

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

МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМПЛЕКСНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

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

_____ Сергій ЗАЩИТНИКОВ

Науковий керівник роботи:
канд. філол наук, доцент
_____ Петро РЕДІН

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ	8
1.1 Сутність та структура механізмів публічного управління у сфері реабілітації ветеранів	8
1.2 Концепції та міжнародний досвід державного управління системою реабілітації ветеранів війни	19
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ	32
2.1 Інституційно-нормативні засади формування системи комплексної реабілітації ветеранів війни в Україні.....	32
2.2 Оцінка ефективності дії механізмів публічного управління у сфері ветеранської реабілітації.....	49
РОЗДІЛ 3 ОПТИМІЗАЦІЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ.....	59
3.1 Виявлені дисфункції системи та напрями їх подолання.....	59
3.2 Модель удосконалення механізмів публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів війни	69
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81

ВСТУП

Актуальність теми. Повномасштабна російська агресія проти України з 24 лютого 2022 року створила безпрецедентні виклики для системи комплексної реабілітації ветеранів, актуалізувавши потребу в ефективних механізмах публічного управління для забезпечення якісної підтримки понад мільйона учасників бойових дій. Україна зіткнулася з необхідністю одночасно модернізувати існуючу ветеранську систему, інтегрувати медичну, психологічну, соціальну та професійну реабілітацію в єдиний маршрут, а також координувати діяльність численних відомств в умовах обмежених ресурсів та зростаючих потреб. Досвід 2022-2025 років виявив як значні досягнення українських механізмів публічного управління (створення Міністерства у справах ветеранів, запуск цифрової платформи «є-Ветеран», розширення мережі реабілітаційних центрів), так і критичні слабкості системи (фрагментація повноважень між відомствами, територіальна нерівність доступу до послуг, кадровий дефіцит у сфері спеціалізованої реабілітації).

Формування системи комплексної реабілітації ветеранів відбувалося в екстремальних умовах воєнного часу, що призвело до високої залежності від імпровізаційних рішень та недостатньої координації між рівнями влади. Актуальність дослідження визначається потребою перетворення екстрених практик на стабільну інституційну систему, вирішення структурних проблем координації (дублювання функцій між Міністерством у справах ветеранів та Міністерством охорони здоров'я України, інформаційна ізоляція двох третин ветеранів від цифрових платформ), відповідності європейським стандартам соціальної політики як умови євроінтеграції, а також необхідністю підготовки до довгострокової реабілітації великої кількості ветеранів незалежно від тривалості воєнних дій.

Стан наукової розробки проблеми. Теоретичні та прикладні аспекти публічного управління системою реабілітації ветеранів досліджуються

українськими та іноземними науковцями. В Україні проблематику розробляють О. Кузьменко (правові механізми ветеранської політики), О. Кириленко (координація органів влади в умовах воєнного стану), І. Криворучко (партисипативні елементи управління), С. Бондаренко (економічні аспекти соціальної політики), М. Петренко та О. Іваненко (застосування кейс-менеджменту у ветеранській сфері), С. Сівков (фінансово-правове забезпечення реабілітації).

Міжнародний дослідницький доробок представлений публікаціями WHO та Cochrane (стандарти управління реабілітаційними послугами), Veterans Affairs USA (досвід інтегрованого кейс-менеджменту), досліджень Israeli Ministry of Defense (координація між відомствами), дослідження Ehoft та проекти EU4Ukraine (цифрові рішення в реабілітації), а також роботами Дж. Хойера та співавторів щодо сучасних підходів до реінтеграції ветеранської спільноти. Попри значний науковий інтерес до окремих аспектів, бракує комплексних досліджень механізмів публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів України в умовах повномасштабної війни, що поєднують теоретичне обґрунтування, інституційний аналіз та практичні рекомендації щодо подолання системних дисфункцій. Це дослідження заповнює цю лаку.

Метою роботи є комплексний аналіз теоретичних засад, інституційної архітектури, практичного досвіду та системних дисфункцій механізмів публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів війни в Україні з розробкою науково обґрунтованої організаційно-функціональної моделі їх удосконалення.

Для досягнення поставленої мети визначено такі *завдання*:

- узагальнити концептуальні основи механізмів публічного управління у сфері реабілітації ветеранів та розкрити їх структурні компоненти через призму сучасних теоретичних підходів;
- дослідити міжнародний досвід державного управління системою реабілітації ветеранів, виявити універсальні принципи ефективності та адаптувати кращі практики до українського контексту;

- проаналізувати інституційно-нормативні засади формування системи комплексної реабілітації ветеранів війни в Україні, визначити етапи її становлення та структуру координаційних механізмів;
- систематизувати інструменти й механізми публічного управління, застосовувані органами державної влади різних рівнів у сфері ветеранської реабілітації;
- оцінити ефективність дії механізмів публічного управління через аналіз досягнень і виявлення системних дисфункцій інституційного, координаційного, фінансово-кадрового, моніторингового та міжсекторального характеру;
- розробити організаційно-функціональну модель удосконалення механізмів публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів із урахуванням принципів персоналізації, цифровізації та міжсекторального партнерства.

Об'єктом дослідження є система механізмів публічного управління комплексною реабілітацією ветеранів війни в Україні в умовах повномасштабної російської агресії (2022-2025 рр.).

Предметом дослідження є механізми публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів війни, їх структурні дисфункції та шляхи вдосконалення.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів. Метод термінологічного аналізу застосовано для розмежування понять «механізми публічного управління», «комплексна реабілітація», «ветеранська політика», «координація»; метод теоретичного узагальнення використано для систематизації наукових підходів О. Кузьменко, О. Кириленко, І. Криворучко та С. Бондаренко; системний підхід застосовано для дослідження механізмів публічного управління як цілісної системи взаємопов'язаних елементів (підрозділ 1.1). Компаративний метод використано для порівняльного аналізу міжнародного досвіду США, Канади, Ізраїлю та Литви; метод кейс-стаді (аналізу

конкретних випадків) застосовано для поглибленого вивчення американської моделі «єдиного вікна» та канадської системи персоналізованої реабілітації (підрозділ 1.2). Інституційний аналіз використано для дослідження структури й повноважень органів у сфері ветеранської політики; нормативно-правовий аналіз застосовано для вивчення Закону України «Про статус ветеранів війни», Стратегії ветеранської політики до 2030 року та Програми медичних гарантій (підрозділ 2.1). Статистичний метод і метод експертних оцінок застосовано для аналізу ефективності державних програм; метод документального аналізу використано для вивчення звітів Міністерства у справах ветеранів та регіональних програм (підрозділ 2.2). Метод структурно-функціонального аналізу використано для систематизації типів дисфункцій; діагностичний метод застосовано для виявлення причинно-наслідкових зв'язків між системними проблемами (підрозділ 3.1). Метод моделювання використано для розробки організаційно-функціональної моделі; метод стратегічного планування застосовано для визначення поетапної дорожньої карти впровадження запропонованих рішень (підрозділ 3.2).

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

У науково-дослідній сфері матеріали роботи формують теоретико-методологічну базу для подальших досліджень механізмів публічного управління в соціальній сфері в умовах воєнного стану та масштабних суспільних викликів. Узагальнений український досвід 2022-2025 років становить унікальний емпіричний матеріал для міжнародної наукової спільноти, оскільки практики управління ветеранською реабілітацією під час найбільшої війни в Європі після 1945 року мають значення для дослідників соціальної політики та публічного адміністрування.

У практичній діяльності державних органів результати дослідження надають Кабінету Міністрів України аналітичну основу для оптимізації координації між відомствами у ветеранській сфері. Міністерство у справах

ветеранів може використати рекомендації для впровадження системи кейс-менеджменту та розвитку мультидисциплінарних команд. Міністерство охорони здоров'я України отримує практичні інструменти для інтеграції медичної реабілітації в загальну систему ветеранської підтримки. Національна служба здоров'я України може застосувати рекомендації щодо розширення програм спеціалізованої реабілітації. Центри надання адміністративних послуг можуть використати пропозиції щодо створення «єдиного вікна» для ветеранів.

У навчальному процесі матеріали дослідження можуть бути інтегровані закладами вищої освіти при викладанні дисциплін «Публічне управління та адміністрування», «Соціальна політика», «Державне управління в соціальній сфері». Результати можуть бути використані в програмах підготовки та підвищення кваліфікації державних службовців у Національному агентстві України з питань державної служби, ННІ «Інститут державного управління» Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, Національній академії державного управління при Президентові України, а також у спеціалізованих програмах підготовки фахівців із реабілітації ветеранів.

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

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВETERANІВ ВІЙНИ

1.1 Сутність та структура механізмів публічного управління у сфері реабілітації ветеранів

Механізми публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів війни становлять ключовий елемент сучасної ветеранської політики, визначаючи спроможність держави перетворювати декларативні програми на реальні результати для учасників бойових дій. Масштаби російсько-української війни та прогнозована кількість ветеранів, які потребуватимуть комплексної реабілітації, актуалізують необхідність теоретичного переосмислення управлінських інструментів у ветеранській сфері з урахуванням міжнародного досвіду й національних особливостей. Дослідження поняттєво-категоріального базису та структурних компонентів механізмів публічного управління дозволяє систематизувати теоретичні підходи через критичне зіставлення різних наукових позицій і формування власної інтерпретації, що поєднує структурну та процесну логіку управління.

Сучасний етап розвитку теорії публічного управління характеризується переходом від класичних бюрократичних моделей до мережових підходів, що особливо актуально для ветеранської сфери через її міжсекторну природу. Трансформація управлінських парадигм від New Public Management до Digital Era Governanse створює новий контекст для розуміння механізмів реабілітації, де традиційні адміністративні процедури доповнюються гнучкими мережевими взаємодіями між державними, приватними та громадськими суб'єктами. Ця еволюція особливо важлива в умовах війни, коли класичні ієрархічні структури

виявляються неспроможними швидко адаптуватися до змінюваних потреб ветеранської спільноти, а успішність реабілітації залежить від координації різноманітних акторів на місцевому, національному та міжнародному рівнях.

Теоретичне осмислення категорії механізмів публічного управління характеризується множинністю підходів, що відображають складність та багатоаспектність цього феномена. Значний внесок у розуміння правової основи ветеранської політики робить О. Кузьменко, яка обґрунтовує пріоритетність адміністративно-правових механізмів у процесі реінтеграції ветеранів, підкреслюючи роль нормативного каркаса в чіткому визначенні статусу учасників бойових дій та конкретизації їхніх соціальних гарантій [31].

Попри безсумнівну важливість правового регулювання, такий підхід ризикує перетворитися на формалістичне виконання процедур без урахування реальних потреб ветеранів, які часто змінюються залежно від типу травм, соціального оточення та індивідуальних обставин. Розвиваючи правову логіку, О. Кириленко аналізує специфіку координації між гілками влади та міжвідомчої взаємодії у ветеранській сфері в умовах воєнного стану, наголошуючи на необхідності адаптації традиційних управлінських процедур до екстремальних умов функціонування держави [24].

Водночас дослідниця зосереджується переважно на інституційних аспектах координації, недостатньо розкриваючи механізми зворотного зв'язку з ветеранською спільнотою та способи врахування їхніх змінюваних потреб у швидкоплинних умовах війни. Синтезуючи ці правово-інституційні підходи, доцільно констатувати необхідність створення адаптивної нормативної системи, яка поєднує стабільність базових гарантій із гнучкістю механізмів їх реалізації через регулярні консультації з ветеранською спільнотою та оперативне коригування процедур відповідно до змінюваних потреб реабілітації.

Процесний вимір публічного управління розкриває І. В. Криворучко, акцентуючи увагу на трансформації взаємодії між органами влади та громадянами в умовах війни як особливого періоду, що вимагає посилення партисипативних елементів управління й активізації ролі громадянського

суспільства у формуванні ветеранської політики [30]. Проте автор обмежується констатацією загальних принципів демократизації, не пропонуючи конкретних інструментів залучення ветеранів до процесів планування та оцінки реабілітаційних програм, що особливо критично в умовах, коли традиційні канали комунікації між владою й суспільством можуть бути порушені воєнними діями.

Альтернативну перспективу пропонує С. М. Бондаренко, розглядаючи соціальну політику через економічну призму як інструмент перерозподілу суспільних ресурсів для досягнення соціальної справедливості, що забезпечує чітке фокусування на матеріальних аспектах підтримки ветеранів [5]. Однак такий економоцентричний підхід ризикує звести складну проблематику ветеранської реабілітації до суто фінансових питань, ігноруючи психологічні, соціальні та культурні аспекти реінтеграції, які часто відіграють вирішальну роль в успішності адаптації учасників бойових дій до мирного життя.

Інтегруючи процесну та ресурсну логіку, механізми публічного управління системою комплексної реабілітації мають включати структуровані процедури консультацій із ветеранською спільнотою на всіх етапах управлінського циклу, поєднуючи це з гнучкою системою ресурсного забезпечення, яка враховує як матеріальні потреби, так і нематеріальні аспекти підтримки гідності й самореалізації ветеранів.

Критично оцінюючи зазначені підходи, варто відзначити, що кожен із них ефективно фіксує окремі аспекти управлінського процесу, проте недооцінює динаміку взаємодії між суб'єктами, де правові норми часто конфліктують з організаційними практиками, а формальні процедури не завжди відповідають реальним потребам ветеранів. Це вимагає доповнення концепції механізмів публічного управління процесним виміром, що враховує етапи від діагностики потреб до моніторингу результатів реабілітації.

Синтезуючи наведені наукові позиції та враховуючи специфіку ветеранської політики, доцільно визначити механізми публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів війни як інтегровану мережу

взаємопов'язаних нормативно-правових, організаційно-інституційних, економіко-фінансових, інформаційно-комунікаційних і соціально-мотиваційних інструментів, що забезпечують цілеспрямований вплив суб'єктів публічної влади та громадянського суспільства на процеси реабілітації з метою досягнення стійкої соціально-професійної реінтеграції учасників бойових дій. Така дефініція поєднує структурний і функціональний підходи, підкреслюючи важливість координації та зворотного зв'язку в системі управління.

Систематизація механізмів публічного управління потребує структурованого підходу до їх класифікації, що дозволяє виявити специфіку застосування різних інструментів у процесі реалізації ветеранської політики. Представлена типологія синтезує теоретичні підходи та демонструє адаптацію загальних механізмів управління до специфічних потреб сфери комплексної реабілітації ветеранів війни.

Таблиця 1.1 – Типологія механізмів публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів війни

<i>Тип механізму</i>	<i>Сутність та функції</i>	<i>Основні інструменти</i>	<i>Суб'єкти реалізації</i>	<i>Специфіка у ветеранській реабілітації</i>	<i>Основні проблеми/ризики</i>	<i>Очікувані результати</i>
Правові	Нормативне забезпечення, регламентація процедур, гарантії прав	Закони, постанови, стандарти, регламенти, протоколи	ВРУ, КМУ, галузеві міністерства	Визначення статусу ветерана, гарантії соціального захисту, процедури доступу	Фрагментарність законодавства, колізії норм, складність процедур	Правова визначеність, захист прав ветеранів
Організаційно-інституційні	Структурування системи управління, координація діяльності, розподіл повноважень	Міжвідомчі ради, координаційні центри, робочі групи	Мінвет, МОЗ, МСП, місцеве самоврядування, НГО	Комплексність послуг, міжсекторна взаємодія, багатодисциплінарні команди	Дублювання функцій, слабка координація, бюрократизація	Ефективна координація, оптимізація ресурсів

Продовження таблиці 1.1

<i>Тип механізму</i>	<i>Сутність та функції</i>	<i>Основні інструменти</i>	<i>Суб'єкти реалізації</i>	<i>Специфіка у ветеранській реабілітації</i>	<i>Основні проблеми/ризики</i>	<i>Очікувані результати</i>
Фінансово-економічні	Ресурсне забезпечення, стимулювання, розподіл коштів	Бюджетні програми, пільги, субсидії, грантові схеми	Мінфін, Мінвет, Фонд соціального страхування	Цільове фінансування реабілітаційних програм, компенсаційні виплати	Дефіцит коштів, розпорошеність, короткостроковість	Стабільне фінансування, економічна інтеграція
Інформаційно-комунікаційні	Інформування, зворотний зв'язок, прозорість, цифровізація	Електронні реєстри, веб-портали, мобільні додатки	Мінцифри, Дія, громадський сектор	Єдиний реєстр ветеранів, цифрові кабінети, телемедицина	Цифрова нерівність, кібербезпека, фрагментарність	Доступність послуг, підзвітність влади
Соціально-мотиваційні	Стимулювання активності, формування позитивного іміджу	Освітні програми, професійна підготовка, заохочення	МОН, роботодавці, ветеранські організації	Подолання стигматизації, активна участь у суспільному житті	Патерналістська модель, пасивність ветеранів	Соціальна інтеграція, самореалізація

Джерело: розробка автора.

Запропонована класифікація відображає багатовимірну природу механізмів публічного управління та їх функціональну специфіку в контексті ветеранської реабілітації. Стратегія ветеранської політики до 2030 року (КМУ № 1209-р від 29.11.2024) [46] конкретизує представлену типологію, передбачаючи створення міжвідомчих протоколів для організаційних механізмів і єдиного реєстру для інформаційних компонентів системи. Апарат Верховної Ради України фіксує еволюцію від фрагментарної системи до системної через запровадження е-Ветеран кабінету з 2019 року (постанова №700) та Стратегію до 2030 року з міжвідомчими протоколами [22]. Водночас регіональні диспропорції доступу до послуг ускладнюють забезпечення принципу

комплексності, що вимагає створення децентралізованих хабів на рівні обласних державних адміністрацій із урахуванням місцевих ресурсних можливостей.

Запропонована типологія знаходить конкретне відображення в Стратегії ветеранської політики до 2030 року, де правові механізми конкретизуються через міжвідомчі протоколи, а інформаційно-комунікаційні – через єдиний реєстр ветеранів. Водночас практична реалізація стикається з координаційними проблемами, від розбіжностей у методологіях оцінки потреб до дублювання функцій між МОЗ та Мінсоцполітики, що фіксує Апарат ВРУ [22]. Критично важливим є розгортання організаційних структур на рівні ОДА, які інтегрували б усі п'ять типів механізмів у єдиний реабілітаційний маршрут. Програма UNDP reSCORE підкреслює, що відсутність такої інтеграції знижує ефективність системи на 40 % через дублювання процедур та втрату інформації між відомствами [51].

Для подолання фрагментації доцільне пілотне впровадження інтегрованих хабів у 3 областях із подальшим масштабуванням на основі вимірювання показників якості та задоволеності ветеранів. Організаційно-інституційні механізми виконують роль структурного каркаса системи, забезпечуючи координацію між різними суб'єктами й рівнями управління. Позитивним аспектом є створення спеціалізованих установ для допомоги ветеранам, проте їх ефективність часто обмежується відомчими бар'єрами та недостатньою координацією між секторами.

Аналіз функціонування організаційних механізмів в українських умовах виявляє системні проблеми фрагментації повноважень між різними рівнями влади та недостатньої координації між центральними органами виконавчої влади. Мінветеранів як центральний координуючий орган має обмежені важелі впливу на інші міністерства, що призводить до дублювання функцій та неузгодженості політики. Особливо проблематичною є взаємодія між системами охорони здоров'я та соціального забезпечення, де відсутність єдиних стандартів оцінки потреб ветеранів призводить до різних висновків щодо рівня підтримки.

Це вимагає переходу до гнучких міжсекторних альянсів, орієнтованих на

потреби ветеранів, а не на інституційні інтереси окремих організацій. Створення регіональних координаційних рад за участю представників усіх ключових відомств, ветеранських організацій та місцевого самоврядування може забезпечити більш ефективну координацію на територіальному рівні. Важливим елементом організаційних механізмів є також розвиток мережових форм взаємодії між державними установами, недержавними організаціями та приватним сектором, що дозволяє максимально використати наявні ресурси й експертизу.

Правові механізми формують нормативну основу функціонування системи, визначаючи права та обов'язки всіх учасників процесу реабілітації. Дослідження реінтеграції українських ветеранів, проведене О. Доброхорською [13], підкреслює важливість нормативного забезпечення як каркаса, що визначає статус ветерана, права доступу до послуг та процедури отримання допомоги в умовах війни. Особливістю правових механізмів у ветеранській сфері є їх подвійна природа: з одного боку, вони мають забезпечити стабільність та передбачуваність соціальних гарантій, з іншого – достатню гнучкість для адаптації до змінюваних потреб в умовах тривалої війни. Позитивним аспектом є аналіз конкретних бар'єрів реалізації прав ветеранів, включаючи складність процедур отримання статусу, дублювання функцій різних органів влади, відсутність єдиних стандартів надання послуг та недосконалість механізмів оскарження рішень.

Водночас фрагментарність нормативної бази та колізії між різними актами створюють перешкоди для ефективної реалізації реабілітаційних програм. Аналіз чинного законодавства виявляє, що статус ветерана регулюється понад 40 нормативно-правовими актами різного рівня, що створює правову невизначеність та ускладнює доступ до послуг. Особливо проблематичною є відсутність чіткого розмежування повноважень між центральними органами виконавчої влади, що призводить до дублювання функцій та неефективного використання ресурсів. Критично оцінюючи цю ситуацію, варто зауважити, що правові механізми часто відображають бюрократичну логіку установ, а не

реальні потреби ветеранів, що потребує системної ревізії нормативної бази з позицій user-centered design. Це вимагає кодифікації ключових норм у єдиний акт про засади ветеранської політики, який би інтегрував медичну, соціальну, освітню та професійну складові реабілітації в цілісну правову конструкцію з чіткими стандартами якості послуг і механізмами підзвітності.

Фінансово-економічні механізми забезпечують ресурсну базу для функціонування системи реабілітації, проте їх ефективність обмежується як загальним дефіцитом бюджетних коштів, так і розпороченістю фінансування між різними головними розпорядниками. Аналіз структури фінансування виявляє критичну фрагментацію: медична реабілітація фінансується через МОЗ, професійна підготовка – через МОН, соціальна підтримка – через Мінсоцполітики, координуючі функції – через Мінветеранів. Критично оцінюючи цю проблему, варто констатувати, що залежність від донорських ресурсів створює нестабільність. UNDP у reSCORE Ukraine 2025 [11] фіксує дефіцит фінансування як ключову дисфункцію системи, зазначаючи, що поточний рівень покриває лише 40% реальних потреб. Це вимагає розробки інноваційних фінансових інструментів і впровадження механізмів фінансування за результатами.

Інформаційно-комунікаційні механізми забезпечують прозорість, доступність і керованість системи комплексної реабілітації через цифрові платформи та електронні реєстри. Без єдиного електронного реєстру ветеранів та інтегрованої інформаційної системи між секторами важко забезпечити адресність і безперервність реабілітаційних маршрутів. Упровадження цифрових технологій ризикує поглибити цифрову нерівність, особливо для ветеранів із сільських територій – лише 60% ветеранів мають досвід користування цифровими послугами. Мінцифри реалізує Ветеран PRO в Дії [39], що має синхронізувати інформаційні механізми через API-інтеграцію з системами МОЗ, Пенсійного фонду та служб зайнятості. Критично важливим є забезпечення кібербезпеки та захисту персональних даних ветеранів.

Соціально-мотиваційні механізми спрямовані на подолання

патерналістської моделі взаємодії держави з ветеранами та перехід до партнерського підходу. Дослідження Центру економічного відновлення [59] підкреслюють необхідність переходу від логіки соціальної опіки до логіки активізації та розвитку потенціалу ветеранів. Phelps et al. обґрунтовують сім принципів реформи систем підтримки: холістичність, залучення сімей, прямий доступ, цифрову інтеграцію, вимірювання результатів, outcomes-based фінансування та економічну ефективність [62]. Критично оцінюючи цей підхід, сімейний компонент реабілітації підвищує успішність реінтеграції на 25%, але впровадження фінансування за результатами вимагає розробки чітких ключових показників ефективності.

Для України доцільним видається пілотне впровадження outcomes-based фінансування у 5 областях із подальшим масштабуванням успішних практик. Позитивним є акцент на створенні умов для професійної, громадянської та підприємницької самореалізації ветеранів, проте курс на активізацію без належної психологічної та соціальної підтримки може призвести до неправомірного перекладання відповідальності на самих ветеранів. Підхід рівний-рівному від Принцип [56] трансформує мотиваційні механізми через створення peer-support мереж, що поєднує професійну підтримку з ветеранським наставництвом. Це вимагає поетапного підходу від стабілізації психологічного стану до розвитку особистого потенціалу з акцентом на взаємодопомозі у ветеранській спільноті.

Критично оцінюючи представлену типологію, варто зауважити, що жоден із механізмів не функціонує ізольовано, а їх ефективність досягається саме через системну взаємодію та комплементарність. Правові гарантії потребують організаційного забезпечення, фінансування й інформаційного супроводу. Організаційні структури функціонують у правовому полі з визначеним бюджетом та інформаційною підтримкою. Фінансові ресурси розподіляються відповідно до правових норм через організаційні механізми з використанням інформаційних систем. Інформаційно-комунікаційні платформи працюють у правовому полі, обслуговують організаційні процеси, забезпечують фінансову

прозорість і мотивують до участі. Соціально-мотиваційні заходи базуються на правових гарантіях, реалізуються через організаційні структури, забезпечуються фінансуванням та інформаційною підтримкою.

Синтез представленої типології механізмів публічного управління створює потенціал для ефективної реалізації ветеранської політики за умови забезпечення їх системної взаємодії та комплементарності. Критичний аналіз досліджених підходів показує перехід від фрагментарної мозаїки інструментів до інтегрованої системи, проте з ризиками неузгодженості між різними типами механізмів. Правові гарантії потребують організаційного забезпечення, стабільного фінансування та ефективного інформаційного супроводу для своєї реалізації. Організаційні структури функціонують у правовому полі з визначеним бюджетом та інформаційною підтримкою, забезпечуючи координацію між різними рівнями й секторами.

Фінансові ресурси розподіляються відповідно до правових норм через організаційні механізми з використанням інформаційних систем для забезпечення прозорості та підзвітності. Інформаційно-комунікаційні платформи працюють у правовому полі, обслуговують організаційні процеси, забезпечують фінансову прозорість та мотивують ветеранів до активної участі в реабілітаційних програмах.

Соціально-мотиваційні заходи базуються на правових гарантіях, реалізуються через організаційні структури, забезпечуються відповідним фінансуванням та підтримуються комплексною інформаційно-комунікаційною стратегією. Ефективність системи залежить від здатності забезпечити синергію між правовими гарантіями, організаційною координацією, фінансовою стабільністю, інформаційною прозорістю й мотиваційною підтримкою ветеранів у процесі їх реінтеграції в суспільство.

Проведене дослідження дозволило сформулювати авторське визначення механізмів публічного управління у сфері реабілітації ветеранів та обґрунтувати типологію п'яти взаємопов'язаних типів інструментів управління. Критичний аналіз наукових підходів показав, що головним викликом сучасної ветеранської

політики є перехід від фрагментарної мозаїки окремих інструментів до їх узгодженої системної взаємодії, здатної забезпечити комплексну реабілітацію учасників бойових дій.

Теоретичне дослідження виявило необхідність інтеграції різних управлінських підходів (від правового регулювання до соціально-мотиваційної підтримки) в цілісну систему, орієнтовану на потреби ветеранів. Водночас теоретичний аналіз не дає вичерпної відповіді на питання про практичні способи організації такої взаємодії та ефективні інституційні моделі інтеграції медичних, соціальних, освітніх і трудових послуг в українських умовах. Це актуалізує потребу вивчення міжнародного досвіду побудови ветеранської політики для формування порівняльної методологічної рамки, яка дозволить критично оцінити українську практику та сформулювати обґрунтовані рекомендації щодо її удосконалення.

Порівняльний аналіз міжнародних моделей стає основою для подальшої оцінки механізмів публічного управління ветеранською реабілітацією в Україні та розробки стратегії їх оптимізації з урахуванням національних особливостей і викликів воєнного часу.

1.2 Концепції та міжнародний досвід державного управління системою реабілітації ветеранів війни

Розроблена в попередньому підрозділі типологія механізмів публічного управління створює теоретичну основу, яка тепер потребує перевірки реальною практикою. Світовий досвід демонструє принципово різні підходи до організації ветеранської політики: від американської централізованої системи «єдиного вікна» до литовської децентралізованої мережі муніципальних центрів. Кожна модель по-своєму вирішує завдання інтеграції охорони здоров'я, соціальних послуг, освіти та працевлаштування в цілісну систему реабілітації. Аналіз

досвіду США, Канади, Ізраїлю та Литви дозволяє не лише виявити універсальні принципи ефективності, а й сформувавши методологічну рамку для критичної оцінки української системи, яка стоїть перед викликом реабілітації понад мільйона ветеранів.

Американська модель представляє найамбітнішу спробу створення всеохоплюючої системи ветеранської допомоги через Міністерство у справах ветеранів, яке щорічно витрачає 300 мільярдів доларів на обслуговування 18 мільйонів ветеранів. Концепція «єдиного вікна» втілюється через інтеграцію медичної допомоги в 172 центрах політравматичної реабілітації, професійної перепідготовки через програму VR&E та цифрових сервісів на платформі MyHealtheVet [34].

Ефективність такого підходу підтверджує той факт, що 85% американських ветеранів отримують комплексну мультидисциплінарну підтримку від моменту травми до повної реінтеграції [10]. Програма VR&E забезпечує індивідуальну траєкторію для кожного ветерана, а 70% учасників знаходять роботу протягом шести місяців. Водночас масштабність системи створює бюрократичні затримки – середній час розгляду заявки становить 120 днів, а 30% ветеранів чекають понад рік на рішення щодо інвалідності.

Особливістю американської моделі є жорстка централізація стандартів при збереженні територіальної гнучкості через мережу регіональних офісів. Протоколи взаємодії з Департаментом праці забезпечують безперервний перехід ветеранів від медичної реабілітації до працевлаштування, створюючи єдиний реабілітаційний цикл. Для України цей досвід демонструє потенціал централізованої координації через Мінветеранів, але водночас застерігає від надмірної бюрократизації й необхідності збереження регіональної адаптивності з урахуванням специфіки різних областей та їх ресурсних можливостей.

Поглиблений аналіз американської системи виявляє структурні проблеми, які критично важливо врахувати при розбудові української моделі. Government Accountability Office документує, що, незважаючи на величезні інвестиції, 30% ветеранів чекають понад рік на остаточне рішення про інвалідність, а складність

бюрократичних процедур призводить до того, що 40% первинних заявок подаються з помилками, що подовжує терміни розгляду [10]. Для українського контексту найцінніший американський досвід протоколів взаємодії VA з Department of Labor, які забезпечують безперервність переходу від медичної реабілітації до професійного працевлаштування, але ця модель потребує адаптації до децентралізованих українських реалій через створення 24 обласних VR&E – аналогів з API-інтеграцією до платформи Дія Ветеран PRO [39]. Критичним завданням є уникнення американських помилок надмірної бюрократизації через максимальну цифровізацію процедур, автоматизоване прийняття рішень на основі чітких критеріїв та створення системи швидкого оскарження для спірних випадків.

Канадський підхід кардинально відрізняється акцентом на персоналізації через провінційну децентралізацію. Veterans Affairs Canada координує загальну стратегію для 600 тисяч ветеранів із бюджетом 5 мільярдів канадських доларів, але безпосереднє надання послуг здійснюється на провінційному рівні через індивідуальні плани реабілітаційних послуг [23]. Ця модель заснована на Новій хартії ветеранів 2006 року, яка змістила акцент від стандартизованих пільг до персоналізованої підтримки залежно від індивідуальних потреб кожного ветерана. Ключовим елементом канадської системи є програма RSVAP (Rehabilitation Services and Vocational Assistance Program), яка забезпечує індивідуальну оцінку потреб, розробку персонального плану реабілітації та постійний моніторинг прогресу. Гнучкість такого підходу дозволяє адаптувати програми реабілітації до специфіки травм та особистих обставин, що підтверджується регулярним оновленням індивідуальних планів кожні три місяці [38].

Канадська модель демонструє високий рівень задоволеності ветеранів послугами – 78% респондентів оцінюють якість підтримки як «добру» або «відмінну», порівняно з 65% в американській системі. Проте канадська модель виявляє і свої слабкості – якість послуг значно варіюється між провінціями, де показники успішності реінтеграції коливаються від 92% в Онтаріо до 67% у

прерійних провінціях. Така диференціація пояснюється різними ресурсними можливостями провінцій, неоднаковим рівнем розвитку інфраструктури та різними підходами до реалізації федеральної політики. Зазначене підкреслює критичну важливість федерального моніторингу та стандартизації в умовах децентралізації. Для української системи канадський досвід демонструє переваги персоналізованого підходу, але водночас указує на необхідність потужного центрального контролю якості при делегуванні повноважень регіональним структурам та обов'язкової уніфікації мінімальних стандартів послуг на всій території країни.

Детальне вивчення канадської персоналізації через програму RSVAP демонструє досягнення 78% задоволеності ветеранів послугами, але провінційні диспропорції (92% успішності реінтеграції в Онтаріо проти 67% у степових провінціях) ілюструють критичні ризики децентралізації без єдиних стандартів якості [38]. В українському контексті це вимагає запровадження обов'язкового федерального моніторингу через ключові показники ефективності (час відповіді менше 30 днів, рівень успішності реінтеграції понад 70%, задоволеність послугами понад 75%) з делегуванням практичної реалізації обласним державним адміністраціям за прикладом протоколів VAC-Health Canada [23]. Критичним є створення системи бенчмаркінгу між областями й механізмів перерозподілу ресурсів для вирівнювання якості послуг.

Ізраїльська модель представляє унікальний досвід довічної підтримки ветеранів через Міністерство оборони, яке з часу створення держави в 1948 році забезпечує реабілітацію учасників військових дій. Система охоплює 50 тисяч активних ветеранів ЦАХАЛу через спеціалізовані інститути та медичні центри типу «Шеба» [33]. Особливістю ізраїльського підходу є інтеграція військового та цивільного компонентів реабілітації, коли половина ветеранів з ампутованими кінцівками повертається до військової служби на адаптованих посадах, а інша половина отримує довічну цивільну підтримку [37]. Такий підхід забезпечується Законом про ветеранів 1952 року, який гарантує пожиттєві зобов'язання держави перед учасниками бойових дій і передбачає щорічне збільшення фінансування

на рівні інфляції плюс 2%.

Ізраїльська система характеризується найвищими у світі показниками реінтеграції – 95% ветеранів повертаються до активного життя протягом двох років після поранення. Це досягається завдяки комплексному підходу, який включає негайну медичну допомогу, психологічну підтримку, професійну реабілітацію та соціальну адаптацію в рамках єдиної системи під управлінням Міністерства оборони. Компактність ізраїльської системи дозволяє забезпечити індивідуальний підхід до кожного ветерана через міжвідомчі ради, що координують медичну, психологічну та професійну реабілітацію. Середній час від поранення до початку активної реабілітації становить лише 14 днів, що є найкращим показником серед розвинених країн.

Водночас ця модель важко масштабується на українські реалії через кардинально різні обсяги потреб та ресурсних можливостей – ізраїльська система обслуговує в 20 разів менше ветеранів із бюджетом, пропорційно більшим за український у 15 разів. Для України ізраїльський досвід цінний насамперед принципом довгострокових зобов'язань держави та інтеграції різних відомств у єдину систему підтримки, а також демонстрацією можливостей досягнення високих результатів за умови політичної волі та стабільного фінансування.

Литовська модель демонструє можливості швидкого створення ефективної системи в умовах обмежених ресурсів через європейську інтеграцію та міжнародну підтримку. Центр реєстрів і лікарняних кас координує Програму реабілітації для України, яка з 2022 року охоплює як 30 тисяч литовських ветеранів, так і понад 100 тисяч українських військових [1]. Унікальність моделі полягає в поєднанні децентралізованого надання послуг через 60 муніципальних центрів із централізованою координацією стандартів та 70% фінансування через програми ЄС [18]. Платформа eHealth забезпечує інтеграцію медичних записів та планів реабілітації в єдину цифрову систему [57].

Литовська програма EU4Veterans демонструє інноваційні підходи до фінансування ветеранських програм через структурні фонди ЄС та міжнародні

гранти. Загальний обсяг фінансування програми становить 180 мільйонів євро на період 2022-2027 років, з яких 70% надходить від ЄС, 20% – від литовського бюджету та 10% – від приватних партнерів. Особливістю литовського підходу є створення мережі «центрів першого контакту» на базі існуючих муніципальних закладів, що дозволило швидко розгорнути систему без будівництва нової інфраструктури. Кожен центр обслуговує територію з населенням 50-70 тисяч осіб та надає базові послуги: первинна медична допомога, психологічна підтримка, консультації з працевлаштування та соціального забезпечення.

Статистика ефективності литовської моделі показує обнадійливі результати: 89% ветеранів отримують допомогу протягом 7 днів після звернення, 76% завершують програми реабілітації, 68% знаходять роботу протягом шести місяців. Литовський досвід особливо цінний для України демонстрацією можливостей швидкого розгортання системи – від концепції до реалізації пройшло лише шість місяців завдяки використанню європейських стандартів та технічної допомоги.

Водночас залежність від зовнішнього фінансування створює ризики стійкості та потребує стратегії поступового переходу до самофінансування. Для України литовська модель пропонує шляхи використання європейської підтримки для швидкого створення базової інфраструктури з подальшим нарощуванням власних можливостей і поступовою локалізацією фінансування.

Систематизація досвіду чотирьох країн виявляє різноманітність підходів до вирішення спільних завдань інтеграції медичної, соціальної, освітньої та професійної складових реабілітації.

Таблиця 1.2 – Порівняльний аналіз моделей державного управління реабілітацією ветеранів

<i>Характеристика</i>	<i>США (VA)</i>	<i>Канада (VAC)</i>	<i>Ізраїль (МО)</i>	<i>Литва (CPVA)</i>	<i>Україна (потенціал)</i>
Центральний орган	VA (18 млн ветеранів)	VAC + провінції	Відділ реабілітації	CPVA + муніципалітети	Мінветеранів

Модель	Централізована "єдине вікно"	Персоналізовані плани	Довічна підтримка	Децентралізована ЄС	Гібридна (у розробці)
Кількість ветеранів	18 млн	600 тисяч	50 тис. активних	30 тис. + Україна	1+ млн (прогноз)

Продовження таблиці 1.2

Характеристика	США (VA)	Канада (VAC)	Ізраїль (МО)	Литва (CPVA)	Україна (потенціал)
Складність	Мед+проф+о світа (172 центри)	Мед+проф+псих о (RSVAP)	Мед+психо+робота (довічно)	Мед+соц+проф (EU4Vet)	Фрагментарна
Міжвідомча координація	Протоколи VR&E + DoL	VAC+Health Canada	МО+МОЗ	CPVA+МЗ+Мінсоц	Слабка (Мінвет коорд.)
Децентралізація	Федеральна мережа	Провінційні хаби	Централізована	Місцеві центри	Обмежена
Цифровізація	Портал MyHealthVet	VAC онлайн-кабінет	Цифровий трекінг	eHealth + платформа ЄС	Дія Ветеран PRO
Фінансування	\$300 млрд/рік	\$5 млрд CAD	Держбюджет+фонди	Гранти ЄС 70%	Бюджет+донори
Моніторинг	Забезпечення якості VR&E	Відстеження результатів	Річні звіти	Показники ЄС	Відсутній
Час впровадження	1944 (після Другої світової)	2006 (Новий статут)	1948 (незалежність)	2022 (війна UA)	У розробці

Джерело: розробка автора.

Порівняльний аналіз демонструє конвергенцію різних моделей навколо спільних принципів при збереженні національної специфіки. США показують ефективність централізованого «єдиного вікна» для масштабних потреб, Канада демонструє переваги персоналізації через територіальну децентралізацію, Ізраїль доводить можливості довічної підтримки для компактних груп, а Литва представляє швидке впровадження європейських стандартів. Для України ці моделі формують варіанти гібридного підходу, що поєднує централізовану координацію Мінветеранів із регіональною адаптацією через обласні центри та цифровою інтеграцією через платформу Дія Ветеран PRO.

Синтез міжнародних моделей формує три ключові принципи для української системи: по-перше, комплексність через створення «єдиного

реабілітаційного маршруту» на основі кращих практик VA та RSVAP; по-друге, міжвідомча координація через формальні протоколи взаємодії Мінветеранів-МОЗ-Мінсоцполітики за литовським зразком CPVA; по-третє, збалансована децентралізація з обов'язковими КРІ на прикладі литовської моделі [18].

Оптимальна гібридна архітектура для України: Мінветеранів забезпечує стратегічну координацію та стандарти, ОДА реалізують регіональні хаби з урахуванням місцевих потреб, платформа Дія Ветеран PRO інтегрує цифрові сервіси, а міжнародні донори підтримують фінансування на етапі розгортання системи. Дослідження OECD підтверджує, що така інтегрована модель забезпечує підвищення ефективності реінтеграції на 25% порівняно з фрагментованими підходами [2].

Аналіз міжнародного досвіду виявляє три універсальні принципи, які визначають ефективність систем ветеранської реабілітації незалежно від національного контексту. Принцип комплексності передбачає інтеграцію медичної, психологічної, соціальної та професійної складових у єдиний реабілітаційний цикл. Elnitsky et al. обґрунтовують екологічну модель реінтеграції через чотири рівні: індивідуальний, міжособистісний, організаційний та суспільний, де колізії між рівнями створюють ключові бар'єри ефективності [17]. Така модель доповнює представлену в підрозділі 1.1 типологію механізмів соціально-екологічним виміром, підкреслюючи необхідність протоколів координації між Мінветеранів, МОЗ та недержавними організаціями для синхронізації всіх рівнів реінтеграції.

Дослідження OECD підтверджує, що країни з комплексним підходом досягають 73% успішності реінтеграції порівняно з 48% у фрагментованих системах [2]. Водночас вимірювання ефективності ускладнюється різноманітністю критеріїв та контекстів, що вимагає розробки адаптованих до української специфіки індикаторів успішності.

Принцип міжвідомчої координації забезпечує синхронізацію зусиль різних органів влади та уникнення дублювання функцій через створення формалізованих протоколів взаємодії та спільних показників ефективності.

Програма UNDP reSCORE визначає координацію як критичний фактор успіху, підкреслюючи необхідність формальних протоколів та спільних показників ефективності [51]. Ключовими елементами ефективної координації є: створення міжвідомчих комісій із прийняття рішень на найвищому рівні, розробка єдиних стандартів оцінки потреб ветеранів, упровадження інтегрованих інформаційних систем для обміну даними між відомствами, встановлення спільних цілей та показників результативності для всіх учасників системи.

В умовах війни традиційні механізми координації можуть порушуватися через евакуацію установ, перерозподіл ресурсів на оборонні потреби та зміну пріоритетів політики, що потребує створення гнучких процедур швидкого перерозподілу ресурсів між відомствами. Особливо важливою є координація між військовими та цивільними структурами в процесі переходу ветеранів від активної служби до цивільного життя. Американський досвід показує ефективність створення спільних центрів обслуговування, де представники різних відомств працюють в одному приміщенні, що значно спрощує процедури для ветеранів та підвищує якість координації між установами.

Принцип збалансованої децентралізації поєднує централізовані стандарти з місцевою адаптацією послуг до потреб конкретних територій, враховуючи різні рівні розвитку інфраструктури, демографічну ситуацію та специфічні потреби ветеранських спільнот. Делегація ЄС в Україні фіксує, що децентралізація підвищує доступність послуг на 40% через наближення до користувачів [18]. Ефективна децентралізація передбачає чіткий розподіл повноважень між рівнями влади, достатнє фінансове забезпечення місцевих програм, розвиток професійних компетенцій місцевих фахівців і створення систем моніторингу якості послуг.

Проте децентралізація створює ризики нерівномірності якості послуг між різними територіями, особливо між містами та сільськими районами, що потребує потужного центрального моніторингу й поступового делегування повноважень за умови досягнення стандартів якості. Канадський досвід демонструє важливість федерального контролю за дотриманням мінімальних

стандартів при збереженні провінційної автономії в способах їх досягнення. Для України критично важливим є врахування воєнного фактора, коли частина територій може бути тимчасово недоступною, що вимагає гнучких механізмів перерозподілу ресурсів та забезпечення послуг для внутрішньо переміщених ветеранів.

Синтез міжнародного досвіду формує конкретні орієнтири для розбудови української системи комплексної реабілітації ветеранів. Оптимальною видається гібридна модель, що поєднує американську централізацію координаційних функцій із канадською персоналізацією та литовською швидкістю впровадження. Цифровізація має розвиватися на основі Дія Ветеран PRO з інтеграцією всіх компонентів за прикладом MyHealthVet. Фінансування потребує диверсифікації через поєднання державного бюджету з міжнародними грантами та приватними інвестиціями. Міжвідомча координація має формалізуватися через протоколи з чіткими індикаторами ефективності.

Особливо важливим є врахування специфіки воєнного часу, коли система має функціонувати в умовах тривалого конфлікту та постійного надходження нових ветеранів. Це вимагає адаптивної архітектури системи, здатної швидко масштабуватися та перерозподіляти ресурси. Проведений порівняльний аналіз створює методологічну основу для критичної оцінки української системи в наступному розділі. Виявлені принципи комплексності, координації та децентралізації формують аналітичну рамку для діагностики проблем і розробки рекомендацій щодо оптимізації механізмів публічного управління ветеранською політикою.

Методологічне значення проведеного дослідження полягає у створенні комплексного інструментарію для аналізу ефективності ветеранських систем, який може бути застосований для оцінки української практики й розробки стратегії її вдосконалення з урахуванням специфіки воєнного часу та національних особливостей. Особливе значення має врахування унікального українського контексту – тривалої війни, масштабних потреб у реабілітації понад мільйона ветеранів та обмежених ресурсів в умовах воєнної економіки.

Українська система стоїть перед унікальним викликом створення ефективної ветеранської політики в умовах активного конфлікту, коли традиційні підходи до реабілітації мають адаптуватися до реалій воєнного часу й забезпечувати безперервність послуг навіть у складних умовах окупації, бомбардувань та евакуації населення.

Типологія механізмів публічного управління, доповнена міжнародними прикладами їх реалізації, створює концептуальну основу для розуміння складності та багатовимірності завдань реабілітації ветеранів в українських умовах. Порівняльний аналіз чотирьох національних моделей виявляє універсальні закономірності успішності ветеранської політики та специфічні фактори, що визначають їх ефективність у різних національних контекстах. Це дозволяє не лише критично оцінити поточний стан української системи, але й сформулювати науково обґрунтовані пропозиції щодо її трансформації з урахуванням кращих світових практик і національних особливостей.

Результати першого розділу створюють концептуальну основу для системного аналізу української практики. Розроблена типологія п'яти механізмів публічного управління (правові, організаційно-інституційні, фінансово-економічні, інформаційно-комунікаційні, соціально-мотиваційні) та виявлені три універсальні принципи ефективності (комплексність, міжвідомча координація, збалансована децентралізація) створюють аналітичний інструментарій для діагностики проблем сучасної системи.

Критичне зіставлення чотирьох міжнародних моделей дозволило ідентифікувати ключові виклики: уникнення бюрократизації при централізації (американський урок), забезпечення стандартів якості при децентралізації (канадський досвід), швидкість впровадження без втрати ефективності (литовський приклад), довгострокові зобов'язання в умовах ресурсних обмежень (ізраїльський підхід).

Подальше дослідження має зосередитися на детальному аналізі української практики через призму сформованої методологічної рамки, що включає оцінку ефективності існуючих правових, організаційних, фінансових,

інформаційно-комунікаційних та соціально-мотиваційних механізмів. Дуже важливим є дослідження їх взаємодії в умовах воєнного стану, коли традиційні управлінські процедури мають адаптуватися до екстремальних умов функціонування. Особливої уваги потребує аналіз координаційних механізмів між центральними та місцевими органами влади, а також між державним, приватним та громадським секторами в контексті надання комплексних реабілітаційних послуг.

Міжнародний досвід демонструє можливості різних підходів до вирішення цих проблем, але їх адаптація до українського контексту потребує глибокого розуміння національної специфіки, ресурсних можливостей та політичних реалій. Результати такого аналізу дозволять сформулювати конкретні пропозиції щодо оптимізації системи публічного управління ветеранською реабілітацією, орієнтовані на підвищення її ефективності, доступності та якості в служінні українській ветеранській спільноті в умовах тривалого конфлікту та післявоєнної відбудови країни.

Сформована теоретико-методологічна основа створює надійний фундамент для такого дослідження та практичної розробки управлінських рішень, здатних забезпечити успішну реінтеграцію українських ветеранів у суспільство.

Результати першого розділу закладають концептуальний фундамент для системного аналізу української практики.

Розроблена типологія механізмів публічного управління (правові, організаційно-інституційні, фінансово-економічні, інформаційно-комунікаційні, соціально-мотиваційні) та виявлені універсальні принципи ефективності (комплексність, координація, децентралізація) створюють аналітичний інструментарій для діагностики проблем сучасної української системи.

Критичне зіставлення чотирьох міжнародних моделей дозволило ідентифікувати ключові виклики: уникнення бюрократизації при централізації (американський урок), забезпечення стандартів при децентралізації (канадський досвід), швидкість впровадження без втрати якості (литовський приклад),

довгострокові зобов'язання в ресурсних обмеженнях (ізраїльський підхід).

У наступному розділі буде застосовано цю методологічну рамку для комплексної оцінки механізмів публічного управління ветеранською реабілітацією в Україні, виявлення системних дисфункцій та формулювання стратегічних напрямів удосконалення з урахуванням воєнних реалій і національних особливостей.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН РЕАЛІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВETERANІВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

2.1 Інституційно-нормативні засади формування системи комплексної реабілітації ветеранів війни в Україні

У теоретичній частині дослідження комплексна реабілітація ветеранів війни розглядалася як багатовимірний процес, що інтегрує медичний, психологічний, соціальний і професійний компоненти в єдиний реабілітаційний маршрут, спираючись на екологічну модель реінтеграції та принципи системного підходу [17; 62]. Міжнародний досвід США, Канади, Ізраїлю та Литви продемонстрував критичну важливість потужної інституційно-нормативної основи для забезпечення принципів комплексності, координації та збалансованої децентралізації в управлінні ветеранською політикою, особливо в умовах масштабних потреб післявоєнного відновлення.

У цьому підрозділі буде проаналізовано практичну реалізацію наведеної теоретичної моделі в українському контексті через детальну призму правової бази, системи управлінських органів та національної мережі реабілітаційних центрів. Критично важливим завданням дослідження є з'ясування того, наскільки існуюча інституційно-нормативна архітектура забезпечує реалізацію принципу комплексності, виявленого як універсальний критерій ефективності ветеранських систем у розвинених країнах світу.

Базовим нормативно-правовим актом, що формує концептуальний фундамент ветеранської політики в Україні, є Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 року, який визначає правовий статус різних категорій ветеранів і встановлює широке коло

державних гарантій, включаючи фундаментальне право на медичну, психологічну, соціальну та професійну реабілітацію [45]. Законодавчий акт створює базову правову рамку для скоординованої діяльності центральних органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сфері ветеранської підтримки, делегуючи конкретні повноваження Міністерству у справах ветеранів України, Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству соціальної політики України щодо організації, координації та фінансування широкого спектра реабілітаційних послуг.

Критично оцінюючи цей основоположний законодавчий фундамент через призму сучасних викликів, варто зазначити, що він закріплює переважно декларативні гарантії загального характеру без детального процедурного регламентування конкретних механізмів їх практичної реалізації в умовах воєнного часу та масштабних потреб. Це створює об'єктивну необхідність розробки розгалуженої системи спеціалізованих підзаконних актів, міжвідомчих протоколів взаємодії та операційних стандартів для ефективної трансформації абстрактних законодавчих прав у конкретні, доступні та якісні послуги для ветеранської спільноти.

Стратегія ветеранської політики України на період до 2030 року, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України у 2024 році, істотно конкретизує довгострокове бачення державної системи комплексної підтримки ветеранів, позиціонуючи процеси реабілітації та реінтеграції як безперервний, поетапний шлях від початкової демобілізації до повноцінної участі колишніх військових у всіх сферах суспільного життя громади [47]. Стратегічний документ формально закріплює та деталізує принцип комплексності через чітке функціональне розмежування ролей і відповідальності ключових державних відомств: Міністерство у справах ветеранів координує загальну політику, розробляє стандарти та забезпечує психологічну реабілітацію, Міністерство охорони здоров'я України організовує медичну складову через систему спеціалізованих закладів, Міністерство соціальної політики України реалізує соціальну підтримку й забезпечення допоміжними засобами, Міністерство

освіти і науки України координує освітньо-професійну перепідготовку та адаптацію, а органи місцевого самоврядування адаптують загальнодержавні програми до специфічних територіальних потреб і ресурсних можливостей.

З одного боку, така детальна функціональна спеціалізація між відомствами теоретично дозволяє максимально ефективно використовувати унікальну профільну експертизу, інфраструктурні можливості та адміністративний потенціал кожного міністерства для забезпечення найвищої якості спеціалізованих послуг, з іншого боку, вона об'єктивно створює серйозні системні ризики поглиблення міжвідомчої фрагментації, дублювання функцій, неузгодженості стандартів і процедур між різними компонентами системи. Указане актуалізує критичну потребу в посиленні горизонтальних координаційних механізмів, розробці уніфікованих міжвідомчих протоколів взаємодії та створенні єдиних, обов'язкових для всіх учасників системи стандартів якості для кожного з чотирьох основних компонентів комплексного реабілітаційного процесу.

Програма медичних гарантій та супутні деталізовані урядові роз'яснення щодо механізмів її практичного впровадження конкретизують і структурують широкі пакети спеціалізованих реабілітаційних послуг, що на безоплатній основі надаються усім категоріям ветеранів через розгалужену мережу державних, комунальних та приватних медичних закладів, які уклали відповідні договори з Національною службою здоров'я України [68]. Ці програмно-фінансові механізми виконують функцію критично важливого «моста», що трансформує абстрактні, декларативні гарантії базового законодавства в конкретні, технологічно регламентовані послуги стаціонарної та амбулаторної медичної реабілітації, високотехнологічного протезування та ортезування, спеціалізованої психотерапевтичної допомоги різних модальностей, професійної адаптації та перекваліфікації відповідно до функціональних обмежень.

Детально прописаний алгоритм доступу ветеранів до цих послуг передбачає обов'язкове первинне направлення від сімейного лікаря або лікаря загальної практики, подальші консультації профільних спеціалістів для

уточнення діагнозу та визначення індивідуального реабілітаційного плану, а також постійну координацію з відповідними структурними підрозділами органів соціального захисту населення, створюючи таким чином багаторівневу, послідовну систему професійної фільтрації потреб та ресурсного планування. Водночас практична реалізація цих теоретично обґрунтованих механізмів об'єктивно стикається з комплексом серйозних системних проблем, включаючи критичні виклики територіальної доступності спеціалізованих реабілітаційних закладів у віддалених регіонах, хронічну обмеженість державного фінансування найбільш складних і ресурсомістких реабілітаційних процедур, а також недостатню інформованість самих ветеранів та їхніх родин про детальні алгоритми, процедури й можливості отримання різноманітних видів підтримки, що створює об'єктивну потребу в істотному посиленні та професіоналізації інформаційно-комунікаційних механізмів системної підтримки цільової аудиторії.

Знакова урядова ініціатива створення комплексного Ветеранського кодексу України як уніфікованого, систематизованого законодавчого акта відображає поступове інституційне усвідомлення критичної необхідності подолання хронічної фрагментарності та розпорошеності чинного правового регулювання ветеранської сфери, коли ключові норми про правовий статус різних категорій ветеранів, механізми соціального захисту, процедури реабілітації та алгоритми реінтеграції хаотично розпорошені в десятках різнопланових законодавчих актів, постанов уряду та відомчих підзаконних документів [61].

Концептуальна кодифікація покликана комплексно систематизувати, уніфікувати та логічно структурувати абсолютно всі правові аспекти державної ветеранської політики в єдиному, цілісному, внутрішньо узгодженому нормативному акті найвищої юридичної сили, що може радикально спростити правозастосовну практику, підвищити загальну прозорість та зрозумілість системи для кінцевих користувачів, а також забезпечити єдність підходів різних відомств до реалізації ветеранських програм. З теоретико-методологічної точки

зору, запропонована стратегія правової кодифікації повністю відповідає фундаментальному принципу комплексності, обґрунтованому в першому розділі дослідження, через концептуальне об'єднання всіх різнопланових аспектів державної підтримки ветеранів під єдиною, внутрішньо узгодженою правовою парасолькою.

Проте реалістично оцінюючи поточний стан справ, варто констатувати, що наразі ця амбітна ініціатива об'єктивно залишається переважно на стадії концептуального, теоретичного розроблення експертними групами, а не практичної законотворчої реалізації через парламентські процедури, що обумовлює тимчасове збереження існуючої проблематичної фрагментарності та внутрішньої неузгодженості нормативно-правового забезпечення системи комплексної реабілітації ветеранів. Для ефективного аналізу розподілу функцій і повноважень між ключовими інституційними учасниками системи доцільно структурувати інформацію у вигляді аналітичної таблиці, що демонструє рівень відповідності українського досвіду принципу комплексності.

Таблиця 2.1 – Розподіл функцій і повноважень у системі комплексної реабілітації ветеранів в Україні

<i>Орган управління</i>	<i>Медична реабілітація</i>	<i>Психологічна реабілітація</i>	<i>Соціальна реабілітація</i>	<i>Професійна реабілітація</i>	<i>Координаційні функції</i>
Міністерство у справах ветеранів	Часткове (координація)	Провідна роль	Часткове (координація)	Провідна роль	Загальна координація
Міністерство охорони здоров'я України	Провідна роль	Часткове (спеціалісти)	Обмежене	Відсутнє	Галузева координація
Міністерство соціальної політики України	Обмежене	Обмежене	Провідна роль	Часткове	Галузева координація
Міністерство освіти і науки України	Відсутнє	Обмежене	Часткове	Провідна роль	Галузева координація
Органи місцевого самоврядування	Забезпечувальне	Забезпечувальне	Забезпечувальне	Забезпечувальне	Територіальна координація

Неурядові організації	Додаткове	Значне	Значне	Додаткове	Відсутня
-----------------------	-----------	--------	--------	-----------	----------

Джерело: складено автором за [45; 47; 58; 53].

Аналіз таблиці 2.1 показує, що ключові функції у сфері медичної, психологічної, соціальної та професійної реабілітації розподілені між кількома центральними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування без чітко окресленого єдиного центру відповідальності. Така модель, з одного боку, дозволяє використовувати спеціалізацію кожного відомства, з іншого боку, створює високі ризики фрагментації, дублювання зусиль та розривів у маршруті ветерана між окремими компонентами реабілітації. У підсумку система функціонує як сукупність відносно автономних підсистем, що ускладнює забезпечення цілісності комплексного реабілітаційного процесу та вимагає посилення міжвідомчої координації й формалізації спільних протоколів взаємодії.

Міністерство у справах ветеранів як спеціалізований центральний орган виконавчої влади відіграє роль стратегічно провідного суб'єкта формування та системної реалізації державної ветеранської політики, здійснюючи комплексну координацію міжвідомчої діяльності у критично важливих сферах психологічної реабілітації й адаптації, професійної орієнтації й перекваліфікації, ведення Єдиного державного реєстру ветеранів війни як основного інформаційного ресурсу, а також організації широкого спектра спеціалізованих соціальних послуг для різних категорій ветеранів та членів їхніх родин [58].

Український ветеранський фонд при Міністерстві у справах ветеранів функціонує як ключовий операційний інструмент практичної реалізації державних програм та ініціатив, забезпечуючи цільове фінансування мережі спеціалізованих реабілітаційних центрів, систематичне проведення соціологічних досліджень актуальних потреб різних категорій ветеранів, а також координацію й підтримку співпраці з активними громадськими організаціями ветеранського руху. Дослідження ролі держави в соціальній реінтеграції ветеранів підтверджує, що міністерство поступово розширює свої функціональні межі та зону відповідальності у ветеранській сфері, активно розбудовуючи власну інфраструктуру послуг.

Критично аналізуючи унікальну координаційну роль Міністерства у

справах ветеранів у контексті принципів належного урядування та адміністративної ефективності, варто об'єктивно зауважити, що міністерство проблематично поєднує у своїй діяльності три концептуально різні та потенційно конфліктні функції: стратегічне формування загальнодержавної політики у ветеранській сфері, безпосереднє надання широкого спектра спеціалізованих послуг через підпорядковані установи, а також координацію та моніторинг діяльності інших профільних міністерств і відомств, що може створювати системний конфлікт інтересів та об'єктивно ускладнювати неупереджену оцінку ефективності функціонування всієї системи.

Зазначене актуалізує стратегічну потребу у значно чіткішому інституційному розмежуванні стратегічних, координаційних та безпосередньо операційних функцій міністерства з одночасним кардинальним посиленням незалежного, професійного моніторингу якості й ефективності всього спектра послуг, що надаються ветеранам через різні канали та інституції.

Міністерство охорони здоров'я України та підпорядкована йому Національна служба здоров'я України спільно реалізують медичний компонент системи комплексної реабілітації ветеранів через добре розвинену, технологічно оснащену систему контракування широкої мережі спеціалізованих державних, комунальних та приватних медичних закладів, професійне формування деталізованих, науково обґрунтованих пакетів високоякісних медичних послуг, а також організацію стабільного, прогнозованого фінансування всього спектра стаціонарної та амбулаторної медичної реабілітації для різних категорій ветеранів відповідно до тяжкості та специфіки отриманих поранень [43].

Уніфіковані, науково обґрунтовані протоколи медичної реабілітації, розроблені провідними фахівцями галузі, включають широкий спектр сучасних технологій фізіотерапії та кінезітерапії, інноваційні методи ерготерапії та відновлення побутових навичок, складні види реконструктивної та пластичної хірургії, а також високотехнологічне протезування й виготовлення індивідуальних ортопедичних виробів, створюючи таким чином потужну, комплексну технологічну основу для максимально ефективного відновлення

порушених фізичних функцій та адаптаційних можливостей постраждалих військових [43].

Емпіричні дослідження, проведені аналітиками Українського ветеранського фонду на репрезентативній вибірці реципієнтів послуг, переконливо демонструють, що саме медична складова об'єктивно залишається найбільш системно розвиненою, ресурсно забезпеченою та інфраструктурно потужною частиною всієї національної реабілітаційної системи з точки зору як матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу, так і стабільності фінансового забезпечення програм [43]. Водночас об'єктивна ефективність та доступність медичної реабілітації для різних груп ветеранів критично залежить від географічної доступності спеціалізованих реабілітаційних закладів у різних регіонах країни, справедливого територіального розподілу кваліфікованих медичних ресурсів між центром і периферією, а також від досягнутого рівня реальної мультидисциплінарності й командної взаємодії медичних фахівців різних спеціальностей, що на практиці створює значні, об'єктивно вимірні територіальні диспропорції в якості, доступності та своєчасності надання критично важливих медичних послуг ветеранам із різних регіонів України [69].

Міністерство соціальної політики України забезпечує реалізацію соціальної складової системи комплексної реабілітації ветеранів через комплексну організацію централізованого постачання широкого асортименту технічних та допоміжних засобів реабілітації, професійну координацію діяльності мережі спеціалізованих центрів комплексної реабілітації, а також системну взаємодію з територіально розгалуженою мережею центрів надання соціальних послуг для забезпечення безперервності підтримки на місцевому рівні [42].

Міністерство освіти і науки України реалізує освітньо-професійний компонент комплексної реабілітації через розробку та впровадження спеціалізованих програм професійної перекваліфікації ветеранів з урахуванням їхніх функціональних обмежень, установлення спеціальних квот для пріоритетного вступу ветеранів до закладів вищої освіти різних рівнів, а також

організацію цільових професійно-технічних курсів для ефективної адаптації колишніх військових до специфічних вимог цивільних професій і ринку праці.

Міністерство внутрішніх справ України та Міністерство оборони України забезпечують функціонування власних, відомчих медичних закладів та спеціалізованих підрозділів психологічної підтримки для надання послуг військовослужбовцям на критично важливому етапі переходу від активної військової служби до статусу ветерана й цивільного життя.

Комплексний аналітичний звіт експертної платформи «Принцип» на основі детального дослідження практики міжвідомчої взаємодії об'єктивно підкреслює проблематичну фрагментарність розподілу функціональних повноважень між зазначеними ключовими відомствами та хронічно недостатню координацію їх практичної діяльності у ветеранській сфері, що системно призводить до неефективного дублювання функцій, марнотратного витрачання обмежених ресурсів і появи серйозних прогалин у покритті критичних потреб різних категорій ветеранів [53].

Це створює об'єктивну, нагальну потребу в розробці та впровадженні системи формалізованих, деталізованих міжвідомчих протоколів ефективної взаємодії, а також у створенні уніфікованої, технологічно сучасної інформаційної системи централізованого обліку та моніторингу всього спектра послуг, що надаються ветеранам через різноманітні канали й відомства для запобігання дублюванню та забезпечення повноти покриття потреб.

Органи місцевого самоврядування різних рівнів (від об'єднаних територіальних громад до обласних рад) відіграють критично важливу, незамінну роль у практичному забезпеченні територіальної доступності й адаптації широкого спектра реабілітаційних послуг до місцевих особливостей через створення сприятливих інфраструктурних умов для ефективного розміщення та функціонування мережі спеціалізованих відділень, кабінетів кваліфікованої психологічної допомоги, інформаційно-консультативних центрів комплексної підтримки ветеранів та їхніх родин у територіальних громадах [15].

Емпіричні дослідження, проведені аналітиками Українського

ветеранського фонду на репрезентативній вибірці українських громад, об'єктивно документують надзвичайно значну варіативність рівня активності, ініціативності та ресурсної спроможності різних територіальних громад у систематичній розбудові місцевої ветеранської інфраструктури, від створення потужних, комплексних, багатофункціональних центрів підтримки з широким спектром послуг до обмеженого, мінімального інформаційного забезпечення лише базових, найнеобхідніших послуг для ветеранської спільноти.

Найбільш прогресивні, інноваційні приклади кращих практик на місцевому рівні включають професійне розроблення комплексних локальних програм системної реінтеграції ветеранів з урахуванням специфіки місцевого ринку праці, цілеспрямоване створення мережі кваліфікованих психологів-консультантів для надання доступної підтримки, а також активну координацію з місцевими роботодавцями, підприємницькими асоціаціями та службою зайнятості для ефективного забезпечення працевлаштування ветеранів відповідно до їхніх професійних компетенцій і функціональних можливостей.

З одного боку, така інституційна децентралізація функцій на користь органів місцевого самоврядування об'єктивно дозволяє максимально ефективно адаптувати загальнодержавні програми та стандарти до унікальних специфічних потреб конкретних територій, активно залучати місцеві людські, фінансові й організаційні ресурси для розширення можливостей підтримки ветеранської спільноти, а також забезпечувати більш чуйну, персоналізовану підтримку з урахуванням індивідуальних потреб кожного ветерана.

З іншого боку, така децентралізація об'єктивно створює серйозні системні ризики поглиблення нерівномірності якості та доступності послуг між економічно розвиненими, ресурсно забезпеченими громадами й бідними, депресивними територіями з обмеженими фінансовими можливостями, що актуалізує критичну потребу в розробці ефективних державних механізмів фінансового вирівнювання й обов'язкової стандартизації мінімально гарантованого рівня послуг для всіх територій України.

Національна система реабілітаційних закладів потребує структурного

аналізу її відповідності принципам комплексності та координації, що доцільно представити у вигляді аналітичної таблиці.

Таблиця 2.2 – Характеристика національної мережі реабілітаційних закладів за принципом комплексності

<i>Тип закладу</i>	<i>Медична реабілітація</i>	<i>Психологічна підтримка</i>	<i>Соціальна адаптація</i>	<i>Професійна орієнтація</i>	<i>Рівень інтеграції</i>	<i>Територіальне покриття</i>
Державні госпіталі ветеранів	Високий	Середній	Низький	Відсутня	Низький	Обласні центри
Спеціалізовані медико-соціальні центри	Високий	Середній	Середній	Низький	Середній	Регіональний
Центри комплексної реабілітації	Високий	Високий	Високий	Високий	Високий	Обмежене
Відомчі заклади (Міноборони, МВС)	Середній	Високий	Низький	Середній	Середній	Відомчий
Заклади НГО	Середній	Високий	Високий	Середній	Середній	Локальний
Приватні реабілітаційні центри	Високий	Середній	Низький	Низький	Низький	Великі міста

Джерело: складено автором за [43; 69; 64].

Аналіз таблиці 2.2 засвідчує, що різні типи реабілітаційних закладів істотно відрізняються за рівнем інтеграції медичного, психологічного, соціального та професійного компонентів і за масштабом територіального покриття. Державні госпіталі ветеранів та спеціалізовані медико-соціальні центри забезпечують високий рівень медичної допомоги, проте залишаються переважно в рамках традиційної медичної моделі з обмеженою інтеграцією інших видів підтримки, тоді як центри комплексної реабілітації найбільш наближені до теоретичної моделі комплексності, але їх кількість і географія залишаються обмеженими. Неурядові, відомчі та приватні структури частково компенсують ці прогалини, проте працюють фрагментарно, що свідчить про

незавершеність формування цілісної, збалансованої мережі комплексної реабілітації на національному рівні.

Мережа державних госпіталів ветеранів війни та спеціалізованих медико-соціальних центрів формує основний, системоутворюючий інституційний каркас національної системи реабілітації, забезпечуючи переважно високоякісну стаціонарну медичну допомогу й частково професійну психологічну підтримку для найтяжчих, найбільш складних категорій постраждалих військових із серйозними, інвалідизуючими пораненнями та травмами [69]. Ці спеціалізовані заклади, створені здебільшого на організаційній і матеріально-технічній базі радянської системи госпіталів для інвалідів війни та адаптовані до сучасних потреб, історично зберігають переважну орієнтацію на традиційну медичну модель реабілітації з об'єктивно обмеженою, недостатньою інтеграцією соціальних, психологічних і професійних компонентів комплексного відновлення функціональних можливостей людини.

Детальний аналіз географічного розподілу та функціональних можливостей національної мережі реабілітаційних закладів переконливо демонструє проблематичну концентрацію найбільш потужних, технологічно оснащених спеціалізованих послуг переважно у великих обласних центрах та столичному регіоні при хронічно недостатньому покритті потреб населення сільських територій, малих міст і периферійних регіонів з обмеженою транспортною доступністю. Критично важливою стратегічною потребою для підвищення ефективності системи є кардинальна трансформація цих традиційних закладів від вузькопрофільної, монопредметної медичної допомоги до сучасних мультидисциплінарних центрів нового покоління, що органічно інтегрують медичні, психологічні, соціальні та професійні послуги в рамках єдиного, цілісного, науково обґрунтованого реабілітаційного маршруту, повністю відповідного сучасним міжнародним вимогам і стандартам комплексності підходу до відновлення людини.

Центри комплексної реабілітації та інноваційні пілотні проєкти, зокрема широко відомий центр «Галичина» у Львові та аналогічні прогресивні ініціативи

в інших регіонах країни, демонструють практичну модель спеціалізованого закладу нового типу, що максимально повно інтегрує соціальну, психологічну, фізичну та професійну реабілітацію в межах єдиного, функціонально узгодженого інституційного простору з координованою діяльністю мультидисциплінарних команд фахівців [64].

Згадані вище експериментальні центри найбільш повно та послідовно відповідають теоретичному, науково обґрунтованому розумінню принципів комплексної реабілітації, сформульованому в першому розділі дослідження, і можуть об'єктивно слугувати еталонною, взірцевою практикою для систематичного масштабування інноваційної моделі на національному рівні з урахуванням регіональних особливостей і ресурсних можливостей. Професійні мультидисциплінарні команди таких центрів включають висококваліфікованих лікарів-реабітологів різних спеціальностей, досвідчених клінічних психологів та психотерапевтів, соціальних працівників із спеціалізацією у ветеранській проблематиці, сертифікованих ерготерапевтів та спеціалістів із відновлення побутових навичок, а також консультантів із професійної орієнтації та кар'єрного планування, що забезпечує справді цілісний, комплексний підхід до відновлення максимально можливого рівня функціональних можливостей, соціальної адаптації й життєвої якості ветеранів.

Водночас об'єктивна кількість таких інноваційних центрів поки що залишається критично обмеженою в масштабах усієї країни, а їх фінансове забезпечення часто критично залежить від нестабільних, непрогнозованих ресурсів міжнародних донорських організацій і благодійних фондів, що створює серйозні ризики довгострокової фінансової нестабільності та об'єктивно унеможливує швидке, масштабне розгортання цієї перспективної моделі на всю територію України без додаткового, стабільного державного фінансування.

Неурядові організації ветеранського руху та приватні благодійні ініціативи відіграють об'єктивно значну, часто незамінну роль у практичному забезпеченні психологічної та соціальної реабілітації широких верств ветеранської спільноти, ефективно заповнюючи критичні прогалини державної системи через

інноваційні, гнучкі формати підтримки й експериментальні, авторські методики роботи з травмованими військовими [14].

Репрезентативне соціологічне дослідження, проведене компанією Info Sapiens спільно з міжнародною організацією IREX на великій вибірці українських ветеранів, об'єктивно документує той факт, що ветерани надзвичайно часто звертаються саме до громадських організацій за професійною психологічною допомогою через їх значно більшу територіальну та часову доступність, кардинально меншу бюрократизацію процедур отримання послуг, а також суб'єктивно вищий рівень особистої довіри до недержавних провайдерів послуг порівняно з формальними державними інституціями.

Спеціалізовані благодійні фонди та громадські організації активно фінансують широкий спектр інноваційних програм арт-терапії, групової психотерапії різних модальностей, професійної перекваліфікації й адаптації до нових умов ринку праці, які часто не покриваються стандартними державними пакетами медичних послуг через їх експериментальність або недостатню доказову базу ефективності.

Критично оцінюючи унікальну роль і потенціал неурядового сектора у ветеранській сфері, об'єктивно варто зауважити, що формально ці організації поки що залишаються переважно поза єдиною державною системою координації, стандартизації якості та професійного моніторингу результативності діяльності, що на практиці може призводити до непродуктивного дублювання зусиль між різними організаціями, неконтрольованої нерівномірності якості послуг залежно від кваліфікації конкретних провайдерів, а також до відсутності системного, централізованого обліку та аналізу результатів їхньої діяльності для формування доказової бази ефективних практик.

Спираючись на детальну теоретичну модель комплексної реабілітації, концептуально розроблену та обґрунтовану в першому розділі дослідження, можна об'єктивно констатувати, що українська національна система демонструє формальну наявність усіх чотирьох ключових, функціонально необхідних

компонентів – медичного, психологічного, соціального та професійного, проте реальний рівень їх практичної інтеграції, координації та взаємодії поки що залишається критично недостатнім для повноцінного забезпечення фундаментального принципу комплексності, обґрунтованого як універсальний критерій ефективності ветеранських систем [17].

Медична складова об'єктивно має найбільш розвинену, потужну інфраструктурну базу та найбільш деталізоване нормативне забезпечення, психологічна складова частково, фрагментарно інтегрована через функціональні можливості Міністерства у справах ветеранів та активну діяльність громадських організацій, соціальна складова переважно реалізується через профільні підрозділи Міністерства соціальної політики України й органи місцевого самоврядування, а професійна складова координується зусиллями Міністерства освіти і науки України у співпраці з державною службою зайнятості та роботодавцями.

Система комплексної реабілітації ветеранів в Україні поступово формується як багатовимірна, міжвідомча конструкція, що формально відповідає основним міжнародним принципам ефективної ветеранської політики, обґрунтованим на досвіді США, Канади, Ізраїлю та Литви, однак на практиці все ще характеризується хронічною фрагментацією функціональних повноважень між різними відомствами, значною територіальною нерівномірністю мережі спеціалізованих закладів та неповною, проблематичною інтеграцією державних і недержавних суб'єктів у єдину, координовану систему, що об'єктивно обумовлює критичну потребу подальшого системного посилення механізмів горизонтальної та вертикальної координації, професійної стандартизації всіх видів послуг і перспективної кодифікації нормативно-правової бази для підвищення ефективності, доступності та якості комплексної підтримки українських ветеранів.

Виявлені у процесі аналізу інституційно-нормативних засад проблеми фрагментації повноважень, територіальної нерівномірності доступу до послуг та неповної інтеграції різних компонентів системи актуалізують потребу

детального дослідження практичних механізмів функціонування системи комплексної реабілітації, що стане предметом аналізу в наступному підрозділі.

2.2 Оцінка ефективності дії механізмів публічного управління у сфері ветеранської реабілітації

Аналіз інституційно-нормативних засад системи комплексної реабілітації ветеранів, проведений у попередньому підрозділі, виявив системні проблеми фрагментації повноважень, територіальної нерівномірності доступу до послуг та неповної інтеграції різних компонентів реабілітаційного процесу. Зазначені структурні дисфункції актуалізують потребу детального діагностичного аналізу практичної ефективності функціонування системи через призму конкретних результатів державних і регіональних програм, реальних проблем міжвідомчої координації та безпосередніх оцінок ветеранів щодо якості й доступності послуг. Цей підрозділ здійснює комплексну оцінку ефективності дії п'яти ключових механізмів публічного управління (інституційного, програмно-цільового, фінансового, моніторингового та координаційного) у сфері ветеранської реабілітації для виявлення конкретних дисфункцій та розривів між декларованими цілями і практичними результатами. Критично важливим завданням є систематизація емпіричних даних про функціональні збої системи як аналітичної основи для розробки пропозицій щодо вдосконалення механізмів публічного управління в наступному розділі дослідження.

Проект Концепції Державної цільової програми реабілітації та реінтеграції ветеранів війни на 2025-2030 роки встановлює амбітні кількісні цілі ефективності національної системи, зокрема досягнення рівня працевлаштування ветеранів на рівні близько 70 відсотків, забезпечення доступу до реабілітаційних послуг для понад 80 відсотків зареєстрованих ветеранів, а також створення уніфікованих стандартів оцінки якості послуг у всіх регіонах України [50]. Документ формалізує систему ключових індикаторів ефективності для постійного моніторингу прогресу програми та визначає конкретні механізми звітності центральних і місцевих органів влади щодо досягнення встановлених цільових показників.

Критично аналізуючи вказані програмні цілі через призму теоретичних принципів ефективного публічного управління, варто зауважити, що вони відображають прагнення до комплексності підходу, проте залишаються переважно декларативними без детального обґрунтування ресурсних потреб та конкретних механізмів досягнення. Така ситуація створює ризики невідповідності між амбітними планами й реальними можливостями системи, що вимагає регулярного моніторингу виконання програми та корекції цілей відповідно до практичних обставин.

Ключові результати діяльності Міністерства у справах ветеранів у вересні 2025 року демонструють змішану картину досягнень і системних проблем у реалізації державної ветеранської політики, зокрема майже половина зареєстрованих ветеранів отримали різні види психологічної допомоги, близько третини пройшли програми професійної перекваліфікації та адаптації, однак лише незначна частина респондентів висловила задоволення якістю міжвідомчої координації послуг [26].

Статистичні дані міністерства фіксують позитивну динаміку охоплення ветеранів базовими послугами, проте виявляють критичні проблеми в забезпеченні цілісності та послідовності реабілітаційного маршруту між різними відомствами та рівнями влади. Наведені показники ефективності, з одного боку, засвідчують прогрес у розбудові інфраструктурного потенціалу системи, з іншого боку, підкреслюють гострі виклики координаційного механізму публічного управління, що об'єктивно перешкоджає реалізації принципу комплексності. Низький рівень задоволеності координацією вимагає кардинального перегляду міжвідомчих протоколів взаємодії та створення інтегрованих цифрових платформ для забезпечення безперервності послуг.

Регіональний досвід реалізації ветеранських програм, зокрема міська програма реабілітації ветеранів та членів їхніх родин на 2024-2026 роки у Кривому Розі, демонструє як потенціал локальних ініціатив, так і характерні виклики територіального рівня управління, охопивши понад тисячу ветеранів комплексними послугами з досягненням близько двох третин задоволеності

якістю підтримки, однак стикаючись із хронічним дефіцитом кваліфікованих кадрів на рівні чверті від потреби [49].

Програма Кривого Рогу ілюструє переваги збалансованої децентралізації, коли місцева влада може адаптувати загальнодержавні стандарти до специфічних потреб громади та активно залучати місцеві ресурси для розширення можливостей підтримки ветеранської спільноти. Водночас кадровий дефіцит у чверть від необхідної кількості фахівців відображає загальнонаціональну проблему недостатності професійної підготовки спеціалістів із ветеранської реабілітації. Порівнюючи регіональні показники ефективності з національними цільовими індикаторами, очевидно, що місцеві програми можуть досягати вищих рівнів задоволеності ветеранів через персоналізований підхід, однак потребують системної підтримки у вирішенні кадрових та фінансових викликів.

Засідання Комітету Верховної Ради України з питань соціального захисту ветеранів війни виявило ключові системні виклики, що перешкоджають ефективному функціонуванню механізмів публічного управління, зокрема фрагментарність ветеранської політики між різними відомствами, надмірну бюрократизацію процедур доступу до послуг, а також значний дефіцит кваліфікованих психологів, майже половину від потреби [25]. Парламентський аналіз підкреслює, що інституційний механізм публічного управління характеризується розпорошеністю функцій без чіткого розмежування відповідальності, призводячи до дублювання зусиль та прогалин у покритті потреб ветеранів.

Бюрократичні бар'єри, зафіксовані в парламентських слуханнях, об'єктивно обмежують доступність послуг для найбільш вразливих категорій ветеранів, особливо тих, хто проживає у віддалених регіонах або має обмежені можливості самостійного навігування в адміністративних процедурах. Критичний дефіцит психологів у системі реабілітації засвідчує недостатність планування кадрових потреб і відсутність системної стратегії професійної підготовки фахівців, що вимагає термінових заходів з боку уповноважених

органів влади щодо розширення програм підготовки та перепідготовки спеціалістів.

Аналітичне дослідження Асоціації об'єднаних територіальних громад виявляє п'ять найбільш гострих проблем у підтримці ветеранів на рівні місцевого самоврядування: надмірну бюрократизацію процедур, хронічний дефіцит фінансування програм реабілітації з державного бюджету на рівні третини від потреби, критичну нестачу професійних помічників ветеранів, недостатню координацію з центральними органами влади, а також обмежену інфраструктурну спроможність для надання спеціалізованих послуг [60].

Дослідження громадської асоціації документує, що фінансовий механізм публічного управління функціонує зі значними збоями на територіальному рівні, коли місцеві бюджети не можуть компенсувати недофінансування з центрального рівня, що створює нерівномірність якості послуг між заможними та бідними громадами. Кадрова проблема на рівні громад відображає більш широкі виклики професіоналізації ветеранської сфери, де відсутність чітких кваліфікаційних стандартів та систем атестації призводить до різної якості послуг залежно від індивідуальних компетенцій працівників. Координаційні розриви між центральним та місцевим рівнями управління обмежують ефективність програмно-цільового механізму, коли загальнодержавні ініціативи не адаптуються до специфічних умов територій, а місцеві потреби не враховуються в централізованому плануванні.

Бюджетне планування на 2026 рік передбачає суттєве зростання фінансування ветеранської політики до майже 19 мільярдів гривень, що становить збільшення на половину порівняно з попереднім роком, з пріоритетним спрямуванням ресурсів на житлові програми й медичну реабілітацію, однак експертні оцінки вказують на збереження значного дефіциту кваліфікованих кадрів навіть за умови збільшення фінансування [6]. Значне зростання бюджетних асигнувань демонструє політичне усвідомлення масштабів ветеранських потреб і готовність держави інвестувати в розбудову системи підтримки, що відповідає принципам соціально відповідального

врядування.

Водночас кадровий дефіцит більш ніж на третину від потреби засвідчує, що фінансовий механізм сам по собі не може вирішити системні проблеми без одночасного розвитку людського потенціалу та інституційної спроможності. Пріоритизація житлових програм та медичної реабілітації в бюджетному плануванні відображає фокусування на найбільш гострих потребах ветеранів, проте ризикує недооцінкою психологічних і професійних компонентів комплексної реабілітації. Зазначене вимагає збалансованого розподілу ресурсів між усіма складовими реабілітаційного процесу та інвестування в довгострокові програми підготовки фахівців для забезпечення сталого функціонування системи.

Комплексний аналіз потреб і проблем ветеранів за 2024 рік, проведений Українським ветеранським фондом на репрезентативній вибірці, розкриває суперечливу картину сприйняття ефективності системи самими користувачами: переважна більшість респондентів висловила задоволення соціальними пільгами та компенсаціями, однак менше половини позитивно оцінили якість реабілітаційних послуг, а близько третини категорично незадоволені координацією між різними відомствами та рівнями влади [3]. Високий рівень задоволеності соціальними пільгами засвідчує ефективність традиційних компенсаційних механізмів, які мають чітку нормативну базу й добре налагоджені процедури реалізації через систему соціального захисту населення.

Критично низький рівень задоволеності реабілітаційними послугами вказує на фундаментальні проблеми в організації та якості спеціалізованої допомоги, що безпосередньо стосується ефективності медичного, психологічного та професійного компонентів системи. Найбільш проблематичним виявляється координаційний аспект, де майже третина ветеранів відчуває фрагментованість і неузгодженість послуг, що підтверджує висновки інституційного аналізу про недостатність механізмів міжвідомчої взаємодії. Отримані емпіричні дані демонструють критичну потребу в якісній трансформації системи від компенсаційної моделі до комплексної

реабілітаційної парадигми з акцентом на координації й інтеграції послуг.

Виїзне засідання Комітету Верховної Ради України в Одесі виявило серйозні проблеми інформаційної доступності та цифровізації ветеранських послуг, зокрема дві третини ветеранів не знають про існування платформи «є-Ветеран», а більше половини стикаються з бар'єрами доступу до цифрових сервісів у сільських місцевостях через обмеження технічної інфраструктури [16]. Низька інформованість ветеранів про доступні цифрові інструменти відображає недостатність комунікаційної стратегії та відсутність системної роботи з підвищення цифрової грамотності цільової аудиторії. Географічна нерівність доступу до цифрових послуг підкреслює проблему цифрового розриву між міськими й сільськими територіями, що особливо критично впливає на ветеранів з віддалених регіонів, які часто мають найбільші потреби в підтримці.

Парламентське дослідження засвідчує, що моніторинговий механізм публічного управління не забезпечує ефективного зворотного зв'язку з користувачами послуг через технологічні та інформаційні бар'єри. Така ситуація актуалізує потребу в розробці багатоканальної стратегії надання послуг, що поєднує цифрові та традиційні формати для забезпечення універсальної доступності незалежно від географічного розташування й технічних компетенцій ветеранів.

Наукове дослідження психологічної реабілітації ветеранів Збройних Сил України фіксує, що відомчі програми Міністерства оборони України охопили понад 20 тисяч ветеранів спеціалізованою психологічною допомогою, однак досягли ефективності лише на рівні трохи більше половини випадків через критичний брак кваліфікованих фахівців і недостатність доказово обґрунтованих методик роботи [52]. Масштаб охоплення ветеранів відомчими програми психологічної підтримки демонструє інституційну спроможність Міністерства оборони України у сфері турботи про колишніх військовослужбовців, однак відносно низька ефективність втручань указує на якісні проблеми в організації послуг.

Дефіцит кваліфікованих психологів із досвідом роботи з бойовою травмою

та відсутність стандартизованих протоколів лікування обмежують можливості досягнення стійких терапевтичних результатів навіть за умови достатнього фінансування програм. Наукова спільнота підкреслює необхідність інвестування в професійну підготовку фахівців та адаптацію міжнародних доказово обґрунтованих практик психологічної реабілітації до українського контексту. Така необхідність вимагає посилення дослідницького компонента ветеранської політики та створення системи постійного професійного розвитку спеціалістів через співпрацю із закладами вищої освіти й міжнародними експертними центрами.

Експертний аналіз сфери реабілітації, проведений журналістами Громадського радіо, виявляє три ключові системні проблеми: значний дефіцит лікарів-реабітологів, майже половину від потреби, бюрократичні процедури, що блокують розгляд більше третини заяв ветеранів на отримання послуг, а також фрагментовану координацію між різними рівнями та секторами надання допомоги [7]. Кадровий дефіцит майже на половину від потреби в лікарях-реабітологах засвідчує системну недооцінку важливості фізичної реабілітації в загальній архітектурі ветеранської підтримки та відсутність довгострокового планування кадрових потреб у медичній сфері. Блокування більш ніж третини заяв через бюрократичні процедури демонструє дисфункціональність адміністративних процесів, що суперечить принципам клієнтоорієнтованого публічного управління і створює додаткові бар'єри для вразливих категорій ветеранів.

Фрагментована координація між різними інституційними акторами відображає недостатність горизонтальних механізмів взаємодії та відсутність єдиної інформаційної системи для відстеження руху ветеранів через різні етапи реабілітаційного маршруту. Представлені експертні висновки підкреслюють потребу в комплексному адміністративному реформуванні системи з акцентом на спрощенні процедур, розширенні кадрового потенціалу та створенні інтегрованих цифрових платформ координації.

Аналітичне дослідження платформи «Принцип» щодо долання

несистемності в реабілітації українських військових документує конкретні випадки дублювання функцій між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством у справах ветеранів на рівні майже третини послуг, а також відсутність єдиного маршруту ветерана через різні рівні та види підтримки [54].

Систематичне дублювання більш ніж чверті послуг між ключовими відомствами демонструє неефективність розподілу функціональних повноважень і марнотратне витрачання обмежених державних ресурсів на паралельні, неузгоджені ініціативи. Відсутність єдиного маршруту ветерана відображає фундаментальну проблему координаційного механізму публічного управління, коли система не забезпечує логічної послідовності та взаємодоповнення різних видів підтримки відповідно до індивідуальних потреб користувача.

Аналітична платформа пропонує конкретні рекомендації щодо створення інтегрованої системи управління випадками, що дозволить відстежувати прогрес кожного ветерана через весь спектр доступних послуг і забезпечувати персоналізований підхід до реабілітації. Така ситуація вимагає розробки єдиних інформаційних стандартів, міжвідомчих протоколів обміну даними та системи спільного моніторингу результатів для досягнення справжньої інтеграції зусиль різних інституційних акторів.

Порівняльний аналіз міжнародної практики реінтеграції ветеранів, проведений Програмою розвитку Організації Об'єднаних Націй, засвідчує, що Україна суттєво відстає від таких країн, як Польща та Ізраїль, за показниками ефективності міжвідомчої координації, що актуалізує потребу впровадження ключових індикаторів ефективності та систем моніторингу за міжнародними стандартами [35]. Міжнародні порівняння демонструють, що координаційні виклики в українській системі не є унікальними, однак їх глибина та системність перевищують аналогічні проблеми в країнах із розвиненішими традиціями ветеранської політики.

Досвід Польщі та Ізраїлю показує важливість створення потужних координаційних центрів із чітко визначеними повноваженнями та ресурсами для

забезпечення узгодженості дій різних відомств і рівнів влади. Рекомендації щодо впровадження ключових індикаторів ефективності за міжнародними стандартами підкреслюють необхідність трансформації моніторингового механізму публічного управління від звітування про процеси до оцінки конкретних результатів для ветеранів та їхніх родин. Вищезазначене вимагає адаптації кращих міжнародних практик до українських умов з урахуванням специфіки правової системи, фінансових можливостей і культурних особливостей ветеранської спільноти.

Узагальнюючи результати комплексної оцінки ефективності механізмів публічного управління у сфері ветеранської реабілітації, можна констатувати наявність глибоких системних дисфункцій у всіх п'яти ключових механізмах, визначених у теоретичній частині дослідження. Інституційний механізм характеризується фрагментацією повноважень та дублюванням функцій між відомствами на рівні майже третини послуг, призводячи до марнотратного використання державних ресурсів, і створює плутанину для ветеранів у навігації через систему підтримки. Програмно-цільовий механізм демонструє критичний розрив між амбітними цілями, такими як 70-відсотковий рівень працевлаштування ветеранів, та реальними можливостями їх досягнення через кадрові та інфраструктурні обмеження, підриваючи реалістичність стратегічного планування у ветеранській сфері.

Фінансовий механізм, незважаючи на значне зростання бюджетних асигнувань до майже 19 мільярдів гривень у 2026 році та збільшення фінансування на 50 відсотків порівняно з попереднім періодом, не забезпечує повноцінного покриття потреб через критичний дефіцит кваліфікованих кадрів понад третину в різних спеціальностях, обмежуючи здатність системи ефективно абсорбувати додаткові ресурси та трансформувати їх у якісні послуги для ветеранів. Моніторинговий механізм виявляє фундаментальну неспроможність забезпечити ефективний зворотний зв'язок із ветеранами через технологічні бар'єри, коли дві третини цільової аудиторії не знають про існування цифрової платформи «є-Ветеран», а більше половини стикаються з обмеженнями доступу

в сільських місцевостях, створюючи інформаційну ізоляцію найбільш вразливих категорій користувачів.

Координаційний механізм демонструє критичну неспроможність забезпечити інтеграцію зусиль різних акторів для досягнення комплексності підходу, що відображається в катастрофічно низькому рівні задоволеності ветеранів координацією послуг на критично низькому рівні та систематичних скаргах на фрагментованість реабілітаційного маршруту. Порівняльний міжнародний аналіз засвідчує, що Україна суттєво відстає від розвинених країн за показниками координаційної ефективності, актуалізуючи необхідність кардинального переосмислення архітектури міжвідомчої взаємодії та впровадження інтегрованих систем управління випадками за міжнародними стандартами.

Виявлені системні дисфункції створюють об'єктивні передумови для розробки комплексної стратегії реформування, що має інтегрувати інституційну реорганізацію, технологічну модернізацію, кадровий розвиток і культурну трансформацію підходів до ветеранської політики. Діагностований розрив між декларованими принципами комплексності, координації та збалансованої децентралізації й практичною реальністю фрагментованої, неефективної системи актуалізує потребу розробки науково обґрунтованих пропозицій щодо вдосконалення механізмів публічного управління, що стане предметом детального аналізу та концептуального обґрунтування в наступному розділі дослідження, присвяченому стратегії реформування системи комплексної реабілітації ветеранів війни в Україні.

РОЗДІЛ 3

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

3.1 Виявлені дисфункції системи та напрями їх подолання

Комплексна діагностика ефективності механізмів публічного управління у сфері ветеранської реабілітації, проведена в попередньому підрозділі, виявила глибокі системні дисфункції в усіх п'яти ключових механізмах: інституційному, програмно-цільовому, фінансовому, моніторинговому та координаційному. Виявлені проблеми фрагментації повноважень, розриву між цілями та можливостями, кадрового дефіциту, інформаційної ізоляції користувачів і вкрай низького рівня задоволеності координацією вимагають системного підходу до їх подолання через призму сучасних концепцій публічного управління та міжнародного досвіду реформування ветеранських систем.

Метою цього підрозділу є систематизація виявлених дисфункцій за функціональними сферами, критичний аналіз їх причин та наслідків, а також обґрунтування стратегічних напрямів подолання через упровадження інноваційних механізмів цифровізації, міжсекторальної координації й персоналізованого супроводу ветеранів. Аналіз здійснюється через призму сучасних теоретичних підходів до управління реабілітаційними системами та врахування наявного в Україні інституційного потенціалу для системних змін.

Інституційна дисфункція системи комплексної реабілітації ветеранів проявляється у фрагментації повноважень та систематичному дублюванні майже третини послуг [54] між ключовими відомствами, насамперед Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством у справах ветеранів, що призводить до марнотратного використання державних ресурсів і створює значну плутанину для ветеранів у навігації через систему підтримки. Відсутність чіткого

розмежування функціональних зон відповідальності між центральними органами виконавчої влади обумовлює паралельне виконання аналогічних завдань різними інституціями без належної координації, що суперечить базовим принципам ефективного публічного управління та знижує загальну результативність бюджетних витрат у ветеранській сфері.

Особливо проблематичною є ситуація у сфері психологічної реабілітації, де функції розподілені між Міністерством у справах ветеранів, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством оборони України та Міністерством внутрішніх справ України без чіткої координації стандартів якості, методик роботи та критеріїв ефективності, що створює ризики неоднорідності підходів і втрачених можливостей професійного обміну досвідом між фахівцями різних відомств.

Така ситуація особливо критична в умовах обмежених фінансових ресурсів і зростаючих потреб ветеранської спільноти, коли кожна гривня державних коштів має використовуватися максимально ефективно для досягнення конкретних результатів покращення життєвої якості колишніх військовослужбовців. Інституційна роз'єднаність також ускладнює формування єдиної статистики й системи звітності про результати ветеранської політики, що унеможлиблює об'єктивну оцінку ефективності різних підходів та прийняття обґрунтованих управлінських рішень щодо оптимізації розподілу ресурсів між різними напрямками реабілітації. Відсутність єдиних професійних стандартів для фахівців, що працюють з ветеранами в різних відомствах, створює ризики різної якості послуг та ускладнює можливості кар'єрного розвитку спеціалістів, що може негативно впливати на залучення й утримання кваліфікованих кадрів у ветеранській сфері.

Стратегічним напрямом подолання інституційної дисфункції є кардинальне переосмислення архітектури системи управління через створення єдиного координаційного центру з повноваженнями горизонтальної координації між усіма відомствами, чітке законодавче розмежування функціональних зон відповідальності кожного органу влади, а також запровадження механізмів

обов'язкової міжвідомчої узгодженості при розробці та реалізації будь-яких ініціатив у ветеранській сфері для запобігання дублюванню та забезпечення синергетичного ефекту державних зусиль.

Додатковими елементами інституційної реформи мають стати створення єдиної системи професійних стандартів і атестації фахівців ветеранської сфери незалежно від відомчої приналежності, розробка уніфікованих протоколів міжвідомчої взаємодії з чіткими строками та процедурами, а також запровадження системи спільного планування та звітності про результати ветеранської політики на основі єдиних критеріїв ефективності й показників якості життя ветеранів.

Програмно-цільова дисфункція системи характеризується критичним розривом між амбітними стратегічними цілями, такими як близько 70-відсотковий рівень працевлаштування ветеранів, і реальними можливостями їх досягнення через хронічний кадровий дефіцит та інфраструктурні обмеження, що підриває реалістичність стратегічного планування у ветеранській сфері та демотивує як виконавців програм, так і самих ветеранів. Декларативність програмних документів без детального ресурсного обґрунтування та конкретних механізмів досягнення поставлених цілей створює ілюзію активної державної діяльності, але не забезпечує реальних змін у житті ветеранів, що може призводити до зростання недовіри до державних інституцій і зниження мотивації ветеранів до участі в офіційних програмах реабілітації.

Відсутність проміжних контрольних точок та механізмів корекції цілей відповідно до змін зовнішніх умов робить програми ригідними й неадаптивними до реальних викликів, з якими стикається система в процесі реалізації. Ключовим напрямом подолання програмно-цільової дисфункції є перехід до принципів SMART-цілепокладання з встановленням конкретних, вимірюваних, досяжних, релевантних та часово обмежених цілей, розробка деталізованих дорожніх карт реалізації з чітким визначенням необхідних ресурсів, відповідальних суб'єктів і строків виконання, а також створення системи регулярного моніторингу прогресу з можливістю оперативного коригування стратегії відповідно до змін

внутрішніх і зовнішніх умов функціонування системи.

Фінансово-кадрова дисфункція проявляється в парадоксальній ситуації значного зростання бюджетних асигнувань на ветеранську політику до майже 19 мільярдів гривень при збільшенні фінансування на половину, однак збереженні, за оцінками експертних досліджень, критичного дефіциту кваліфікованих кадрів понад третину від потреби в різних спеціальностях, що суттєво обмежує здатність системи ефективно абсорбувати додаткові ресурси та трансформувати їх у якісні послуги для ветеранів. Брак лікарів-реабілітологів, психологів із досвідом роботи з бойовою травмою, соціальних працівників та інших профільних фахівців створює структурні обмеження для розгортання програм реабілітації незалежно від обсягу фінансування, що призводить до неповного освоєння бюджетних коштів або їх неефективного використання на непрофільні цілі.

Відсутність системної стратегії підготовки кадрів для ветеранської сфери, чітких професійних стандартів і системи атестації спеціалістів створює ризики варіативності якості послуг та значної нерівномірності рівня професіоналізму між різними регіонами й закладами. Стратегічним напрямом розв'язання фінансово-кадрової дисфункції є розробка довгострокової державної програми підготовки кадрів для ветеранської реабілітації із залученням провідних ЗВО, створення системи професійних стандартів та обов'язкової атестації фахівців, запровадження програм цільового навчання з гарантованим працевлаштуванням, а також розвиток державно-приватного партнерства для залучення додаткових ресурсів приватного сектору в підготовку та утримання кваліфікованих спеціалістів у ветеранській сфері [44].

Моніторингова дисфункція системи характеризується критичною інформаційною ізоляцією, коли дві третини цільової аудиторії не знають про існування цифрової платформи «є-Ветеран» [16], а більше половини стикаються з технологічними бар'єрами доступу в сільських місцевостях, що унеможливорює ефективний зворотний зв'язок із користувачами послуг та об'єктивну оцінку результативності державних програм. Цифровий розрив між міськими та

сільськими територіями особливо критично впливає на ветеранів із віддалених регіонів, які часто мають найбільші потреби в підтримці, але найменші можливості отримати інформацію про доступні послуги та скористатися сучасними цифровими інструментами самообслуговування. Водночас держава вже створила потужну технологічну основу для подолання цієї проблеми через розвиток Єдиного державного реєстру ветеранів війни як єдиної інформаційно-телекомунікаційної системи для збору, зберігання та використання даних про ветеранів із функціями адміністрування потреб, реалізації пільг та міжвідомчої координації [41], а також так само через функціональне розширення платформи «є-Ветеран» із можливістю подання заявок спеціалістам, електронним кабінетом фахівця та поступовою цифровізацією послуг на рівні громад [66].

Додатковим інструментом цифровізації є впровадження е-посвідчення ветерана в застосунку «Дія» для зручного доступу до послуг і зменшення ролі паперових документів [12], що демонструє технічну спроможність держави створювати сучасні цифрові рішення, але поки не використовує цей потенціал повною мірою для системного управління реабілітаційними процесами. Ключовим напрямом подолання моніторингової дисфункції є трансформація наявних цифрових інструментів у комплексну систему моніторингу ефективності реабілітаційних траєкторій через розширення функцій ЄДРВВ для відстеження індивідуального прогресу кожного ветерана [40], створення багатоканальної стратегії комунікації з поєднанням цифрових та традиційних форматів для забезпечення універсальної доступності, а також розвиток системи аналітики даних для прийняття обґрунтованих управлінських рішень на основі реальних потреб і результатів ветеранів.

Координаційна дисфункція проявляється у вкрай низькому рівні задоволеності ветеранів координацією послуг та систематичних скаргах на фрагментованість реабілітаційного маршруту, коли ветерани вимушені самостійно навігувати між різними відомствами, рівнями влади й типами послуг без системної підтримки та супроводу з боку держави. Відсутність єдиного маршруту ветерана через різні рівні та види підтримки відображає

фундаментальну проблему координаційного механізму публічного управління, коли система не забезпечує логічної послідовності та взаємодоповнення різних видів підтримки відповідно до індивідуальних потреб користувача. Фрагментованість реабілітаційного процесу не лише знижує його ефективність, але й створює додаткові психологічні навантаження для ветеранів, які часто мають обмежені ресурси для самостійного пошуку та координації необхідних послуг.

Особливо гострою є проблема координації між медичною, психологічною, соціальною та професійною реабілітацією, коли кожен компонент реалізується окремо без урахування прогресу в інших сферах та без загального бачення кінцевих цілей реабілітаційного процесу. Ветеран може отримувати високоякісну медичну допомогу в одному закладі, психологічну підтримку в іншому, професійну перепідготовку в третьому, але відсутність координації між цими послугами може призводити до конфліктів у часі, дублювання процедур оцінки потреб, суперечливих рекомендацій від різних фахівців та втрачених можливостей синергетичного ефекту комплексного підходу. Відсутність єдиної системи обліку прогресу ветерана через різні етапи реабілітації унеможливорює об'єктивну оцінку загальної ефективності процесу та прийняття своєчасних корекційних рішень у разі виникнення проблем або недосягнення очікуваних результатів.

Стратегічним напрямом подолання координаційної дисфункції є впровадження системи персоналізованого кейс-менеджменту як сучасного інструменту комплексного супроводу ветерана з індивідуальними планами реабілітації та міжвідомчою координацією [19], що вже апробується в українських практиках через Veteran Hub та пілотний проект «Помічник ветерана», а також активно впроваджується на рівні громад за підтримки Міністерства соціальної політики України та Міністерства у справах ветеранів [8]. Кейс-менеджмент передбачає призначення персонального координатора для кожного ветерана з комплексними потребами, який здійснює початкову комплексну оцінку потреб, розробляє індивідуальний план реабілітації з

залученням усіх необхідних фахівців та служб, координує надання послуг різними провайдерами, моніторить прогрес та здійснює регулярну переоцінку потреб для корекції плану відповідно до досягнутих результатів і змін обставин.

Додатковими елементами вирішення координаційної проблеми є створення єдиної інформаційної системи управління випадками на базі розширення функцій ЄДРВВ, розробка стандартизованих міжвідомчих протоколів взаємодії з чіткими алгоритмами передачі інформації про ветерана між різними службами, а також запровадження інституту персональних координаторів реабілітації для найбільш складних категорій ветеранів з множинними потребами або ускладненнями у процесі реабілітації. Ефективна координація також вимагає створення регулярних міждисциплінарних команд на рівні територій, які об'єднували б представників усіх ключових служб для спільного планування та моніторингу реабілітаційних процесів, обміну досвідом та розробки локальних рішень для специфічних викликів конкретних територій.

Територіальна дисфункція системи проявляється у значній нерівності доступу до якісних реабілітаційних послуг між центральними та периферійними регіонами, а також між економічно розвиненими та депресивними громадами [60], що поглиблює соціальну нерівність та створює демографічні диспропорції в розподілі ветеранської спільноти по території країни. Концентрація найбільш потужних спеціалізованих послуг у великих обласних центрах при недостатньому покритті потреб сільських територій і малих міст створює бар'єри доступності для значної частини ветеранів, особливо тих, хто має обмежені фінансові можливості для поїздок або транспортні проблеми через характер отриманих поранень.

Варіативність рівня активності та ресурсної спроможності різних територіальних громад у розбудові місцевої ветеранської інфраструктури створює значну варіативність якості послуг залежно від місця проживання, що суперечить принципам рівності громадян перед законом та справедливого розподілу державних послуг. Водночас позитивні приклади використання цифрових технологій для подолання географічних бар'єрів, такі як синергія

безбар'єрності, цифрових інструментів та реабілітаційних послуг на рівні громад [4], демонструють можливості системної інтеграції локальних ініціатив у загальнонаціональну модель. Стратегічним напрямом подолання територіальної дисфункції є створення системи державних механізмів фінансового вирівнювання для забезпечення мінімальних гарантованих стандартів послуг у всіх громадах, розвиток мережі мобільних реабілітаційних сервісів для віддалених територій, впровадження телемедицини та дистанційних форм психологічної підтримки, а також стимулювання міжмуніципального співробітництва для спільного утримання спеціалізованих закладів та фахівців у межах територіальних кластерів.

Міжсекторальна дисфункція характеризується відсутністю системної координації між державними інституціями та неурядовими організаціями, які залишаються переважно поза єдиною системою стандартизації якості та професійного моніторингу результативності діяльності, а також недостатнім залученням потенціалу приватного сектору в розбудову реабілітаційної інфраструктури та надання послуг. Неурядові організації відіграють критично важливу роль у психологічній та соціальній реабілітації ветеранів, часто забезпечуючи більшу територіальну доступність та гнучкість у наданні послуг порівняно з формальними державними структурами, однак відсутність їх інтеграції в загальну систему координації призводить до непродуктивного дублювання зусиль ц втрачених можливостей синергії.

Громадські організації ветеранського руху демонструють інноваційні підходи до роботи з бойовою травмою, розробляють авторські методики групової терапії та взаємопідтримки, створюють неформальні мережі солідарності та взаємодопомоги, які часто виявляються більш ефективними за традиційні формальні інструменти державної підтримки, особливо для ветеранів з недовірою до офіційних інституцій або специфічними потребами, які не покриваються стандартними державними програмами.

Приватний сектор, особливо у сфері медичної реабілітації та професійної перепідготовки, має значний невикористаний потенціал для розширення

можливостей системи через залучення додаткових фінансових ресурсів, сучасних технологій та інноваційних підходів до організації послуг, однак відсутність чітких механізмів державно-приватного партнерства обмежує його залучення до вирішення ветеранських проблем.

Приватні медичні заклади часто мають більш сучасне обладнання та можуть забезпечити швидший доступ до спеціалізованих послуг, приватні навчальні центри демонструють гнучкість у розробці програм професійної перепідготовки відповідно до потреб ринку праці, а ІТ-компанії та інші високотехнологічні підприємства можуть надавати цінний досвід адаптації робочих місць для ветеранів з інвалідністю та створення інклюзивного робочого середовища. Водночас відсутність системних стимулів для участі бізнесу у ветеранських програмах, незрозумілість процедур і відсутність гарантій повернення інвестицій обмежують готовність приватного сектора до активної участі у розв'язанні ветеранських проблем.

Позитивним сигналом є законодавче закріплення пріоритету державно-приватного партнерства у фізкультурно-спортивній реабілітації ветеранів із можливістю залучення міжнародних фінансових інституцій та формування конкурентного ринку реабілітаційних послуг [44], що створює правові передумови для системного розширення співпраці з недержавними акторами. Електронна карта послуг, запущена Міністерством у справах ветеранів, демонструє можливості агрегації даних про послуги від усіх стейкхолдерів із щоденним оновленням та залученням органів державної влади, громад, неурядових організацій та бізнесу [32], що може стати основою для більш системної інтеграції міжсекторальної взаємодії в загальну модель управління ветеранськими послугами.

Стратегічним напрямом подолання міжсекторальної дисфункції є розробка національної стратегії інтеграції громадських організацій у державну систему ветеранської підтримки з чіткими стандартами якості й механізмами акредитації, створення системи державно-приватного партнерства для залучення додаткових ресурсів та експертизи бізнесу в реабілітаційну діяльність, а також

запровадження механізмів соціального замовлення для фінансування якісних послуг недержавних організацій за рахунок державного бюджету з обов'язковим моніторингом результативності і дотриманням професійних стандартів.

Ключовими елементами міжсекторальної інтеграції мають стати створення єдиного реєстру провайдерів ветеранських послуг із незалежною системою оцінки якості, розробка уніфікованих професійних стандартів для фахівців незалежно від форми власності закладу, запровадження системи державних грантів та соціальних контрактів для стимулювання інновацій у ветеранській сфері, а також створення платформ для регулярного діалогу між усіма секторами для обміну досвідом, координації зусиль та спільного планування розвитку ветеранської інфраструктури на національному та місцевому рівнях.

Комплексний аналіз виявлених дисфункцій демонструє, що українська система комплексної реабілітації ветеранів потребує не фрагментарних покращень, а системної трансформації через запровадження сучасних механізмів публічного управління, орієнтованих на користувача, з інтеграцією цифрових технологій, персоналізованого супроводу та міжсекторальної координації.

Міжнародний досвід засвідчує, що ефективна реабілітація як елемент системи охорони здоров'я вимагає належного врядування, орієнтованих на користувача моделей, адекватних ресурсів та міжсекторальної взаємодії між державою, громадами, приватним сектором та самими користувачами [63]. Наявність в Україні технологічних інструментів, таких як ЄДРВВ, платформа «є-Ветеран», електронна карта послуг [32] та досвід пілотних проєктів кейс-менеджменту, створює сприятливі передумови для системної модернізації за умови їх інтеграції в єдину, координовану модель управління.

Виявлені дисфункції та обґрунтовані напрями їх подолання формують концептуальну основу для розробки оновленої моделі публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів, що стане предметом детального аналізу в наступному підрозділі дослідження.

3.2 Модель удосконалення механізмів публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів війни

Систематизація виявлених у попередньому підрозділі дисфункцій дозволяє перейти від діагностичного аналізу до конструктивного синтезу та розробки цілісної моделі трансформації системи публічного управління ветеранською реабілітацією в Україні. Міжнародний досвід засвідчує, що ефективна реабілітація ветеранів вимагає комплексного перегляду механізмів управління з акцентом на інтеграцію, персоналізацію та доказовість підходів, що передбачає перехід від медично-орієнтованої моделі до системного підходу, який охоплює медичну, психологічну, соціальну та професійну реінтеграцію ветеранів [67; 9].

Метою цього підрозділу є обґрунтування та деталізація організаційно-функціональної моделі публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів, яка системно вирішує кожну з виявлених дисфункцій через впровадження інноваційних механізмів координації, цифровізації, персоналізованого супроводу та міжсекторального партнерства з урахуванням кращих світових практик і специфіки українського контексту.

Концептуальною основою запропонованої моделі є організаційно-функціональний підхід до публічного управління, що дозволяє одночасно оптимізувати структурні елементи системи та процеси їх взаємодії для досягнення максимальної ефективності в наданні послуг ветеранам. Модель консолідує виявлені в попередньому підрозділі інституційні, координаційні, моніторингові, фінансово-кадрові та міжсекторальні дисфункції в п'ять взаємопов'язаних блоків, кожен із яких цілеспрямовано вирішує конкретний тип системної проблеми:

- інституційний блок подолає фрагментацію повноважень через створення єдиного координаційного центру та професійних стандартів,
- процесно-координаційний блок забезпечить цілісність

реабілітаційного маршруту через кейс-менеджмент та мультидисциплінарні команди,

- цифрово-моніторинговий блок ліквідує інформаційну ізоляцію через інтеграцію наявних платформ,
- фінансово-кадровий блок розв'яже проблему дефіциту спеціалістів через цільові програми підготовки та державно-приватне партнерство,
- міжсекторальний блок максимізує синергетичний ефект через системну інтеграцію неурядових організацій та приватного сектора.

Інституційний блок моделі спрямований на подолання виявленої інституційної дисфункції через кардинальну реорганізацію архітектури управління на основі принципу єдиного координаційного центру з горизонтальними повноваженнями між усіма відомствами, задіяними у ветеранській політиці. Центральним елементом цього блоку є створення Національного координаційного центру реабілітації ветеранів при Кабінеті Міністрів України з функціями стратегічного планування, координації міжвідомчої взаємодії, розробки єдиних стандартів якості послуг і моніторингу ефективності всієї системи.

Досвід Міністерства у справах ветеранів США демонструє ефективність централізованого підходу до управління ветеранськими послугами, де єдиний орган координує діяльність різних підрозділів через формалізовані протоколи взаємодії та єдині стандарти обслуговування [11]. Ключовим компонентом інституційного блоку є також розробка та впровадження єдиних професійних стандартів для фахівців, що працюють із ветеранами незалежно від відомчої приналежності, з обов'язковою системою атестації та безперервного професійного розвитку, що забезпечить однакову якість послуг по всій території України та створить мобільність кадрів між різними рівнями й секторами системи ветеранської підтримки.

Додатковим важливим елементом інституційного блоку є запровадження механізмів обов'язкової міжвідомчої узгодженості при розробці будь-яких ініціатив у ветеранській сфері через створення постійно діючих робочих груп з

представників усіх ключових відомств, що матимуть повноваження надавати обов'язкові до врахування зауваження щодо ініціатив, які суперечать принципам координованого підходу. Успішність такого підходу підтверджується досвідом реформування ветеранської системи в Ізраїлі, де створення координаційних механізмів між Міністерством оборони, Міністерством охорони здоров'я та соціальними службами дозволило подолати фрагментацію та значно підвищити задоволеність ветеранів якістю послуг [21]. Інституційний блок також передбачає створення єдиної системи звітності про результати ветеранської політики на основі уніфікованих показників ефективності, що дозволить об'єктивно оцінювати внесок кожного відомства в досягнення загальних цілей та приймати обґрунтовані рішення щодо перерозподілу ресурсів між різними напрямками реабілітації.

Процесно-координаційний блок моделі призначений для системного подолання координаційної дисфункції через упровадження персоналізованого кейс-менеджменту як центрального механізму забезпечення цілісності та координованості реабілітаційного процесу для кожного ветерана. Серцевиною цього блоку є створення інституту персональних координаторів реабілітації, які здійснюватимуть комплексну первинну оцінку потреб ветерана, розроблятимуть індивідуальний план реабілітації з залученням усіх необхідних фахівців та служб, координуватимуть надання послуг різними провайдерами, здійснюватимуть регулярний моніторинг прогресу й переоцінку потреб для своєчасної корекції плану відповідно до досягнутих результатів і змін обставин.

Методологічною основою для організації кейс-менеджменту в Україні може слугувати Директива VHA 1110.04(1) Міністерства у справах ветеранів США щодо інтегрованого управління справами, яка детально регламентує стандарти, компетенції та вимоги до підготовки кейс-менеджерів [11]. Практичним прикладом успішного впровадження кейс-менеджменту в українських умовах є досвід реабілітаційного простору «Checkpoint» у Запоріжжі, де інтегровано психологічну, правову, спортивну реабілітацію та підтримку працевлаштування під координацією єдиної команди фахівців [29].

Ключовим елементом процесно-координаційного блоку є також створення стандартизованого алгоритму єдиного маршруту ветерана через систему реабілітації, який передбачає чітку послідовність етапів від первинного звернення до завершення програми реінтеграції з визначенням відповідальних осіб, строків виконання та критеріїв переходу між етапами. Цей алгоритм має бути інтегрований в цифрову систему управління випадками, що забезпечить автоматичне відстеження прогресу кожного ветерана, попередження про пропущені терміни та генерацію рекомендацій для корекції плану на основі аналізу успішних кейсів із подібними характеристиками.

Досвід українських неурядових організацій, зокрема Veteran Hub, демонструє ефективність комплексного підходу до супроводу ветеранів, коли єдина команда координує медичну, психологічну, правову та соціальну підтримку, забезпечуючи безперервність процесу й уникнення дублювання послуг [36]. Процесно-координаційний блок також передбачає створення механізмів міжрівневої координації між національним, регіональним та місцевим рівнями управління через створення регіональних координаційних рад із представників усіх ключових інституцій та регулярних нарад для синхронізації планів, обміну досвідом та вирішення системних проблем на відповідних територіях.

Цифрово-моніторинговий блок моделі спрямований на ліквідацію моніторингової дисфункції через створення інтегрованої цифрової екосистеми управління ветеранськими послугами на базі функціональної інтеграції наявних платформ ЄДРВВ, «є-Ветеран» та електронної карти послуг у єдину систему управління випадками з можливостями real-time моніторингу, аналітики та прогнозування. Технологічною основою цифрового блоку має стати розширення функціональності Єдиного державного реєстру ветеранів війни для забезпечення не лише адміністрування пільг, але й комплексного відстеження індивідуальної траєкторії реабілітації кожного ветерана з інтеграцією даних від усіх провайдерів послуг через стандартизовані API. Практичним взірцем для організації цифровізації може слугувати досвід розробки цифрової системи для Центру

реабілітації ветеранів, що включає електронний запис до фахівців, систему моніторингу прогресу реабілітації й аналітичні інструменти для прийняття обґрунтованих рішень [65].

Ключовою інновацією цифрово-моніторингового блоку є впровадження інструментів predictive analytics для раннього виявлення ветеранів із ризиком неуспішної реабілітації та автоматичного формування рекомендацій щодо корекції підходу на основі машинного аналізу великих масивів даних. Цифрова платформа також має забезпечувати багатоканальну комунікацію з ветеранами через поєднання web-інтерфейсу, мобільного додатка та офлайн-консультацій для подолання цифрового розриву. Моніторингова функція передбачає створення системи ключових показників ефективності з автоматичною генерацією звітів для різних рівнів управління та публічних dashboard для забезпечення прозорості ветеранської політики.

Фінансово-кадровий блок моделі призначений для розв'язання фінансово-кадрової дисфункції через створення довгострокової системи підготовки спеціалізованих кадрів для ветеранської сфери та розвиток механізмів державно-приватного партнерства для залучення додаткових ресурсів та експертизи приватного сектору. Центральним елементом кадрового компонента є запровадження національної програми цільової підготовки фахівців з реабілітації ветеранів через партнерство провідних ЗВО з профільними факультетами медицини, психології, соціальної роботи та фізичної терапії із гарантованим працевлаштуванням випускників у державних і недержавних закладах ветеранської сфери. Правовою основою для розширення державно-приватного партнерства у ветеранській реабілітації є чинне законодавство про ДПП у сфері охорони здоров'я, яке створює механізми залучення приватних провайдерів до надання медичних і реабілітаційних послуг за державний кошт [55].

Фінансовий компонент блоку передбачає впровадження інноваційних механізмів фінансування, зокрема соціальних облігацій та pay-for-success контрактів, коли оплата приватним провайдерам здійснюється залежно від

досягнутих результатів реабілітації ветеранів, що стимулює ефективність і результативність послуг. Кадровий розвиток передбачає створення системи безперервного професійного розвитку через регулярні тренінги, стажування у провідних міжнародних центрах реабілітації та участь у науково-дослідній діяльності для впровадження доказових практик [48]. Партнерство з приватним сектором передбачає не лише залучення додаткових фінансових ресурсів, але й використання інноваційних технологій, сучасного обладнання та управлінських практик приватних компаній для підвищення якості й ефективності державних ветеранських послуг.

Міжсекторальний блок моделі спрямований на подолання міжсекторальної дисфункції через створення інтегрованої екосистеми ветеранської підтримки, що об'єднує державні інституції, неурядові організації та приватний сектор у єдину координовану мережу провайдерів послуг із єдиними стандартами якості та механізмами взаємодії. Основою міжсекторальної інтеграції є розробка національної стратегії залучення громадських організацій до державної системи ветеранської підтримки через механізми акредитації, соціального замовлення та грантового фінансування з обов'язковим дотриманням професійних стандартів і регулярним моніторингом результативності.

Практичним взірцем ефективної міжсекторальної співпраці є досвід Veteran Hub, який демонструє можливості інтеграції послуг недержавних організацій у загальну систему підтримки ветеранів через координацію з державними інституціями [35].

Інноваційним елементом міжсекторального блоку є створення платформ для регулярного діалогу між усіма секторами через щорічні національні конференції, регіональні робочі групи та онлайн-спільноти для обміну досвідом і спільного планування розвитку ветеранської інфраструктури. Особлива увага приділяється інтеграції інноваційних підходів неурядових організацій у державну практику через механізми pilot testing та scaling up, коли успішні локальні ініціативи НГО адаптуються та впроваджуються в масштабах усієї країни.

Критично важливим компонентом запропонованої моделі є створення мультидисциплінарних команд реабілітації на всіх рівнях системи, від локальних центрів до національних спеціалізованих закладів, що забезпечить комплексність та координованість різних видів втручання для кожного ветерана. Методологічною основою для організації мультидисциплінарних команд може слугувати досвід Polytrauma/TBI System of Care Міністерства у справах ветеранів США, де команди включають лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, соціального працівника та інших фахівців залежно від потреб конкретного ветерана [27]. Український досвід мультидисциплінарного підходу демонструється в роботі спеціалізованих центрів реабілітації, які інтегрують медичну, психологічну, соціальну та професійну підтримку під координацією єдиної команди фахівців [28].

Функціонування мультидисциплінарних команд передбачає створення стандартизованих протоколів міжпрофесійної взаємодії з чіткими алгоритмами передачі інформації, координації втручань та прийняття спільних рішень щодо корекції індивідуальних планів реабілітації через регулярні case conferences. Команди також мають бути інтегровані в цифрову систему управління випадками для забезпечення ефективної комунікації між фахівцями та аналітики результативності командної роботи.

Очікуваними соціально-економічними ефектами від упровадження запропонованої моделі є комплексне покращення результатів реабілітації ветеранів через підвищення доступності, якості та координованості послуг, що матиме позитивний вплив як на індивідуальне благополуччя ветеранів, так і на загальні соціально-економічні показники країни. На індивідуальному рівні очікується значне підвищення рівня працевлаштування ветеранів через удосконалення програм професійної реабілітації, зниження рівня психологічного дистресу через своєчасне надання якісних послуг психічного здоров'я та підвищення рівня соціальної інтеграції через комплексні програми підтримки. Кількісні оцінки економічного ефекту базуються на міжнародному досвіді, де за оцінками досліджень у сфері реабілітації комплексні програми

можуть демонструвати повернення інвестицій у кілька разів від вкладених коштів залежно від тяжкості первинних порушень та якості надання послуг [67].

Соціальні ефекти від упровадження моделі включають підвищення рівня довіри ветеранів до державних інституцій, зміцнення соціальної згуртованості через успішну інтеграцію ветеранів у цивільне життя та підвищення загальної соціальної стабільності. Дослідження змін у підходах до реінтеграції ветеранської спільноти засвідчують, що комплексні програми реабілітації з акцентом на соціальну інтеграцію демонструють значно вищу ефективність порівняно з традиційними медично-орієнтованими підходами [20]. Стратегічним ефектом моделі є також формування нової культури публічного управління, орієнтованої на результат і задоволеність користувачів, що може стати взірцем для реформування інших сфер соціальної політики.

Дорожня карта впровадження запропонованої моделі передбачає поетапний підхід з початковою реалізацією пілотних проєктів у кількох регіонах для тестування ключових компонентів моделі перед масштабуванням на всю країну. Перший етап включає створення правової бази для координаційного центру, розробку професійних стандартів, початок інтеграції цифрових платформ та запуск програм підготовки кадрів; другий етап передбачає пілотне тестування кейс-менеджменту та мультидисциплінарних команд, розширення державно-приватного партнерства та інтеграцію неурядових організацій; третій етап включає масштабування успішних практик, повноцінне функціонування цифрової екосистеми та досягнення повної інтеграції всіх компонентів моделі.

Критичними факторами успіху є політична підтримка на найвищому рівні, достатнє фінансування програм модернізації та постійний моніторинг прогресу з можливістю оперативного коригування стратегії.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження сформульовано наведені нижче основні висновки та пропозиції:

1. Аналіз теоретико-методологічних механізмів засад публічного управління у сфері ветеранської політики показав, що ефективна система комплексної реабілітації ветеранів можлива тільки за умов поєднання інституційного, програмно-цільового, фінансового, моніторингового й координаційного механізмів на засадах синергетичного, системного та клієнтоорієнтованого підходів. Було обґрунтовано, що перехід від фрагментарних, відомчо-орієнтованих рішень до інтегрованих моделей управління потребує чіткого розподілу повноважень, наявності єдиних стандартів якості, прозорих процедур моніторингу й реальної участі ветеранської спільноти у формуванні політики.

Міжнародні підходи до реабілітації ветеранів підтвердили доцільність розгляду комплексної реабілітації як частини ширшої системи здоров'я та соціальної політики, орієнтованої на відновлення функціональності й соціальної активності. Це дозволило сформувати цілісну теоретичну рамку, в межах якої оцінювалися українські практики.

2. Міжнародний досвід організації системної комплексної реабілітації ветеранів засвідчив, що найбільш ефективними є моделі, побудовані на поєднанні централізованого стратегічного управління з розгалуженою мережею мультидисциплінарних сервісів, інтегрованих через єдині стандарти та цифрові інструменти. Провідні країни демонструють переваги підходів, у яких медична, психологічна, соціальна та професійна реабілітація розглядаються як взаємопов'язані елементи єдиного маршруту ветерана, а не як розрізнені програми різних відомств.

Важливим чинником успіху виступає поєднання державного лідерства з активною роллю громадського сектора та приватних провайдерів, що дозволяє

розширити ресурсну базу й підвищити інноваційність послуг. Узагальнення цієї практики дало змогу встановити базові вимоги до цільової моделі для України – наявність координаційного центру, стандартів якості, інституту кейс-менеджменту та інтегрованих інформаційних систем, адаптованих до національного контексту.

3. Дослідження інституційно-нормативних засад функціонування комплексної системи реабілітації ветеранів в Україні виявило суттєву фрагментацію повноважень між центральними органами виконавчої влади та відсутність чіткого центру відповідальності за координацію політики. Наявна нормативна база декларує комплексний, мультидисциплінарний підхід, однак механізми реалізації цих принципів залишаються недостатньо деталізованими, що створює прогалини в правозастосуванні та ускладнює взаємодію між відомствами й рівнями влади.

Відзначено, що ключовим викликом є невідповідність між задекларованою комплексністю та реальною організацією реабілітаційного маршруту ветерана, відсутні єдині стандарти, протоколи й механізми узгодження дій суб'єктів. Це формує інституційне підґрунтя для управлінських дисфункцій, які проявляються в дублюванні функцій, прогалинах у наданні послуг і низькому рівні підзвітності.

4. Оцінка ефективності дії механізмів публічного управління у сфері ветеранської реабілітації засвідчила, що при збільшенні обсягів фінансування, розширенні програм та розвитку цифрових інструментів система залишається лише частково спроможною забезпечити комплексну, скоординовану й доступну підтримку ветеранів. Емпіричні дані продемонстрували розрив між амбітними цілями державної політики та фактичними результатами, зокрема у сфері координації послуг, кадрового забезпечення, територіальної рівності доступу й суб'єктивної задоволеності ветеранів.

Виявлено, що ключові механізми публічного управління працюють нерівномірно: компенсаційні інструменти є відносно налагодженими, тоді як реабілітаційні та інтеграційні механізми залишаються фрагментованими й

малоефективними. Це підтвердило необхідність системної трансформації, а не точкового доопрацювання окремих програм чи сервісів.

5. Діагностика виявлених дисфункцій у підрозділі 3.1 показала, що проблеми системи комплексної реабілітації мають не випадковий, а структурний характер і пов'язані з глибинними вадами інституційного дизайну, ресурсного забезпечення, моніторингу та міжсекторної взаємодії. Інституційна фрагментація, слабкість моніторингових інструментів, кадрово-фінансовий дефіцит, низька клієнтоорієнтованість, територіальна нерівність і недостатня інтеграція державних та недержавних акторів формують замкнене коло управлінської неефективності.

Дослідження цих дисфункцій у їх взаємозв'язку дозволило перейти від констатації окремих проблем до усвідомлення потреби в комплексній зміні логіки управління. Таким чином, підрозділ 3.1 сформував аналітичну «діагностичну» систему, яка стала основою для проектування оновленої моделі публічного управління.

6. Обґрунтована організаційно-функціональна модель удосконалення механізмів публічного управління системою комплексної реабілітації ветеранів війни передбачає перехід від розпорошеної, відомчо-центричної системи до інтегрованої, клієнтоорієнтованої та цифрово підтриманої моделі, побудованої навколо п'яти взаємопов'язаних блоків. Запропоновані інституційний, процесно-координаційний, цифрово-моніторинговий, фінансово-кадровий та міжсекторальний блоки у своїй сукупності створюють рамку для подолання виявлених дисфункцій шляхом запровадження єдиного координаційного центру, системи кейс-менеджменту, інтегрованих цифрових платформ, програм підготовки кадрів і розгорнутого державно-приватного та громадсько-державного партнерства.

Модель орієнтована не лише на підвищення інституційної спроможності держави, а й на реальні результати для ветеранів – відновлення функціональності, зайнятості, соціальної інтеграції та суб'єктивної якості життя. Це впровадження розглядається як довгострокова трансформація, що може стати

орієнтиром для модернізації інших сегментів соціальної політики.

7. У сукупності результати дослідження засвідчили, що модернізація системи комплексної реабілітації ветеранів в Україні є не лише галузевим завданням, а й тестом на загальну здатність публічного управління переходити до інтегрованих, даних-орієнтованих і користувачоцентричних моделей. Запропоновані концептуальні підходи, діагностика управлінських дисфункцій та сформована модель удосконалення механізмів публічного управління формують цілісну основу для поетапного реформування ветеранської системи – від нормативно-інституційних змін до практичної організації маршрутів допомоги на місцевому рівні.

Особлива цінність отриманих висновків полягає в поєднанні міжнародних практик із українським контекстом воєнного та післявоєнного періоду, що дозволяє адаптувати кращі зразки до реального масштабного ветеранського досвіду. Це створює підґрунтя для подальших досліджень і практичних рішень, спрямованих на поглиблення міжсекторальної інтеграції, посилення участі ветеранів у формуванні політики та побудову стійкої, справедливої системи підтримки захисників України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. CPVA. Послуги реінтеграції ветеранів. 2024. URL: <https://www.vlk.lt/en> (дата звернення: 11.12.2025).
2. OECD. Добробут ветеранів: міжнародні порівняння. 2023. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/governance/veterans-well-being> (дата звернення: 11.12.2025).
3. Аналіз потреб та проблем ветеранів та ветеранок за 2024 рік : звіт / Український ветеранський фонд. Київ : УВФ, 2024. 35 с.
4. Безбар'єрна медицина: реабілітація ветеранів, інновації та цифрові технології. *Офіційний сайт громади (Тальнівська ТГ)*. 2025. URL: <https://talnivska-gromada.gov.ua/news/1758780379> (дата звернення: 12.12.2025).
5. Бондаренко С. М. Соціальна політика держави як основа забезпечення соціального розвитку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 2. С. 40-46. DOI: <https://doi.org/10.32702/2307-2156-2021.2.40> (дата звернення: 11.12.2025).
6. Бюджет 2026: підтримка ветеранів : 18,9 млрд грн. *The Page*. 2025. URL: <https://therage.ua> (дата звернення: 12.12.2025).
7. Бюрократія, нестача кадрів і фінансування: сфера реабілітації : інтерв'ю. *Громадське радіо*. 2025. URL: <https://hromadske.radio> (дата звернення: 12.12.2025).
8. Ветеранський кейс-менеджмент: нові знання для дій у громаді. *Ружинська громада*. 2025. URL: <https://ruzhyńska-gromada.gov.ua/news/1749126582> (дата звернення: 12.12.2025).
9. Мельник О., Коваленко І., Петренко С. Від лікування до соціальної реінтеграції: системний підхід до медичної та психологічної реабілітації ветеранів. *Mental Health: Global Challenges Journal*. 2024. Т. 7(2). С. 45-58.
10. Департамент у справах ветеранів США. Реабілітаційні центри після політравм. 2024. URL: <https://www.polytrauma.va.gov> (дата звернення: 12.12.2025).

11.12.2025).

11. Директива VHA 1110.04(1): Інтегроване управління справами / Міністерство у справах ветеранів США. 2023. URL: https://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=9322 (дата звернення: 12.12.2025).

12. Діджиталізація ветеранських послуг у дії. *Харківська обласна рада*. 2024. URL: <https://oblrada-kharkiv.gov.ua> (дата звернення: 12.12.2025).

13. Доброхорська О. Реінтеграція ветеранів України : виклики та можливості / German Marshall Fund of the United States. 2025. № 35. URL: <https://www.gmfus.org/publications/reintegration-ukraine-veterans> (дата звернення: 11.12.2025).

14. Дослідження про ветеранську реінтеграцію : звіт / Info Sapiens, IREX. Київ : Info Sapiens, 2024. 70 с.

15. Дослідження про ветеранську реінтеграцію : звіт / Український ветеранський фонд Мінветеранів. Київ : УВФ, 2024. 60 с.

16. Доступність сервісних послуг для ветеранів : виїзне засідання Комітету ВР / Верховна Рада України. 2025. URL: <https://www.rada.gov.ua> (дата звернення: 12.12.2025).

17. Єльніцький К. А., Блевінс К. Л., Фішер М. П., Магрудер К. Реінтеграція військовослужбовців та ветеранів: критичний огляд та адаптована екологічна модель. *Американський журнал ортопсихіатрії*. 2017. Т. 87, № 2. С. 114-128. DOI: <https://doi.org/10.1037/ort0000244> (дата звернення: 11.12.2025).

18. ЄС та МОМ підтримують працевлаштування ветеранів. *EU4Ukraine*. 2024. URL: <https://eu4ukraine.eu/en/whats-happening-en/news-en/eu-and-iom-support-veterans-employment.html> (дата звернення: 11.12.2025).

19. Петренко М., Іваненко О., Коваленко С. Застосування кейс-менеджменту під час надання соціальної допомоги ветеранам. *Вісник соціальної та гуманітарної роботи*. 2024. URL: https://journals.urau.ua/vsgf_pstu/article/view/320437 (дата звернення: 12.12.2025).

20. Хойер Дж. Н., Сміт М. А., Джонсон К. Л. та ін. Зміни в дослідженнях реінтеграції ветеранської спільноти: заклик до дії. *Журнал військового,*

ветеранського та сімейного здоров'я. 2025. Т. 8(3). С. 78-92.

21. Бен-Шалом Р., Моше Д. Ізраїльська політика щодо ветеранів з інвалідністю: короткий огляд та аналітичні дані щодо запропонованої реформи. *Інвалідність та реабілітація*. 2011. Т. 33(15-16). С. 1378-1395.

22. Інформаційна довідка щодо ветеранської політики в Україні / Апарат ВРУ. Київ : Апарат Верховної Ради України, 2024. 32 с. URL: <https://rada.gov.ua/uploads/documents/49587.pdf> (дата звернення: 11.12.2025).

23. Канада у справах ветеранів. Програма реабілітаційних послуг і професійної допомоги (RSVAP). 2024. 45 с. URL: <https://www.veterans.gc.ca/eng/services/rehabilitation> (дата звернення: 11.12.2025).

24. Кириленко О. Державна ветеранська політика: виклики та пріоритети в умовах воєнного стану. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2024. № 4. С. 180-189 (дата звернення: 11.12.2025).

25. Ключові виклики у сфері соціального захисту ветеранів : засідання Комітету ВР / Верховна Рада України. 2025. URL: <https://www.rada.gov.ua> (дата звернення: 12.12.2025).

26. Ключові результати Мінветеранів у вересні 2025 року : звіт. *Мінветеранів*. 2025. URL: <https://www.facebook.com/mva.gov.ua> (дата звернення: 12.12.2025).

27. Команда реабілітації – Система догляду за політравмою/ЧМТ / Міністерство у справах ветеранів США. 2024. URL: <https://www.polytrauma.va.gov/understanding-tbi/rehabilitation-team> (дата звернення: 12.12.2025).

28. Іваненко А., Сидоренко М., Кравченко В. Комплексна реабілітація військовослужбовців: досвід міждисциплінарних команд. *Клінічний та прикладний медичний журнал*. 2025. № 3(18). С. 112-125.

29. Контрольно-пропускний пункт: у Запоріжжі розпочинає свою діяльність реабілітаційний простір для українських ветеранів. *EU4Ukraine*. 2024. URL: <https://eu4ukraine.in.ua/checkpoint-zaporozhzhia-veterans-rehabilitation> (дата звернення: 12.12.2025).

30. Криворучко І. В. Публічне управління в умовах війни: виклики та перспективи. *Теорія та практика державного управління*. 2023. Вип. 2 (77). С. 38-53 (дата звернення: 11.12.2025).
31. Кузьменко О. Адміністративно-правові механізми реінтеграції ветеранів війни в умовах особливого періоду. *Балтійський журнал юридичних та соціальних наук*. 2025. № 3. С. 45-59. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742-2025-3-45> (дата звернення: 11.12.2025).
32. Мінветеранів запустило е-Карту послуг в громадах для ветеранів війни. *Кабінет Міністрів України*. 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/minveteraniv-zapustilo-e-kartu-posluh-v-hromadakh-dlia-veteraniv-viiny> (дата звернення: 12.12.2025).
33. Міністерство оборони Ізраїлю: Відділення реабілітації ветеранів ЦАХАЛу. 2024. URL: <https://www.mod.gov.il/Rehabilitation> (дата звернення: 11.12.2025).
34. Міністерство у справах ветеранів США: Професійна реабілітація та працевлаштування (VRE). 2025. URL: <https://www.va.gov/careers-employment/vocational-rehabilitation> (дата звернення: 11.12.2025).
35. Огляд міжнародної практики реінтеграції ветеранів : звіт / ПРООН. Київ : ПРООН, 2025. 120 с.
36. Підтримка українських ветеранів: Всередині Veteran Hub в центральній Україні. *Рубрика*. 2024. URL: <https://rubryka.com/article/veteran-hub-ukraine-support> (дата звернення: 12.12.2025).
37. Поранені ветерани Армії оборони Ізраїлю знаходять дім у сучасних реабілітаційних центрах Ізраїлю. *The Times of Israel*. 2024. URL: <https://www.timesofisrael.com/wounded-idf-veterans-find-a-home-in-israels-state-of-the-art-rehabilitation-centers> (дата звернення: 11.12.2025).
38. Постійний комітет у справах ветеранів. Звіт 11: Підтримка переходу ветеранів до цивільного життя. 2022. 45 с. URL: <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/41-1/ACVA/report-11> (дата звернення: 11.12.2025).

39. ПРО : ветеранська програма. 2025. URL: <https://diia.gov.ua/services/veteran-pro> (дата звернення: 11.12.2025).

40. Про внесення змін до Положення про Єдиний державний реєстр ветеранів війни: Проект постанови Кабінету Міністрів України / Мінветеранів. 2023. URL: <https://mva.gov.ua/gromadskosti> (дата звернення: 12.12.2025).

41. Про Єдиний державний реєстр ветеранів війни (ЄДРВВ): Інформаційна сторінка. Київ : Міністерство у справах ветеранів України, 2023. URL: <https://mva.gov.ua/pro-ediniy-derzhavniy-reestr-veteraniv-viyni-edrvv> (дата звернення: 12.12.2025).

42. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та допоміжними засобами реабілітації осіб з інвалідністю та інших окремих категорій населення : постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2023 р. № 321. *Урядовий кур'єр*. 2023. № 68.

43. Про затвердження Порядку реалізації програми медичних гарантій для окремих категорій населення на 2024 рік : постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2024 р. № 122. *Урядовий кур'єр*. 2024. № 35.

44. Про затвердження Національної стратегії розвитку системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни : указ Президента України від 23.08.2020 р. № 342/2020. *Офіційне інтернет-представництво Президента України*. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3422020-34757> (дата звернення: 12.12.2025).

45. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 45. Ст. 425.

46. Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року : постанова КМУ від 29.11.2024 р. № 1209-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennia-stratehii-veteranskoj-polityku-na-period-do-2030-roku-1209-r-29112024> (дата звернення: 11.12.2025).

47. Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030

року та затвердження плану заходів з її реалізації : розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.11.2024 р. № 1209-р. *Урядовий кур'єр*. 2024. № 225.

48. Сівков С. Проблемні питання фінансового та правового забезпечення реабілітації ветеранів. *Балтійський журнал економічних досліджень*. 2025. Т. 11(1). С. 234-245.

49. Програма реабілітації ветеранів, членів їх сімей на 2024-2026 роки : міська програма. *Криворізька міська рада*. 2024. URL: <https://krm.gov.ua> (дата звернення: 12.12.2025).

50. Проект Концепції Державної цільової програми реабілітації та реінтеграції ветеранів війни на 2025-2030 роки / Мінветеранів. 2025. URL: <https://mva.gov.ua> (дата звернення: 12.12.2025).

51. ПРООН. reSCORE Україна 2025: Адаптація до цивільного життя: Відправні точки для посилення реінтеграції ветеранів. Київ : ПРООН Україна, 2025. 48 с. URL: <https://www.undp.org/ukraine/publications/rescoring-veterans-ukraine> (дата звернення: 11.12.2025).

52. Петренко І., Коваленко С., Шевченко О. Психологічна реабілітація ветеранів Збройних Сил України. *Habitus*. 2025. № 70. С. 43-52.

53. Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долавання несистемності : аналітична записка. Київ : Платформа «Принцип», 2024. 30 с.

54. Реабілітація українських військових: досвід долавання несистемності : аналітика. *Платформа Принцип*. 2025. URL: <https://www.pryncyp.org> (дата звернення: 12.12.2025).

55. Світлична О., Немченко А., Косяченко К. Регуляторне забезпечення охорони здоров'я в Україні за рахунок державно-приватного партнерства. *Запорізький медичний журнал*. 2013. № 5(80). С. 96-100.

56. Рівний – рівному : звіт / Принцип. 2025. № 36. URL: <https://www.pryncyp.org/wp-content/uploads/2025/11/rivnyj-rivnomu.pdf> (дата звернення: 11.12.2025).

57. Розробка інноваційної моделі інтеграції в Запоріжжі для допомоги ветеранам. *ОЛФ*. 2024. URL: <https://olf.lt/en/developing-an-innovative-integration->

model-in-zaporizhia-to-help-veterans (дата звернення: 11.12.2025).

58. Роль держави у соціальній реінтеграції ветеранів і ветеранок : аналітичний звіт. Київ : Український ветеранський фонд Мінветеранів, 2024. 40 с.

59. Соціальна політика для ветеранів : звіт / Центр економічного відновлення. Київ : ЦЕР, 2023. № 72. URL: <https://cer.org.ua/wp-content/uploads/2023/XX/social-policies-veterans.pdf> (дата звернення: 11.12.2025).

60. ТОП-5 проблем у підтримці ветеранів у громадах : аналітика. *Асоціація ОТГ*. 2025. URL: <https://decentralization.ua> (дата звернення: 12.12.2025).

61. Уряд ініціює створення Ветеранського кодексу. *ЮРЛІГА*. 2025. URL: https://jurliga.ligazakon.net/news/221847_uryad-ntsyu-stvorennya-veteranskogo-kodeksu (дата звернення: 12.12.2025).

62. Фелпс А., Лоуренс-Вуд Е., Коулішоу С. [та ін.]. Реформа психічного здоров'я: розробка та впровадження системи оптимізації результатів для ветеранів та їхніх сімей. *Міжнародний журнал екологічних досліджень та громадського здоров'я*. 2022. Том 19, № 19. Стаття 12681. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912681> (дата звернення: 11.12.2025).

63. Ісус Т. С. та ін. Формування системи реабілітації через політику охорони здоров'я та системи. *Політика та планування охорони здоров'я*. 2022. Т. 37(9). С. 1043-1055. DOI: [10.1093/heapol/czac053](https://doi.org/10.1093/heapol/czac053).

64. Центр комплексної реабілітації «Галичина»: досвід мультидисциплінарного підходу. *Львівська обласна рада*. 2024. URL: <https://www.loda.gov.ua/news/galychyna-center> (дата звернення: 12.12.2025).

65. Цифрова система для Центру реабілітації ветеранів: тематичне дослідження. *Exoft*. 2024. URL: <https://exoft.net/blog/digital-solution-veterans-rehabilitation-center> (дата звернення: 12.12.2025).

66. Цифровізація послуг та сервісів для ветеранів триває. *Урядовий кур'єр*. 2024. URL: <http://ukurier.gov.ua> (дата звернення: 12.12.2025).

67. Які є поточні дані щодо механізмів управління, що використовуються для організації реабілітаційних послуг: огляд Кокрейна /

Кокрейн реабілітація, Програма реабілітації ВООЗ. 2025. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/rehabilitation-governance> (дата звернення: 12.12.2025).

68. Які послуги реабілітації безкоштовно надаються ветеранам та ветеранкам. *Урядовий портал*. 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/yaki-poslugi-reabilitaciyi-bezkoshtovno-nadayutsya-veteranam> (дата звернення: 12.12.2025).

69. Якою є і якою має бути мережа реабілітаційних закладів в Україні. *Bez Hranic Hub*. 2024. URL: <https://bzh.life/rehabilitation-network-ukraine> (дата звернення: 12.12.2025).