

ТЕОРІЯ ТА ІСТОРІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

<https://doi.org/10.26565/1684-8489-2026-1-01>
УДК 351.853:796.011.3-056.24:355.292.3

Латинін Микола Анатолійович,
доктор наук з державного управління, професор,
завідувач кафедри економічної політики та менеджменту
навчально-наукового інституту «Інститут державного управління»
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна,
майдан Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна
e-mail: m.a.latinin@karazin.ua ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7917-4518>

Руденко Ольга Мстиславівна,
доктор наук з державного управління, професор,
завідувач кафедри менеджменту та адміністрування
Національного університету «Чернігівська політехніка»,
вулиця Шевченка, 95, м. Чернігів, 14035, Україна
e-mail: olhamrudenko@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2807-1957>

УПРАВЛІНСЬКА МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ АДАПТИВНОЇ СПОРТИВНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ У ГРОМАДАХ УКРАЇНИ

Анотація. У статті обґрунтовано управлінську модель розвитку адаптивної спортивно-реабілітаційної інфраструктури для ветеранів у громадах України як методологію публічного управління в умовах війни та повоєнного відновлення України. Виявлено системний розрив між високотехнологічною клінічною реабілітацією у спеціалізованих центрах (Superhumans, Unbroken) і програмою індивідуальної підтримки «Ветеранський спорт» з 1500 грн на квартал на «Дія.Картку»: у громадах за місцем проживання ветеранів відсутній постійний адаптивний спортивно-реабілітаційний контур, що забезпечував би безперервність відновлення після виписки з клініки. Загострення цього розриву на Сході і Півдні України, де концентрація ветеранів максимальна, а спортивна інфраструктура постраждала найбільше (955 пошкоджених об'єктів станом на січень 2026 р., збитки понад 374 млн дол. США), формує обмежувальні умови, які не охоплюються логікою тилових кейсів. Запропонована методологія розгорнута у трьох вимірах: маршрут ветерана у контурі послуг на рівні громади з мінімально достатнім цифровим інструментарієм; матриця розподілу обов'язків з поправкою на воєнний ризик між шістьма джерелами фінансування локального пакета (державний і місцевий бюджети, Мінветеранів через Український ветеранський фонд, «Дія.Картка», міжнародні донори, приватні благодійні фонди);

Як цитувати: Латинін М. А., Руденко О. М. Управлінська модель розвитку адаптивної спортивно-реабілітаційної інфраструктури для ветеранів у громадах України. *Актуальні проблеми державного управління*. 2026. № 1 (68). С. 8–29. <https://doi.org/10.26565/1684-8489-2026-1-01>

In cites: Latynin, M.A., Rudenko, O.Ms. (2026). Management model for the development of adaptive sports and rehabilitation infrastructure for veterans in Ukrainian communities. *Pressing Problems of Public Administration*, 1 (68), 8–29. <https://doi.org/10.26565/1684-8489-2026-1-01> [in Ukrainian].

© Латинін М. А., Руденко О. М., 2026

 This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0

ілюстрація на основі чотирьох регіональних конфігурацій (Запоріжжя, Дніпро, Одеса, Харківщина – Миколаївщина). Методологічна новизна полягає у замиканні існуючого розриву між клінічною реабілітацією і адаптивним спортом на рівні громади за рахунок реальних інституційних і фінансових елементів, без передумов про реформи «з нуля».

Ключові слова: публічне управління; спортивний менеджмент; реабілітація ветеранів; інфраструктура, змішане фінансування; цифрові технології; військові адміністрації; адаптація інфраструктури.

Вступ. Російсько-українська війна сформувала перед публічним управлінням України задачу безпрецедентного масштабу: побудувати дієву систему довготривалої реабілітації для понад 1,2 млн осіб зі статусом ветерана [1] і мінімум 95 тис. учасників бойових дій, які перенесли ампутацію кінцівок [2], в умовах одночасного руйнування спортивної інфраструктури – за даними Міністерства молоді та спорту України, на січень 2026 р. постраждало 955 об'єктів спортивної і молодіжної інфраструктури з прямими збитками понад 374 млн доларів США [3; 4]. Ця задача має не лише соціально-гуманітарний, а й виразно управлінський вимір, оскільки фрагментована між Міністерством у справах ветеранів, Міністерством охорони здоров'я через Національну службу здоров'я України, Міністерством молоді та спорту, місцевими бюджетами, благодійним сектором і міжнародними донорами, кожен з яких діє за власною логікою фінансування та власною звітністю.

Із створенням у червні 2024 р. Координаційної ради з питань реабілітації ветеранів [5] і ухваленням закону про офіційне закріплення адаптивного спорту як окремого напрямку фізичної культури [6] частина рамкових передумов для системного розв'язання проблеми створена. Водночас у щоденній практиці громад зберігається структурний розрив. На одному полюсі – спеціалізовані центри Superhumans, Unbroken та подібні їм заклади, що працюють переважно за рахунок приватної благодійності та іноземного фінансування і забезпечують високотехнологічне протезування й клінічну реабілітацію [7]. На іншому полюсі – національна програма «Ветеранський спорт», запущена у січні 2025 р., яка пропонує 1500 грн щоквартально на «Дія.Картку» і охоплює понад 100 тис. ветеранів та близько 500 спортивних закладів [8]. Між цими двома полюсами і знаходиться той просторовий і інституційний простір громади, де ветеран мав би регулярно отримувати адаптивну спортивно-реабілітаційну послугу за місцем проживання – і де нині ця послуга не забезпечена систематично.

Тут варто звернути увагу на одну обставину, яку часто опускають у загальних формулюваннях ветеранської політики: як не дивно це звучить, але саме там, де потреба в адаптивному контурі на рівні громади найгостріша, можливості для його створення найменші. Ситуація виразно загострюється у громадах Сходу і Півдня України. Саме тут зосереджується найбільша частина ветеранського контингенту і саме тут спортивна інфраструктура постраждала найбільше [4]. Класичні моделі громадської ветеранської політики, опрацьовані у тилових громадах (як Моршин або Біла Церква), не охоплюють специфічного управлінського й інвестиційного режиму прифронтових і декупованих громад, у яких частина населених пунктів керується військовими адміністраціями, частина громад функціонує «у вигнанні» [9], інвестиційний горизонт стиснутий безпековими ризиками, а донор оцінює ризик вкладення значно жорсткіше. Управлінська методологія публічного сектору має враховувати ці обмеження не як винятки, а як базові умови.

Огляд літератури. Українська наукова дискусія останніх років представлена переважно описовими розвідками з ветеранської політики [10; 11], аналізом стану реабілітаційної системи [2] і проблем медичної реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок війни; окремих пласт публікацій присвячено стану спортивної інфраструктури в умовах війни [4]. Особливо варто вирізнити роботу І. Дунаєва і В. Кушніра [33], яка у 2025 р. запропонувала найновіше у вітчизняному дискурсі концептуальне опрацювання інноваційних механізмів фінансування спортивної інфраструктури в Україні через оптику суспільної цінності М. Мура. Це доволі близький до наших побудов підхід – він стверджує, що спортивну інфраструктуру слід оцінювати не лише за її прямим утилітарним призначенням, а й за тією суспільною цінністю, яку вона генерує: соціальна згуртованість, психологічне відновлення, реінтеграція поранених у мирне життя. Втім, фокус згаданої роботи лежить на загальнонаціональному рівні і на капітальній інфраструктурі, тоді як наша задача – модель на рівні громади, що інтегрує клінічну, реабілітаційну і спортивну компоненти у єдиний маршрут ветерана. Самостійних методологічних побудов щодо такої координації, з опрацьованою фінансовою архітектурою, на момент підготовки цієї статті не виявлено.

Якщо вийти за межі вітчизняного дискурсу, у зарубіжних джерелах виокремлюються три потоки літератури, дотичні до проблеми. Перший – теорія колаборативного управління К. Анселла та А. Геша [12], доповнена інтегративною рамкою К. Емерсон, Т. Набачі і С. Балоба [13], яка пропонує концептуальний апарат для опису ситуацій, у яких жоден з акторів не має достатніх повноважень або ресурсів для самостійного розв'язання задачі. Сюди ж належить теорія співвиробництва публічних послуг Е. Остром [14] і В. Пестоффа [15], що методологічно близька до рівня громади як одиниці врядування. Другий потік – дослідження адаптивного та параспортивного руху [16; 17], зокрема його ролі у відновленні військовослужбовців з пораненнями [18; 19]; цей напрям отримав системного розвитку через рух *Invictus Games* і пов'язані з ним лонгітюдні дослідження психоемоційних результатів участі у змаганнях [20; 21]. Третій потік – поняття *resilience* у застосуванні до соціально-екологічних систем [22] і практика змішаного фінансування (*blended finance*) як механізму комбінованого використання державних, донорських і приватних коштів для досягнення суспільного результату [23; 24]. Окремі праці описують моделі реабілітації ветеранів у США (*US Department of Veterans Affairs Adaptive Sports Program*), Великій Британії (*Defence Recovery Pathway*) та Канаді (*Soldier On*) [25; 26], проте безпосереднє перенесення цих моделей на український контекст не враховує ні масштабу контингенту, ні безпекових умов.

Якщо коротко резюмувати наявний стан, картина така: окремі складові цієї проблеми – клінічна реабілітація, адаптивний спорт, змішане фінансування (*blended finance*), суспільна цінність спортивної інфраструктури – досить добре опрацьовані як у вітчизняному, так і в зарубіжному дискурсі. Невирішеною частиною загальної проблеми залишається відсутність управлінської методології, яка одночасно (а) спирається на наявні в Україні інституційні та фінансові елементи, не вимагаючи реформ «з нуля»; (б) працює на рівні громади як основної точки контакту ветерана з системою; (в) враховує специфіку прифронтових і деокупованих територій.

Мета статті – обґрунтування управлінської моделі розвитку адаптивної спортивно-реабілітаційної інфраструктури для ветеранів у громадах України як методології публічного сектору, адаптованої до умов війни і повоєнного відновлення, з особливим фокусом на громадах Сходу і Півдня.

Методологія дослідження. Теоретичну рамку статті утворюють три концептуальні апарати, що дозволяють розгорнути проблему одночасно як управлінську, фінансову і функціональну. Першим є теорія колаборативного управління К. Ансела й А. Геша [12], доповнена інтегративною рамкою К. Емерсон, Т. Набачі та С. Балоба [13], яка пояснює умови результативності міжсекторної координації у задачах, де жоден актор не має повного набору повноважень і ресурсів. Другим є концепція змішаного фінансування (blended finance), опрацьована OECD-DAC і Convergence [23; 24], яка розглядає поєднання державних, донорських і приватних коштів не як простий «склад грошей», а як структурований механізм розподілу ризиків між учасниками з різними мандатами. Третім – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (ICF) як системотвірна оптика для метрик результативності реабілітації [27], яка переключає увагу з суто медичних показників на категорії участі, активності й функціонування у соціальному середовищі. Поєднання цих оптик дозволяє розглядати запропоновану модель одночасно як інституційну, фінансову і функціональну практику. Ми не претендуємо на нову теорію – наш внесок лежить у площині складання вже наявних теоретичних інструментів у нову конфігурацію, що відповідає особливим умовам сьогоденної України; жодна з трьох рамок, узятих окремо, не дає відповіді на нашу задачу – їх поєднання дає.

Емпіричну базу дослідження склали офіційні дані Міністерства у справах ветеранів України щодо програми «Ветеранський спорт» і реєстру ветеранів [1; 8]; дані Міністерства молоді та спорту України про стан спортивної інфраструктури [3]; статистика Національної служби здоров'я України щодо ампутацій і потреб реабілітації [2]; матеріали Координаційної ради з питань реабілітації ветеранів [5]; публічні звіти Українського ветеранського фонду [10]; матеріали соціологічних досліджень Rating Group щодо потреб ветеранів [1]; програмні документи донорських організацій (USAID, Expertise France, Європейської Комісії в межах Ukraine Facility) [28]; локальні нормативні акти і програмні документи громад Запорізької, Дніпропетровської, Одеської, Харківської та Миколаївської областей [29; 30]. У роботі застосовано методи інституційного аналізу (для картування акторів і розривів координації), порівняльного аналізу (зіставлення моделей VA, Defence Recovery, Soldier On з українською конфігурацією), кейс-аналізу (чотири регіональні приклади різних інституційних конфігурацій), синтезу (побудова інтегрованої методології). Кейси відбиралися за критерієм репрезентативності інституційних типів, а не за принципом «найкращої практики».

Розкриття використання генеративного штучного інтелекту. Концепція статті, її наукова новизна, аналітичні твердження та запропонована методологія повністю належать авторам. Інструменти генеративного штучного інтелекту (Claude Opus 4.7, Anthropic) використовувалися для допоміжних завдань: пошуку та агрегації джерел у відкритих наукометричних базах, верифікації DOI та повних бібліографічних записів за форматами ДСТУ 8302:2015 і APA 7, термінологічної узгодженості й коректорської вичитки. Жодне твердження щодо стану реабілітаційної системи, фінансової архітектури чи управлінської моделі не генерувалося інструментами штучного інтелекту; автори несуть повну відповідальність за зміст і висновки.

Виклад основного матеріалу. Якщо подивитися на поточну архітектуру реабілітації ветеранів в Україні з боку самого ветерана – а саме така перспектива, на наш погляд, має бути відправною для будь-якої управлін-

ської методології, що претендує на практичну дієвість, – стає видно три рівні, які виглядають переконливо окремо, проте у щоденній практиці не складаються у безперервну траєкторію. Перший рівень – клінічна верхівка системи: Superhumans Center у Винниках (Львівщина), Дніпрі та Одесі, Unbroken National Rehabilitation Center у Львові, реабілітаційні відділення великих обласних лікарень. Це капіталомісткі заклади, у яких вартість повного циклу високотехнологічного протезування і реабілітації пацієнта зі складною ампутацією може сягати 200 тис. доларів США [7]. Лише до Superhumans з квітня 2023 р. до початку 2026 р. залучено понад 50 млн дол. США іноземних інвестицій, переважно через Howard G. Buffett Foundation і Уряд Франції в межах механізму Expertise France [7]. Перевага цього рівня – найвищі стандарти медичної допомоги; обмеження – географічна концентрація (більшість центрів розташована у відносно безпечному заході або у великих обласних центрах), черга очікування і виключно клінічна оптика.

Другий рівень – національна програма індивідуальної підтримки спортивної активності «Ветеранський спорт», запущена 1 січня 2025 р. як пілот Міністерства у справах ветеранів. Програма дозволяє учасникам бойових дій і особам з інвалідністю внаслідок війни щоквартально отримувати 1500 грн на спеціалізовану «Дія.Картку» для оплати послуг у понад 500 спортивних закладах, акредитованих у системі [8]. До кінця 2025 р. програмою скористалися понад 100 тис. осіб. Перевага цього рівня – масовість охоплення і простота отримання. Принципове обмеження виявляється у структурі мережі сертифікованих закладів: це переважно мережа звичайних комерційних фітнес-залів, які не пристосовані до адаптивного спорту і не мають сертифікованих тренерів з адаптивних видів. Ветеран з протезом, з обмеженнями мобільності або з посттравматичним стресовим розладом, отримуючи 1500 грн на «Дія.Картку», у багатьох випадках не має реального адресата для цих коштів за місцем проживання.

Третій рівень – інфраструктура на рівні громади: ветеранські простори, що масштабувалися протягом 2024–2025 рр. у понад 50 локаціях лише у Черкаській області, та адаптивні спортивні клуби, створювані переважно через грантові механізми приватних благодійних фондів (БФ «МХП-Громаді», БФ ім. Федора Шпиґа) і Українського ветеранського фонду [29]. Конкурс «Час діяти, Нестримні» впродовж 2024 р. підтримав створення 15 адаптивних просторів, у 2025 р. передбачено ще 20 з типовим грантом 400 тис. грн. Цей рівень істотно недофінансований щодо масштабу потреби і просторово розподілений нерівномірно: у тилкових громадах він розвивається швидше, у прифронтових – повільніше або відсутній.

Архітектурне розчеплення між другим і третім рівнем призводить до показового збою, за якого програма «Ветеранський спорт» з її 1500 грн на квартал технічно функціонує (картка випущена, кошти зараховуються, кваліфікований код категорії продавця 7941 присутній у платіжних терміналах фітнес-залів), а реабілітаційний результат не досягається, оскільки ветеран отримує доступ переважно до загальних, а не адаптивних послуг [11]. Це класична проблема невідповідності фінансового інструмента і функціональної мети: ваучер працює як ваучер, але ринок послуг, на який він спрямований, не пропонує саме тієї послуги, для якої ваучер створювався. Розв'язання потребує не нової програми, а коригування реєстру акредитованих закладів і пріоритизації адаптивних клубів у системі акредитації.

Розрив між трьома рівнями має конкретну управлінську природу. Інформаційно – траєкторія ветерана після виписки із спеціалізованого центру не передається до громади за його місцем проживання, оскільки електронна медична система eHealth, Реєстр ветеранів Мінветеранів і локальні системи ведення клієнтів ветеранських просторів не інтероперабельні. Фінансово – кошти трьох рівнів (державного бюджету через НСЗУ та «Дія.Картку», приватних донорів через Superhumans, грантів через УВФ і приватні БФ) не складаються у спільний бюджет локального адаптивного контуру і кожний несе власну звітність. Інституційно – в одній громаді одночасно працюють Центр надання соціальних послуг, ветеранський простір, реабілітаційне відділення місцевої лікарні, спортивна школа, громадська організація ветеранів, які формально не мають єдиного протоколу взаємодії.

Цей розрив набуває особливо гострих форм на Сході і Півдні України через накладання чотирьох специфічних чинників. Перший – синтез задач «відновлення зруйнованого» і «проектування адаптивного». Кожен спортивний об'єкт, який буде відбудовано у 2026–2030 рр., доцільно проектувати одразу як адаптивний, безбар'єрний і з елементами захисного простору, що істотно змінює вартість життєвого циклу і розподіл повноважень між замовниками будови. Якщо громада спочатку ремонтує спортивну залу за стандартом 1990-х років, а потім протягом наступного десятиліття переробляє її під вимоги адаптивного спорту, сумарна вартість виявляється істотно вищою, ніж при одноразовому проектуванні з повним урахуванням потреб ветеранів з протезами і обмеженнями мобільності. Другий – премія військового ризику в інвестиційних рішеннях донорів: пакет послуг на рівні громади, який легко складається у тилівій Львівщині, потребує суттєво іншої фінансової архітектури в Запорізькій або Херсонській областях, де приватний інвестор без додаткового страхування військових ризиків де-факто не вкладає капітал у нерухомість. Третій – інституційний режим військових адміністрацій, у якому повноваження розподілені інакше, ніж у класичному місцевому самоврядуванні з виконавчим комітетом; окремі типи становлять громади, що функціонують поза межами своєї території [30]. Четвертий – диспропорція між високою концентрацією ветеранів і слабшою ресурсною базою прифронтових громад: малі громади Сходу і Півдня матимуть частку ветеранів від загальної кількості мешканців у рази вищу, ніж тиліві, при значно меншому місцевому бюджеті.

До цих чотирьох чинників доцільно додати п'ятий, який часто залишається поза увагою у дискусіях про реабілітацію, але має істотне значення для практичної впроваджуваності методології, – кадровий. За даними міжнародних професійних спільнот, для роботи з ветеранами зі складними поліморбідними станами (поранення опорно-рухового апарату, акубаротравма, посттравматичний стресовий розлад одночасно) тренер з адаптивного спорту повинен мати окрему спеціалізовану підготовку, що поєднує елементи фізичної терапії, ерготерапії та психологічної підтримки [16; 17]. В українській системі вищої освіти і безперервного професійного розвитку така підготовка існує фрагментарно, а у прифронтових громадах кваліфікованих тренерів адаптивного спорту фактично одиниці. Це означає, що навіть за умов наявного приміщення і фінансування локальний контур не запрацює, якщо не вирішено питання доступу до тренерського ресурсу – або через стаціонарне навчання, або через мобільні тренерські групи, або через дистанційну методичну підтримку. Без цього елемента архітектурно правильна методологія залишиться нездійсненною на рівні щоденної послуги.

Із сукупності перелічених чинників випливає методологічний поворот, який має стати наскрізним для всього подальшого викладу. Будувати адаптивний спортивно-реабілітаційний контур на рівні громади «з нуля» – у форматі нових об'єктів капітального будівництва – в умовах війни, обмежених бюджетів і стиснутих горизонтів планування на більшості території України, і особливо у громадах Сходу і Півдня, нереалістично. Реалістичним є інший підхід – повторне функціональне профілювання вцілілих наявних активів спортивної, освітньої, медичної та громадської інфраструктури громади під додаткове використання у форматі адаптивної спортивно-реабілітаційної послуги. Спортивна зала комунальної школи, яка функціонує до 16:00 за основним розкладом, у вечірні години і вихідні може приймати секцію адаптивного спорту для ветеранів. Реабілітаційне відділення районної лікарні, що має сучасне фізіотерапевтичне обладнання і недозавантажене у певні годинні слоти, може виділити маршрутні години для громадських клієнтів за договором з ветеранським простором. Спортивний комплекс закладу вищої освіти може приймати ветеранські групові тренування у позанавчальний час; колишнє приміщення сільського виконкому, що звільнилося після укрупнення громад, може бути перепрофільоване під ветеранський простір. Принцип «не змінюємо основне призначення активу, додаємо нове функціональне навантаження у нові часові слоти» дозволяє запуснути пакет адаптивних послуг у термін від трьох до шести місяців замість трьох – п'яти років капітального будівництва, без проходження тривалих процедур переведення нерухомості до нового цільового призначення. Саме цей принцип – а не нова інституційна вертикаль і не нові капітальні об'єкти – становить наріжний камінь запропонованої методології (рис. 1).



Рисунок 1. Архітектура трьох рівнів реабілітації ветеранів і простір локального контуру в умовах розриву між клінічними центрами, національною програмою «Ветеранський спорт» і місцевою інфраструктурою громади

Figure 1. Architecture of three levels of veteran rehabilitation and the space of the local contour in the conditions of the gap between clinical centers, the national program «Veteran Sports» and local community infrastructure

*Джерело: складено Латиніним М.А.

*Source: compiled by M.A. Latinin.

Підсумовуючи концептуалізацію проблеми, важливо підкреслити, що адаптивний спорт у запропонованій моделі розглядається не як «доповнення» до клінічної реабілітації, а як невід'ємний елемент траєкторії відновлення. Систематичний огляд емпіричних досліджень підтверджує стійкий позитивний вплив адаптивного спорту та регулярної фізичної активності на психоемоційний стан, повернення до повсякденної активності і соціалізацію військовослужбовців з пораненнями [32]. Саме тому описаний вище розрив кваліфікується як управлінська, а не лише соціально-побутова проблема: відсутність адаптивного контуру на рівні громади за місцем проживання ветерана прямо знижує сукупний результат публічних інвестицій у клінічну реабілітацію, а отже потребує управлінської методології, що працює на рівні громади і охоплює послідовність «лікарня – ветеранський простір – адаптивний клуб» як єдину траєкторію.

Перехід від концептуалізації проблеми до операційного рівня вимагає визначення того, з яких саме інституційних елементів складається контур послуг у громаді і як ці елементи взаємодіють між собою. Тут уся специфіка ситуації – у тому, що жодного нового елемента нам не доведеться вигадувати: усі чотири «цеглинки» маршруту у громаді вже існують у будь-якій середній за розміром громаді України, потрібно лише налагодити їх взаємодію. Громадова модель, яку ми пропонуємо, не претендує на створення нових інституцій. Вона передбачає протокол склейки чотирьох наявних інституційних «цеглинок» в єдиний маршрут. Перша «цеглинка» – реабілітаційне відділення районної (міської, обласної) лікарні або підконтрактний НСЗУ заклад реабілітації, який передає ветерана після виписки з гострого етапу. Друга – ветеранський простір громади як точка входу і супроводу, з фахівцем із супроводу ветеранів як ключовою постаттю маршруту [10]. Третя – адаптивний спортивний клуб або секція адаптивного спорту при комунальній спортивній установі, де ветеран отримує регулярну тренувальну послугу з підготовленим тренером. Четверта – спеціалізована послуга поза громадою (центр Superhumans, Unbroken, обласний центр протезування), до якої локальний контур маршрутизує ветерана за необхідності.

Ці чотири «цеглинки» не потребують побудови нових об'єктів. Кожна з них реалістично формується з наявних активів громади у форматі повторного функціонального профілювання. Реабілітаційне відділення вже існує у комунальній лікарні і вимагає, у переважній більшості випадків, лише оновлення обладнання, додаткового навчання персоналу та налагодження маршрутного інтерфейсу з ветеранським простором. Ветеранський простір розгортається у наявному комунальному приміщенні – найчастіше це два-три кабінети у будівлі Центру надання соціальних послуг, бібліотеки, колишнього сільського виконкому або комунального культурного центру. Адаптивний спортивний клуб реалістично розміщується у спортивній залі комунальної школи з режимом доступу у позакласний час, у залі ДЮСШ обласного підпорядкування, у спорткомплексі університету або у фітнес-центрі приватної форми власності за договором про надання послуг. Спеціалізована послуга поза громадою – це обласна клінічна лікарня, центр Superhumans, центр Unbroken або обласний центр протезування, з якими громада укладає прямі маршрутні угоди. Жоден елемент маршруту не вимагає побудови нового об'єкта; кожен з них може бути запущений у режимі повторного використання вже наявного активу, що на порядок прискорює запуск локального пакета і докорінно знижує його стартову вартість.

Ця конфігурація передбачає чотири точки розриву, які методологія має покривати. Інформаційний розрив – між клінічним закладом і ветеранським

простором: лікар видає виписку, ветеран самостійно несе її до фахівця супроводу, який не має доступу до клінічного плану і дублює оцінювання. Фінансовий – між програмою «Ветеранський спорт» і місцем її потенційного витрачання: «Дія.Картка» перераховує кошти, але адаптивний клуб у даній громаді не зареєстрований у системі або не має технічних кодів категорії продавця для отримання платежу. Інституційний – між реабілітаційним відділенням лікарні (підпорядкування МОЗ) і адаптивним клубом (підпорядкування Мінмолодьспорту або громадської організації) – спільна звітність відсутня, спільний протокол ведення пацієнта/клієнта не визначений. Географічний – між містом, де є реабцентр, і громадою, де живе ветеран: транспортна логістика, особливо у прифронтовій смузі, ускладнює регулярне відвідування навіть якщо послуга номінально доступна.

Цифровий мінімум для склейки маршруту має проектуватися реалістично. У громадах Сходу і Півдня неприпустимо припускати безперебійне інтернет-постачання чи стабільну роботу хмарних сервісів, тому методологія орієнтується на сценарії з частковим використанням Starlink, локальною синхронізацією даних і офлайн-режимом. Ключовою функцією цифрового контуру є інтеперабельність уже наявних систем: Реєстр ветеранів Мінветеранів повинен передавати в особистий кабінет ветерана у «Дія» не лише статус, а й маршрутну інформацію – який ветеранський простір є точкою входу, який заклад реабілітації призначено, який адаптивний клуб у його громаді доступний; eHealth повинен мати інтерфейс передачі узагальненого реабілітаційного плану до профільного фахівця ветеранського простору; програма «Ветеранський спорт» має бути синхронізована з реєстром адаптивних клубів, що отримують грантову підтримку, з пріоритетом використання «Дія.Картки» саме у адаптивних, а не загальних спортивних закладах. Жоден з цих елементів не потребує створення «нового цифрового продукту» – потрібен інтерфейсний шар, який зчитує існуючі реєстри і надає до них спільний маршрутний доступ.

Носимі пристрої для моніторингу прогресу реабілітації (фітнес-браслети, спеціалізовані сенсори рухів кінцівок з протезом) можуть інтегруватися у маршрут на наступному етапі, проте до моменту вирішення інтеперабельної задачі їхнє масштабування передчасне. Передчасним є й розгортання окремих платформ телереабілітації як обов'язкового елементу: у безпекових умовах прифронтових громад відеозв'язок із вузькими спеціалістами доцільно реалізувати на тих платформах, що вже використовуються медичною спільнотою (Helsi, медичні модулі «Дія.Health»), а не створювати паралельний контур.

Окремий зріз – навчання тренерів адаптивного спорту: жоден цифровий інструмент не замінить дефіцит фахівців на місці, тому в рамках пропонуваної моделі кадровий компонент має розглядатися як ключовий, а не допоміжний. Реалістичною є модель «гібридного тренерства», за якої кваліфікований тренер з обласного центру (наприклад, на базі Дніпропетровської паралімпійської ради або Запорізького обласного спорткомплексу) дистанційно супроводжує локального інструктора з фізичної культури, який пройшов скорочену перепідготовку. Це дозволяє розгортати адаптивний контур у малих громадах без обов'язкової стаціонарної присутності вузького фахівця, але потребує якісної відеокommунікаційної інфраструктури і чіткого протоколу взаємодії, що знову повертає нас до питання інтеперабельності.

Слід окремо підкреслити, що цифровий мінімум, описаний вище, виконує не репрезентаційну, а структурну функцію. Його завдання – не «оцифрувати»

наявну фрагментацію, а замкнути контур у точках, де ветеран нині втрачає траєкторію. Без такого функціонального проектування інвестиції в окремі цифрові продукти (нові додатки, платформи, реєстри) ризикують лише дублювати існуючу фрагментацію в електронному форматі, додаючи рівень складності без додавання користі. Саме тому пропонується модель ставить цифровий шар не на початку, а як похідну від інституційної архітектури маршруту: спочатку визначається, хто з ким взаємодіє і у якій точці, а потім – які дані і через який інтерфейс мають передаватися для обслуговування цієї взаємодії (рис. 2).

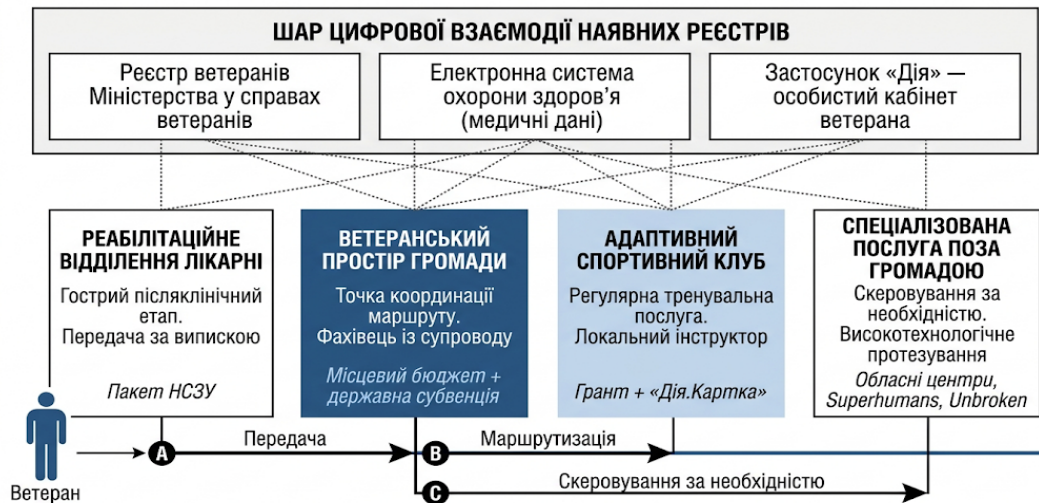


Рисунок 2. Маршрут ветерана у контурі послуг на рівні громади: чотири інституційні «цеглинки» у поєднанні з шаром цифрової інтероперабельності між Реєстром ветеранів, eHealth і системою «Дія»

Figure 2. The veteran's journey in the community-level service landscape: four institutional «bricks» combined with a digital interoperability layer between the Veterans Registry, eHealth, and the «Diya» system

*Джерело: складено Латиніним М.А.

*Source: compiled by M.A. Latinin.

Інституційна архітектура маршруту у громаді, описана вище, набуває реальної життєздатності лише за умови підкріплення відповідною фінансовою архітектурою. Громадовий пакет адаптивної спортивно-реабілітаційної інфраструктури реалістично складається з шести джерел фінансування. Перше – державний бюджет через НСЗУ (медична реабілітація за відповідними пакетами), цільові субвенції на ветеранські простори і програма «Ветеранський спорт» (1500 грн на квартал на ветерана). Друге – місцевий бюджет громади (утримання приміщення ветеранського простору, оплата комунальних послуг, заробітна плата фахівців із супроводу, частково – обладнання спортивної зали). Третє – Український ветеранський фонд Міністерства у справах ветеранів, який фінансує проекти громадських організацій з розвитку ветеранського спорту в межах флагманського проекту «Розвиток спорту для ветеранів» [31]. Четверте – міжнародні донори: програма Ukraine Facility Європейського Союзу, USAID Veterans Reintegration Program (через виконавців на кшталт IREX),

Expertise France (досвід Superhumans), KfW, проекти ICRC [28]. П'яте – приватні благодійні фонди (Superhumans як ціла категорія, БФ «МХП-Громаді», БФ ім. Федора Шпиґа, Howard G. Buffett Foundation тощо). Шосте – індивідуальні платежі ветерана через «Дія.Картку» та власні доходи спортивного закладу від супутніх послуг.

Принцип розподілу обов'язків між цими джерелами не має зводитися до пропорційного співфінансування. Згідно з логікою змішаного фінансування (blended finance) [23; 24], відповідальність за ту чи іншу складову пакета має покладатися на джерело, яке має найбільший вплив на цей тип результату і найкраще здатне керувати відповідним типом ризику. Так, держава через НСЗУ контролює медичний результат і має нести медичний ризик; міжнародний донор контролює фінансовий ризик і має забезпечувати капітальні витрати на адаптацію інфраструктури; місцевий бюджет контролює операційний ризик і покриває постійні витрати на утримання; приватний благодійний фонд контролює гнучкість і швидкість запуску, тому доречно фінансує стартові капітальні витрати з можливістю наступної передачі активу громаді; Український ветеранський фонд через грантові конкурси контролює програмний ризик і фінансує тренерські та методичні складові; «Дія.Картка» – індивідуальний споживчий вибір ветерана, який зміщує попит у бік адаптивних, а не загальних послуг, якщо реєстр налаштований відповідно.

Для громад Сходу і Півдня до цієї формули додаються три коригувальні елементи. Перший – диференційований коефіцієнт фінансування для громад категорій «ведуться (велися) бойові дії» і «тимчасово окуповані» згідно з переліком Мінреінтеграції [9], з підвищеною вагою у грантових конкурсах і підвищеною часткою державного покриття фондних капітальних потреб. Другий – компенсація премії військового ризику для донорів через механізми страхування воєнних ризиків (war-risk insurance), які тестуються в Україні через Багатостороннє агентство з гарантування інвестицій (MIGA), Європейський банк реконструкції і розвитку та національні інструменти страхування воєнних ризиків. Без такого механізму капітальні складові пакета залишатимуться нефінансованими у більшості прифронтових громад, де існує найбільша потреба. Третій – поетапне впровадження інфраструктури з модульного варіанту (контейнерний адаптивний спортзал, мобільний фізіотерапевтичний кабінет) до капітального, з можливістю переміщення модулів у разі ескалації безпекової ситуації; такий підхід узгоджується з логікою resilience-based design [22] і знижує безповоротну вартість для донора.

Результатно-орієнтоване контрактування (outcome-based contracting) – практика, за якої частина фінансування прив'язана до досягнутих реабілітаційних результатів, виміряних у категоріях ICF [27], – становить перспективний інструмент середньострокового горизонту. Його застосування доцільне після того, як цифровий контур інтероперабельності забезпечить надійну реєстрацію результатів за уніфікованим набором показників (мобільність, повсякденна активність, участь у соціальному житті, психоемоційний стан). До того моменту результатно-орієнтовані елементи можуть існувати у пілотних формах: один-два показники, прив'язані до бонусних виплат тренерам або установі, без претензій на масштабування. Ця обережність важлива, бо передчасне впровадження результатних метрик у складних соціальних послугах має задокументовану історію викривлення поведінки виконавців і деформації клінічної практики [15].

Запропоновану формулу можна проілюструвати на спрощеному прикладі типової прифронтової громади чисельністю 15–20 тис. мешканців з оцінною кількістю ветеранів 800–1200 осіб (з них до 10–15 % – особи з інвалідністю внаслідок війни). Базовий пакет складається з адаптації приміщення під ветеранський простір і створення прилеглого адаптивного спортивного майданчика з мінімальним обладнанням; орієнтовна капітальна вартість – 8–12 млн грн, операційні витрати першого року – 2,5–3,5 млн грн. У рамках матриці з поправкою на воєнний ризик капітальну частину доцільно розщеплювати між міжнародним донором (60–70 %) як основним капітальним інвестором з компенсацією воєнного ризику через MIGA або еквівалентний інструмент Ukraine Facility, місцевим бюджетом (15–20 %) як підтвердженням готовності громади і приватним благодійним фондом (15–20 %) як гнучким запускателем; операційні витрати на 70–80 % покривають місцевий бюджет (комунальні послуги, заробітна плата фахівців із супроводу) і державна субвенція через УВФ (ставка тренера, методичне забезпечення). «Дія.Картка» ветерана входить як додатковий потік, що оплачує абонементне використання за фактом відвідування. Така структура дозволяє типовій громаді запустити адаптивний контур навіть в умовах вкрай обмеженого власного бюджетного ресурсу, передаючи капітальну й операційну частини під різні логіки фінансування і різні горизонти планування.

У контексті міжнародних донорських вікон необхідно розрізняти інструменти за типом мандата і типом ризику, який вони здатні брати на себе. Ukraine Facility ЄС функціонує як рамковий механізм з горизонтом 2024–2027 рр. і потенціалом 50 млрд євро, у структурі якого Pillar II забезпечує грантову підтримку реформ і відновлення з можливістю спрямування коштів на регіональний рівень і рівень громади через Український фонд відновлення [28]. KfW і Європейський банк реконструкції і розвитку оперують переважно борговими інструментами з елементами субсидій і поєднання грантового з кредитним фінансуванням (grant-blending), що робить їх адекватними партнерами для капітальної компоненти, але потребує гарантованих джерел повернення на горизонті 7–15 років. USAID через профільну програму підтримки реінтеграції ветеранів (з виконавцями типу IREX) спеціалізується на людському і програмному компоненті, а не на капітальному. Howard G. Buffett Foundation і Уряд Франції через Expertise France показали високу адаптивність до умов прифронтових регіонів і працюють переважно через грантовий, а не борговий формат [7]. Громадовий пакет, що поєднує елементи капітального, операційного і програмного фінансування, природно потребує комбінування інструментів кількох донорів, а не пошуку «єдиного донора-благодійника», що виразно відрізняє логіку змішаного фінансування від класичної грантової практики.

Запитання, яке тут постає природно, – чим саме виправдовується пропорція участі різних джерел у пакеті? Чисто бухгалтерська логіка («хто скільки дав») тут недостатня. Концептуальну відповідь дає підхід суспільної цінності, нещодавно опрацьований у вітчизняному науковому дискурсі стосовно інноваційних механізмів фінансування спортивної інфраструктури І. Дунаєвим і В. Кушніром [33]: участь кожного джерела доцільно оцінювати за внеском у досягнення суспільної цінності – реабілітації ветеранів, соціальної згуртованості громади, відновлення продуктивної зайнятості – а не за буквальним обсягом переданого капіталу. Саме у цьому ракурсі стає зрозумілим, чому невеликий грант приватного благодійного фонду на запуск адаптивного клубу нерідко має більше структурне значення, ніж велика, але повільна капітальна інвестиція, що приходить через два-три роки після того, як актуальність за-

дачі вже зміниться. І саме тому локальний пакет може реально працювати навіть тоді, коли його загальний бюджет на порядок менший від бюджету окремого спеціалізованого центру.

Принцип повторного функціонального профілювання наявних активів, заявлений раніше як методологічний наріжний камінь, має пряме і вирішальне фінансове значення, що особливо проявляється у логіці змішаного фінансування. Капітальна вартість запуску локального адаптивного контуру у форматі «адаптація вцілілих активів» зазвичай знижується у три-п'ять разів порівняно з форматом «нове будівництво» і складається переважно з вартості додаткового спеціалізованого обладнання, малих будівельних робіт із забезпечення безбар'єрного доступу, методичного супроводу та навчання персоналу. Це вже змінює донорську математику. Міжнародний донор, який обережно ставиться до вкладення 5–8 млн доларів США у новобудову у прифронтовому регіоні через невизначеність воєнних ризиків і тривалий горизонт окупності, готовий значно охочіше профінансувати грант 200–500 тис. доларів США на адаптацію існуючої спортивної зали або реабілітаційного відділення, оскільки об'єкт уже стоїть і обстріли, навіть у разі їх продовження, не спрямовуються додатково на нього через сам факт адаптації. Премія військового ризику для адаптаційних інвестицій є систематично нижчою, ніж для капітального будівництва, що відкриває таким проектам доступ до сегмента донорського капіталу, який інакше залишається закритим. Одночасно змінюється структура операційних витрат: оскільки громада не несе навантаження капітальних витрат по новому об'єкту, її фінансова відповідальність концентрується переважно на операційних витратах (комунальні послуги, заробітна плата фахівців із супроводу, оплата тренерських годин), що значно більше відповідає реальним можливостям місцевих бюджетів прифронтових і деокупованих громад (рис. 3). У цьому переосмисленні фінансової формули і полягає вирішальна перевага запропонованої моделі для регіонів з найбільшим тиском на бюджет.



Рисунок 3. Розподіл обов'язків з поправкою на воєнний ризик між шістьма джерелами фінансування локального пакета

Figure 3. Distribution of responsibilities with adjustment for war risk between six sources of financing of the local package

Джерело: складено авторами на основі логіки змішаного фінансування [23; 24].
 Source: Compiled by the authors based on the logic of blended finance [23; 24].

Таблиця 1. Типи вцілілих наявних інфраструктурних активів громади і способи їх повторного функціонального профілювання під пакет адаптивної спортивно-реабілітаційної послуги для ветеранів на рівні громади

Table 1. Types of surviving existing community infrastructure assets and ways to re-functionalize them for a package of adaptive sports and rehabilitation services for veterans at the community level

Тип вцілілого активу Type of surviving asset	Поточне основне призначення Current primary use	Спосіб конверсії під адаптивну спортивно-реабілітаційну послугу Method of conversion to an adaptive sports and rehabilitation service	Спосіб включення у локальний пакет Method of inclusion in the local package
1) Спортивна зала комунальної школи (гімназії, ліцею)	Урочна фізкультура для учнів	Виділення часових слотів у позанавчальний час (вечір, вихідні) під секцію адаптивного спорту з мінімальним обладнанням і пандусами	Договір громади з закладом освіти; капітальна частина з гранту приватного БФ; операційна частина з місцевого бюджету і «Дія. Картки»
2) Реабілітаційне відділення комунальної лікарні	Стационарна медична реабілітація за пакетами НСЗУ	Виділення маршрутних годин для амбулаторних громадських клієнтів; інтеграція з ветеранським простором за маршрутним протоколом	Пакет НСЗУ + донорський грант на оновлення обладнання + обласний бюджет
3) Спортивні споруди ДЮСШ та комунальних спортивних шкіл	Підготовка спортивного резерву	Створення секції адаптивного спорту як окремого підрозділу або у партнерстві з громадською організацією ветеранів	Місцевий бюджет (ставка тренера) + грант УВФ (методика) + БФ (обладнання)
4) Спортивний комплекс закладу вищої освіти	Урочна фізкультура студентів і спортивні секції	Виділення позанавчальних годин для ветеранських груп; залучення кафедр фізичного виховання до адаптивного супроводу	Договір про публічно-приватне партнерство; міжнародний грант (Erasmus+, Ukraine Facility)
5) Приміщення Центру надання соціальних послуг або колишнього виконкому	Адміністративне і соціальне обслуговування	Виділення 2–3 кабінетів під ветеранський простір з фахівцем супроводу і кімнатою груп взаємопідтримки	Місцевий бюджет (приміщення) + державна субвенція (кадри) + БФ (облаштування)
6) Гуртожитки і житловий фонд закладів освіти	Проживання здобувачів освіти	Облаштування адаптивних кімнат для ветеранів-учасників короткострокових реабілітаційно-навчальних програм	Партнерство з закладом освіти; ваучерне фінансування з УВФ або донорів
7) Парки, сквери, прибудинкові території	Загальна рекреація	Встановлення безбар'єрних адаптивних відкритих тренажерів і доріжок з покриттям, доступним для протезів і колісних засобів	Місцевий бюджет + грант приватного БФ; типовий формат «Час діяти, Нестримні»
8) Незалежні фітнес-центри і спортивні клуби (приватна форма власності)	Комерційні фітнес-послуги	Договір про надання адаптивних послуг ветеранам у дозавантажений ранковий або денний час; навчання персоналу	Оплата за фактом через «Дія.Картку» + договірна знижка громади + субвенція

*Джерело: складено авторами.

*Source: compiled by the authors.

Доцільно тепер показати, як ця методологія може працювати на практиці. Сформульовану методологію – інституційну архітектуру маршруту, цифровий контур інтеперабельності, фінансову формулу з поправкою на воєнний ризик і наскрізний принцип повторного функціонального профілювання вцілілих активів – доцільно проілюструвати на чотирьох регіональних конфігураціях громад Сходу і Півдня України, кожна з яких репрезентує окремий інституційний тип. Свідомі того, що чотири кейси є замалою кількістю для строгого статистичного узагальнення, ми і не претендуємо на нього: ці конфігурації наводяться передусім як інституційні типи, з яких методологія робить висновок про типові вузли і типові рішення. Запорізька конфігурація демонструє модель, у якій обласний центр виступає опорним вузлом для громад різних статусів. Комунальна установа «Ветеран ПРО. Запоріжжя» функціонує як обласний хаб, до якого приєднуються військові адміністрації громад, частина території яких тимчасово окупована. Дніпрорудненська міська ВЦА, що фактично працює з Запоріжжя для своєї частково окупованої громади, у 2025 р. підписала меморандум про взаємодію з обласним хабом, що ілюструє специфічну для Сходу інституційну форму – партнерство з військовою адміністрацією-у-вигнанні як суб'єктом ветеранської політики [30]. У Запорізькій області у 2025 р. для ветеранів діяли безоплатні секції з 24 видів спорту на 35 локаціях, координованих обласним хабом, причому базою більшості з них стала комунальна спортивна інфраструктура, яка зберегла функціональність попри безпекові обмеження.

Дніпропетровська конфігурація показує модель з потужним приватним донорським вікном і регіональною координаційною надбудовою. Superhumans Dnipro, відкритий у 2024 р. як другий регіональний центр мережі, інтегрований з обласною Координаційною радою з питань реабілітації ветеранів та обласною лікарняною мережею. Хаб «Територія можливостей» працює як точка соціально-економічної реінтеграції, доповнюючи спортивно-реабілітаційний контур. Особливістю кейсу є висока частка ветеранів, які проживають поблизу лінії зіткнення і мають можливість регулярно отримувати послуги без переміщення на великі відстані, що підвищує прихильність до реабілітаційного процесу.

Одеська конфігурація – приклад моделі з домінуванням міжнародного донорського компонента. Superhumans Odesa, відкритий на базі Одеського національного медичного університету за фінансування Уряду Франції через Expertise France в обсязі 4 млн євро, ілюструє ситуацію, у якій національний публічний партнер виконує роль координатора, а основну капітальну й експертну компоненти забезпечує іноземний донор [7]. Громадська організація «Вільні воїни», заснована учасниками Invictus Games 2025, демонструє роль ветеранської спільноти як низового рушя адаптивного спорту на рівні громади, що відповідає логіці співвиробництва публічних послуг [14; 15].

Конфігурація прифронтових малих громад (Височанська на Харківщині, Баштанська на Миколаївщині) показує мінімальний робочий пакет: ветеранський простір на базі Центру надання соціальних послуг, приміщення якого утримується з місцевого бюджету; фахівець із супроводу за рахунок державної субвенції; партнерство з обласною лікарнею для медичної компоненти; невеликий грант приватного благодійного фонду на базове обладнання адаптивного клубу. Цей мінімальний пакет масштабований у поетапну модель з нарощуванням капітальної компоненти у міру стабілізації безпекової ситуації. Жоден з чотирьох наведених кейсів не пропонується як «оптимальна модель» –

кожен ілюструє певну інституційну конфігурацію, з якої запропонована методологія робить висновок про типові вузли і типові рішення.

Порівняння чотирьох конфігурацій дозволяє виокремити три закономірності, важливі для подальшого розгортання запропонованої моделі. Перша: жодна з конфігурацій не повторює іншу, але всі вони спираються на одну й ту саму базову структуру з чотирьох інституційних «цеглинок», описаних вище – змінюються лише ваги джерел фінансування, статус оператора та інтенсивність донорського вікна. Це підтверджує, що методологія є радше типологічною рамкою, ніж шаблоном: вона визначає, з яких елементів складається локальний пакет і як ці елементи взаємодіють, але не пропонує єдиного рецепту для всіх громад. Друга закономірність: успіх конфігурації корелює не з обсягом одиничного фінансування, а з якістю інституційного партнерства між обласним опорним вузлом (хабом, координаційною радою або донорським центром) і локальним суб'єктом (ветеранським простором, ВЦА, ОТГ), а також – з масштабом повторного використання вцілілих активів громади. Третя: у всіх чотирьох випадках ключовим рушієм розвитку виступає присутність ветеранської спільноти як активного агента, а не лише отримувача послуги – від «Вільних воїнів» в Одесі до ветеранів-наставників у складі обласних хабів, що методологічно вкорінено у логіці співвиробництва публічних послуг [14; 15].

Запропоновану методологію можна підсумувати реалістичним сценарієм того, як вона працюватиме на прикладі конкретного ветерана. Андрій К., 34 роки, мешканець Височанської селищної громади на Харківщині, отримав травматичну ампутацію лівої гомілки нижче коліна внаслідок мінного підризу влітку 2025 р. Гострий етап лікування пройшов у Харківській обласній клінічній лікарні; високотехнологічне протезування здійснено у Superhumans Dnipro, де у січні 2026 р. Андрій виписаний з реабілітаційним планом. Через інтерфейс інтегрованості між eHealth, Реєстром ветеранів Мінветеранів і системою «Дія» план автоматично транслюється до особистого кабінету ветерана у застосунку «Дія». У цьому ж кабінеті Андрій бачить маршрутну інформацію: точка входу в локальний контур – ветеранський простір Височанської громади, що розташований у двох кабінетах місцевого Центру надання соціальних послуг; призначений адаптивний спортивний клуб – секція адаптивного силового тренування і веслування на ергометрі, яка працює тричі на тиждень у вечірні години у спортивній залі Височанської гімназії, що у позакласний час функціонує як громадська адаптивна локація; призначений локальний інструктор з фізичної культури, який пройшов скорочену перепідготовку і методично супроводжується тренером Харківського обласного центру з адаптивного спорту через дистанційний канал.

Перші три місяці Андрій паралельно відвідує реабілітаційне відділення Чугуївської центральної районної лікарні за пакетом НСЗУ для гострої відновлювальної фізіотерапії і регулярні групові тренування у спортивній залі гімназії, які оплачуються частково з 1500 грн квартальної субвенції на «Дія.Картку» і частково з гранту Благодійного фонду імені Федора Шпиґа, отриманого громадою на запуск адаптивного клубу. Фахівець із супроводу у ветеранському просторі підтримує постійний контакт з лікарем-реабітологом, локальним тренером і ветеранськими наставниками, координуючи особисту траєкторію відновлення і фіксує результати у категоріях ICF – мобільність із протезом, автономію у повсякденній активності, рівень соціальної участі. До літа 2026 р. Андрій повертається до повної повсякденної активності, бере участь

у регіональних адаптивних змаганнях у Дніпрі і поступово переходить у роль ветерана-наставника для нових учасників клубу, проводячи частину занять разом з локальним інструктором. Громадовий пакет, що обслуговував його траєкторію відновлення, не зажадав від громади жодного нового будівництва і запустився за шість місяців з моменту ухвалення рішення – за рахунок повторного функціонального профілювання спортивної зали гімназії у вечірні слоти, виділення двох кабінетів у ЦНСП під ветеранський простір, гранту 400 тис. грн на адаптивне обладнання і налагодженого дистанційного методичного зв'язку з обласним центром.

Висновки з даного дослідження та перспективи подальших досліджень. Якщо коротко підсумувати, чого ми хотіли досягти у цій статті, відповідь буде такою. Ми пропонуємо управлінську модель розвитку адаптивної спортивно-реабілітаційної інфраструктури для ветеранів у громадах України – не як ідеальний шаблон, що тиражується по копіях, а як методологічну рамку, з якої кожна громада, особливо на Сході і Півдні України, може скласти власну робочу конфігурацію відповідно до свого безпекового статусу, ресурсної бази та інституційної історії.

Сама собою ця методологія не вирішує всіх проблем, які стоять перед публічним управлінням України у сфері реабілітації ветеранів. Вона лише пропонує спосіб скласти у послідовну траєкторію те, що сьогодні існує паралельно і непов'язано: клінічну реабілітацію у спеціалізованих центрах, програму «Ветеранський спорт» на «Дія.Картці», ветеранські простори, адаптивні клуби, реабілітаційні відділення лікарень, кошти держбюджету, місцевих бюджетів, міжнародних донорів і приватних благодійних фондів. Скласти, використовуючи переважно те, що вже стоїть і працює, замість того, щоб будувати з нуля. Власне, у цій тезі – про повторне функціональне профілювання вцілілих активів громади як методологічну альтернативу нереалістичній парадигмі нового будівництва – і полягає основний внесок статті, який, як нам здається, лишатиметься актуальним і після завершення активної фази війни, бо потреба у швидких і недорогих рішеннях у відновлювальний період зростатиме, а не зменшуватиметься.

Ми свідомі того, що чимало чого тут залишається відкритим. Ми не запропонували готових типових договорів між реабілітаційним відділенням лікарні і ветеранським простором, ані детальних розрахунків окупності для кожної з конфігурацій. Не зважилися ми і на те, щоб назвати «оптимальну» конфігурацію – і свідомо, бо у різних регіонах Сходу і Півдня оптимуми будуть різними залежно від тривалості активних бойових дій, відсотка пошкоджень інфраструктури, місцевої політичної динаміки і темпу повернення мешканців до своїх громад. Кожна з чотирьох наведених регіональних конфігурацій є передусім емпіричним матеріалом для подальшої концептуальної роботи, а не готовим до тиражування рішенням.

Подальша операціоналізація запропонованої моделі вимагає, з боку центру, інтерфейсного цифрового рішення для забезпечення інтегрованості Реєстру ветеранів, eHealth і системи «Дія», а також диференціації коефіцієнтів фінансування для громад різних категорій безпекового статусу; з боку регіону – включення адаптивної спортивно-реабілітаційної інфраструктури на рівні громад у регіональні програми відновлення і у стратегії розумної спеціалізації на програмний період 2027–2034 рр.; з боку громади – нормативного оформлення єдиного протоколу взаємодії «ветеранський простір – реабілітаційне від-

ділення – адаптивний клуб» і структурованої взаємодії з міжнародними донорами через механізми компенсації військового ризику.

Окремо хочемо вказати на перспективний, але ще мало освоєний у вітчизняній практиці напрям – використання децентралізованих цифрових платформ для розбудови адаптивного контуру на рівні громади. На горизонті 5–7 років плідним виглядає дослідження того, як технології розподіленого реєстру (блокчейн) можуть забезпечити прозорий і незмінний облік маршруту ветерана у локальному контурі, підтвердження тренерських кваліфікацій і атестацій, нетворкінг між адаптивними клубами різних регіонів, верифікацію рейтингів учасників адаптивних змагань без централізованого посередника. Перспективним виглядає також концепт токенизованих активів як інструмента для мікроінвестицій у локальну адаптивну інфраструктуру: цифрова грошова одиниця, прив'язана до конкретного об'єкта (адаптивного спортзалу, басейну, реабілітаційного відділення), у якій бере участь широке коло мікроінвесторів – українська діаспора, фонди ветеранів інших країн, місцеві бізнеси – могла б вирішити частину проблеми воєнного ризику для класичних донорів за рахунок диверсифікації джерел капіталу. Програмовані гранти на смарт-контрактах, що автоматично виплачуються при досягненні зафіксованих результатів за категоріями ICF, виглядають наступним кроком у розгортанні логіки результатно-орієнтованого контракування (outcome-based contracting), описаної у статті. Ми не беремося оцінювати, у які саме часові рамки ці технології увійдуть у регулярну українську практику публічного управління, проте систематичний дослідницький інтерес до них видається нам своєчасним уже сьогодні.

До переліку перспективних напрямів подальших досліджень слід також віднести розробку методології оцінювання реабілітаційних результатів локального пакета на основі категорій ICF, дослідження ефективності модульних інфраструктурних рішень у прифронтових громадах, аналіз інституційних форм партнерства військових адміністрацій з обласними хабами у задачах ветеранської політики та порівняльне дослідження результативності різних конфігурацій локального пакета у горизонті 3–5 років післявоєнного відновлення. Ці напрями, узяті разом, окреслюють повноцінну дослідницьку програму, до участі в якій ми запрошуємо колег, що працюють у близькому проблемному полі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Портрет ветерана 2025: Проблеми ветеранів війни в Україні. Соціологічна група «Рейтинг», Український ветеранський фонд Мінветеранів. Київ, 2025. URL: <https://www.ratinggroup.ua/en/news/veteran-portrait-2025> (дата звернення: 15.02.2026).
2. Проблеми та перспективи медичної реабілітації інвалідів війни та інших вразливих груп населення в Україні : аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень. Київ, 2025. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/problemy-ta-perspektyvy-medychnoyi-reabilitatsiyi-invalidiv-viyny> (дата звернення: 15.02.2026).
3. «Спорт під обстрілами, але нескорений» : Україна закликала захистити спорт у часи війни на засіданні EPAS. Міністерство молоді та спорту України. Київ, 2025. URL: <https://mms.gov.ua/news/sport-pid-obstrilamy-ale-neskorenyi-ukraina-zaklykala-zakhystyty-sport-u-chasy-viiny-na-zasidanni-epas> (дата звернення: 15.02.2026).
4. Міщак О. І., Полякова А. В., Шацьких В. В., Чекмарьова Н. Г., Максимов А. В. Аналіз стану та перспективи відновлення спортивної інфраструктури України в умовах війни. *Педагогічна Академія: наукові записки*. 2025. № 23. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17508141>
5. Указ Президента України про створення Координаційної ради з питань реабілітації ветеранів від 04.06.2024 р. Офіційне інтернет-представництво Президента України. URL: <https://www.president.gov.ua/documents> (дата звернення: 16.01.2026).

6. Адаптивний спорт – офіційно окремий напрям фізичної культури. Міністерство у справах ветеранів України. Київ, 2024. URL: <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/adaptivniy-sport--ofitsiyno-okremiy-napryam-fizichnoi-kulturi> (дата звернення: 16.04.2026).
7. About the Center: Mission and Funding. Superhumans Center. URL: <https://superhumans.com> (дата звернення: 16.04.2026).
8. Спортивні ініціативи, які об'єднують ветеранів по всій Україні. Міністерство у справах ветеранів України. Київ, 2025. URL: <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/v-1> (дата звернення: 16.01.2026).
9. Перелік територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією : наказ Мінреінтеграції від 22.12.2022 р. № 309 (зі змінами). URL: <https://www.kmu.gov.ua> (дата звернення: 17.01.2026).
10. Аналіз потреб та проблем ветеранів та ветеранок за 2024 рік. Український ветеранський фонд. Київ, 2024. URL: <https://veteranfund.com.ua/analytics/analiz-potreb-ta-problem-veteraniv-ta-veteranok-za-2024-rik/> (дата звернення: 08.02.2026).
11. Klymenko O., Cherurko V. Проблеми соціальної адаптації ветеранів в Україні. Інститут соціології НАН України. URL: https://isnasu.org.ua/popsci/010_Klymenko_Cherurko_-_Problemy_veteraniv.php (дата звернення: 16.04.2026).
12. Ansell C., Gash A. Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2008. Vol. 18, No. 4. P. 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
13. Emerson K., Nabatchi T., Balogh S. An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2012. Vol. 22, No. 1. P. 1–29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
14. Ostrom E. Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development. *World Development*. 1996. Vol. 24, No. 6. P. 1073–1087. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(96\)00023-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(96)00023-X)
15. Pestoff V. Collective action and the sustainability of co-production. *Public Management Review*. 2014. Vol. 16, No. 3. P. 383–401. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.841460>
16. Misener L., Darcy S. Managing disability sport: From athletes with disabilities to inclusive organisational perspectives. *Sport Management Review*. 2014. Vol. 17, No. 1. P. 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2013.12.003>
17. Hutzler Y., Sherrill C. Defining adapted physical activity: International perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 2007. Vol. 24, No. 1. P. 1–20. <https://doi.org/10.1123/apaq.24.1.1>
18. Brittain I., Green S. Disability sport is going back to its roots: Rehabilitation of military personnel receiving sudden traumatic disabilities in the twenty-first century. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 2012. Vol. 4, No. 2. P. 244–264. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2012.685100>
19. Caddick N., Smith B., Phoenix C. The effects of surfing and the natural environment on the well-being of combat veterans. *Qualitative Health Research*. 2015. Vol. 25, No. 1. P. 76–86. <https://doi.org/10.1177/1049732314549477>
20. Roberts G. A., Arnold R., Turner J. E., Colclough M., Bilzon J. A longitudinal examination of military veterans' Invictus Games stress experiences. *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. Article 1934. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01934>
21. Brittain I. The Paralympic Games as a force for peaceful coexistence. *Sport in Society*. 2020. Vol. 23, No. 3. P. 506–528. <https://doi.org/10.1080/17430437.2019.1696545>
22. Folke C. Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses. *Global Environmental Change*. 2006. Vol. 16, No. 3. P. 253–267. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002>
23. Making Blended Finance Work for the Sustainable Development Goals. OECD. Paris : OECD Publishing, 2018. 184 p. <https://doi.org/10.1787/9789264288768-en>
24. State of Blended Finance 2023. Convergence Blended Finance. Toronto, 2023. URL: <https://www.convergence.finance/resource/state-of-blended-finance-2023> (дата звернення: 18.02.2026).
25. Sayer N. A., Noorbaloohi S., Frazier P., Carlson K., Gravely A., Murdoch M. Reintegration problems and treatment interests among Iraq and Afghanistan combat veterans receiving VA medical care. *Psychiatric Services*. 2010. Vol. 61, No. 6. P. 589–597. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.6.589>
26. Carlson K. F., Nelson D., Orazem R. J., Nugent S., Cifu D. X., Sayer N. A. Psychiatric diagnoses among Iraq and Afghanistan war veterans screened for deployment-related traumatic brain injury. *Journal of Traumatic Stress*. 2010. Vol. 23, No. 1. P. 17–24. <https://doi.org/10.1002/jts.20483>
27. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization. Geneva : WHO, 2001. 303 p. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (дата звернення: 18.02.2026).

28. The Ukraine Facility Regulation (EU) 2024/792 of the European Parliament and of the Council of 29 February 2024. *Official Journal of the European Union*. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2024/792/oj> (дата звернення: 18.02.2026).

29. «Час діяти, Нестримні»: гранти на адаптивні простори для ветеранів і людей з інвалідністю. Благодійний фонд «МХП-Громаді» та БФ ім. Федора Шпиґа. URL: <https://gurt.org.ua/news/grants/106749/> (дата звернення: 01.02.2026).

30. Спорт, доступний для всіх: у Запоріжжі ветерани та ветеранки можуть безоплатно проходити фізичну реабілітацію у тренажерному залі. Дніпрорудненська міська військова адміністрація. 2025. URL: <https://dnrada.gov.ua/news/sport-dostupni-dlya-vsikh-u-zaporizhzhii-veteraniv-ta-veteranki-mozhut-bezoplatno-prohoditi-fizichnu-reabilitatsiyu-u-trenazhernomu-zali-2025-05-27> (дата звернення: 18.02.2026).

31. Мінветеранів розробило флагманський проєкт «Розвиток спорту для ветеранів». Кабінет Міністрів України. Київ, 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/minveteraniv-rozroblyo-flahmanskyi-proekt-rozvytok-sportu-dlia-veteraniv> (дата звернення: 20.02.2026).

32. Caddick N., Smith B. The impact of sport and physical activity on the well-being of combat veterans: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*. 2014. Vol. 15, No. 1. P. 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.09.011>

33. Дунаєв І., Кушнір В. Управління суспільною цінністю через інноваційні механізми фінансування розвитку спортивної інфраструктури: виклики та можливості для України. *Теорія та практика державного управління*. 2025. Вип. 2 (79). С. 243–272. <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2024-2-12>

Конфлікт інтересів.

Автори заявляють, що конфлікту інтересів щодо публікації цього рукопису немає.

Стаття надійшла до редакції 01.03.2026 р.

Стаття рекомендована до друку 07.04.2026 р.

Опубліковано 30.05.2026 р.

Latynin Mykola Anatoliiovych,

Doctor of Science in Public Administration, Professor, Head of the Department of Economic Policy and Management, Educational and Scientific Institute «Institute of Public Administration» of

V. N. Karazin Kharkiv National University,

4 Svobody Sq., Kharkiv, 61022, Ukraine

e-mail: m.a.latynin@karazin.ua ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7917-4518>

Rudenko Olha Mstyslavivna,

Doctor of Science in Public Administration, Professor, Head of the Department of Management and Administration, Chernihiv Polytechnic National University,

95 Shevchenka Str., Chernihiv, 14035, Ukraine

e-mail: olhamrudenko@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2807-1957>

MANAGEMENT MODEL FOR THE DEVELOPMENT OF ADAPTIVE SPORTS AND REHABILITATION INFRASTRUCTURE FOR VETERANS IN UKRAINIAN COMMUNITIES

Abstract. The article substantiates a community-based model for the development of adaptive sports and rehabilitation infrastructure for veterans as a public management methodology applicable under wartime and post-war recovery conditions in Ukraine. A systemic gap is identified between high-technology clinical rehabilitation provided by specialised centres (Superhumans, Unbroken) and the individual-support programme «Veteran's Sport» with a UAH 1,500 quarterly allowance via the Diia card: at the level of communities where veterans live, there is no permanent adaptive sports and rehabilitation contour that would ensure continuity of recovery after discharge from a clinic. The aggravation of this gap in the eastern and southern regions of Ukraine – where the concentration of veterans is greatest and sports infrastructure has been damaged most heavily (955 damaged sports facilities as of January 2026, losses exceeding USD 374 million) – establishes

constraints not captured by the logic of rear-area cases. The proposed methodology unfolds in three dimensions: a veteran's route within the community contour with a minimally sufficient digital toolkit; a war-risk-adjusted matrix for the distribution of responsibilities among six funding sources (state and local budgets, the Ministry of Veterans' Affairs through the Ukrainian Veterans' Fund, the Diia card, international donors, and private charitable foundations); and an illustration based on four regional configurations (Zaporizhzhia, Dnipro, Odesa, and the Kharkiv – Mykolaiv border zone). The methodological contribution lies in bridging the existing gap between clinical rehabilitation and community-based adaptive sports through real institutional and financial elements, without presupposing reforms «from scratch».

Keywords: public administration; sports management; veterans' rehabilitation; infrastructure, blended finance; digital technologies; military administrations; infrastructure adaptation.

REFERENCES

1. Rating Group, Ukrainian Veterans' Fund of the Ministry of Veterans' Affairs. (2026). Portrait of a Veteran 2025: Problems of war veterans in Ukraine. <https://www.ratinggroup.ua/en/news/veteran-portrait-2025> [in Ukrainian]
2. National Institute for Strategic Studies. (2026). Problems and prospects of medical rehabilitation of war invalids and other vulnerable population groups in Ukraine. <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/problemy-ta-perspektyvy-medychnoyi-reabilitatsiyi-invalidiv-viyiny> [in Ukrainian]
3. Ministry of Youth and Sports of Ukraine. (2026). Sport under shelling but unbroken. <https://mms.gov.ua/news/sport-pid-obstrilamy-ale-neskoreny-ukraina-zaklykala-zakhystyty-sport-u-chasy-viiny-na-zasidanni-epas> [in Ukrainian]
4. Mishchak, O.I., Poliakova, A.V., Shatskykh, V.V., Chekmarova, N.H., & Maksymov, A.V. (2026). Analysis of the state and prospects for the recovery of sports infrastructure of Ukraine under wartime conditions. *Pedagogical Academy: Scientific Notes*, (23). <https://doi.org/10.5281/zenodo.17508141> [in Ukrainian]
5. President of Ukraine. (2024). Ukaz Prezydenta Ukrainy pro stvorennia Koordynatsiinoi rady z pytan reabilitatsii veteraniv vid 04.06.2024 [Decree of the President of Ukraine on the establishment of the Coordination Council on the rehabilitation of veterans of 04.06.2024]. <https://www.president.gov.ua/documents> [in Ukrainian]
6. Ministry of Veterans' Affairs of Ukraine. (2024). Adaptive sport – officially a separate area of physical culture. <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/adaptivnyi-sport--ofitsiyno-okremiy-napryam-fizichnoi-kulturi> [in Ukrainian]
7. Superhumans Center. (n.d.). About the Center: Mission and Funding. <https://superhumans.com>
8. Ministry of Veterans' Affairs of Ukraine. (2026). Sports initiatives that unite veterans across Ukraine. <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/v-1> [in Ukrainian]
9. Ministry for Reintegration of the Temporarily Occupied Territories of Ukraine. (2022, with amendments). List of territories where hostilities are (were) conducted or temporarily occupied by the Russian Federation: Order No. 309. <https://www.kmu.gov.ua> [in Ukrainian]
10. Ukrainian Veterans' Fund. (2024). Analysis of the needs and problems of male and female veterans for 2024. <https://veteranfund.com.ua/analytics/analiz-potreb-ta-problem-veteraniv-ta-veteranok-za-2024-rik/> [in Ukrainian]
11. Klymenko, O., & Chepurko, V. (n.d.). Problems of social adaptation of veterans in Ukraine. Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine. https://isnasu.org.ua/popsci/010_Klymenko_Chepurko_-_Problemy_veteraniv.php [in Ukrainian]
12. Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
13. Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1–29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
14. Ostrom, E. (1996). Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development. *World Development*, 24(6), 1073–1087. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(96\)00023-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(96)00023-X)
15. Pestoff, V. (2014). Collective action and the sustainability of co-production. *Public Management Review*, 16(3), 383–401. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.841460>
16. Misener, L., & Darcy, S. (2014). Managing disability sport: From athletes with disabilities to inclusive organisational perspectives. *Sport Management Review*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2013.12.003>

17. Hutzler, Y., & Sherrill, C. (2007). Defining adapted physical activity: International perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(1), 1–20. <https://doi.org/10.1123/apaq.24.1.1>
18. Brittain, I., & Green, S. (2012). Disability sport is going back to its roots: Rehabilitation of military personnel receiving sudden traumatic disabilities in the twenty-first century. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 4(2), 244–264. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2012.685100>
19. Caddick, N., Smith, B., & Phoenix, C. (2015). The effects of surfing and the natural environment on the well-being of combat veterans. *Qualitative Health Research*, 25(1), 76–86. <https://doi.org/10.1177/1049732314549477>
20. Roberts, G.A., Arnold, R., Turner, J. E., Colclough, M., & Bilzon, J. (2019). A longitudinal examination of military veterans' Invictus Games stress experiences. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1934. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01934>
21. Brittain, I. (2020). The Paralympic Games as a force for peaceful coexistence. *Sport in Society*, 23(3), 506–528. <https://doi.org/10.1080/17430437.2019.1696545>
22. Folke, C. (2006). Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses. *Global Environmental Change*, 16(3), 253–267. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002>
23. OECD. (2018). Making blended finance work for the Sustainable Development Goals. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264288768-en>
24. Convergence Blended Finance. (2023). State of blended finance 2023. <https://www.convergence.finance/resource/state-of-blended-finance-2023>
25. Sayer, N.A., Noorbaloochi, S., Frazier, P., Carlson, K., Gravely, A., & Murdoch, M. (2010). Reintegration problems and treatment interests among Iraq and Afghanistan combat veterans receiving VA medical care. *Psychiatric Services*, 61(6), 589–597. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.6.589>
26. Carlson, K.F., Nelson, D., Orazem, R.J., Nugent, S., Cifu, D.X., & Sayer, N.A. (2010). Psychiatric diagnoses among Iraq and Afghanistan war veterans screened for deployment-related traumatic brain injury. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 17–24. <https://doi.org/10.1002/jts.20483>
27. World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. WHO. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
28. European Parliament & Council of the European Union. (2024). The Ukraine Facility Regulation (EU) 2024/792 of 29 February 2024. *Official Journal of the European Union*. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2024/792/oj>
29. MHP-Hromadi Charitable Foundation, & Fedir Shpyh Charitable Foundation. (2026). Time to act, the Unstoppable»: grants for adaptive spaces for veterans and people with disabilities. <https://gurt.org.ua/news/grants/106749/> [in Ukrainian]
30. Dniprorudne City Military Administration. (2026). Sport accessible to all: in Zaporizhzhia veterans can receive physical rehabilitation free of charge. <https://dnrada.gov.ua/news/sport-dostupni-dlya-vsih-u-zaporizhzhii-veterani-ta-veteranki-mozhut-bezoplatno-prohoditi-fizichnu-reabilitatsiyu-utrenazhernomu-zali-2025-05-27> [in Ukrainian]
31. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2024). The Ministry of Veterans' Affairs has developed the flagship project «Development of sports for veterans». <https://www.kmu.gov.ua/news/minveteraniv-rozrobylo-flahmanskyi-proekt-rozvytok-sportu-dlia-veteraniv> [in Ukrainian]
32. Caddick, N., & Smith, B. (2014). The impact of sport and physical activity on the well-being of combat veterans: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.09.011>
33. Dunayev, I., & Kushnir, V. (2024). Managing public value through innovative mechanisms for financing sports infrastructure development: challenges and opportunities for Ukraine. *Theory and Practice of Public Administration*, 2(79), 243–272. <https://doi.org/10.26565/1727-6667-2024-2-12> [in Ukrainian]

Conflict of interest.

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

The article was received by the editors 01.03.2026.

The article is recommended for printing 07.04.2026.

Published 30.05.2026.