УДК 351.84:364-786:332.1
JEL H83, H53, I38, R58
DOI https://doi.org/10.32782/2786-765X/2026-15-25

Могиль О.О.
доктор філософії в галузі публічного управління та адміністрування,
клінічний психолог,
Берегівська лікарня імені Бертолона Ліннера
Берегівської міської ради
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-8695-8411
Бородій В.Б.
здобувач третього рівня вищої освіти,
Міжрегіональна Академія управління персоналом
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3877-6743
Гусарин О.О.
здобувач третього рівня вищої освіти,
Міжрегіональна Академія управління персоналом
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-3397-9032

ІНТЕГРОВАНИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ КЛАСТЕР ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ РЕІНТЕГРАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ: МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю перейти від фрагментарної системи ветеранських послуг до територіально інтегрованої моделі, у якій медико-психологічна допомога, соціальний супровід, професійне навчання, зайнятість, підприємництво та підтримка сімей поєднані в єдиний маршрут відновлення. Масштабні наслідки війни впливають не лише на психічне здоров'я ветеранів, а й на здатність громад забезпечувати повернення людини до економічної активності, суспільної участі та стабільного сімейного життя. За цих умов регіональний кластер доцільно розглядати не як формальне об'єднання установ, а як інституціоналізовану мережу суб'єктів, що спільно створюють публічну цінність. Метою статті є обґрунтування інтегрованого регіонального кластера психосоціальної реабілітації та економічної реінтеграції ветеранів як механізму публічного управління. Методологію сформовано на основі системного, кластерного, територіально орієнтованого, мережевого та процесного підходів. Уточнено склад суб'єктів кластера, визначено його функціональні контури, розмежовано ресурси, управлінські спроможності та кінцеві результати. Запропоновано цикл управління, що охоплює діагностику потреб, формування індивідуального маршруту, міжвідомчу координацію, надання послуг, включення до зайнятості або підприємництва, моніторинг результатів і коригування рішень. Обґрунтовано, що результативність кластера має оцінюватися не кількістю створених центрів чи укладених меморандумів, а безперервністю маршруту, своєчасністю направлення, стабільністю зайнятості, відновленням соціальних зв'язків, зниженням повторної кризової потреби та суб'єктивною оцінкою якості життя. Визначено принципи людиноцентричності, добровільності, конфіденційності, територіальної доступності, міжсекторальності, доказовості, додатковості публічної підтримки, підзвітності та адаптивності. Практичне значення полягає у можливості використання запропонованої моделі обласними військовими адміністраціями, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, центрами зайнятості, ветеранськими організаціями та бізнесом.

Ключові слова: ветеранська політика, психосоціальна реабілітація, економічна реінтеграція, регіональний кластер, публічне управління, міжвідомча координація, зайнятість, публічна цінність.

Постановка проблеми. Повернення ветерана до цивільного життя є багатовимірним процесом, у якому психічне здоров'я, фізичне відновлення, житло, освіта, зайнятість, сімейні відносини та суспільне визнання взаємно впливають одне на одного. Розмежування цих потреб між окремими відомствами є організаційно зрозумілим, однак для людини воно створює складний маршрут із повторними зверненнями, дублюванням документів, різними критеріями доступу та ризиком втрати супроводу під час переходу від медичної допомоги до соціальної чи економічної реінтеграції.

Стратегія ветеранської політики на період до 2030 року орієнтує державні рішення на гідне повернення ветеранів до цивільного життя, реалізацію їхнього потенціалу та узгодження діяльності різних суб'єктів [1]. Законодавче оформлення системи охорони психічного здоров'я підсилює вимогу до міжсекторальної взаємодії, доступності допомоги та захисту прав отримувачів послуг [2].

© Могиль О.О., Бородій В.Б., Гусарин О.О., 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)

Водночас на регіональному рівні зберігається розрив між стратегічною метою і практичною спроможністю організувати безперервний маршрут.

Міжнародні рекомендації наголошують, що психосоціальна підтримка в умовах війни має бути інтегрована з охороною здоров'я, соціальними послугами, громадською підтримкою та механізмами відновлення засобів до існування [3]. Отже, проблема полягає не лише у дефіциті окремих послуг, а у слабкості зв'язків між ними. Для подолання цього розриву доцільно використати кластерну логіку, що поєднує незалежних учасників навколо спільної територіальної проблеми, узгоджених правил і портфеля спільних рішень.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Кластерний підхід традиційно застосовується для пояснення територіальної концентрації підприємств, поширення знань і розвитку інноваційних зв'язків. У публічному управлінні його потенціал значно ширший: кластер може об'єднувати медичні, соціальні, освітні, підприємницькі та громадські організації, які зберігають автономність, але погоджують стандарти взаємодії, маршрути направлення, спільні проєкти та індикатори результативності [6; 7].

Територіально орієнтований підхід передбачає, що однакова модель не може механічно застосовуватися до областей із різною щільністю населення, структурою ринку праці, транспортною доступністю, безпековою ситуацією та інституційною спроможністю. Рекомендації ОЕСР щодо регіональної політики пов'язують результативність із багаторівневою координацією, даними, участю стейкхолдерів, доброчесністю та орієнтацією на результати [4; 5]. Ці положення важливі для ветеранської політики, оскільки її реалізація відбувається на стику національних стандартів і локальних можливостей [11].

Наукові праці з механізмів публічного управління доводять необхідність розмежовувати потенціал системи та її фактичну результативність. Наявність лікарні, центру зайнятості, закладу освіти й громадської організації формує ресурсну основу, але не гарантує узгодженого маршруту. Для цього потрібні адміністративні спроможності: правила обміну інформацією, відповідальні координатори, єдині строки, механізми супервізії, фінансування спільних послуг і зворотний зв'язок від ветеранів [12].

Метою статті є теоретичне обґрунтування та структуризація інтегрованого регіонального кластера психосоціальної реабілітації й економічної реінтеграції ветеранів як механізму публічного управління, а також визначення його суб'єктів, функціональних контурів, принципів, управлінського циклу та критеріїв результативності.

Виклад основного матеріалу дослідження. Під інтегрованим регіональним кластером пропонується розуміти інституціоналізовану мережу органів публічної влади, закладів охорони здоров'я, надавачів соціальних послуг, центрів зайнятості, освітніх установ, роботодавців, ветеранських і громадських організацій, які в межах певного регіону координують ресурси та процедури для забезпечення безперервного переходу ветерана від первинного звернення до стійкої соціальної й економічної участі [8; 9].

Ключовою відмінністю кластера від звичайної міжвідомчої робочої групи є наявність постійного операційного контуру. Координаційний орган визначає політику і стандарти, однак щоденну взаємодію забезпечує професійний секретаріат або проєктний офіс. Він веде карту послуг, організовує маршрути направлення, аналізує черги й прогалини, забезпечує навчання фахівців, супроводжує спільні проєкти та готує дані для управлінських рішень [10].

Суб'єктна структура має бути багаторівневою. Національний рівень визначає правові гарантії, базові стандарти, реєстри та фінансові програми. Регіональний рівень адаптує політику до територіальної структури, координує мережу закладів і формує портфель проєктів. Громади забезпечують першу точку контакту, доступність місцевих сервісів, житлові й транспортні рішення. Операційні учасники безпосередньо надають послуги та несуть відповідальність за якість конкретного етапу маршруту.

Перший функціональний контур кластера – раннє виявлення потреб і навігація. Ветеран не повинен самостійно визначати, до якого відомства належить його проблема. Після добровільного звернення здійснюється комплексна оцінка, що охоплює стан здоров'я, психосоціальні ризики, сімейну ситуацію, житло, освіту, професійний досвід і мотивацію до зайнятості. Результатом є погоджений індивідуальний план, а не лише перелік довідок [9; 10].

Другий контур – медико-психологічна допомога. Він має поєднувати первинну медичну допомогу, спеціалізовані послуги, реабілітацію, кризове реагування, підтримку сім'ї та громадські форми взаємодопомоги. Важливо уникати патологізації всіх ветеранів: допомога має надаватися за потребою, на основі доказових методів, із повагою до автономії людини та можливістю обирати формат [8].

Третій контур – соціальна стабілізація. Він включає відновлення документів, житлові питання, правову допомогу, соціальні виплати, підтримку сімей, вирішення проблем мобільності й доступу до місцевої інфраструктури. Соціальна нестабільність часто знижує ефект психотерапії або професійного навчання, тому відповідні заходи мають синхронізуватися, а не призначатися послідовно через тривалі проміжки [11].

Четвертий контур – економічна реінтеграція. Його завданням є не формальне працевлаштування, а створення стійкої траєкторії доходу й професійного розвитку. Для цього потрібні оцінка компетентностей, визнання військового досвіду, перепідготовка, адаптація робочого місця, наставництво, супровід роботодавця, підтримка підприємницьких ініціатив і доступ до фінансування. Бізнес має бути повноправним учасником планування, а не лише кінцевим отримувачем списку кандидатів [12].

П’ятий контур – підтримка сім’ї та громади. Реінтеграція відбувається в соціальному середовищі, тому робота лише з ветераном є недостатньою. Необхідні консультації для членів сім’ї, групи взаємопідтримки, просвітницькі заходи для громад, профілактика стигматизації, а також механізми участі ветеранів у визначенні місцевих пріоритетів. Це змінює їхню роль із пасивних отримувачів допомоги на співтворців рішень [7].

Організаційний механізм кластера має ґрунтуватися на принципі сумісності стимулів. Кожен учасник зберігає власні інтереси: заклад охорони здоров’я прагне виконати медичний протокол, громада – забезпечити доступність, роботодавець – отримати продуктивного працівника, ветеран – відновити автономність. Публічне управління повинно сформувати правила, за яких виконання спільного маршруту одночасно відповідає інтересам учасників: фінансування залежить від результату, дані не дублюються, відповідальність за передачу випадку визначена, а успішна співпраця визнається в оцінюванні установ [7].

Фінансовий механізм доцільно будувати за портфельною логікою. Частина послуг фінансується через базові державні програми, частина – через місцеві бюджети, гранти, соціальне замовлення, партнерські проєкти та внески бізнесу. Публічні кошти мають спрямовуватися передусім на колективні блага: єдину навігацію, спільну цифрову інфраструктуру, навчання фахівців, мобільні команди, адаптацію робочих місць і незалежне оцінювання [10].

Інформаційно-аналітичний механізм повинен забезпечувати мінімально необхідний обмін даними за згодою людини. Необхідно відокремити клінічну інформацію від адміністративних відомостей, встановити ролі доступу, протокол передавання випадку та строки зберігання. Аналітика має показувати не персональні історії, а системні розриви: де виникають черги, на якому етапі втрачається контакт, які громади не мають потрібних фахівців, які навчальні програми не приводять до зайнятості [7].

Оцінювання адміністративного потенціалу кластера пропонується здійснювати за кадровою, фінансовою, інституційною, цифровою та комунікаційною складовими. До кадрової належать компетентності координаторів і фахівців; до фінансової – стабільність ресурсів протягом життєвого циклу; до інституційної – чіткість мандатів і процедур; до цифрової – сумісність систем і захист даних; до комунікаційної – здатність пояснювати послуги та отримувати зворотний зв’язок [7].

Результати мають оцінюватися окремо від потенціалу. Продуктами є кількість проведених оцінок, консультацій, навчань і направлень. Безпосередні результати – скорочення строку очікування, частка завершених маршрутів, стабільність працевлаштування, доступність допомоги в громадах. Довгостроковий ефект проявляється у відновленні самостійності, зростанні доходу, поліпшенні якості життя, зміцненні сімейних зв’язків і зниженні повторних кризових звернень [9].

Для запобігання формалізації кластер має проходити щорічний цикл перегляду. На основі даних та консультацій визначаються проблеми, оновлюється карта спроможностей, формується портфель змін, розподіляються ресурси, встановлюються контрольні точки, а після оцінювання неефективні інструменти коригуються або припиняються. Такий зворотний зв’язок перетворює кластер із разової ініціативи на адаптивний механізм публічного управління [7].

Запропонована модель не передбачає створення нової громіздкої установи. Її сенс полягає в узгодженні вже наявних суб’єктів, підсиленні прогалин і спільному управлінні маршрутом. Нові структури виправдані лише тоді, коли вони виконують функцію, якої не здатен забезпечити жоден чинний учасник, наприклад незалежний проєктний офіс або регіональний центр даних і супервізії.

Висновки.

1. Інтегрований регіональний кластер психосоціальної реабілітації та економічної реінтеграції ветеранів доцільно визначати як постійну

мережу автономних публічних і недержавних суб'єктів, об'єднаних спільними правилами, маршрутами, проєктами та відповідальністю за кінцевий результат.

2. Базовою управлінською одиницею має бути не окрема послуга, а безперервний індивідуальний маршрут, що поєднує медико-психологічний, соціальний, економічний і сімейно-громадський контури.

3. Адміністративний потенціал кластера формують кадри, фінанси, інституційні правила, цифрова сумісність і комунікація, тоді як результативність визначається доступністю, своєчасністю, завершеністю маршруту, стійкістю зайнятості та якістю життя.

4. Регіональна влада має виконувати функції стратегічного координатора, портфельного менеджера й гаранта підзвітності, не підміняючи професійну автономію надавачів послуг та ініціативу ветеранів.

5. Практичне впровадження моделі потребує професійного операційного центру, єдиної карти послуг, протоколів направлення, захищеного обміну даними, спільних індикаторів і регулярного коригування інструментів на основі доказів.

Бібліографічний список

1. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024–2027 роках» від 29.11.2024 № 1209-р. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1209-2024-%D1%80#Text
2. Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» від 15.01.2025 № 4223-IX. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text
3. Mental health in emergencies. 6 May 2025. World Health Organization. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies
4. Public Governance Review of Ukraine: Report. OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris, 2026. 257 p. 23 June 2026. OECD. DOI: https://doi.org/10.1787/7810f059-en
5. Implementation Toolkit: OECD Recommendation on Regional Development Policy. Preliminary Version. OECD Publishing, 2025. 62 p. OECD. URL: https://www.oecd.org/en/about/projects/implementing-the-oecd-recommendation-on-regional-development-policy-toolkit.html
6. Porter M. E. Clusters and the New Economics of Competition. *Harvard Business Review.* 1998. Vol. 76, No. 6. P. 77–90. URL: https://hbr.org/1998/11/clusters-and-the-new-economics-of-competition
7. Provan K. G., Kenis P. Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory.* 2008. Vol. 18, No. 2. P. 229–252. DOI: https://doi.org/10.1093/jopart/mum015
8. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC, 2007. URL: https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007
9. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO, 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338
10. World Health Organization. Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches. Geneva: WHO, 2021. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707
11. OECD. Recommendation of the Council on Regional Development Policy. OECD/LEGAL/0492. 2023. URL: https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0492
12. World Health Organization, International Labour Organization. Mental Health at Work: Policy Brief. Geneva: WHO and ILO, 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944

References

1. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy "Pro skhvalennia Stratehii veterans'koi polityky na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u 2024–2027 rokakh" vid 29.11.2024 № 1209-r. Verkhovna Rada Ukrainy. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1209-2024-%D1%80#Text
2. Zakon Ukrainy "Pro systemu okhorony psykhichnoho zdorovia v Ukraini" vid 15.01.2025 № 4223-IX. Verkhovna Rada Ukrainy. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text
3. Mental health in emergencies. 6 May 2025. World Health Organization. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies
4. Public Governance Review of Ukraine: Report. OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris, 2026. 257 p. 23 June 2026. OECD. DOI: https://doi.org/10.1787/7810f059-en
5. Implementation Toolkit: OECD Recommendation on Regional Development Policy. Preliminary Version. OECD Publishing, 2025. 62 p. OECD. Available at: https://www.oecd.org/en/about/projects/implementing-the-oecd-recommendation-on-regional-development-policy-toolkit.html

6. Porter M. E. (1998). Clusters and the New Economics of Competition. *Harvard Business Review.* Vol. 76, No. 6. P. 77–90. Available at: https://hbr.org/1998/11/clusters-and-the-new-economics-of-competition
7. Provan K. G., Kenis P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory.* Vol. 18, No. 2. P. 229–252. DOI: https://doi.org/10.1093/jopart/mum015
8. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC, 2007. Available at: https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007
9. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO, 2022. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338
10. World Health Organization. Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches. Geneva: WHO, 2021. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707
11. OECD. Recommendation of the Council on Regional Development Policy. OECD/LEGAL/0492. 2023. Available at: https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0492
12. World Health Organization, International Labour Organization. Mental Health at Work: Policy Brief. Geneva: WHO and ILO, 2022. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944

Olena Mogyl
Doctor of Philosophy in Public Management and Administration,
Clinical Psychologist,
Bertolon Linner Berehove Hospital of the Berehove City Council
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-8695-8411
Vitalii Borodii
Postgraduate Student,
Interregional Academy of Personnel Management
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3877-6743
Oleksandr Gusarin
Postgraduate Student,
Interregional Academy of Personnel Management
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-3397-9032

INTEGRATED REGIONAL CLUSTER FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AND ECONOMIC REINTEGRATION OF VETERANS: A PUBLIC GOVERNANCE MECHANISM

The relevance of the study is determined by the need to move from a fragmented system of veteran services to a territorially integrated model in which medical and psychological care, social case management, vocational training, employment, entrepreneurship and family support are combined into a single recovery pathway. The large-scale consequences of war affect not only veterans' mental health but also the ability of communities to support their return to economic activity, civic participation and stable family life. In this context, a regional cluster should be understood not as a formal association of institutions but as an institutionalized network of actors jointly creating public value. The purpose of the article is to substantiate an integrated regional cluster for psychosocial rehabilitation and economic reintegration of veterans as a public governance mechanism. The methodology combines systemic, cluster-based, place-based, network and process approaches. The composition of cluster actors is clarified, its functional contours are identified, and resources, administrative capacities and final outcomes are distinguished. A governance cycle is proposed that includes needs assessment, development of an individual pathway, inter-agency coordination, service delivery, inclusion in employment or entrepreneurship, outcome monitoring and adjustment of decisions. The study argues that cluster performance should be assessed not by the number of centres created or memoranda signed, but by continuity of the pathway, timeliness of referral, stability of employment, restoration of social ties, reduction of repeated crisis needs and subjective quality-of-life assessment. The principles of human-centredness, voluntariness, confidentiality, territorial accessibility, cross-sectoral cooperation, evidence-based action, additionality of public support, accountability and adaptability are defined. The proposed model can be used by regional military administrations, local governments, healthcare institutions, employment services, veteran organizations and businesses.

Keywords: veteran policy, psychosocial rehabilitation, economic reintegration, regional cluster, public governance, inter-agency coordination, employment, public value.

Дата надходження статті: 23.09.2026
Дата прийняття статті до публікації: 22.10.2026
Дата публікації статті: 18.11.2026