



Фізична культура і спорт

УДК 364.694:615.8(477)

DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.20584317>

ІНСТИТУЦІЙНЕ СЕРЕДОВИЩЕ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ВЕТЕРАНАМ В УКРАЇНІ

Свищ Ярослав Степанович

*кандидат наук з фізичного виховання та спорту, професор, ректор
Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського,
м. Львів, Україна*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1573-8599>

Графський Володимир Васильович

*лікар, судинний хірург
м. Львів, Україна*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4796-9077>

Прийнято: 15.02.2026 | Опубліковано: 28.02.2026

Анотація. У статті досліджено інституційне середовище надання реабілітаційних послуг ветеранам в Україні крізь призму неоінституціонального підходу Д. Норта та Е. Остром. Розмежовано поняття «інституція», «інституційне середовище» та «інституційна спроможність» стосовно системи реабілітації учасників бойових дій, що дало змогу зафіксувати розрив між формальними правилами та реальною здатністю системи виробляти бажаний суспільний результат. Проаналізовано нормативно-правову базу, зокрема Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» № 1053-IX, який запровадив мультидисциплінарну реабілітаційну команду на чолі з лікарем



фізичної та реабілітаційної медицини, перелік фахівців із реабілітації та триетапну модель реабілітаційного процесу відповідно до біопсихосоціальної рамки ВООЗ. Виявлено структурні суперечності інституційної архітектури: дублювання повноважень між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством у справах ветеранів та Міністерством соціальної політики, відсутність єдиного реєстру індивідуальних потреб і наскрізного case-менеджменту, негнучкість 14-денного циклу оплати реабілітаційних послуг через Програму медичних гарантій. Здійснено порівняльний аналіз моделей ветеранської реабілітації США (Polytrauma System of Care), Ізраїлю (безстрокове право на реабілітацію), Хорватії (повоєнне масштабування за кошти ЄС) та Великої Британії (Armed Forces Covenant) з метою визначення елементів, адаптованих до українського контексту децентралізації й обмежених ресурсів. Обґрунтовано авторську позицію щодо оптимальності гібридної моделі інституційного середовища, яка поєднує централізовану координацію стандартів і акредитації з децентралізованим наданням послуг у громадах та обов'язковим наскрізним case-менеджментом на цифровому хребті. Визначено ключові виклики воєнного періоду, зокрема безпрецедентний масштаб потреби (понад 1,3 млн осіб зі статусом учасника бойових дій), кадровий дефіцит фізичних терапевтів, ерготерапевтів і психотерапевтів бойової травми, а також структурну негнучкість моделі фінансування.

Ключові слова: інституційне середовище, реабілітаційні послуги, ветерани, учасники бойових дій, біопсихосоціальна модель, case-менеджмент, децентралізація, Програма медичних гарантій.



INSTITUTIONAL ENVIRONMENT FOR PROVIDING REHABILITATION SERVICES TO VETERANS IN UKRAINE

Yaroslav S. Svyshch

PhD in Physical Education and Sports, Professor, Rector

Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyi, Lviv, Ukraine

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1573-8599>

Volodymyr V. Grafskyi

Physician, Vascular Surgeon

Lviv, Ukraine

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4796-9077>

Abstract. The article examines the institutional environment for providing rehabilitation services to veterans in Ukraine through the lens of the neo-institutional approach of D. North and E. Ostrom. The concepts of "institution," "institutional environment," and "institutional capacity" are distinguished in relation to the rehabilitation system for combat participants, making it possible to identify the gap between formal rules and the system's actual ability to produce the desired social outcome. The regulatory framework is analyzed, particularly the Law of Ukraine "On Rehabilitation in Healthcare" No. 1053-IX, which introduced multidisciplinary rehabilitation teams headed by a physician of physical and rehabilitation medicine, a list of rehabilitation specialists, and a three-phase rehabilitation model in accordance with the WHO biopsychosocial framework. Structural contradictions of the institutional architecture are identified: overlapping competencies among the Ministry of Health, the Ministry of Veterans Affairs, and the Ministry of Social Policy, the



absence of a unified registry of individual needs and end-to-end case management, and the inflexibility of the 14-day cycle of reimbursement for rehabilitation services through the Programme of Medical Guarantees. A comparative analysis of veteran rehabilitation models in the USA (Polytrauma System of Care), Israel (lifelong entitlement to rehabilitation), Croatia (post-war scaling with EU funding), and Great Britain (Armed Forces Covenant) is conducted to identify elements adaptable to Ukraine's decentralization context and limited resources. The author's position regarding the optimality of a hybrid institutional environment model is substantiated, combining centralized coordination of standards and accreditation with decentralized service delivery in communities and mandatory end-to-end case management on a digital backbone. Key wartime challenges are identified, including the unprecedented scale of need (over 1.3 million persons with combatant status), a deficit of physical therapists, occupational therapists, and combat trauma psychotherapists, and the structural inflexibility of the financing model.

Keywords: institutional environment, rehabilitation services, veterans, combat participants, biopsychosocial model, case management, decentralization, Programme of Medical Guarantees.

Постановка проблеми

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну поставило перед державою завдання, яке за своєю онтологічною природою виходить далеко за межі організаційного проектування: йдеться про створення цілісної інституційної відповіді на масову травму нації. Станом на вересень 2025 року статус учасника бойових дій отримали понад 1,3 мільйона громадян, причому до 2022 року таких було 556 467, а лише за дев'ять місяців 2025 року статус надали ще 165 933 особам [1]. Загальна чисельність ветеранів, чинних військових та звільнених перевищує 1,2 мільйона, і ця цифра продовжує зростати щомісяця [2]. Якщо припустити, що навіть третина з них потребує хоча б одного виду реабілітаційної



допомоги (фізичної, психологічної, соціальної чи професійної), масштаб запиту перевищує сукупну пропускну спроможність усіх наявних реабілітаційних закладів країни. Головне питання за таких умов стосується не кількості окремих центрів чи програм, а спроможності цілісного інституційного середовища забезпечити доступну, якісну й безперервну допомогу кожному ветерану незалежно від місця проживання та типу потреби. Видається обґрунтованим стверджувати, що саме інституційне середовище (а не окремий заклад чи окрема норма) визначає, чи перетвориться формально гарантоване право на реабілітацію на реальну послугу, чи залишиться декларацією.

Сучасна українська система реабілітації ветеранів утворює парадокс, гідний окремого теоретичного осмислення: нормативна рамка на рівні дефініцій уже відповідає біопсихосоціальним стандартам Всесвітньої організації охорони здоров'я, однак інституційна спроможність залишається низькою через дублювання повноважень між відомствами, відсутність єдиного реєстру потреб та наскрізного ведення випадку. Повноваження розподілені між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством соціальної політики, Міністерством у справах ветеранів та органами місцевого самоврядування, причому отримувач, який має право на послуги одночасно за двома законами, змушений обирати лише одну підставу [3]. Цей розрив між формально задекларованими стандартами та реальною здатністю системи їх забезпечити і робить дослідження інституційного середовища науково та практично актуальним, адже без діагнозу інституційної хвороби будь-яке лікування (нові програми, додаткове фінансування, створення чергового координаційного органу) усуватиме симптоми, не торкаючись причин.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Неоінституціональна традиція дає концептуальний інструментарій, без якого аналіз реабілітаційної системи неминуче зводиться до переліку організацій та їхніх штатних розписів. Д. Норт розмежував «інституції» як правила гри та

«організації» як гравців, що діють у межах цих правил, і довів, що саме конфігурація формальних і неформальних обмежень визначає транзакційні витрати та ефективність суспільних систем [4]. Е. Остром у праці «Governing the Commons» розвинула цю логіку, показавши, що складні системи послуг найкраще описуються не як ієрархія «принципал – агент», а як поліцентричне врядування з багатьма центрами ухвалення рішень, які потребують спеціальних механізмів узгодження [5]. Якщо накласти цю рамку на українську реабілітаційну систему, стає очевидним, що проблема полягає не у відсутності організацій (центрів, відділень, програм), а в тому, що правила їхньої взаємодії створюють конкурентні, а не взаємодоповнювані «арени дій». П. ДеЛеон та К. Вейбл, застосувавши рамку інституційного аналізу Остром до кризових політик, продемонстрували, що саме правила позицій, інформації та результату визначають ефективність цих арен [6]. В українському контексті концепцію колаборативного врядування до соціального захисту учасників бойових дій застосовують дослідники, які наголошують на потребі спеціально визначених механізмів управління мережею (від регламентів до спільного моніторингу), оскільки міжвідомча взаємодія не може бути лише сукупністю двосторонніх погоджень [7].

Досвід найрозвиненішої у світі системи ветеранської реабілітації засвідчує, що навіть масштабні інвестиції не гарантують результату без інституційної когерентності. Н. Сейєр та співавтори, дослідивши бар'єри доступу ветеранів до Veterans Affairs США, зафіксували, що значна частина ветеранів не отримує необхідних послуг через організаційні, географічні та стигматизаційні перешкоди, попри формально безоплатний і широкий пакет [8]. Організаційні та командні чинники, за результатами окремого дослідження, суттєво впливають на поширення доказових психотерапій ПТСР у системі VHA: лише близько 6 % нових пацієнтів із діагнозом ПТСР отримали когнітивно-процесуальну терапію чи пролонговану експозицію протягом перших шести місяців, із варіацією від 4

% до 14 % залежно від закладу [9]. Це дає підстави стверджувати, що проблема доступу є системною, а не ресурсною: навіть найбагатша система може «губити» ветерана на стиках між ланками.

Ініціатива ВООЗ «Rehabilitation 2030» задає стандарти якості реабілітації, закликаючи до посилення реабілітаційних систем у межах загального охоплення послугами охорони здоров'я [10]. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) інтегрує медичну і соціальну моделі інвалідності в біопсихосоціальну рамку: функціонування розглядається як взаємодія стану здоров'я, особистих чинників та чинників середовища, а отже, реабілітація мислиться не як «ремонт тіла», а як відновлення участі людини в житті [11]. Водночас Дж.-А. Міллс та співавтори слушно зауважують, що системний рівень організації, з якого починається ініціатива «Rehab 2030», не існує в більшості країн з тяжких криз, і тому стандарти ВООЗ потребують контекстної адаптації для воєнних ситуацій [12]. Міжнародний комітет Червоного Хреста, який веде Програму фізичної реабілітації з 1979 року, пішов іншим шляхом і розробив поліпропіленову технологію протезування, визнану Міжнародним товариством протезування та ортопедії: низьковартісний, але сучасний підхід, критично важливий для України, де десятки тисяч осіб потребують протезування внаслідок бойових поранень та мінної травми [13].

Порівняльна перспектива збагачує аналіз додатковими вимірами. Д. Сегев та М. Шифф, дослідивши інтеграцію ветеранів-інвалідів Армії оборони Ізраїлю у сферу зайнятості, показали, що безстрокове право на реабілітацію і постійний супровід корелюють із вищими показниками працевлаштування, підтверджуючи тезу про те, що довготривалість інституційного зобов'язання є самостійним фактором ефективності [14]. Д. Багіч, порівнявши реінтеграційні політики для ветеранів у Боснії і Герцеговині та Хорватії, виявив протилежну тенденцію: компенсаторна модель, віддана на відкуп політичним силам, закріпила ієрархічне «ветеранське громадянство» замість повноцінної реінтеграції [15].

Звіт ВООЗ/Європа «Financing rehabilitation services in Ukraine», презентований у жовтні 2025 року, зафіксував, що частка реабілітації в Програмі медичних гарантій зростає з 1,2 % у 2020 році до прогнозованих 4 % у 2025 році, утім розширення мережі відбувалося за логікою пропозиції, а не потреб населення [16]. Британська модель Armed Forces Covenant та акредитація «Veteran Aware» через Veterans Covenant Healthcare Alliance пропонують елемент, адаптований до децентралізації: не окрему вертикаль, а пріоритезацію ветеранів усередині наявної системи охорони здоров'я [17]. Зведений порівняльний аналіз цих чотирьох моделей подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльний аналіз моделей інституціоналізації ветеранської реабілітації

Країна	Тип моделі	Ключовий елемент	Обмеження	Адаптовність для України
США (VA)	Централізована вертикаль	Polytrauma System of Care: 5 регіональних центрів, 23 мережових майданчики, 130+ пунктів підтримки; інтегрована електронна медична картка; закріплений case-менеджер за кожним пацієнтом	Лише 6 % нових пацієнтів із ПТСР отримали доказову терапію за перші 6 місяців; географічна нерівність доступу; стигма	Низька: потребує десятиліть інвестицій та окремої інфраструктури
Ізраїль	Безстрокове право	Довічний реабілітаційний супровід через Міноборони; мережа центрів Beit Halochem (62 000+ ветеранів);	Набагато менший масштаб потреби; висока вартість на одного бенефіціара	Середня: принцип безстроковості адаптовний, масштаб – ні

		інтеграція у зайнятість як центральна мета		
Хорватія	Повоєнне масштабування	Інформаційна реабілітаційна система з часів війни; мережа ветеранських центрів за 44,5 млн євро коштів ЄС	Компенсаторна логіка замість реінтеграційної; політизація пільг і формування «ветеранського громадянства»	Середня: досвід ЄС-фінансування цінний, але ризик політизації високий
Велика Британія	Пріоритезація в загальній системі	Armed Forces Covenant; акредитація «Veteran Aware» для закладів NHS; пріоритетний доступ без окремої вертикалі	Обмежений контроль якості; залежність від доброї волі конкретних закладів	Висока: найбільш сумісна з українською децентралізацією та реформованою первинкою

Джерело: складено авторами на основі [9; 14; 15; 16; 17; 26–29]

Формулювання цілей статті

Мета статті – комплексно проаналізувати інституційне середовище надання реабілітаційних послуг ветеранам в Україні: розмежувати категоріальний апарат, оцінити нормативно-правову базу та архітектуру надавачів, порівняти міжнародні моделі й обґрунтувати оптимальну для України модель з урахуванням масштабу потреб, децентралізації й обмежених ресурсів. Для досягнення мети поставлено завдання: систематизувати типологію реабілітаційних послуг відповідно до стандартів ВООЗ та МКЧХ; виявити структурні суперечності чинної інституційної архітектури; здійснити компаративний аналіз моделей США, Ізраїлю, Хорватії та Великої Британії; сформулювати авторську концепцію гібридної моделі, яку ми пропонуємо позначити терміном «реабілітаційне поліцентричне врядування».

Виклад основного матеріалу

Нормативна рамка формує формальний вимір інституційного середовища і заслуговує на першочерговий аналіз саме тому, що від неї залежить, які «арени



дій» (у термінології Остром) відкриваються для учасників реабілітаційного процесу. Базовим актом залишається Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», стаття 5 якого відносить до ветеранів війни учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни та учасників війни, а низка статей гарантує безоплатне протезування, зубопротезування та санаторно-курортне лікування [18]. Проривним став Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» № 1053-IX від 3 грудня 2020 року (чинний із 30 червня 2021 року), що вперше визначив правові, організаційні та економічні засади реабілітації, спрямованої на досягнення і підтримання оптимального функціонування особи у її середовищі [19]. Стаття 18 цього Закону запровадила мультидисциплінарну реабілітаційну команду на чолі з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, стаття 10 закріпила перелік фахівців (фізичних терапевтів, ерготерапевтів, терапевтів мови і мовлення, протезистів-ортезистів, психологів і психотерапевтів), а стаття 26 поділила процес на гострий, післягострий та довготривалий періоди [19]. Стаття 21 прямо передбачила психотерапію посттравматичних стресових розладів, що виникли внаслідок участі у бойових діях чи полону, а отже, нормативна рамка на рівні дефініцій цілком відповідає біопсихосоціальній логіці ВООЗ [19]. Видається обґрунтованим констатувати, що Закон № 1053-IX створив формальну передумову для побудови сучасної реабілітаційної системи, однак передумова і система – далеко не тотожні поняття.

Формально якісна законодавча база реалізується у фрагментованому інституційному просторі, і саме ця суперечність потребує детального аналізу. Повноваження розподілені між МОЗ (реабілітація у сфері охорони здоров'я), Мінсоцполітики (реабілітація осіб з інвалідністю за Порядком, затвердженим постановою КМУ № 31 від 19 січня 2022 року), Мінветеранів (психологічна реабілітація через Реєстр постачальників послуг) та органами місцевого самоврядування [3]. Фахівець із супроводу ветеранів у громаді сам послуг не



надає, а лише перенаправляє, тоді як єдиного реєстру індивідуальних потреб ветерана, який зв'язував би всі відомства, досі не створено [20]. Фрагментація торкається і стратегічного рівня: Національна стратегія розвитку системи фізкультурно-спортивної реабілітації та проєкт Стратегії ветеранської політики до 2030 року існують паралельно, не утворюючи єдиної реабілітаційної візії [21]. Комплексне рішення, за висновком профільних аналітичних документів, потребує національної стратегії реабілітації, яка залучає всі відповідні відомства, та функціоналу для планування допомоги і фіксації функціональних результатів щодо кожного пацієнта [22]. Якщо повернутися до мови інституціонального аналізу, проблема полягає не в тому, що правила відсутні, а в тому, що правила різних відомств генерують різні «арени дій», між якими ветеран змушений навігувати самостійно, часто без жодного провідника.

Фінансовий вимір інституційного середовища, якщо розглядати його через призму телеологічного питання «на що спрямований ресурс?», підтверджує розрив між нарощуванням коштів та їхньою результативністю. Звіт ВООЗ/Європа засвідчив: кількість законтракованих надавачів реабілітаційних послуг майже подвоїлася з 2021 року, однак лише 6 % пацієнтів продовжили амбулаторну реабілітацію після стаціонарної у 2024 році, а деякі групи з вищими потребами лишаються недоохопленими [16]. Оплата і стаціонарної, і амбулаторної реабілітації встановлюється за цикл мінімальною тривалістю 14 днів, що не завжди відповідає індивідуальній клінічній картині [16]. Реабілітацію фінансують із трьох каналів (бюджетного через Програму медичних гарантій НСЗУ, грантового від міжнародних донорів та соціального замовлення на рівні громад), і за відсутності координації між ними ресурс фрагментується, відтворюючи інституційний розрив уже на рівні фінансових потоків. Це дає підстави для проміжного висновку: збільшення бюджету без зміни правил координації є необхідною, але недостатньою умовою; система потребує не лише більше грошей, а й іншої архітектури їх розподілу.



Ветеранські простори та пілотні проєкти міжнародних партнерів частково компенсують жорсткість державної моделі і водночас демонструють альтернативну інституційну логіку. Veteran Hub, відкритий у Києві 2018 року за партнерства фондів Олени та Віктора Пінчуків і громадської організації «Побратими», поєднав під одним дахом юридичні, психологічні та соціальні послуги [23]. Програма реінтеграції ветеранів IREX за підтримки Держдепартаменту США, за власними звітними даними, допомогла 250 000 ветеранів і членів сімей, переклала й поширила 140 міжнародних протоколів з ментального та фізичного здоров'я, навчила 206 сімейних лікарів та розробила е-реєстр для Мінветеранів [24]. ВООЗ за фінансування ЄС реалізує проєкт зміцнення реабілітаційних послуг, а Міжнародний медичний корпус разом із МОЗ та Українською асоціацією фізичної терапії оснащує заклади та готує кадри [25]. Veteran Hub, IREX і Міжнародний медичний корпус підтверджують, що мережевий формат здатний забезпечити і масштаб охоплення, і якість послуг, натомість їхня залежність від донорського фінансування ставить питання про інституційну сталість після завершення грантів.

Зіставлення української моделі з міжнародним досвідом (табл. 1) виявляє як перспективні запозичення, так і принципові обмеження кожного підходу. Найрозвиненішу централізовану модель демонструє система Veterans Affairs США з її Polytrauma System of Care, що складається з п'яти регіональних центрів, 23 мережевих майданчиків та понад 130 пунктів підтримки, забезпечуючи міждисциплінарний континуум від гострої до довічної допомоги [26]. Кожен пацієнт отримує індивідуальний план реабілітації та реінтеграції із закріпленим case-менеджером, а система спирається на інтегровану електронну медичну картку [27]. Водночас дослідження фіксують обмеження навіть найкраще ресурсованої централізації: лише близько 6 % нових пацієнтів із діагнозом ПТСР отримали доказову терапію протягом перших шести місяців, із варіацією від 4 % до 14 % залежно від закладу [9]. Ізраїльська модель будується на принципі



безстрокового права та обов'язковості: Закон про інвалідів 1949 року ставить інтеграцію в зайнятість у центр процесу, а мережа центрів Beit Halochem, керована Організацією ветеранів-інвалідів ЦАХАЛу, обслуговує понад 62 000 ветеранів з інвалідністю і часто стає позитивним простором підтримки [28]. Хорватія є цінним прикладом повоєнного масштабування у постсоціалістичному контексті: ще під час війни 1991–1995 років там створили Інформаційну реабілітаційну систему для обліку постраждалих, а згодом мережу ветеранських центрів, на яку спрямовано близько 44,5 млн євро коштів Європейського Союзу [29]. Водночас хорватський досвід застерігає: компенсаторна модель, віддана на відкуп політичним силам, закріпила ієрархічне «ветеранське громадянство» замість повноцінної реінтеграції [15]. Велика Британія пропонує найлегше адаптовний до децентралізації елемент – модель Armed Forces Covenant, що не створює окремої вертикалі, а вбудовує пріоритезацію ветеранів у наявну мережу NHS та первинну ланку [17].

Координаційні виклики воєнного та перехідного періоду визначають контекст, у якому має формуватися оптимальна модель, і саме тому їх аналіз є не допоміжним, а конститутивним для авторської концепції. Масштаб потреби (понад 1,3 мільйона осіб зі статусом учасника бойових дій і щомісячне зростання цієї цифри) фактично перетворює децентралізовану, наближену до місця проживання послугу з варіанта політики на єдину арифметично обґрунтовану стратегію: черги до реабілітаційних центрів вимірюються тижнями й місяцями, а експерти наполягають на розгортанні реабілітаційних відділень у цивільних установах рідних громад [30]. Кадровий дефіцит становить другий структурний вузол: професії фізичного терапевта та ерготерапевта запроваджені в Україні відносно недавно, підготовка магістрів лише розгортається, а потреба у фахівцях із досвідом роботи з бойовою травмою зростає значно швидше, ніж система освіти здатна їх готувати [31]. Попри запровадження інституту фахівців із супроводу ветеранів (понад 2000 працевлаштовано станом на жовтень 2025

року), їхня функція обмежена перенаправленням, а не наскрізним веденням випадку через усі відомства [32]. Цифровізація постає головним інструментом подолання фрагментації: запуск платформи «Дія Ветеран PRO», скорочення видачі витягу з Єдиного державного реєстру ветеранів війни з 30+ днів до кількох хвилин у ЦНАПах та розвиток е-реєстру демонструють потенціал технологічного зв'язування розрізнених інституційних арен [33]. Утім, цифровий інструмент лише фіксує наявні правила, і без зміни самих правил координації він ризикує оцифрувати фрагментацію замість того, щоб подолати її.

Зіставлення міжнародного досвіду з українськими обмеженнями приводить до авторської позиції, яку ми пропонуємо концептуалізувати як модель реабілітаційного поліцентричного врядування. Суть її полягає в тому, що чисто централізована модель (на кшталт VA США) потребує десятиліть інвестицій та кадрового корпусу, яких Україна не має, тоді як чисто мережева, донороцентрична модель нестала через залежність від грантів і відтворює фрагментацію, яку неоінституціональний аналіз визначає як корінь низької спроможності. Гібридна модель поєднує три елементи. Перший – рамкова координація на центральному рівні: єдиний реєстр індивідуальних потреб ветерана, стандарти, акредитація та гнучкий фінансовий норматив, що замінить негнучкий 14-денний цикл оплати на модель, орієнтовану на потреби пацієнта. Другий – децентралізоване надання послуг у громадах за принципом «реабілітація якнайближче до дому», де ветеранські простори стають вузлами мережі, але інституціоналізуються через бюджетне соціальне замовлення замість донорської залежності. Третій – обов'язковий наскрізний case-менеджмент, що перетворює фахівця із супроводу з диспетчера на координатора, який веде випадок через медичну, психологічну, соціальну й професійну реабілітацію, спираючись на платформу «Дія Ветеран PRO» як технологічний хребет. Бенчмарком успіху такої моделі має бути не кількість створених центрів чи



відомств, а частка ветеранів, які завершили повний реабілітаційний цикл і повернулися до зайнятості та повноцінної участі в житті громади.

Висновки

Інституційне середовище надання реабілітаційних послуг ветеранам в Україні характеризується значним розривом між нормативно задекларованими стандартами та реальною спроможністю системи. Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» на рівні дефініцій запровадив мультидисциплінарні команди, триетапну модель реабілітаційного процесу та перелік фахівців відповідно до біопсихосоціальної рамки ВООЗ, однак практична реалізація відстає через медикалізовану рутину та відсутність механізмів міжвідомчої координації.

Структурна суперечність фінансування полягає в тому, що зростання частки реабілітації в Програмі медичних гарантій не супроводжується переходом до моделі, орієнтованої на потреби: оплата за 14-денний цикл і розширення мережі за логікою пропозиції призводять до того, що лише незначна частка пацієнтів продовжує амбулаторну реабілітацію після стаціонарної, а окремі групи з вищими потребами лишаються недоохопленими.

Порівняльний аналіз міжнародних моделей засвідчив, що жодна з них не може бути перенесена в Україну без суттєвої адаптації. Централізована модель VA США потребує десятиліть інвестицій та кадрового корпусу, яких Україна не має; ізраїльський принцип безстроковості ефективний, але спирається на набагато менший масштаб потреби; хорватський досвід демонструє як можливості фінансування з коштів ЄС, так і ризик політизації пільг; британська модель пріоритезації ветеранів усередині загальної системи найбільш адаптовна до українського контексту децентралізації.

Понад 1,3 млн осіб зі статусом учасника бойових дій і щомісячне зростання цієї цифри роблять стаціонароцентричну модель нежиттєздатною,



перетворюючи децентралізовану послугу на рівні громади на єдину арифметично обґрунтовану стратегію. Кадровий дефіцит фахівців із реабілітації (фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психотерапевтів бойової травми) потребує невідкладного масштабування програм підготовки та перепідготовки.

Запропонована модель реабілітаційного поліцентричного врядування, що поєднує рамкову координацію стандартів і акредитації з децентралізованим наданням послуг та обов'язковим наскрізним case-менеджментом на цифровому хребті, є оптимальною відповіддю на визначені виклики. Реалізація цієї моделі потребує трьох першочергових кроків: відмови від негнучкого 14-денного циклу оплати на користь норматива, орієнтованого на потреби пацієнта; інституціоналізації ветеранських просторів через бюджетне соціальне замовлення; перетворення фахівця із супроводу з диспетчера на повноцінного case-менеджера з доступом до єдиного реєстру потреб. Бенчмарком успіху має слугувати не кількість створених інституцій, а частка ветеранів, які завершили повний реабілітаційний цикл і повернулися до зайнятості та повноцінної участі в житті громади.

Список використаних джерел

1. Кількість УБД в Україні станом на жовтень 2025 року. *Факти*. 2025. URL: <https://fakty.com.ua/ua/ukraine/20251008-skilky-ubd-v-ukrayini-dani-minveteraniv/>
2. В Україні понад 1,2 млн ветеранів: громадянське суспільство допомагає державі в їх адаптації та працевлаштуванні. *ArmyInform*. 2025. URL: <https://armyinform.com.ua/2025/02/19/>
3. Порядок здійснення реабілітаційних заходів : постанова Кабінету Міністрів України від 19.01.2022 № 31. *Офіційний вісник України*. 2022. URL: <https://ukc.gov.ua/knowledge/poryadok-zdijsnennya-reabilitatsijnyh-zahodiv/>



4. North D. C. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge : *Cambridge University Press*, 1990. 152 p. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511808678>

5. Ostrom E. Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action. Cambridge : *Cambridge University Press*, 1990. 280 p.

6. DeLeon P., Weible C. M. Utilizing Ostrom's institutional analysis and development framework toward an understanding of crisis-driven policy. *Policy Sciences*. 2018. Vol. 51. P. 405–423. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11077-018-9331-7>

7. Міжвідомча координація та цифрове врядування у сфері соціального захисту учасників бойових дій: інституційна модель і система показників результативності. *Публічне управління та адміністрування*. 2025. URL: <https://www.researchgate.net/publication/401187558>

8. Sayer N. A. et al. Access to the US Department of Veterans Affairs health system: self-reported barriers to care among returnees of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Military Medicine*. 2014. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893594/>

9. Sayer N. A. et al. Context Matters: Team and Organizational Factors Associated with Reach of Evidence-Based Psychotherapies for PTSD in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2017. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5640758/>

10. World Health Organization. Rehabilitation: Fact sheet. *WHO*. 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

11. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva : *WHO*, 2002. URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf>



12. Mills J.-A. et al. Meeting the needs of people with physical disabilities in crisis settings. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6883268/>
13. International Committee of the Red Cross. Physical Rehabilitation Programme: Polypropylene Technology. Geneva : ICRC, 2013. URL: <https://www.icrc.org/sites/default/files/external/doc/en/assets/files/other/icrc-002-0913.pdf>
14. Segev D., Schiff M. Integrating IDF veterans with disabilities into the workforce: characteristics and predictors. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13584-019-0352-2>
15. Bagić D. Reintegrating veterans in Bosnia and Herzegovina and Croatia: Citizenship and gender effects. *Women's Studies International Forum*. 2014. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277539514001150>
16. Rethinking rehabilitation financing in Ukraine: new WHO/Europe and Observatory reports. *WHO Regional Office for Europe*. 2025. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/23-10-2025-rethinking-rehabilitation-financing-in-ukraine--new-who-europe-and-observatory-reports-outline-the-current-context>
17. Veterans Covenant Healthcare Alliance. Background. *VCHA / NHS England*. 2021. URL: <https://veteranaware.nhs.uk/background/>
18. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1993.
19. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2021. № 8. Ст. 59. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
20. Які соціальні послуги можуть отримати ветерани у громаді. *Простір можливостей*. 2024. URL: <https://pm.in.ua/news/yaki-sotsialni-poslugy-mozhut-otrymaty-veterany-u-gromadi>



21. Питання розвитку національної системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни : Указ Президента України від 23.08.2020 № 342/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/342/2020>
22. Техніко-функціональні вимоги до впровадження реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. *НАЗК*. 2020. URL: <https://dap.nazk.gov.ua>
23. Victor Pinchuk Foundation. Veteran Hub. *Victor Pinchuk Foundation*. 2018. URL: <https://pinchukfund.org/en/projects/18978/>
24. IREX. Ukraine Veteran Reintegration. *IREX*. 2024. URL: <https://www.irex.org/project/ukraine-veteran-reintegration>
25. International Medical Corps. Ukraine. *International Medical Corps*. 2024. URL: <https://internationalmedicalcorps.org/country/ukraine/>
26. U.S. Department of Veterans Affairs. VA Polytrauma System of Care. *Polytrauma/TBI System of Care*. 2023. URL: <https://www.polytrauma.va.gov/system-of-care/index.asp>
27. Rehabilitation Team. *Polytrauma/TBI System of Care*. 2023. URL: https://www.polytrauma.va.gov/about/Rehabilitation_Team.asp
28. Ghert-Zand R. Wounded IDF veterans find a home in Israel's state-of-the-art rehabilitation centers. *The Times of Israel*. 2024. URL: <https://www.timesofisrael.com/wounded-idf-veterans-find-a-home-in-israels-state-of-the-art-rehabilitation-centers/>
29. Croatia to Open Care Centres for War Veterans. *Balkan Insight*. 2019. URL: <https://balkaninsight.com/2019/05/21/croatia-to-open-care-centres-for-war-veterans/>
30. Суспільство – ветеранам: як держава може покращити досвід реабілітації військових. *Texty.org.ua*. 2024. URL: <https://texty.org.ua/articles/112076/>
31. Фізична терапія та ерготерапія. *Центр післядипломної медичної освіти Каразінського університету*. 2024. URL: <https://spo.karazin.ua>



32. Ключові результати Мінвeterанів за жовтень 2025 року. *Міністерство у справах ветеранів України.* 2025. URL: <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/kluchovi-rezultati-minveteraniv-za-zhovten-2025-roku-1>

33. Ключові результати роботи Мінвeterанів за січень 2025 року. *Міністерство у справах ветеранів України.* 2025. URL: <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/kluchovi-rezultati-roboti-minveteraniv-za-sichen-2025-roku>