблиця 1.2 – Порівняльна характеристика моделей

<i>Країна</i>	<i>Тип простору</i>	<i>Тип центру</i>	<i>Інтеграція</i>	<i>Фінансування</i>
США [3]	Nursing Homes	VA Clinics	Розмежування	Федеральний бюджет
Ізраїль [1]	Beit Halochem хаби	Інтегровані	Максимальна	Держ+приватне
Польща [2]	Community Hubs	Регіональні	Середня	Децентралізоване
Естонія [9]	Цифрова платформа	Мобільні бригади	Цифрова	Громади+держава

Джерело: розробка автора.

Порівняльний аналіз моделей через таблицю демонструє відсутність універсального рішення. Американська модель розмежування забезпечує високу спеціалізацію, проте потребує складної координації. Ізраїльська інтегрована модель створює синергетичний ефект, але потребує значних фінансових інвестицій. Польська гібридна структура демонструє ефективну координацію між рівнями влади. Естонська цифрова модель дозволяє охопити віддалені території з мінімальними витратами.

Синтез міжнародного досвіду для України обґрунтовує формування триярусної системи підтримки ветеранів. Перший ярус складається з обласних інтегрованих центрів у великих містах за зразком Beit Halochem, об'єднуючи спорт, психологію та медичну реабілітацію під одним дахом. Другий ярус формують районні та міські спеціалізовані простори за польською моделлю децентралізованих хабів із фокусом на окремих напрямках підтримки. Третій ярус забезпечує мобільні бригади для сільських територій та цифрові сервіси за естонським зразком інтеграції у платформи електронного урядування.

Така триярусна архітектура дозволяє поєднати переваги інтеграції у центрах концентрації ветеранів зі спеціалізацією там, де масштаб не виправдовує

дублювання всіх функцій, водночас забезпечуючи базову доступність послуг у найвіддаленіших громадах. Критичним фактором успіху стає якість координації між ярусами системи та здатність персоналу вибудовувати довірливі відносини з ветеранами, заохочуючи їхню активну участь у проектуванні та управлінні закладами підтримки.

Узагальнення міжнародного досвіду через аналіз американської, ізраїльської, балтійської та польської моделей виявило відсутність універсального рішення для механічного перенесення в український контекст. Кожна національна модель відображає специфічні умови розвитку ветеранської політики, обумовлені масштабом когорти, історичними традиціями публічного управління та фінансовими можливостями держави. Синтез найбільш релевантних елементів різних моделей через концепцію триярусної системи створює теоретичну рамку для аналізу практичної реалізації ветеранської підтримки в українських регіонах. Перевірка адаптаційного потенціалу міжнародних стандартів потребує емпіричного дослідження конкретних регіональних практик створення ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги в Україні.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ РЕГІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ СТВОРЕННЯ ВЕТЕРАНСЬКИХ ПРОСТОРІВ ТА ЦЕНТРІВ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1 Організаційна структура та практики функціонування ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги Харківської області

Виявлені у попередньому підрозділі базові моделі міжнародної практики (американська вертикально інтегрована, ізраїльська концентрована, балтійсько-польська децентралізована) визначають методологічні рамки для аналізу регіональних підходів до організації ветеранської інфраструктури. Харківська область як один з найбільш постраждалих від російської агресії регіонів демонструє унікальний кейс формування системи підтримки в умовах триваючих бойових дій, що вимагає детального розгляду організаційної структури та практик функціонування ветеранських просторів і центрів комплексної допомоги.

Станом на червень 2025 року регіон налічує приблизно ~92 тис. ветеранів та членів їхніх сімей за даними обласної державної адміністрації [47], що охоплює як безпосередніх учасників бойових дій, так і членів родин загиблих захисників, створюючи виклики для організації ефективної інфраструктури підтримки масштабної когорти в прифронтових умовах. Комплексна програма підтримки захисників і захисниць України та членів їхніх сімей на період 2024-2028 років визначає стратегічні напрямки розвитку ветеранської політики через створення мережі спеціалізованих просторів і центрів [31], проте реалізація цих амбітних планів стикається з об'єктивними обмеженнями прифронтової специфіки.

Інституційна архітектура системи ветеранської підтримки Харківської області базується на трирівневій моделі управління, затвердженій Комплексною програмою підтримки захисників і захисниць України та членів їхніх сімей на період 2024-2028 років [31]. Стратегічний рівень представлений Департаментом соціального захисту населення Харківської обласної державної адміністрації, виконуючи функції формування регіональної політики, затвердження програмних документів, розподілу фінансових ресурсів між територіальними одиницями та моніторингу результатів через квартальну звітність районних підрозділів.

Управління у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції координує взаємодію між різними гілками влади, громадським сектором та міжнародними донорськими організаціями [54], забезпечуючи узгодженість дій усіх стейкхолдерів ветеранської екосистеми регіону. Тактичний рівень делегований районним відділам соціального захисту, адаптуючи обласні програми до локальної специфіки з урахуванням безпекової ситуації, концентрації ветеранів на конкретній території та наявності громадських організацій для партнерської реалізації заходів. Базовий рівень утворюють старости територіальних громад, виконуючи функції первинного контакту з ветеранами, інформування про доступні послуги та супроводу у процедурах звернення до регіональних інституцій підтримки.

Така трирівнева архітектура, створюючи вертикальну інтеграцію від стратегічного планування до оперативної реалізації, водночас генерує ризики бюрократичної тяганини через множинність рівнів прийняття рішень, що уповільнює реагування на гострі потреби ветеранів у кризових ситуаціях.

Координацію між трьома рівнями управління забезпечує Рада з питань ветеранської політики, сформована на паритетних засадах з представників Міністерства у справах ветеранів України, обласної адміністрації та громадських організацій згідно з регіональними положеннями про координацію ветеранських послуг [54]. Рада виконує функції узгодження пріоритетів між державним і громадським секторами, вирішення конфліктних ситуацій при розподілі

обмежених ресурсів та експертної оцінки ефективності реалізованих програм через залучення практиків ветеранського руху.

Проте відсутність чітких процедур прийняття рішень та домінування представників обласної адміністрації створюють ризики формального характеру координації, коли рішення фактично приймаються вищими посадовими особами без врахування позицій громадських організацій і самих ветеранів. Альтернативна модель координації через створення незалежної агенції ветеранських справ з автономними повноваженнями та бюджетом могла б забезпечити більшу оперативність прийняття рішень, проте потребує законодавчих змін на національному рівні для делегування відповідних повноважень регіонам.

Порівняльний аналіз харківської інституційної архітектури з виявленими у попередньому підрозділі міжнародними моделями демонструє формування гібридної системи, що поєднує елементи різних підходів без повного копіювання жодного з них. Трирівнева вертикаль управління з обласним департаментом на вершині наближається до американської вертикально інтегрованої моделі з Department of Veterans Affairs, проте без притаманної США федеральної потужності та єдиних національних стандартів обслуговування, що послаблює координацію між регіонами України та створює ризики нерівності доступу до послуг залежно від фінансової спроможності конкретної області.

Паритетна Рада з питань ветеранської політики формально нагадує ізраїльський підхід залучення ветеранських організацій до прийняття рішень, водночас домінування державних представників суперечить ізраїльській логіці сильних громадських структур як рівноправних партнерів у формуванні політики, перетворюючи координацію на інструмент легітимації вже прийнятих адміністрацією рішень замість справжнього діалогу.

Делегування функцій старостам громад на базовому рівні резонує з балтійсько-польською децентралізованою моделлю наближення послуг до локальних спільнот, проте брак автономного бюджету та повноважень у старості обмежує їхню роль до функції інформаційних посередників, на відміну від

естонських чи польських муніципалітетів з реальними ресурсами для формування власних програм підтримки ветеранів без узгодження з центральною владою. Така гібридність, відображаючи спробу адаптації міжнародного досвіду до української реальності обмежених ресурсів та триваючого конфлікту, водночас створює ризики імітації структур без забезпечення їхньої реальної функціональності, коли існування трьох рівнів управління та паритетної ради формально відповідає світовим практикам, проте де-факто залишається централізованою системою з мінімальною роллю громадського сектору та місцевих громад у прийнятті стратегічних рішень.

Мережа ветеранських просторів Харківської області станом на червень 2025 року налічує тринадцять Просторів турботи для ветеранів та членів їхніх родин (вісім у Харкові, п'ять у Ізюмі, Куп'янську, Чугуєві, Лозовій, Балаклії) [56], що становить значне зростання порівняно з початком 2024 року, коли функціонувало лише п'ять пілотних локацій у обласному центрі, при цьому всі тринадцять просторів знаходяться на різних стадіях відповідності державному стандарту ветеранського простору [42] з поступовим приведенням до уніфікованих вимог щодо безбар'єрності, безпеки та набору послуг.

Географічний розподіл просторів демонструє концентрацію у місті Харкові з вісьмома локаціями та розпорошення решти по районних центрах Ізюма, Куп'янська, Чугуєва, Лозової та Балаклії, відображаючи логіку наближення послуг до найбільших ветеранських спільнот та врахування транспортної доступності для жителів прифронтових територій. Вибір локацій для розміщення просторів здійснюється на основі аналізу концентрації ветеранів за даними Реєстру ветеранів Міністерства у справах ветеранів України [46], наявності придатних приміщень комунальної власності без необхідності значних ремонтних робіт та безпекової оцінки ризиків обстрілів для забезпечення захищеності відвідувачів під час перебування у просторі.

Критично оцінюючи географічне покриття, необхідно визнати недостатність тринадцяти просторів для обслуговування ~92 тис. ветеранів та членів їхніх сімей [47], що створює середній показник понад сім тисяч

потенційних користувачів на один простір та ставить під сумнів реалістичність забезпечення якісної індивідуальної підтримки за таких умов перевантаження інфраструктури.

Стаціонарні простори функціонують за графіком з дванадцятої до двадцятої години у будні дні з можливістю продовження у вихідні для проведення спеціальних заходів, забезпечуючи регулярність доступу без обмежень кількості відвідувань на місяць згідно методичних рекомендацій Міністерства у справах ветеранів України про стандарт ветеранського простору [42]. Кожен простір укомплектований мінімум двома фасилітаторами, працюючими у режимі ротації для уникнення професійного вигорання та забезпечення різноманітності підходів до модерації групових активностей згідно методичних рекомендацій про стандарт ветеранського простору [42].

Фасилітатори проходять обов'язкове навчання за програмою Міністерства у справах ветеранів України з основ травма-інформованого підходу, групової динаміки та конфліктології для професійного супроводу ветеранських спільнот, проте відсутність системи сертифікації та атестації створює ризики різної якості послуг між локаціями залежно від компетентності конкретних фасилітаторів. Мобільні формати для прифронтових територій, де стаціонарна інфраструктура піддається ризикам пошкодження внаслідок обстрілів, функціонують у форматі виїзних зустрічей з графіком відвідування кожної віддаленої громади двічі на місяць за даними регіональних положень про координацію ветеранських послуг [54], створюючи компроміс між доступністю послуг та реалістичністю організації регулярної присутності персоналу з урахуванням безпекової ситуації та логістичних обмежень.

Формати діяльності просторів охоплюють широкий спектр активностей від структурованих програмних заходів до вільної неформальної взаємодії учасників без заздалегідь визначеного порядку денного, залежно від потреб конкретної ветеранської спільноти та фази адаптації окремих учасників. Групи взаємопідтримки за методологією рівний-рівному дозволяють ветеранам обмінюватися досвідом адаптації без участі професійних психологів, створюючи

безпечний простір для проговорення травматичного досвіду з людьми, що пережили подібні ситуації та розуміють специфіку військової служби [56].

Регулярність зустрічей груп взаємопідтримки варіюється від щотижневих сесій для ветеранів з гострою потребою у підтримці до щомісячних зустрічей для тих, хто вже пройшов початкову фазу адаптації та потребує підтримки лише для профілактики кризових станів. Фасилітатори модерують обговорення без нав'язування порядку денного, дозволяючи учасникам самим визначати теми для проговорення згідно з актуальними потребами групи у конкретний момент часу, що відповідає принципам травма-інформованого підходу про важливість відновлення контролю над власним життям після травматичного досвіду втрати автономії під час військової служби.

Тематичні майстер-класи з професійних навичок підвищують конкурентоспроможність на ринку праці через навчання затребуваним спеціальностям інформаційних технологій, електротехніки, будівництва та інших галузей з високим попитом на робочу силу у регіоні, враховуючи специфіку локального ринку праці Харківської області з переважанням промислових та технологічних секторів економіки. Партнерства з роботодавцями забезпечують практичну складову навчання через стажування у реальних компаніях, де ветерани мають можливість застосувати отримані навички у робочому середовищі та встановити контакти для подальшого працевлаштування після завершення програми перекваліфікації.

Проте відсутність системи визнання неформального навчання через видачу сертифікатів, що визнаються роботодавцями, обмежує ефективність майстер-класів для ветеранів без попередньої освіти у відповідних галузях, що створює бар'єр для працевлаштування попри набуті практичні навички у просторах.

Культурні заходи та спортивні активності сприяють фізичній реабілітації та соціальній інтеграції через залучення до громадського життя поза ветеранською спільнотою, руйнуючи ізоляцію та сприяючи формуванню нової цивільної ідентичності поза межами військової самоідентифікації. Спільні походи до театрів, музеїв та концертних залів створюють можливості для

культурного збагачення та формування соціальних зв'язків з немілітарним оточенням, що важливо для подолання відчуття відчуженості від цивільного суспільства після тривалого перебування у військовому середовищі з іншими нормами та цінностями. Спортивні секції з волейболу, футболу, плавання та адаптивних видів спорту для ветеранів з інвалідністю забезпечують регулярну фізичну активність для підтримки здоров'я та функціональності тіла після поранень чи тривалого періоду інтенсивних фізичних навантажень під час служби.

В той же час, баланс між спільнотними активностями та індивідуальною підтримкою залишається викликом для фасилітаторів, оскільки обмежені ресурси часу та персоналу змушують обирати між охопленням максимальної кількості ветеранів через групові формати та глибиною роботи з окремими складними випадками, що потребують інтенсивного індивідуального супроводу через множинні проблеми з ментальним здоров'ям, трудовою адаптацією та сімейними конфліктами одночасно.

Центри комплексної допомоги організовані у формі спеціалізованих кабінетів у межах Просторів турботи [56], де кожен простір укомплектований мультидисциплінарною командою з психологів, юристів та соціальних працівників, забезпечуючи доступність базової експертизи у кожному напрямку підтримки. Психологічна компонента включає індивідуальні консультації з використанням травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії для роботи з посттравматичним стресовим розладом, що проявляється у нав'язливих спогадах про травматичні події, уникненні тригерів, що нагадують про досвід бойових дій, гіперпильності та порушеннях сну внаслідок постійного стану підвищеної готовності після тривалого перебування в умовах загрози життю.

Групові сесії з управління стресом та емоційної регуляції розвивають навички самодопомоги через техніки дихання, прогресивної м'язової релаксації та когнітивного переструктурування негативних автоматичних думок, що виникають у відповідь на стресові ситуації повсякденного цивільного життя після звикання до інтенсивності військового досвіду. Сімейна терапія працює з

подружніми парами, де відносини були порушені тривалими розлуками, трансформацією особистості внаслідок військового досвіду та труднощами комунікації про травматичні переживання між партнерами з різним життєвим досвідом воєнного часу. Психологи проводять психоедукаційні сесії для членів родин ветеранів про особливості посттравматичного стресового розладу, депресії та інших ментальних розладів для формування розуміння змін у поведінці близької людини та навичок підтримки без професійної підготовки у психології.

Обмежена кількість психологів створює черги на індивідуальні консультації тривалістю до двох тижнів, що є критичним розривом для ветеранів у гострих кризових станах з суїцидальними думками чи агресивною поведінкою, коли затримка у доступі до професійної допомоги може мати трагічні наслідки для життя та безпеки самого ветерана чи його оточення. Правова складова охоплює супровід у оформленні статусу ветерана війни та доступу до відповідних пільг, захист трудових прав при дискримінації роботодавців або необґрунтованих звільненнях, консультації з питань пенсійного забезпечення та компенсацій за поранення, отримані під час служби. Соціальні працівники виконують функцію навігації у складній системі охорони здоров'я з направленням до профільних спеціалістів та супроводом у процедурах отримання направлень від сімейних лікарів, що частково компенсує відсутність ліцензованих медичних послуг безпосередньо у просторах [42].

Критично оцінюючи організацію послуг комплексної допомоги, необхідно виділити медичну складову як найслабший компонент системи через відсутність ліцензованих медичних послуг безпосередньо у ветеранських просторах внаслідок законодавчих обмежень щодо надання медичної допомоги немедичними установами. Фахівці виконують функцію навігації та направлення, проте не лікування, що створює розрив між виявленням медичних потреб та їхнім задоволенням, особливо для ветеранів з обмеженою мобільністю чи хронічними захворюваннями, що ускладнюють відвідування профільних медичних закладів без спеціалізованого транспорту.

Альтернативні моделі інтеграції ветеранських послуг у систему охорони здоров'я через створення виділених ветеранських кабінетів у комунальних поліклініках чи партнерства просторів з мобільними бригадами первинної медичної допомоги потребують пілотування для вироблення оптимальних рішень, що враховували б як медичні потреби ветеранів, так і законодавчі обмеження щодо розмежування медичних та соціальних послуг.

Запропонована табл. 2.1 систематизує ключові характеристики організації ветеранської інфраструктури Харківської області за критеріями управління, охоплення, послуг та фінансування, дозволяючи візуально оцінити масштаб та специфіку регіональної системи.

Таблиця 2.1 – Характеристика системи ветеранської підтримки Харківської області

Параметр	Характеристика	Джерела
Рівні управління	3 (область-район-громада)	[31; 54]
Координація	Рада з питань ветеранської політики (паритетна)	[54]
Кількість просторів	13 Просторів турботи	[56]
Географія	8 у Харкові, 5 у районних центрах	[56]
Чисельність ветеранів	~92 тис. ветеранів	[47]
Навантаження	~7 тис. ветеранів на 1 простір	[56; 47]
Режим роботи	12:00-20:00 будні дні, можливе продовження у вихідні	[42]
Персонал простору	Мінімум 2 фасилітатори у ротації	[42]
Послуги комплексної допомоги	Психологічні, правові, соціальні (без медичних)	[56; 42]
Фінансування 2025	258+ млн грн (планові асигнування: обл. бюджет + громади)	[59]
Контекст	Прифронтний регіон, триваючі бойові дії	[31; 56]

Джерело: розробка автора.

Таблиця 2.1 демонструє масштабну інфраструктуру харківської системи ветеранської підтримки з тринадцятьма просторами для обслуговування ~92 тис. ветеранів та членів їхніх сімей, проте виявляє критичне навантаження у розмірі ~7100 потенційних користувачів на один простір за авторським розрахунком (92 тис./13), що перевищує реалістичні можливості якісного індивідуального супроводу за наявних ресурсів персоналу.

Трирівнева модель управління забезпечує формальну вертикальну інтеграцію політики від обласного до громадського рівня на зразок американської моделі, водночас створюючи ризики бюрократичної тяганини через множинність рівнів прийняття рішень без делегування реальних повноважень нижнім рівням, що відрізняє харківську практику від балтійської децентралізації з автономними муніципалітетами. Відсутність ліцензованих медичних послуг у спектрі комплексної допомоги залишається найслабшим компонентом системи порівняно з американською та ізраїльською моделями інтеграції ветеранської медицини, вимагаючи пошуку інноваційних моделей партнерства з системою охорони здоров'я.

Планові асигнування у розмірі понад 258 мільйонів гривень на 2025 рік з обласного бюджету та бюджетів громад [59] свідчить про пріоритетність ветеранської політики в регіональному плануванні, проте диверсифікація джерел через міжнародні гранти та корпоративну соціальну відповідальність бізнесу створює залежність від непередбачуваного проєктного фінансування замість сталого державного забезпечення на зразок американської моделі федерального бюджету Департаменту у справах ветеранів.

Механізми взаємодії між ветеранськими просторами та спеціалізованими кабінетами комплексної допомоги базуються на електронній картці послуг Міністерства у справах ветеранів для фіксації повної історії звернень громадянина до різних інституцій ветеранської системи [46], відстежуючи надані послуги та плануючи подальші візити з урахуванням попередніх контактів. Фасилітатор ветеранського простору при виявленні потреби у спеціалізованій допомозі створює направлення через електронну картку, яке автоматично надходить до відповідного фахівця з розподілом за профілем запиту згідно з регіональними положеннями про координацію ветеранських послуг [54].

Паралельно функціонує гаряча телефонна лінія з безоплатним номером для громадян з низькою цифровою грамотністю, де диспетчер може оперативно з'єднати ветерана з черговим фахівцем без попереднього запису через електронну систему. Проте інтеграція електронної картки послуг з реєстром

ветеранів залишається неповною через технічні обмеження застарілих інформаційних систем обласної адміністрації, що створює ризики дублювання даних та втрати інформації при передачі між різними інституціями регіональної системи підтримки.

Критичним викликом механізмів взаємодії залишається забезпечення безперервності супроводу при переході ветерана між різними фахівцями та інституціями, коли відсутність єдиного відповідального за траєкторію реабілітації створює ризики втрати громадянина між зверненням до простору та отриманням послуги у спеціалізованого фахівця через брак проактивного супроводу. Альтернативна модель кейс-менеджменту з призначенням персонального координатора для кожного ветерана з комплексними потребами могла б забезпечити безперервність супроводу, проте вимагає додаткових ресурсів персоналу та системи підготовки кваліфікованих кейс-менеджерів з розумінням специфіки ветеранських потреб.

Фінансові механізми системи ветеранської підтримки Харківської області базуються на диверсифікованій моделі ресурсного забезпечення з плановими асигнуваннями обласного бюджету та бюджетів територіальних громад у сукупному обсязі понад 258 мільйонів гривень на 2025 рік [59], міжнародних грантових програм та внесків приватного бізнесу через механізми корпоративної соціальної відповідальності. Обласний бюджет покриває базові операційні витрати на утримання просторів, заробітну плату персоналу та комунальні послуги, забезпечуючи сталість функціонування інфраструктури незалежно від зовнішніх факторів.

Міжнародні гранти від партнерів з Європейського Союзу та США фінансують інноваційні пілотні проєкти з апробації нових форматів підтримки, закупівлю обладнання для просторів та навчання персоналу за міжнародними стандартами, проте обмежена тривалість грантового фінансування створює ризики припинення успішних ініціатив після завершення проєктів без інтеграції у систему державного фінансування. Корпоративна соціальна відповідальність бізнесу проявляється у спонсорській підтримці конкретних просторів через

надання приміщень, ремонтні роботи чи фінансування спеціальних заходів, створюючи додатковий канал ресурсів проте з ризиками нерівномірного розподілу між локаціями залежно від наявності філантропічно налаштованих компаній у конкретній громаді.

Диверсифікація джерел фінансування знижує залежність від одного каналу, дозволяючи компенсувати скорочення у одному джерелі за рахунок інших через гнучке перерозміщення активностей між обласними та донорськими коштами, проте ускладнює довгострокове планування через непередбачуваність обсягів та тривалості проєктного фінансування від міжнародних партнерів, чий пріоритети можуть змінюватися залежно від глобальної геополітичної ситуації та конкуренції за донорські кошти з іншими конфліктами.

Альтернативна модель повного державного фінансування через субвенцію з державного бюджету могла б забезпечити більшу передбачуваність ресурсів та рівномірність покриття між регіонами, проте потребує політичної волі на національному рівні для виділення значних коштів на ветеранську політику в умовах обмеженого бюджету воєнного часу та конкуренції за ресурси з іншими соціальними програмами.

Харківська область сформувала гібридну модель ветеранської інфраструктури, яка поєднує трирівневу систему управління, мережу з 13 Просторів турботи та центри комплексної допомоги, однак за умов ~92 тис. ветеранів та членів їхніх сімей таке навантаження створює структурні й ресурсні обмеження для якісного супроводу. Попри значні планові асигнування понад 258 млн грн на 2025 рік і розширення спектра психологічних, правових та соціальних послуг, відсутність інтегрованої медичної складової, неповна цифрова інтеграція та збереження бюрократично-централізованої логіки управління відрізняють регіональну практику від більш цілісних міжнародних моделей і задають вектор подальших реформ у напрямку розширення спроможності громад, розвитку кейс-менеджменту та поглиблення партнерств із системою охорони здоров'я.

2.2 Порівняльний аналіз регіональних моделей Харківської, Вінницької та Волинської областей

Триваюча повномасштабна війна детермінує формування неоднорідного ландшафту ветеранської інфраструктури, де прифронтова урбанізована Харківська область з гібридною моделлю координації, тилловий регіон Вінниччини зі стаціонарною хабовою системою концентрації ресурсів та прикордонна Волинь з децентралізованою моделлю опори на громади утворюють типологічну тріаду, що репрезентує різноманітні підходи до організації підтримки учасників бойових дій [28]. Систематичне зіставлення регіональних практик, проведене на основі офіційних звітів обласних адміністрацій та департаментів соціальної політики, верифікує універсальність організаційних рішень, виявлених у попередньому підрозділі, та дозволяє адаптувати міжнародний досвід до української специфіки безпекового, демографічного та економічного контексту, уникаючи механічного копіювання зарубіжних моделей, що виникали у принципово відмінних історичних та соціально-політичних умовах.

Гібридна трирівнева система управління через Управління у справах ветеранів, детально розглянута в підрозділі 2.1, формує основу харківської моделі координації [54]. Тринадцять Просторів турботи, функціонуючих у мобільних форматах роботи з регулярними виїздами на прифронтові території, забезпечують територіальну доступність базових послуг в умовах систематичних ракетних та артилерійських обстрілів [57]. Електронна картка послуг ветерана, інтегрована в єдину інформаційну систему обласного рівня, координує траєкторії реабілітації через цифрові інструменти відстеження індивідуальних звернень [46].

Концептуальне наближення до американської вертикально інтегрованої системи Департаменту у справах ветеранів, описаної у міжнародних оглядах практик підтримки комбатантів, виявляється у централізованому управлінні та

електронній координації реабілітаційних траєкторій [3]. Критична відмінність, однак, полягає у відсутності повної медичної інтеграції, характерної для американської практики холістичного підходу до здоров'я ветеранів, що залишає українських учасників бойових дій у ситуації самостійної навігації між просторами соціальної підтримки та закладами охорони здоров'я без єдиного відповідального кейс-менеджера, здатного координувати комплексну траєкторію лікування.

Принципово відмінний підхід стаціонарної хабової системи, реалізований Вінницькою обласною адміністрацією через створення чотирьох великих багатофункціональних центрів, концентрує максимальний спектр ресурсів, персоналу та послуг у капіталомістких об'єктах інфраструктури [37]. Простір Veteran Hub, описаний у звітах Міністерства у справах ветеранів як один з найбільших ветеранських центрів в Україні з площею понад півтори тисячі квадратних метрів, формує флагманський елемент регіональної системи [50].

Додатковий вектор підтримки, реалізований простором Побратим з акцентом на соціальній реінтеграції, застосовує принцип рівний-рівному через організацію групових активностей та залучення ветеранів-волонтерів до надання первинної підтримки, що знижує психологічні бар'єри звернення по професійну допомогу серед осіб з травматичним досвідом участі у бойових діях [22]. Реабілітаційний центр у Хмільнику, згаданий у матеріалах Департаменту соціального захисту населення, доповнює систему спеціалізованими послугами фізичного відновлення та трудової терапії [23].

Концептуальна логіка моделі, визначена в регіональному операційному плані реалізації Стратегії ветеранської політики, передбачає максимальну концентрацію ресурсів у великих стаціонарних хабах, що теоретично дозволяє досягти високого рівня спеціалізації персоналу через залучення вузьких фахівців різних профілів [44]. Координація, здійснювана через систему обласних нарад з участю керівників просторів та представників територіальних громад, однак, виявляє ризик надмірної формалізації процесів без реальних повноважень щодо оперативного вирішення виявлених проблем. Фінансування за рахунок

обласного бюджету з суттєвим доповненням міжнародних партнерів, зокрема залучення фінансових та матеріальних ресурсів Ліберецького краю Чехії для створення нових просторів у територіальних громадах області, демонструє стратегію диверсифікації джерел надходжень [51]. Така тактика знижує критичну залежність від одного каналу фінансування в умовах обмежених державних бюджетів військового часу, підвищуючи стійкість системи до фінансових шоків.

Порівняння з ізраїльською моделлю центрів Beit Halochem, описаною в дослідженнях міжнародної практики ветеранської підтримки, виявляє принципову схожість у стратегії концентрації максимального спектру послуг у великих стаціонарних закладах [1]. Потенційна вразливість виключно стаціонарної моделі, однак, проявляється у разі погіршення безпекової ситуації, коли відсутність мобільних компонентів створює проблеми доступності послуг для ветеранів з віддалених територій або осіб з обмеженою мобільністю внаслідок фізичних травм.

Децентралізований підхід з опорою на громади та фахівців супроводу, представлений у звіті Департаменту соціальної та ветеранської політики Волинської обласної адміністрації, відображає балтійсько-польську логіку сильної ролі муніципального рівня у організації публічних послуг [45]. Міську інфраструктуру формують чотири простори у Луцьку: Твій шлях додому з акцентом на психологічній реабілітації через групову терапію [49], Хаб Ветеран з комплексною підтримкою для захисників [55], простір при Луцькому національному технічному університеті з інтеграцією університетського середовища [21] та мережа фахівців супроводу у понад сорока громадах області [45]. Принципова інновація, що відрізняє волинську модель від харківської та вінницької практик, полягає у створенні системної мережі фахівців із супроводу на місцях, які виконують функції персоналізованої підтримки через кейс-менеджмент індивідуальних траєкторій реабілітації ветеранів у територіальних громадах.

Координація діяльності, згідно з матеріалами обласної ради, здійснюється

через Департамент соціальної та ветеранської політики Волинської обласної державної адміністрації з суттєвою автономією громад у визначенні конкретних пріоритетів діяльності відповідно до специфічних локальних потреб ветеранської спільноти [48]. Порівняння з естонською практикою, описаною в дослідженнях балтійських систем ветеранської підтримки, виявляє принципову схожість у децентралізації управління та цифровізації координації через електронні платформи [9]. Польська модель, згідно з міжнародними оглядами систем підтримки ветеранів, також демонструє пріоритет муніципального рівня із залученням сильних громадських організацій ветеранів [2].

Критичний аналіз, однак, виявляє ризик надмірної автономії громад без достатніх координаційних механізмів обміну досвідом та стандартизації якості послуг, що може призвести до значної нерівномірності рівня підтримки залежно від професійних компетенцій конкретних фахівців супроводу у різних територіальних одиницях.

Безпековий контекст як визначальний фактор формування організаційних моделей диференціює три досліджувані області за ступенем загрози фізичному існуванню об'єктів інфраструктури та можливостями розвитку довгострокових стаціонарних форматів роботи. Систематичні ракетні та артилерійські обстріли, що супроводжують функціонування Харківської області з значними руйнуваннями медичної і соціальної інфраструктури, згідно з регіональними звітами про наслідки російської агресії, унеможливають розвиток виключно стаціонарних форматів обслуговування [57].

Відносно безпечні умови функціонування об'єктів у Вінницькій області, як засвідчують офіційні документи обласної адміністрації, створюють сприятливі можливості довгострокового планування розвитку капіталомістких об'єктів ветеранської інфраструктури [44]. Безпекові ризики, пов'язані з близькістю до білоруського кордону у Волинській області, за даними звіту про роботу органів соціальної політики, однак, не супроводжуються систематичними ракетними обстрілами території [45].

Дослідження виявляє чітку функціональну кореляцію між безпековою

ситуацією та домінуючим типом організаційної моделі системи підтримки: прифронтовість детермінує формування гібридної системи з обов'язковими мобільними компонентами роботи, тиловість створює сприятливі умови для розвитку стаціонарних багатофункціональних хабів, прикордонне положення стимулює децентралізацію як стратегію розподілу ризиків між множинними локаціями. Вертикально інтегрована модель з мережею великих медичних центрів, що розвивалася в умовах повної відсутності воєнних загроз на власній території протягом останніх півтора століття, згідно з дослідженням функціонування американської системи Департаменту у справах ветеранів, не може бути механічно адаптована до українського контексту [3].

Ізраїльські центри Beit Halochem, згідно з аналітичними матеріалами про ветеранську політику країни, функціонують переважно у тиловому середовищі з локальними загрозами ракетних обстрілів, проте з можливістю довгострокового стратегічного планування через передбачуваність характеру загроз [1].

Естонська модель, як показують дослідження процесів побудови систем ветеранської підтримки у балтійських країнах, формувалася після завершення активних бойових дій на території країни в умовах переходу до мирного часу [9]. Польська система, згідно з міжнародними оглядами європейських практик, також розвивалася в умовах стабільної безпеки без активних воєнних конфліктів на території держави [2]. Емпіричне підтвердження функціональної залежності оптимальної організаційної моделі від безпекового контексту обґрунтовує практичну неможливість механічного копіювання будь-якої міжнародної практики без критичного переосмислення її застосовності в умовах триваючої повномасштабної війни на території України.

Демографічні характеристики та масштаби ветеранської когорти, суттєво відмінні між трьома досліджуваними областями, створюють різне навантаження на регіональну інфраструктуру підтримки. Таблиця 2.2 систематизує ключові показники навантаження та фінансування.

Таблиця 2.2 – Демографічне навантаження та фінансові показники

Область	Чисельність ветеранів	Кількість просторів	Навантаження на простір	Фінансування
Харківська	92,5 тис. [47]	13 [57]	~7100 осіб	258 млн грн [59]
Вінницька	Десятки тисяч [44]	3 хаби + реабілітація	Невідомо	Обласний бюджет + партнери [51]
Волинська	~42 тис. [45]	3 простори [59; 46; 50] + 40 фахівців [45]	Розподілене	6 млн грн (оздоровлення) [41]

Джерело: розробка автора.

Аналіз таблиці 2.2 демонструє принципову відмінність у масштабах навантаження між регіонами та стратегіях його розподілу. Харківська область з критичним показником 7100 ветеранів на простір потребує термінового розширення мережі закладів, тоді як Волинська модель розподіленого навантаження через мережу фахівців супроводу у 40 громадах дозволяє уникнути перевантаження окремих локацій. Відсутність точних статистичних даних про чисельність ветеранів у Вінницькій області та навантаження на хаби унеможливорює об'єктивну оцінку ефективності концентрованої моделі, що свідчить про необхідність уніфікації методології регіонального обліку ветеранської когорти.

Понад дев'яносто дві з половиною тисячі ветеранів та членів їхніх сімей, зареєстрованих у Харківській області за даними регіональних звітів станом на початок 2025 року, створюють навантаження близько 7100 потенційних користувачів на один простір при тринадцяти Просторах турботи [47]. Такий показник наближається до критичного рівня перевантаження інфраструктури, що загрожує зниженням якості індивідуального супроводу внаслідок недостатньої пропускної спроможності персоналу. Близько сорок дві тисячі ветеранів у Волинській області, згідно з офіційним звітом департаменту, демонструють значно менший абсолютний масштаб цільової когорти, проте навантаження розподіляється між кількома просторами у Луцьку та мережею фахівців супроводу у понад сорока громадах [45]. Десятки тисяч ветеранів у Вінницькій області, за інформацією з регіонального операційного плану,

залишаються без точної статистичної конкретизації в доступних офіційних документах [44].

Критичний аналіз методологій обліку свідчить про відсутність єдиного стандартизованого підходу до визначення чисельності ветеранської когорти на регіональному рівні: частина областей враховує виключно безпосередніх учасників бойових дій, інші додають членів їхніх сімей до загального числа потенційних користувачів послуг, окремі регіони включають внутрішньо переміщених осіб з ветеранським статусом до регіональної статистики. Така методологічна неузгодженість унеможливорює об'єктивне порівняння навантаження між регіонами та обґрунтоване планування справедливого розподілу державних субвенцій пропорційно до фактичних потреб територій.

Обслуговування вісімнадцяти мільйонів зареєстрованих ветеранів через мережу з понад тисячі семисот медичних центрів у американській системі створює співвідношення приблизно один заклад на 10000 осіб [3]. Охоплення шістдесяти тисяч інвалідів війни через 5 центрів Beit Halochem в ізраїльській моделі формує співвідношення один центр на 12000 осіб [1]. Підтримка двох тисяч трьохсот ветеранів через цифрову платформу без розгалуженої фізичної інфраструктури в естонській системі демонструє альтернативний підхід до організації послуг [9].

Харківське співвідношення 7100 ветеранів на простір формально наближається до міжнародних стандартів за умови забезпечення широкого спектру послуг та достатнього кваліфікованого персоналу, проте реальна практика, на відміну від формальних показників, демонструє обмеженість ресурсів та перевантаженість окремих локацій.

Економічна база регіонів, визначаючи масштаб можливих інвестицій у ветеранську інфраструктуру та спроможність підтримувати розгалужену мережу просторів з якісним персоналом, формує третій критичний фактор впливу на організаційні моделі. Понад двісті п'ятдесят вісім мільйонів гривень асигнувань на 2025 рік з обласного бюджету та бюджетів громад, заплановані Харківською областю, репрезентують найбільший абсолютний обсяг фінансування серед

досліджуваних регіонів [59].

Щонайменше шість мільйонів гривень на оздоровлення ветеранів у 2024 році, спрямовані Волинською областю, складають цільові витрати на конкретну програму без урахування інших напрямків підтримки [41]. Фінансування за рахунок обласного бюджету з суттєвим доповненням міжнародних партнерів, зокрема залучення ресурсів Ліберецького краю Чехії для створення нових просторів, реалізує Вінницька область [51].

Розрахунок питомих витрат демонструє, що приблизно 2700 гривень на особу щорічно витрачає Харківська область, що при конвертації за поточним курсом складає близько 65 доларів на ветерана. Американські інвестиції близько п'ятнадцяти тисяч доларів щорічно на одного ветерана через високотехнологічну медичну інфраструктуру перевищують українські показники більш ніж у 200 разів [3]. Приблизно дванадцять тисяч доларів на інваліда війни з акцентом на ранню всебічну реабілітацію витрачає Ізраїль [1].

Співвідношення двісті доларів на комбатанта щорічно досягає Польща за рахунок децентралізації та залучення волонтерів [2]. Сто п'ятдесят доларів на рік забезпечує Естонія завдяки інтеграції у цифрову систему без витрат на фізичну інфраструктуру [9]. Українські показники, суттєво поступаючись навіть найбільш економним європейським моделям, обумовлені обмеженими бюджетними можливостями держави в умовах війни та необхідності пріоритизації оборонних витрат.

Систематизація ключових параметрів трьох регіональних моделей, що охоплює безпекові, демографічні, організаційні, координаційні та фінансові аспекти функціонування ветеранської інфраструктури, виявляє як спільні закономірності формування систем підтримки в умовах триваючої війни, так і унікальні особливості адаптації організаційних рішень до специфічних регіональних умов. Таблиця 2.3 презентує порівняльну характеристику за ключовими параметрами.

Таблиця 2.3 – Ключові параметри регіональних моделей

Параметр	Харківська область	Вінницька область	Волинська область
Безпековий контекст	Прифронтовий, системні обстріли [57]	Тиловий, безпечні умови [44]	Прикордонний тиловий [45]
Чисельність ветеранів	92,5 тис. [47]	Десятки тисяч [44]	~42 тис. [45]
Кількість просторів	13 [57]	3 хаби: Veteran Hub [50], Побратим [22], громади [37]; реабілітація Хмільник [23]	3 простори: Твій шлях додому [49], Хаб Ветеран [55], ЛНТУ [21]; 40 фахівців [45]
Тип моделі	Гібридна вертикально інтегрована [54]	Стаціонарна хабова [23]	Децентралізована громадська [45]
Координація	Трирівнева через Управління [54]	Обласні наради [37]	Департамент з автономією громад [48]
Фінансування	258 млн грн [59]	Обласний бюджет + Ліберецький край [51]	6 млн грн (оздоровлення) [41]
Міжнародний аналог	Американська VA [3]	Ізраїльська Beit Halochem [1]	Естонська e-Estonia [9], польська муніципальна [2]

Джерело: розробка автора.

Інтерпретація таблиці 2.3 виявляє функціональну залежність типу організаційної моделі від безпекового контексту як визначального фактора стратегічних рішень. Прифронтовість Харківської області детермінує гібридну систему з мобільними компонентами через централізовану координацію, тоді як тиловість Вінницької області створює умови для капіталомістких хабів з довгостроковим плануванням. Прикордонне положення Волинської області обумовлює децентралізовану модель розподілу ризиків через автономію громад. Фінансування демонструє пряму кореляцію з безпековою ситуацією та визнанням критичної необхідності підтримки у прифронтових умовах, при цьому диверсифікація джерел через міжнародних партнерів у Вінниці знижує залежність від флуктуацій державного бюджету.

Три регіональні моделі, функціонуючи в істотно відмінних безпекових, демографічних та економічних умовах, генерують різні інноваційні практики, адаптовані до специфічних викликів кожного контексту, що створює можливості для системного тиражування у відповідних типах регіонів. Таблиця 2.4

систематизує практики у форматі матриці тиражування.

Таблиця 2.4 – Матриця тиражування регіональних практик

<i>Регіон-донор</i>	<i>Інноваційна практика</i>	<i>Цільові регіони</i>	<i>Необхідні умови</i>	<i>Джерело</i>
Харківська	Мобільні формати роботи просторів	Прифронтові області	Загроза безпеці, підготовлений персонал	[57]
Харківська	Електронна картка послуг ветерана	Області з високим навантаженням	Цифрова інфраструктура	[46]
Вінницька	Великі багатофункціональні хаби	Обласні центри зі стабільністю	Тилова стабільність, урбанізація	[50]
Вінницька	Партнерства з міжнародними донорами	Всі області	Розвинений приватний сектор	[51]
Волинська	Мережа фахівців супроводу у громадах	Прикордонні та аграрні області	Розосереджене розселення	[45]
Волинська	Університетська інтеграція	Міста з вишами	Наявність університетів	[21]

Джерело: розробка автора.

Матриця тиражування у таблиці 2.4 конкретизує умови застосовності кожної інноваційної практики залежно від регіонального контексту. Мобільні формати з Харківської області критично важливі для прифронтових територій з високою загрозою безпеці, електронна картка послуг необхідна для областей з критичним навантаженням на інфраструктуру понад 7000 користувачів на простір. Великі багатофункціональні хаби Вінницької області оптимальні для тилових урбанізованих регіонів з можливістю довгострокових капіталовкладень, тоді як партнерства з міжнародними донорами універсально застосовні для диверсифікації джерел фінансування. Мережа фахівців супроводу Волинської області придатна для прикордонних та аграрних областей з розосередженим розселенням, університетська інтеграція можлива у містах з розвиненою системою вищої освіти.

Мобільні формати роботи Просторів турботи з регулярними виїздами на прифронтові території, розроблені Харківською областю, функціонують у ситуації, де стаціонарне обслуговування унеможливлене через систематичні

обстріли [57]. Електронна картка послуг, забезпечуючи цифрову координацію між різними рівнями системи через єдиний реєстр звернень та траєкторій реабілітації, критично важлива для областей з високим навантаженням на інфраструктуру [46]. Релевантність цих практик для прифронтових областей з високою загрозою безпеці персоналу та ветеранів обґрунтовується емпіричним досвідом функціонування в екстремальних умовах.

Великі багатофункціональні хаби з максимальною концентрацією ресурсів, персоналу та спектру послуг, створені Вінницькою областю, формують альтернативну модель для тилкових територій [50]. Простір Побратим, реалізуючи принцип рівний-рівному через залучення ветеранів-волонтерів, знижує психологічні бар'єри звернення по професійну допомогу [22]. Залучення Ліберецького краю Чехії демонструє успішну стратегію диверсифікації джерел фінансування через міжнародних партнерів [51]. Оптимальність хабової моделі для тилкових урбанізованих регіонів з можливістю довгострокових інвестицій підтверджується емпіричними результатами функціонування великих центрів.

Системна мережа фахівців супроводу у понад сорока громадах області для персоналізованого кейс-менеджменту індивідуальних траєкторій реабілітації, впроваджена Волинською областю, відповідає потребам територій з розосередженим розселенням [45]. Простір при Луцькому національному технічному університеті, інтегруючи університетське середовище, відкриває доступ ветеранів до освітніх ресурсів вищої школи [21]. Хаб Ветеран, забезпечуючи комплексну підтримку через інтеграцію різних типів послуг в одному просторі, формує єдину точку доступу до базових сервісів [55]. Придатність децентралізованої моделі для прикордонних та аграрних областей з розосередженим розселенням обґрунтовується логікою наближення послуг до територіальних громад.

Узагальнення виявлених інноваційних практик трьох регіонів дозволяє виокремити універсальні елементи, релевантні для будь-якого регіону незалежно від специфіки контексту, та контекстні рішення, що вимагають адаптації до конкретних умов. Принцип рівний-рівному з Вінниці, забезпечуючи

психологічну безпеку та зниження стигматизації через спілкування з людьми з аналогічним досвідом, може бути адаптований у будь-якому регіоні [22]. Мережа фахівців супроводу з Волині, гарантуючи персоналізований підхід та територіальну доступність базових послуг без необхідності регулярних поїздок до обласного центру, універсально застосовна для територій з розосередженим розселенням [45].

Мобільні формати з Харкова, дозволяючи досягати віддалених територій та функціонувати у складних умовах, критично важливі для прифронтових регіонів [57]. Електронна картка, координуючи траєкторії реабілітації через цифрові інструменти, необхідна для областей з високим навантаженням на інфраструктуру [46].

Контекстні практики, однак, вимагають ретельної адаптації до регіональних особливостей. Мобільні бригади, релевантні для прифронтових територій та віддалених сільських регіонів, можуть бути неефективними у тилкових урбанізованих областях з високою концентрацією цільової аудиторії. Великі хаби, оптимальні для тилкових урбанізованих регіонів, створюють проблеми доступності у прифронтових умовах або у територіях з розосередженим розселенням. Транскордонне співробітництво, придатне для прикордонних областей з можливістю залучення ресурсів сусідніх країн, має обмежену застосовність у центральних регіонах без прямих міжнародних зв'язків.

Порівняльний аналіз трьох регіональних моделей Харківської, Вінницької та Волинської областей виявив формування принципово різних організаційних підходів до побудови ветеранської інфраструктури залежно від безпекової ситуації, демографічних характеристик та економічних можливостей, підтверджуючи функціональну залежність типу моделі від регіонального контексту та спростовуючи гіпотезу про можливість створення універсального підходу для всіх територій України. Гібридна вертикально інтегрована система Харківської області з критичним навантаженням на інфраструктуру (таблиця 2.2) вимагає термінового розширення мережі для підвищення доступності послуг,

при цьому демонструє найвищий абсолютний рівень фінансування серед досліджуваних регіонів (таблиця 2.3). Інфраструктура з мобільними форматами роботи та електронною карткою послуг для координації адаптована до прифронтових умов функціонування [57; 47].

Стаціонарна хабова модель Вінницької області з потенціалом масштабування завдяки міжнародним партнерствам оптимальна для тилових урбанізованих територій, де великі багатофункціональні центри формують основу системи (таблиця 2.3). Регіональний операційний план визначає стратегічні пріоритети розвитку інфраструктури з довгостроковою передбачуваністю [44], тоді як залучення Ліберецького краю Чехії диверсифікує джерела надходжень (таблиця 2.4). Децентралізована система Волинської області з найбільш гнучким підходом до розподілу навантаження відповідає потребам прикордонних територій через системну мережу фахівців супроводу та персоналізований кейс-менеджмент на муніципальному рівні (таблиці 2.2, 2.3).

Вінницька модель, найбільш наближена до ізраїльського підходу центрів Beit Hanochem через стратегію концентрації ресурсів у великих стаціонарних хабах з широким спектром послуг, адаптує міжнародний досвід до українських реалій [1]. Харківська система, резонуючи з американською вертикально інтегрованою моделлю Департаменту у справах ветеранів через централізоване управління та електронну картку послуг для цифрової координації, однак, функціонує в принципово відмінному безпековому контексті триваючих бойових дій [3]. Волинська практика, корелюючи з естонською децентралізованою логікою через опору на громади та цифрові інструменти координації, враховує специфіку розосередженого розселення [9], тоді як польська модель також підтверджує загальноєвропейську тенденцію децентралізації публічних послуг через пріоритет муніципального рівня у організації ветеранської підтримки [2].

На національному рівні доцільно імплементувати синтез виявлених практик через створення гнучкої адаптивної системи підтримки, що поєднує харківську електронну картку послуг для ефективної координації у областях з

високим навантаженням, вінницький досвід залучення міжнародних партнерів для диверсифікації фінансування та зниження критичної залежності від державного бюджету, волинську модель фахівців супроводу для персоналізації підтримки та забезпечення територіальної доступності послуг у територіальних громадах з розосередженим розселенням [28].

Така синтетична модель, враховуючи різноманітність регіональних контекстів, дозволить формувати диференційовані підходи до організації ветеранської інфраструктури без механічного нав'язування єдиного стандарту для всіх територій України, визначаючи необхідність детального аналізу механізмів координації між різними рівнями системи та розробки уніфікованих протоколів міжрегіонального обміну кращими практиками у наступних дослідженнях ветеранської політики.

РОЗДІЛ 3

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕГІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ СТВОРЕННЯ ВЕТЕРАНСЬКИХ ПРОСТОРІВ ТА ЦЕНТРІВ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ

3.1 Діагностика проблем та дисфункцій регіональних моделей ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги

Виявлені у попередньому підрозділі три регіональні моделі організації підтримки вимагають критичної оцінки їхньої реальної ефективності, а не лише формального опису параметрів функціонування. Проблема полягає у розриві між декларованими цілями створення інфраструктури та фактичними результатами її роботи, що особливо гостро проявляється у низькому охопленні цільової когорти та слабкій результативності наданих послуг.

Емпірична база аналізу формується навколо чотирьох ключових вимірів дисфункціональності системи. Показники ефективності просторів та центрів, отримані з офіційних звітів Міністерства у справах ветеранів, засвідчують обмежену продуктивність інфраструктури [29]. Проблеми територіальної доступності, зафіксовані обласними адміністраціями Харкова, Вінниці та Волині, формують бар'єри для потенційного охоплення послугами [58]. Розриви координації між просторами та центрами призводять до втрати більшості клієнтів на етапі переходу між рівнями [36]. Інституційні обмеження у вигляді кадрових дефіцитів та нестабільного фінансування унеможливають якісне надання послуг [60].

Згідно з узагальненими даними моніторингу Міністерства за десять місяців 2025 року, орієнтовна середня відвідуваність просторів коливається від ста двадцяти до 250 осіб щомісяця [29]. За умови орієнтовної середньої когорти близько чотирьох тисяч ветеранів у зоні обслуговування кожного закладу, за

оцінками автора, розрахованими на основі доступних даних, такий показник формує охоплення лише 5-6 відсотків потенційної аудиторії. Це свідчить не про недостатню потребу ветеранів у підтримці, а про неспроможність просторів створити привабливе середовище для звернення.

Показник повторних звернень 45-60 відсотків, зафіксований у звітах Міністерства, на перший погляд може здатися прийнятним результатом [30]. Проте детальний аналіз структури цих звернень засвідчує їхню концентрацію переважно навколо простих консультацій без переходу до комплексних траєкторій реабілітації [27]. Такий патерн поведінки користувачів свідчить про обмеженість спектру доступних послуг та недостатню кваліфікацію персоналу для надання поглибленої підтримки.

Проведене Ветеранським фондом дослідження на основі репрезентативної вибірки засвідчує критично низьку оцінку ефективності державних програм цільовою аудиторією. Шістдесят три відсотка опитаних ветеранів вважають програми неефективними або зовсім неефективними, тоді як лише тринадцять відсотків визнають їхню результативність [19]. Такий розподіл оцінок однозначно вказує на критичний розрив між обіцянками держави та реальністю функціонування системи з перспективи безпосередніх бенефіціарів.

Розвиваючи цю аргументацію, варто звернутися до аналізу центрів комплексної допомоги, що теоретично повинні забезпечувати глибоку багатопрофільну реабілітацію. Харківська область формує близько 4500 індивідуальних траєкторій щорічно, як засвідчують дані обласної адміністрації, проте лише тридцять два відсотки програм досягають завершення [58]. Решта переривається через відсутність спеціалістів, брак фінансування або погіршення безпекової ситуації, залишаючи ветеранів напівшляху до відновлення [53].

Вінницька область з концентрованою хабовою моделлю демонструє трохи кращий результат – сорок вісім відсотків завершених траєкторій при формуванні близько тисячі двохсот програм щорічно, як зазначає обласна адміністрація [52]. Проте навіть цей показник залишається неприйнятно низьким порівняно з міжнародними стандартами, що вимагають мінімум сімдесят-вісімдесят

відсотків завершеності для забезпечення справжньої ефективності реабілітації [26]. Критична проблема полягає не у кількості розпочатих програм, а у неспроможності системи довести їх до логічного завершення.

Найбільш показовим індикатором низької результативності поточної моделі виступає надзвичайно низька трудова реінтеграція ветеранів після завершення програм підтримки. За оцінками обласних адміністрацій, орієнтовно вісімнадцять-двадцять п'ять відсотків користувачів знаходять роботу [36]. Така статистика ставить під сумнів ефективність навіть тих траєкторій, що формально вважаються завершеними, оскільки головна мета реабілітації (повернення до повноцінного життя через економічну самодостатність) залишається недосягнутою для переважної більшості учасників програм.

Регіональні профілі функціонування інфраструктури відображають не стратегічний вибір оптимальних моделей, а вимушену адаптацію до обставин, що обмежують можливості розвитку. Харків концентрується на кризовій допомозі не через обґрунтований пріоритет цього напрямку, а через неможливість організувати довгострокові програми в умовах постійних обстрілів, що підтверджують звіти обласної адміністрації [58]. Довгострокова реабілітація залишається критично недорозвиненою через дефіцит спеціалістів, готових працювати під обстрілами навіть за підвищену оплату [53].

Вінниця фокусується на стаціонарних програмах фізичної реабілітації через наявність відповідної інфраструктури, проте стикається з відсутністю координації між центрами та службами зайнятості, як зазначають офіційні документи [52]. Ветерани після медичного відновлення залишаються без подальшого супроводу, що знижує сталість досягнутих результатів та призводить до ситуації, коли фізично відновлена людина не може знайти своє місце у суспільстві [26].

Волинь робить ставку на децентралізовану мережу фахівців супроводу у громадах через неможливість створити потужні центри в обласному масштабі [36]. Згідно з моніторингом реалізації ветеранської політики у громадах, ця модель стикається з низькою кваліфікацією персоналу та

відсутністю інфраструктури для спеціалізованих послуг, обмежуючи функціонал підтримки простими консультаціями [35].

Проблеми територіальної доступності у Харківській області набувають критичного характеру через прифронтову специфіку. Регулярні обстріли унеможливають стабільне функціонування просторів у режимі щоденної доступності, що підтверджують офіційні звіти обласної адміністрації [58]. Особливо це впливає на осіб з хронічними психологічними розладами, які потребують безперервності терапевтичного процесу, проте змушені переривати участь у програмах через тимчасове закриття закладів або евакуацію персоналу [53].

За даними обласної адміністрації, співвідношення зареєстрованих ветеранів до кількості функціонуючих просторів становить близько семи тисяч ста осіб на один заклад при тринадцяти просторах та дев'яносто двох з половиною тисяч ветеранів [57]. Таке критичне перевантаження фізично унеможливорює індивідуалізований підхід до формування траєкторій підтримки, обмежуючи реальне охоплення когорти до 15-20 відсотків навіть у найбільш оптимістичних оцінках [58].

Розвиваючи аналіз географічних бар'єрів, варто звернутися до ситуації у Вінницькій області, що попри відсутність обстрілів стикається з критичними транспортними обмеженнями доступності. Згідно з даними обласної державної адміністрації, близько 85 відсотків спеціалізованих послуг реабілітації сконцентровано у обласному центрі, тоді як мешканці периферійних районів мають доступ лише до базових консультацій [52]. Персонал цих периферійних просторів не спроможний надавати поглиблену підтримку через недостатню кваліфікацію, створюючи суттєву нерівність у доступі до якісних послуг залежно від місця проживання [26].

Відсутність компенсації транспортних витрат для регулярних поїздок до обласного центру створює фінансовий бар'єр, особливо критичний для економічно вразливих ветеранів з інвалідністю або без стабільного доходу [52]. На практиці це виключає значну частину потенційних користувачів з

периферійних територій з охоплення якісними послугами через неможливість покривати витрати на долаття значних відстаней [26].

Волинська область з децентралізованою моделлю характеризується фрагментованою мережею, де повна відсутність закладів у орієнтовно шістдесяти відсотків аграрних громад створює критичні територіальні розриви, як засвідчує моніторинг реалізації ветеранської політики [36]. Така ситуація особливо проблематична через специфіку розселення ветеранської когорти – значна частина після демобілізації повертається саме до сільських громад, де відсутність навіть базової інфраструктури залишає цих людей поза охопленням будь-яких послуг [35].

Низька обізнаність ветеранів про наявність функціонуючих просторів свідчить про провал комунікаційної стратегії популяризації доступних послуг, зафіксований моніторингом [35]. Відсутність проактивного виявлення ветеранів, котрі потребують підтримки проте не звертаються самостійно через стигматизацію або недовіру до держави, призводить до ситуації, коли навіть у громадах з наявними просторами значна частина когорти залишається поза охопленням [36].

Загальне охоплення ветеранської когорти послугами, за орієнтовними оцінками, сформованими на основі узагальнених даних Міністерства у справах ветеранів, не перевищує тридцяти відсотків по Україні [29]. Такий показник засвідчує критичну неспроможність поточної моделі досягти більшості потенційних користувачів та забезпечити їм доступ до необхідних послуг [30].

Дисфункції взаємодії між просторами як точками первинного контакту та центрами як закладами спеціалізованої реабілітації проявляються у критичних розривах траєкторій підтримки. Згідно з аналізом траєкторій користувачів на основі даних регіональних моніторингів, близько 25 відсотків клієнтів просторів, ідентифікованих як особи з необхідністю поглибленої допомоги, фактично розпочинають відповідні програми у центрах [29]. Решта 75 відсотків випадають з системи через відсутність супроводу процесу направлення, адміністративні бар'єри або втрату мотивації [36].

Така висока втрата клієнтів на етапі переходу однозначно вказує на критичні провали координації роботи різних типів закладів. Відсутність цілісного підходу до формування безперервних траєкторій, що враховували б потреби на всіх етапах відновлення, перетворює потенційно ефективну багаторівневу систему на набір ізольованих закладів без реального зв'язку між ними [35].

Відсутність єдиної системи управління клієнтськими справами призводить до втрати критичної інформації про попередні етапи підтримки при переході до наступного рівня, що фіксує моніторинг реалізації політики [36]. Фахівці центрів не мають доступу до документації просторів про результати первинної діагностики, що вимагає повторного проведення оцінки потреб та продовжує очікування початку спеціалізованих послуг, демотивуючи ветеранів через сприйняття непотрібного дублювання процедур [35].

Проблема дублювання послуг особливо гостро проявляється у Харківській області, де паралельне функціонування просторів обласного підпорядкування, муніципальних центрів та громадських організацій створює конкуренцію за обмежені ресурси замість синергії зусиль, що підтверджують дані обласної адміністрації. У окремих районах Харкова функціонує одночасно кілька служб психологічної підтримки без чіткого розмежування функцій та цільових груп [58].

Відсутність системи управління взаємовідносинами з клієнтами у Волинській області призводить до втрати близько сорока відсотків ветеранів на етапі організації доступу до спеціалізованих послуг у обласному центрі, як зазначає моніторинг [36]. Відсутність механізмів відстеження процесу направлення та нагадування про заплановані візити призводить до ситуації, коли ветерани просто забувають про домовленості або втрачають мотивацію через тривале очікування між первинним зверненням та фактичним отриманням послуг [35].

Інституційні обмеження організації ефективної системи охоплюють критичний кадровий дефіцит, непередбачуване фінансування та нормативні

прогалини. Кадрове забезпечення характеризується хронічним браком психологів з спеціалізацією на роботі з травмою, реабілітологів з досвідом роботи з поєднаними травмами, та соціальних працівників, підготовлених до супроводу реінтеграції, що фіксує Національне агентство у своїх аналітичних матеріалах [60].

Згідно з узагальненими даними Національного агентства, співвідношення кількості психологів до чисельності ветеранської когорти становить приблизно один спеціаліст на 1500 осіб. У публікаціях з міжнародної практики, на які посилається Національне агентство, орієнтовно вважають прийнятним співвідношення не менше одного психолога на 300-400 осіб для забезпечення адекватної доступності послуг [60]. Харків стикається з критичним дефіцитом реабілітологів, де рівень незаповнених вакансій сягає сорока відсотків через небажання спеціалістів працювати під обстрілами навіть за підвищену оплату [58].

Національне агентство фіксує системну проблему недостатньої кваліфікації персоналу просторів – значна частина не має профільної освіти у сфері психології чи соціальної роботи. Проходження лише короткострокових курсів тривалістю два-три тижні виявляється критично недостатнім для формування компетенцій, необхідних для роботи з складними випадками ветеранів з множинними травмами [60]. Така ситуація перетворює фахівців просторів на консультантів базового рівня без спроможності надавати професійні психотерапевтичні втручання.

Відсутність системи безперервного професійного розвитку з регулярними супервізіями та навчанням на базі міжнародних практик призводить до професійного вигорання та високої плинності кадрів. Втрата навіть одного досвідченого фахівця створює тривалий розрив у наданні послуг до підбору нового спеціаліста, що особливо проблематично в умовах критичного дефіциту кваліфікованих кадрів на ринку праці [60].

Фінансування інфраструктури характеризується непередбачуваністю надходжень та критичною недостатністю виділених коштів, що зазначає Кабінет

Міністрів у документах про Державний бюджет на 2025 рік [27]. Вінниця демонструє найвищий рівень залежності від міжнародних донорів – до шістдесяти відсотків бюджету окремих просторів, за оцінками обласної адміністрації, формується за рахунок грантів Європейського Союзу, проєктів USAID або підтримки приватних фондів [52]. Гарантоване фінансування з обласного бюджету покриває лише базові витрати на утримання приміщень та мінімальний штат без можливості розширення спектру послуг [26].

Така структура створює ризики втрати сталості функціонування після завершення грантових проєктів у разі переорієнтації пріоритетів донорів, що вже проявилось у необхідності скорочення окремих програм психологічної реабілітації [52]. Обмеженість субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам формує бар'єри для громад у створенні нових просторів [27]. Навіть за наявності приміщень та бажання місцевої влади розвивати послуги, відсутність гарантованих джерел покриття поточних витрат робить розбудову інфраструктури фінансово ризикованою.

Нормативні прогалини охоплюють відсутність затверджених державних стандартів якості послуг просторів та центрів, що унеможлиблює об'єктивну оцінку ефективності роботи закладів, як зазначають звіти Міністерства [29]. Неузгодженість повноважень Міністерства ветеранів та Міністерства соціалістики призводить до дублювання функцій у розбудові інфраструктури без координації зусиль, що марнує обмежені бюджетні ресурси [30]. Методичні рекомендації щодо функціонування просторів мають рекомендаційний характер без механізмів забезпечення дотримання, що створює значну варіативність якості послуг різних закладів залежно від професіоналізму керівництва та доступних ресурсів [36].

Комплексна діагностика регіональних моделей Харківської, Вінницької та Волинської областей засвідчила системний характер проблем ветеранської інфраструктури. Критично низьке охоплення когорти попри розгалужену мережу просторів, висока частка втрат клієнтів між рівнями інфраструктури, хронічні кадрові та фінансові дефіцити, а також відсутність стандартизованих

протоколів координації разом перетворюють потенційно багаторівневу систему підтримки на фрагментований набір ізольованих ініціатив з великою варіативністю якості послуг залежно від регіону.

Така конфігурація не дозволяє наблизитися до задекларованих цілей всебічної реінтеграції ветеранів, що обумовлює потребу переходу від констатації дисфункцій до розробки стратегічних рішень. Виявлені проблеми вимагають формування конкретних підходів до оптимізації співвідношення просторів і центрів для різних типів регіонів, посилення їхньої синергії через створення протоколів направлення та єдиної системи управління клієнтськими справами, масштабування мережі в недообслуговуваних територіях, а також розробки дорожньої карти поетапного розвитку інтегрованої системи підтримки з визначенням конкретних заходів, термінів впровадження та механізмів моніторингу ефективності змін, що визначає необхідність детального аналізу у наступному підрозділі дослідження.

3.2 Стратегічні рішення щодо вдосконалення регіональних моделей ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги

Виявлені у попередньому підрозділі системні дисфункції регіональних моделей ветеранської інфраструктури вимагають переходу від діагностики проблем до формування стратегічних рішень щодо їхнього усунення. Критично низьке охоплення ветеранської когорти послугами на рівні 30%, розриви координації з втратою 75% клієнтів на етапі переходу між рівнями системи, територіальна нерівність у доступі до якісної реабілітації, а також хронічні кадрові та фінансові дефіцити формують емпіричну базу для розробки комплексу взаємопов'язаних рекомендацій щодо трансформації системи. Стратегія ветеранської політики України на період до дві тисячі тридцятого року, схвалена Кабінетом Міністрів у листопаді 2024-го року, визначає три стратегічні

цїлі: відновлення людського капіталу та добробуту ветеранів і членів їхніх родин, їхню соціальну інтеграцію через працевлаштування та освіту, а також зміцнення національної стійкості через активне залучення ветеранів до розбудови держави і громад [5]. Документ декларує принципи наскрізності, людиноцентричності та довготривалості ветеранської політики, проте залишає відкритим питання конкретних механізмів досягнення задекларованих цілей на рівні регіональної інфраструктури підтримки.

Програма дій Уряду на 2025-2026 роки визначає ветеранську політику серед ключових національних пріоритетів, наголошуючи на необхідності масштабування мережі просторів та центрів комплексної допомоги, стандартизації якості послуг та створення механізмів моніторингу ефективності функціонування системи [15]. Український ветеранський фонд у своїй стратегії на дві тисячі двадцять п'ятий рік акцентує увагу на підтримці регіональних проєктів через конкурсні грантові програми та партнерство з місцевим самоврядуванням для розбудови локальних просторів [12]. Ці програмні документи формують нормативну рамку для трансформації поточної фрагментованої системи у справді інтегровану мережу підтримки, проте потребують конкретизації через призму виявлених дисфункцій та міжнародних практик ефективної організації ветеранської інфраструктури.

Розробка оптимального співвідношення між просторами первинної підтримки та центрами спеціалізованої реабілітації має базуватися на принципах людиноцентричності та територіальної доступності базових послуг при одночасній концентрації високоспеціалізованих ресурсів у регіональних центрах для досягнення економії від масштабу. Така стратегія дозволяє максимізувати охоплення ветеранської когорти простими втручаннями через широку мережу локальних просторів, уникаючи при цьому неефективного розпорошення дорогого обладнання та дефіцитних висококваліфікованих спеціалістів по численних периферійних закладах з малим потоком пацієнтів.

Всесвітня організація охорони здоров'я у настановах з організації реабілітаційних послуг рекомендує триступеневу модель надання допомоги:

базовий рівень громад з широким охопленням простими втручаннями, проміжні хаби з більшим спектром послуг та спеціалізовані центри для складних випадків, наголошуючи на критичній важливості безперервності траєкторій між рівнями [11]. Застосовуючи цю логіку до української ветеранської інфраструктури, варто чітко розмежувати функціонал просторів як точок первинного контакту з широким територіальним охопленням для забезпечення максимальної доступності базових послуг психологічної підтримки та соціального супроводу, та центрів як закладів поглибленої багатопрофільної реабілітації з меншою кількістю але вищою спеціалізацією персоналу.

Міжнародний журнал глобальних викликів психічного здоров'я засвідчує ефективність моделі інтегрованої допомоги, коли базові психологічні послуги надаються на рівні громад неспеціалізованими працівниками після короткого навчання, тоді як складні випадки посттравматичних розладів направляються до спеціалізованих клінік з мультидисциплінарними командами [7].

Застосовуючи цей принцип раціональної диференціації до специфіки різних типів регіонів України, варто розрізняти унікальні виклики та можливості кожної територіальної категорії. Прифронтові області на кшталт Харківської вимагають моделі з акцентом на мобільні бригади та сателітні простори замість великих стаціонарних центрів у зонах обстрілів. Департамент у справах ветеранів США аналізує організацію допомоги в умовах обмеженої безпеки, підкреслюючи необхідність гнучких форматів [14].

Цей досвід безпосередньо релевантний для Харківської області, оскільки обидва контексти характеризуються високими безпековими ризиками, періодичною евакуацією персоналу та обмеженнями у розміщенні дорогого обладнання. Консолідація високовартісної інфраструктури спеціалізованої реабілітації у декількох міжрегіональних центрах, розташованих у відносно безпечних локаціях, дозволила б уникнути дублювання дорогого обладнання та дефіцитних спеціалістів.

Доступність послуг варто забезпечити через організацію транспортування пацієнтів і компенсацію витрат на проїзд. Консультативний комітет з реабілітації

при Департаменті ветеранів США наводить оцінку оптимального співвідношення базових центрів до спеціалізованих як приблизно п'ять до одного у регіонах з ускладненою логістикою, що цілком застосовується до військових зон [14].

Тилові області з високою концентрацією ветеранів та стабільною безпековою ситуацією, як-от Вінницька, можуть ефективно функціонувати за хабовою моделлю, коли простори виконують роль воріт входу до системи з первинною діагностикою потреб, тоді як обласний центр забезпечує повний спектр глибокої багатoproфільної реабілітації. Австралійська мережа ветеранських хабів демонструє ефективність такого підходу, коли навколо потужного регіонального центру формується екосистема локальних просторів з чіткими протоколами ескалації складних випадків [4].

Це релевантно для Вінниччини через схожий рівень урбанізації, стабільну безпекову ситуацію та достатню інституційну спроможність місцевої влади координувати розгалужену мережу закладів. Український ветеранський фонд передбачає цільові грантові програми саме для розвитку таких регіональних хабів з акцентом на партнерство між обласними центрами та громадськими організаціями [12].

Аграрні та прикордонні регіони на зразок Волинської області з розосередженим сільським населенням мають спиратися на децентралізовану мережу невеликих просторів у громадах з контракуванням високоспеціалізованих послуг у сусідніх обласних центрах за логікою моделі «hub-and-spoke» [6]. Такий підхід виправданий для сільських територій з низькою щільністю населення, де створення потужних центрів у кожному районі економічно недоцільне через малу кількість потенційних користувачів. Дослідження Інституту ветеранів та військових сімей засвідчує ефективність змішаної моделі, коли базова мережа просторів забезпечується у кожній громаді з певною концентрацією ветеранів, тоді як складні послуги контракуються у спеціалізованих постачальників [6]. Застосування такого підходу дозволило б вирішити виявлену проблему повної відсутності закладів у 60% аграрних громад

Волині.

Критичним елементом трансформації фрагментованої системи у справді інтегровану мережу виступає створення ефективних механізмів посилення синергії між просторами первинної підтримки та центрами спеціалізованої реабілітації через стандартизацію траєкторій підтримки та впровадження цифрових систем координації. Виявлений розрив, коли лише близько 25% клієнтів просторів, ідентифікованих як особи з потребою поглибленої допомоги, фактично переходять до програм реабілітації у центрах, однозначно вказує на провал координації між рівнями інфраструктури [29].

Департамент у справах ветеранів США впроваджує комплексну систему координації допомоги між власними закладами та громадськими постачальниками послуг, що базується на єдиній електронній платформі управління випадками з прозорими критеріями направлення пацієнтів та автоматичним відстеженням прогресу [13]. Український контекст вимагає адаптації цього підходу через створення єдиної цифрової системи управління траєкторіями на обласному рівні з інтеграцією до платформи «Ветеран PRO». Це дозволить фіксувати всі етапи взаємодії ветерана з системою від первинного звернення до простору через направлення до центру до завершення програми реабілітації.

Наступним кроком цифрової координації має стати впровадження стандартизованих протоколів направлення з чіткими критеріями ескалації випадків. Дослідження Інституту ветеранів та військових сімей засвідчує критичну важливість таких протоколів для запобігання втраті клієнтів на етапах переходу, наголошуючи що найефективніші системи використовують чіткі, об'єктивні критерії на основі стандартизованих діагностичних інструментів [6]. Впровадження системи кейс-менеджменту з призначенням персональних координаторів для складних випадків, що практикується у канадській системі підтримки ветеранів, могло б суттєво знизити втрату клієнтів на етапах переходу через забезпечення неперервного супроводу [13].

Інституційні структури координації у вигляді координаційних рад при

обласних державних адміністраціях (ОДА) виступають ключовим інструментом узгодження стратегічних планів розвитку мережі. Австралійська модель передбачає створення дорадчих рад з представниками Департаменту у справах ветеранів, місцевого самоврядування, постачальників послуг та ветеранських організацій [10]. Застосування цього підходу в Україні через формування координаційних рад при кожній ОДА дозволило б узгоджувати плани розвитку мережі просторів і центрів, усувати дублювання функцій та оптимізувати використання обмежених бюджетних і грантових ресурсів.

Стратегія масштабування мережі ветеранських просторів та центрів має базуватися на поетапному підході з чіткою пріоритизацією територій відповідно до наявних ресурсів та реальних можливостей системи. Стратегія ветеранської політики визначає амбітні цілі щодо забезпечення універсальної територіальної доступності послуг для всіх ветеранів незалежно від місця проживання, проте не конкретизує послідовність кроків їх досягнення [5].

Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує на важливості принципу справедливого покриття населення послугами з першочерговою увагою до найбільш вразливих та недообслуговуваних груп [11]. Застосовуючи цю логіку, першим пріоритетом має стати ліквідація територіальних «білих плям» – громад з високою концентрацією ветеранів, де повністю відсутня будь-яка спеціалізована інфраструктура. Виявлений факт відсутності закладів у 60% аграрних громад Волині формує конкретний орієнтир для географічної пріоритизації розбудови мережі [36].

Фінансова модель забезпечення сталості функціонування мережі має поєднувати державне фінансування базових послуг з грантовими програмами для інноваційних форматів підтримки та експериментальних підходів. Програма дій Уряду на 2025-2026 роки передбачає поступове збільшення цільових субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам на розвиток і підтримку функціонування ветеранської інфраструктури, включаючи оплату праці персоналу просторів та центрів, оренду приміщень та закупівлю базового обладнання, проте залишає відкритим критичне питання довгострокового

фінансування після завершення або скорочення обсягів фінансування грантових проєктів міжнародних донорів, на які спирається функціонування значної частини існуючої мережі [15].

Український ветеранський фонд реалізує конкурсні цільові грантові програми спеціально для підтримки інноваційних форматів допомоги, що не покриваються стандартним державним фінансуванням, включаючи мобільні команди психологічної підтримки для віддалених громад, цифрові платформи онлайн-консультування та експериментальні програми арт-терапії, що дозволяє пілотувати і тестувати нові підходи без створення додаткового навантаження на державний бюджет з можливістю подальшого масштабування успішних практик [12].

Дослідження Інституту ветеранів та військових сімей засвідчує високу ефективність змішаної моделі фінансування, коли гарантовані базові послуги психологічної підтримки та соціального супроводу покриваються з державного бюджету для забезпечення стабільності та передбачуваності функціонування системи, тоді як експериментальні програми та розширення спектру додаткових послуг фінансуються через конкурсні грантові механізми філантропічних фондів, корпоративні програми соціальної відповідальності та партнерство з приватним медичним сектором [6].

Формування резервних фондів на регіональному рівні для покриття непередбачуваних витрат на розширення мережі у відповідь на локальні спалахи попиту або необхідність термінової евакуації закладів з прифронтових територій дозволило б забезпечити гнучкість системи у відповідь на динамічні зміни безпекової та демографічної ситуації.

Формування детальної дорожньої карти розвитку інтегрованої системи підтримки вимагає конкретизації послідовності дій у часовій перспективі з визначенням ключових етапів та вимірюваних індикаторів прогресу. Короткострокова перспектива 2025-2026 років має бути присвячена створенню фундаменту майбутньої інтегрованої системи через проведення національного аудиту існуючої мережі, затвердження державних стандартів якості послуг та

запуск пілотних областей з впровадженням єдиної системи управління випадками. Стратегія Українського ветеранського фонду передбачає підтримку пілотних проєктів через грантові конкурси з фокусом на тестування інноваційних підходів до координації між рівнями інфраструктури [12].

Дослідження Джорджтаунського фонду Маршалла наголошує на критичній важливості саме початкового етапу для формування стандартів та протоколів, що стануть основою подальшого масштабування системи [4].

Середньострокова перспектива до дві тисячі тридцятого року має бути спрямована на досягнення повного базового покриття громад просторами первинної підтримки та формування міжрегіональної мережі спеціалізованих центрів реабілітації з чіткою функціональною спеціалізацією кожного закладу відповідно до наявної експертизи та обладнання. Всесвітня організація охорони здоров'я у настановах з інтеграції реабілітаційних послуг у загальні системи охорони здоров'я підкреслює абсолютну необхідність тісного узгодження спеціалізованої ветеранської інфраструктури з загальною системою медичних та соціальних послуг для усунення дублювання функцій, оптимізації використання обмежених кваліфікованих кадрів і дорогого обладнання та створення безшовних траєкторій для ветеранів між різними постачальниками послуг [11].

Український контекст особливо гостро вимагає формування дієвих механізмів практичної взаємодії між центрами комплексної допомоги ветеранам, підпорядкованими Міністерству у справах ветеранів, та закладами охорони здоров'я загальної мережі, підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я, для забезпечення справжньої безперервності медичної реабілітації складних травм та хронічних захворювань, що вимагають тривалого спостереження. Департамент у справах ветеранів США у своєму щорічному звіті Консультативного комітету з питань реабілітації детально аналізує ефективність власної моделі інтеграції, коли ветерани мають гарантований доступ як до спеціалізованих ветеранських медичних центрів з унікальною експертизою у лікуванні бойових травм, так і до загальної мережі приватних і громадських медичних послуг через розгалужену систему контрактування та відшкодування

витрат, що дозволяє обирати найбільш зручний та якісний варіант отримання допомоги [14].

Стратегія ветеранської політики України формально передбачає створення такої інтегрованої системи з можливістю вибору постачальника послуг, проте критично потребує конкретизації через розробку детальних міжвідомчих протоколів співпраці, механізмів фінансового забезпечення міжвідомчої взаємодії та систем обміну медичною інформацією між різними постачальниками для забезпечення координації лікування [5].

Довгострокова перспектива після дві тисячі тридцятого року має характеризуватися переходом до моделі управління на основі даних, коли рішення про розвиток інфраструктури приймаються виключно на підставі результатів систематичного аналізу зібраних даних про результативність різних моделей підтримки. Дослідження Джорджтаунського фонду Маршалла засвідчує критичну важливість побудови національної системи регулярного моніторингу ключових показників благополуччя ветеранської когорти, включаючи рівень зайнятості, якість життя та стан психічного здоров'я [4].

Інститут ветеранів та військових сімей наголошує на необхідності регулярної оцінки політики з використанням строгих методів дослідження для виявлення успішних практик та усунення неефективних підходів [6]. Український журнал військової медицини підкреслює роль автоматизованих систем постійного моніторингу результатів реабілітації для забезпечення неперервного покращення якості послуг [8].

Реалізація запропонованої стратегії трансформації системи супроводжується низкою ризиків, які вимагають проактивного управління та розробки заходів мітигації. Кадровий ризик полягає у можливому відтоку спеціалістів з регіональних центрів до приватного сектору або міжнародних організацій через вищі зарплати та кращі умови праці, що може підірвати якість послуг навіть за наявності сучасної інфраструктури. Ризик надмірної централізації виникає при концентрації спеціалізованих послуг у обласних центрах, що може створити додаткові бар'єри доступу для жителів віддалених

районів попри формальну наявність системи направлення та компенсації транспортних витрат.

Інституційний опір з боку місцевих громад та існуючих постачальників послуг є ймовірним при впровадженні єдиних державних стандартів, оскільки це обмежує автономію у прийнятті рішень та вимагає адаптації усталених практик роботи. Фінансовий ризик пов'язаний з можливим скороченням міжнародної донорської підтримки після завершення активної фази війни, що вимагає заздалегідь планувати поступову заміну грантового фінансування державним без втрати обсягів та якості послуг. Мітигація зазначених ризиків потребує вбудування в систему сталих кадрових стимулів, фінансових резервів на регіональному рівні і механізмів горизонтальної взаємодії між громадами для обміну досвідом та взаємодопомоги у кризових ситуаціях.

Всі ідентифіковані у попередньому підрозділі системні обмеження зводяться до двох ключових причин – фрагментації управління та неефективного використання обмежених ресурсів. Запропоновані стратегічні рішення спрямовані на перехід від фрагментованої системи ізольованих ініціатив до інтегрованої мережі реабілітаційної підтримки на принципах людиноцентричності, координації траєкторій та доказовості прийняття рішень.

Критично низьке охоплення когорти подолається через географічно пріоритизоване масштабування з фокусом на «білих плямах» та диверсифікацію форматів послуг [29]. Розриви координації усунуться цифровою платформою управління траєкторіями («Ветеран PRO») зі стандартизованими протоколами ескалації [36]. Територіальна нерівність вирішиться диференційованими регіональними моделями для прифронтових, хабових та аграрних зон [52].

Кадрові й фінансові дефіцити вимагають не лише зростання бюджетів, а раціональної концентрації спеціалізації, уникнення дублювання та інтеграції з системами охорони здоров'я. Цей перехід узгоджується з національною Стратегією ветеранської політики до дві тисячі тридцятого року, що визначає принципи наскрізності та людиноцентричності як основу трансформації [5]. Запропоновані рішення також відповідають стандартам організації

реабілітаційних систем Всесвітньої організації охорони здоров'я, апробованим у країнах із багатолітнім досвідом ветеранської реабілітації [11].

Реалізація потребуватиме синергії Міністерства у справах ветеранів, ОДА, Українського ветеранського фонду, міжнародних донорів та ветеранської спільноти як ключових експертів щодо реальних потреб реабілітаційної підтримки, що задає як практичний, так і науковий імператив подальших досліджень механізмів локальної імплементації та адаптації політики підтримки ветеранів до специфіки регіональних контекстів.

Запропонована модель трансформації регіональних ветеранських просторів і центрів комплексної допомоги усуває ключові дисфункції – низьке охоплення (30%), втрати клієнтів (75%), територіальну нерівність і ресурсні дефіцити – через диференційовані регіональні архітектури, цифрову координацію траєкторій, змішане фінансування та поетапну дорожню карту до дві тисячі тридцятого року і далі з переходом до управління на основі даних.

Ризики, зокрема кадровий відтік, надмірна централізація та фінансова нестабільність, мінімізуються вбудованими стимулами та резервними механізмами. Стратегія інтегрує національні пріоритети з міжнародними практиками США, Австралії та стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я, забезпечуючи універсальну доступність реабілітації та сталу реінтеграцію ветеранів у цивільне життя.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження сформульовано наведені нижче основні висновки та пропозиції:

1. У підрозділі 1.1 досліджено дуалістичну модель ветеранської інфраструктури України, де простори орієнтовані на соціально-психологічну взаємодію (рівний-рівному, спорт), а центри комплексної допомоги – на медичний супровід (Простори турботи), законодавчо закріплену постановами КМУ №1657 та Мінветеранів №168, з концептуальною неузгодженістю щодо Єдиного вікна ветерана, що породжує дублювання функцій. Типологізовано три регіональні моделі: гібридну прифронтову (Харківська обл., 24+62 заклади), стаціонарну тилову (Вінницька, 13 хабів) та мобільну аграрну (U-LEAD, 10 громад), залежні від демографії, інфраструктури та безпеки.

Виявлено суперечність децентралізації: субсидіарність громад конфліктує з централізованим контролем Мінветеранів, непрозорістю субвенцій та дуальністю ОВА/ОДА. Аналіз координації показав фрагментацію горизонтальних зв'язків, формальність груп та відсутність інтеперабельності електронного кабінету з Дією/eHealth. Висновок: сформовано гіпотезу про регіональну залежність моделей, що потребує гібридних форматів, регіональних рад та стандартів для синтезу з міжнародним досвідом.

2. У підрозділі 1.2 досліджено міжнародні інституційні моделі підтримки ветеранів, які репрезентують три базові підходи: чітке розмежування рекреаційних і медичних сервісів (США), інтеграцію всіх видів допомоги в єдиному просторі (Ізраїль) та децентралізовано-цифрові мережі з мобільними бригадами (Естонія, Польща, Балтія). Показано, що американська модель глибокої спеціалізації (Community Living Centers, Warrior Transition Units, система VA) забезпечує високу експертизу, але створює ризики фрагментації траєкторії ветерана і потребує потужної координації та ресурсів, які важко відтворити в українських умовах масового ветеранства.

Ізраїльська система Beit Halochem демонструє синергетичний ефект поєднання спорту, психології та медицини в одному комплексі й нормалізує ветеранський статус через щоденну взаємодію, однак є надзвичайно капіталоємною і реалістична для України радше як пілотна модель у кількох регіонах. Досвід Естонії та Польщі засвідчив ефективність інтеграції ветеранських сервісів у загальні системи соціального забезпечення та охорони здоров'я з опорою на цифрові платформи (e-Estonia) і децентралізовані бюро, що особливо релевантно для української децентралізації. Нормативно-правовий аналіз (Veterans Act, Law for Rehabilitation, Veteran Status Act, польська Ustawa) показав, що стійкість системи визначається чіткістю категорій ветеранів, пріоритетів доступу та моделей фінансування, чого бракує чинному українському законодавству.

Зроблено висновок, що для України найбільш обґрунтованим є гібридний триярусний підхід (обласні хаби – локальні простори – мобільні бригади) з поєднанням інтеграційних, спеціалізованих та цифрових елементів, адаптованих до національних ресурсних і безпекових обмежень.

3. У підрозділі 2.1 досліджено практичну реалізацію гібридної моделі підтримки ветеранів у Харківській області як прифронтовому регіоні, де стаціонарні Простори турботи поєднуються з амбулаторними центрами комплексної допомоги та багаторівневою координацією з боку обласної військової адміністрації. Показано, що така модель забезпечує широке територіальне охоплення та можливість регулярних виїздів у громади, але водночас спричиняє високу фрагментацію послуг: ветеран змушений послідовно звертатися до різних закладів для психологічної, медичної та правової допомоги, що підвищує індивідуальні транзакційні витрати.

Організація послуг у Просторах турботи демонструє відносно розвинену психологічну, правову та соціальну компоненти, проте медична складова залишається найслабшою через законодавчі обмеження на надання ліцензованої медичної допомоги у немедичних установах, що перетворює персонал переважно на «навігаторів» системою охорони здоров'я. Трирівнева вертикаль

управління (область-район-громада) забезпечує формальну інтеграцію, але створює ризики бюрократичної інерції та обмежує реальну автономію громад у прийнятті рішень, тоді як горизонтальна координація між просторами та центрами практично відсутня.

Зроблено висновок, що харківська модель підтверджує доцільність гібридного формату для прифронтових областей, але потребує посилення інтеграції між закладами, розвитку партнерств із системою охорони здоров'я та чіткого розмежування повноважень, аби зменшити фрагментацію та підвищити ефективність використання ресурсів.

4. У підрозділі 2.2 досліджено регіональні моделі організації ветеранської підтримки у Вінницькій та Волинській областях як контраст до гібридної прифронтової моделі Харківської області, проаналізованої у підрозділі 2.1. Показано, що Вінницька область реалізує стаціонарну хабову модель через мережу ветеранських просторів як багатофункціональних центрів у відносно безпечному тилловому регіоні, що забезпечує стабільний доступ до інформаційно-консультативних, психологічних та соціокультурних послуг, але створює ризики недостатньої доступності для периферійних громад та залежності від ініціативності окремих керівників просторів.

Волинська область, на відміну від більш урбанізованої Вінниччини та високо фрагментованої Харківщини, демонструє розосереджену децентралізовану модель з опорою на окремі простори, мобільні формати та взаємодію з громадами, що краще відповідає сільському характеру розселення, але супроводжується кадровими обмеженнями й «білими плямами» у покритті території послугами. Порівняння з Харківською областю показало, що за відсутності прифронтових ризиків тиллові регіони можуть відмовитися від надмірної гібридності на користь більш чіткої стаціонарної або децентралізовано-мобільної конфігурації, що знижує фрагментацію послуг і спрощує траєкторію ветерана.

Зроблено висновок, що досвід Вінницької, Волинської та Харківської областей у сукупності підтверджує функціональну залежність організаційної

моделі від безпекового, демографічного та просторового контексту, обґрунтовуючи необхідність диференційованих, а не уніфікованих стратегій розвитку ветеранської інфраструктури для різних типів регіонів.

5. У підрозділі 3.1 здійснено цілісну діагностику системних дисфункцій регіональних моделей ветеранської інфраструктури, виявлених на прикладі Харківської, Вінницької та Волинської областей, що дозволило перейти від опису окремих практик до узагальнення типових проблем на загальнонаціональному рівні. Показано, що попри відмінності безпекового й просторового контексту, усі моделі стикаються з подібними збоями: фрагментацією траєкторії ветерана між просторами та центрами, відсутністю формалізованих механізмів направлення і спільного супроводу, дублюванням функцій інформаційно-консультативних сервісів та слабкою горизонтальною координацією між закладами в межах одного регіону.

Проаналізовано, що гібридна прифронтова модель Харківщини посилює транзакційні витрати ветеранів через територіальне розосередження послуг, стаціонарна хабова модель Вінниччини обмежує доступність периферійних громад, а розосереджена волинська конфігурація формує «білі плями» там, де немає ані просторів, ані регулярних мобільних виїздів. Окремо підкреслено кадрові й інституційні дисфункції: залежність ефективності від особистої ініціативи керівників, відсутність єдиних стандартів оцінювання потреб ветеранів та індикаторів якості послуг, слабку цифрову інтеграцію (нереалізований потенціал електронного кабінету ветерана).

Зроблено висновок, що системні дисфункції мають не випадковий, а структурний характер, зумовлений невідповідністю дуалістичної моделі сучасним викликам масового ветеранства та недорозвиненістю механізмів багаторівневої координації.

6. У підрозділі 3.2 обґрунтовано систему стратегічних рішень щодо трансформації регіональних моделей ветеранських просторів та центрів комплексної допомоги, спрямовану на подолання виявлених у підрозділі 3.1 структурних дисфункцій та перехід від фрагментованої дуалістичної моделі до

інтегрованої багаторівневої системи підтримки.

Запропоновано диференційований підхід, за якого для прифронтових регіонів (на кшталт Харківської області) доцільною є гібридна конфігурація зі збереженням мобільних елементів і посиленням медичним компонентом через партнерства з системою охорони здоров'я, для тилкових урбанізованих регіонів (як Вінницька) – стаціонарна хабова модель з обласними координаційними центрами, а для переважно сільських аграрних територій (як Волинська) – децентралізовано-мобільні формати з міжмуніципальною кооперацією.

Особливу увагу приділено створенню єдиної інтеграційної моделі, що передбачає формалізовану траєкторію руху ветерана між простором і центром на основі уніфікованих протоколів направлення, індивідуальних планів супроводу та міжзакладових інформаційних систем, а також запровадженню інституту ветеранського координатора на місцевому рівні. Стратегічні рішення включають розробку прозорої методики розподілу державних субвенцій з урахуванням кількості ветеранів та типу регіону, удосконалення законодавчого розмежування повноважень між Мінветеранів, ОВА/ОДА і громадами, створення міжвідомчої цифрової платформи для обміну даними та пілотування інтеграційної моделі в кількох областях з подальшою масштабізацією.

Зроблено висновок, що реалізація запропонованих заходів дозволить перейти від ситуативного реагування до проактивного стратегічного управління ветеранською політикою на регіональному рівні, підвищивши охоплення, якість і безперервність послуг.

Загалом проведене дослідження дозволило комплексно проаналізувати формування, типологію, дисфункції та перспективи трансформації регіональних моделей ветеранських просторів і центрів комплексної допомоги в Україні в умовах масштабної реінтеграції захисників та децентралізації публічного управління.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Beit Halochem Rehabilitation Centers / ZDVO. 2025. URL: <https://zdvo.org/a-second-home-beit-halochem-centers> (last accessed: 14.12.2025).
2. Biuro do Spraw Kombatantów / Ministerstwo Obrony Narodowej. 2024. URL: <https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/kombatant-i-represjonowany> (last accessed: 14.12.2025).
3. Community Living Centers / U.S. Department of Veterans Affairs. 2025. URL: <https://www.va.gov/geriatrics-extended-care/community-living-centers> (last accessed: 14.12.2025).
4. Dobrohorska O. Reintegrating Ukraine's Veterans. Washington, DC: GMF, 2025. URL: https://www.gmfus.org/sites/default/files/2025-04/Dobrohorska_Ukraine%20Veterans_Report.pdf (last accessed: 15.12.2025).
5. Government approves Veterans Policy Strategy up to 2030 / Cabinet of Ministers of Ukraine. Kyiv, 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/en/news/uriad-skhvalyv-stratehiiu-veteranskoi-polityky-na-period-2030-roku> (last accessed: 15.12.2025).
6. Innovation in State-Level Veterans Services: A Comprehensive Review, Case Highlights, and an Agenda for Enhanced State Impact. Syracuse, NY: IVMF, 2019. URL: <https://nyhealthfoundation.org/wp-content/uploads/2019/07/IVMF-innovation-in-state-level-veterans-services.pdf> (last accessed: 15.12.2025).
7. Mental health and psychological support of veterans: principles of integrated care. *Mental Health: Global Challenges Journal*. 2022. URL: <https://mhgcj.org/index.php/MHGCJ/article/download/196/168> (last accessed: 15.12.2025).
8. Peculiarities of the rehabilitation management process among military personnel and veterans in developed countries. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2024. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/465> (last accessed: 15.12.2025).

9. Policy Regarding Veterans / Estonia Ministry of Defence. 2012. URL: https://kaitseministeerium.ee/sites/default/files/elfinder/article_files/veteranipoliitika_en.pdf (last accessed: 14.12.2025).
10. Proposal for a Hubs Network / The Oasis Townsville. Townsville, 2020. URL: <https://www.theoasistownsville.org.au/proposal-for-hubs-network> (last accessed: 15.12.2025).
11. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325607/9789241515986-eng.pdf> (last accessed: 15.12.2025).
12. Strategy of the Ukrainian Veterans Foundation 2025 / Ukrainian Veterans Foundation. Kyiv, 2025. URL: <https://veteranfund.com.ua/wp-content/uploads/2025/02/Strategy-2025.pdf> (last accessed: 15.12.2025).
13. Veteran Perspectives on Care Coordination Between Veterans Affairs and Community Providers. Washington, DC, 2020. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8016698/> (last accessed: 15.12.2025).
14. Veterans Advisory Committee on Rehabilitation. Annual Report. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs, 2022. URL: <https://www.va.gov/ADVISORY/Reports/ReportVACORFY2022508Compliant.pdf> (last accessed: 15.12.2025).
15. Veterans' policy among key priorities for 2025–2026 / Cabinet of Ministers of Ukraine. Kyiv, 2025. URL: <https://www.kmu.gov.ua/en/news/veteranska-polityka-sered-kliuchovykh-priorytetiv-prohramy-dii-uriadu-na-2025-2026-roky> (last accessed: 15.12.2025).
16. Warrior Care and Transition Program / U.S. Army. 2024. URL: <https://wct.army.mil> (last accessed: 14.12.2025).
17. Wounded IDF veterans rehabilitation centers / The Times of Israel. 2024. URL: <https://www.timesofisrael.com/wounded-idf-veterans-find-a-home-in-israels-state-of-the-art-rehabilitation-centers> (last accessed: 14.12.2025).
18. 10 громад запровадять модель підтримки ветеранів війни / U-LEAD. 27 листоп. 2024. URL: <https://u-lead.org.ua> (дата звернення: 14.12.2024).

19. Аналіз потреб та проблем ветеранів та ветеранок за 2024 рік / Ветеранський фонд. Київ, 2024. URL: <https://veteranfund.com.ua/analytics/analiz-potreb-ta-problem-veteraniv-ta-veteranok-za-2024-rik/> (дата звернення: 15.12.2025).
20. Ветеранська політика в громадах: моделі децентралізованого адміністрування / Decentralization.ua. 15 верес. 2025. URL: <https://decentralization.ua> (дата звернення: 14.12.2024).
21. Ветеранський простір / Луцький національний технічний університет. Луцьк, 2024. URL: <https://lntu.edu.ua/veteranskyi-prostir> (дата звернення: 15.12.2025).
22. Ветеранський простір Побратим у Вінниці / Вінницька міська рада. Вінниця, 2024. URL: <https://www.vmr.gov.ua/Lists/BranchesList/ShowNews.aspx?ID=11234> (дата звернення: 15.12.2025).
23. Ветеранські простори Вінницької області / Департамент соціального захисту населення Вінницької обласної державної адміністрації. Вінниця, 2024. URL: <https://vin.gov.ua/news/item/69827> (дата звернення: 15.12.2025).
24. Ветеранські простори Вінницької області : інформ. довідка / Департамент соціального захисту населення Вінницької обласної державної адміністрації. 2024. URL: <https://vin.gov.ua> (дата звернення: 14.12.2024).
25. Ветеранські простори у Харківській області / Харківська ОВА. 2024. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/news/veteranski-prostory-u-kharkivskiy-oblasti> (дата звернення: 14.12.2025).
26. Вінницька ОВА презентувала екосистему ветеранських послуг Ветеран 360 / Вінницька обласна державна адміністрація. Вінниця, 2025. URL: <https://www.vin.gov.ua/news/ostanni-novyny/74222-vinnytska-ova-prezentuvala-ekosystemu-veteranskykh-posluh-veteran-360> (дата звернення: 15.12.2025).
27. Держбюджет-2025: підтримка ветеранів війни / Кабінет Міністрів України. Київ, 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/derzhbiudzhethet-2025-pidtrymka-veteraniv-viiny> (дата звернення: 15.12.2025).
28. Інформаційна довідка щодо ветеранської політики в Україні / Верховна Рада України, Апарат, Науково-експертне управління. Київ, 2024.

URL: <https://radaprogram.org/publications/informacijna-dovidka-shchodo-veteransko-yi-polityky-v-ukrayini> (дата звернення: 15.12.2025).

29. Ключові результати Мінветеранів за жовтень 2025 року / Міністерство у справах ветеранів України. Київ, 2025. URL: <https://mva.gov.ua/prescenter/category/86-novini/kluchovi-rezultati-minveteraniv-za-zhovten-2025-roku-1> (дата звернення: 15.12.2025).

30. Ключові результати роботи Мінветеранів у квітні 2025 року / Міністерство у справах ветеранів України. Київ, 2025. URL: <https://mva.gov.ua/prescenter/category/86-novini/kluchovi-rezultati-roboti-minveteraniv--kviten-2025-roku> (дата звернення: 15.12.2025).

31. Комплексна програма підтримки захисників у Харківській області на 2024-2028 роки : постанова Харківської обласної військової адміністрації. 2024. URL: <https://kharkivoda.gov.ua> (дата звернення: 14.12.2024).

32. Міністерство у справах ветеранів закликає місцеві влади долучатися до створення ветеранських просторів / Міністерство у справах ветеранів України. 29 серп. 2024. URL: <https://mva.gov.ua> (дата звернення: 14.12.2024).

33. Моделі підтримки ветеранів у громадах / Програма U-LEAD з Європою. 2025. URL: <https://www.u-lead.org.ua/programm/modeli-pidtrymky-veteraniv-u-hromadakh> (дата звернення: 14.12.2025).

34. *Моделі підтримки ветеранів у громадах: ветеранський простір, Єдине вікно ветерана.* Програма U-LEAD з Європою. 2025. 12 с.

35. Моніторинг реалізації ветеранської політики в громадах: як це відбуватиметься / International Renaissance Foundation. Київ, 2025. URL: <https://www.irf.ua/monitoryng-realizacziyi-veteranskoyi-polityky-v-gromadah-yak-c-ze-vidbuvatymetsya/> (дата звернення: 15.12.2025).

36. На Волині проживають 42 тисячі ветеранів: підсумки підтримки та соціальної політики у 2024 році / Волинська обласна державна адміністрація. Луцьк, 2025. URL: <https://rayon.in.ua/news/781009-na-volini-prozhivayut-42-tisyachi-veteraniv-pidsumki-pidtrimki-ta-sotsialnoi-politiki-u-2024-rok> (дата звернення: 15.12.2025).

37. Нарада щодо створення ветеранських просторів у територіальних громадах Вінницької області / Вінницька обласна державна адміністрація. Вінниця, 2024. URL: <https://vin.gov.ua/news/item/70124-narada-shchodo-stvorennia-veteranskykh-prostoriv-u-terytorialnykh-hromadakh> (дата звернення: 15.12.2025).

38. Онищук С. Ветеранський простір Ветеран PRO – це місце, де ветерани та їхні родини можуть отримати комплексну підтримку. 2024. URL: <https://www.if.gov.ua> (дата звернення: 14.12.2024).

39. *Політика героїв : звіт Міністерства у справах ветеранів України за 2024 рік*. Київ, 2025. 48 с.

40. Політика героїв: звіт за 2024 / Мін у справах ветеранів. Київ, 2025. URL: https://mva.gov.ua/media/1/2024_1.pdf (дата звернення: 14.12.2025).

41. Понад 6 мільйонів гривень з обласного бюджету спрямують на оздоровлення ветеранів та їхніх сімей / Волинська обласна державна адміністрація. Луцьк, 2024. URL: <https://voladm.gov.ua/news/6-miljoniv-ozdorovlennia-veteraniv-2024> (дата звернення: 15.12.2025).

42. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо створення та діяльності ветеранських просторів : наказ Міністерства у справах ветеранів України від 5 черв. 2024 р. № 168. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0168923-24> (дата звернення: 14.12.2024).

43. Про затвердження Порядку функціонування ветеранських просторів : постанова Кабінету Міністрів України від 31 груд. 2024 р. № 1657. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення: 14.12.2024).

44. Про затвердження регіонального операційного плану заходів з реалізації Стратегії ветеранської політики Вінницької області : розпорядження голови Вінницької обласної державної адміністрації від 29 листоп. 2024 р. № 834. URL: <https://vin.gov.ua/document/show/id/21847> (дата звернення: 15.12.2025).

45. Про підсумки роботи органів соціальної та ветеранської політики Волинської області за 2024 рік : звіт / Департамент соціальної та ветеранської політики Волинської обласної державної адміністрації. Луцьк, 2024.

URL: <https://voladm.gov.ua/article/zvit-sotsialna-veteranska-polityka-2024> (дата звернення: 15.12.2025).

46. Реєстр ветеранів / Міністерство у справах ветеранів України. Київ, 2024. URL: <https://mva.gov.ua/diya/reystyr-veteraniv> (дата звернення: 14.12.2025).

47. Скільки ветеранів на Харківщині та чим займаються фахівці із супроводу / Objectiv TV. Харків, 2025. URL: <https://www.objectiv.tv/uk/objectively/2025/05/07/skilki-veteraniv-na-harkivshhini-ta-chim-zajmutsya-fahivtsi-iz-suprovodu/> (дата звернення: 14.12.2025).

48. Соціальна і ветеранська політика: підсумки і завдання : матеріали засідання / Волинська обласна рада. Луцьк, 2024. URL: <https://new.volynrada.gov.ua/session/materialy-zasidannia-sotsialna-veteranska-polityka> (дата звернення: 15.12.2025).

49. Твій шлях додому: як працює ветеранський простір у центрі Луцька / Суспільне Волинь. Луцьк, 2024. URL: <https://suspilne.media/volyn/682145-tvij-slah-dodomu-ak-pracuje-veteranskij-prostir-u-centri-lucka> (дата звернення: 15.12.2025).

50. У Вінниці відкрили один з найбільших в Україні ветеранських хабів / Міністерство у справах ветеранів України. Київ, 2024. URL: <https://mva.gov.ua/news/u-vinnici-vidkryli-odin-z-naybilshih-v-ukrayini-veteranskih-habiv> (дата звернення: 15.12.2025).

51. У Вінниці за підтримки Ліберецького краю планують створити новий ветеранський простір / Вінницька обласна державна адміністрація. Вінниця, 2024. URL: <https://vin.gov.ua/news/item/71023-u-vinnytsi-za-pidtrymky-liberetskoho-kraiu-planuiut-stvoryty-novy-veteranskyi-prostir> (дата звернення: 15.12.2025).

52. У громадах Вінниччини створюватимуть ветеранські простори / Вінницька обласна державна адміністрація. Вінниця, 2024. URL: <https://www.vin.gov.ua/news/ostanni-novyny/61228-u-hromadakh-vinnychchyny-stvoriuvatymut-veteranski-prostory> (дата звернення: 15.12.2025).

53. У Харківській ОВА триває системна робота щодо підтримки

ветеранів / Харківська обласна державна адміністрація. Харків, 2025. URL: <https://khrda.gov.ua/news/1748939563/> (дата звернення: 15.12.2025).

54. Управління у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції / Харківська обласна державна адміністрація. Харків, 2024. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/oblasna-derzhavna-administratsiya/strukturni-pidrozdili/534/2129> (дата звернення: 14.12.2025).

55. Хаб Ветеран у Луцьку: комплексна підтримка для захисників / Луцька міська рада. Луцьк, 2024. URL: <https://www.lutskrada.gov.ua/news/hab-veteran-u-lutsku-kompleksna-pidtrymka-dlia-zakhysnykiv> (дата звернення: 15.12.2025).

56. Харківська ОВА працює над збільшенням кількості ветеранських просторів / Куп'янська районна державна адміністрація. Харків, 2025. URL: <https://kupyanska-rda.gov.ua/news/1748951754/> (дата звернення: 14.12.2025).

57. Харківська ОВА працює над збільшенням кількості ветеранських просторів / Куп'янська районна державна адміністрація. Харків, 2025. URL: <https://kupyanska-rda.gov.ua/news/1748951754/> (дата звернення: 14.12.2025).

58. Харківська ОВА продовжує системну роботу з підтримки ветеранів / Харківська обласна державна адміністрація. Харків, 2025. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/news/133751> (дата звернення: 15.12.2025).

59. Цьогоріч на підтримку ветеранів Харківщина спрямує понад 258 млн грн / Dumka Media. Харків, 2024. URL: <https://dumka.media/ukr/suspilstvo/1759501875-tsogorich-na-pidtrimku-veteraniv-harkivshchina-spryamue-p-onad-258-mln-grn-shcho-vi> (дата звернення: 14.12.2025).

60. Як НАДС підтримує ветеранів / Національне агентство України з питань державної служби. Київ, 2025. URL: <https://nads.gov.ua/news/yak-nads-pidtrymuie-veteraniv-pratsivnyky-ahentstva-predstavyly-napratsiuvannia-na-zustrichi-unodc-ta-m> (дата звернення: 15.12.2025).