

УДК 351:614.2:355.01

Лопаткіна Оксана Олександрівна
аспірант кафедри державного управління
і місцевого самоврядування
Національного технічного університету
«Дніпровська політехніка»
ORCID: 0009-0003-5808-1368

<https://doi.org/10.25313/3083-7782-2026-5-23>

ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ ІНТЕГРАЦІЇ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ КЛІНІК У СОЦІАЛЬНОМЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ТРАВМАМИ ВІЙНИ (НА ПРИКЛАДІ ПРОГРАМИ «БЕЗ СЛІДІВ ВІЙНИ»)

Анотація. Вступ. У статті здійснено комплексний аналіз організаційної моделі залучення приватних медичних клінік до соціально-медичної допомоги пацієнтам із травмами війни на прикладі програми «Без слідів війни». Актуальність дослідження визначається зростанням потреб у лікуванні рубцевих деформацій, посттравматичних змін зовнішності, довготривалій реабілітації та психосоціальному відновленні постраждалих на тлі перевантаження державної системи охорони здоров'я.

Метою статті є обґрунтування управлінської цінності мережевої моделі залучення приватних клінік до соціально-медичної допомоги постраждалим від травм війни та визначення її переваг, обмежень і напрямів подальшого розвитку.

Матеріали і методи. Методологічну основу становили системний, структурно-функціональний і порівняльний підходи, контент-аналіз документів проєкту, описова статистика та аналітичне групування даних про клініки-учасниць.

Результати. Встановлено, що сформовано керовану мережу закладів різного профілю, поєднала лікувальний, координаційний і соціально-психологічний компоненти, а також створила передумови для стандартизації рішень через розроблення консенсусного підходу до лікування рубців. Доведено, що результативність такої моделі залежить від координації, маршрутизації пацієнтів, управління даними, стандартизації клінічних рішень і міжсекторальної взаємодії. Із цього погляду програма має потенціал не лише як благойний або професійний кейс, а як практичний підхід масштабованої мережевої моделі.

Перспективи. Подальший розвиток програми «Без слідів війни» доцільно здійснювати через формалізацію управлінських процедур, стандартизацію критеріїв якості та інтеграцію в системні механізми післявоєнної відбудови сфери охорони здоров'я.

Ключові слова: приватний сектор охорони здоров'я, травми війни, соціально-медична допомога, реабілітація, публічне управління, маршрутизація пацієнта, програма «Без слідів війни».

Постановка проблеми. Повномасштабна війна в Україні спричинила не лише різке збільшення кількості гострих травм, а й сформувала новий пласт довгострокових медичних і соціальних потреб. Йдеться про пацієнтів із посттравматичними рубцями, наслідками опіків, деформаціями зовнішності, функціональними обмеженнями та психоемоційними наслідками травматичного досвіду. Система охорони здоров'я України одночасно потребує масштабування реабілітаційних сервісів, додаткових кадрових ресурсів та нових форматів організації допомоги [1–3].



Copyright © The Author(s).

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

У такій ситуації приватний сектор перестає бути другорядним елементом медичного ринку і починає виконувати роль оперативного компенсатора системних обмежень. Проте сама по собі наявність приватних клінік не розв'язує проблему. Критично важливими стають механізми включення цих закладів у цілісний маршрут пацієнта, узгодження клінічних рішень, координація інформаційних потоків, контроль якості та взаємодія з державними й комунальними установами [4–6].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У міжнародних аналітичних матеріалах 2022–2025 років послідовно наголошується, що відбудова системи охорони здоров'я України не може зводитися до механічного відновлення довоєнної інфраструктури [1–2]. ВООЗ пов'язує успішність відбудови з перебудовою сервісної моделі, фінансування, кадрового забезпечення, а також зі створенням нових каналів доступу до послуг, зокрема у сфері реабілітації [1–4].

Українські дослідники розглядають розвиток приватної медицини та публічно-приватного партнерства як важливу складову сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я [5–7]. Водночас у більшості праць йдеться про загальні правові чи інституційні аспекти, тоді як реальні механізми роботи конкретних мереж приватних клінік у допомозі пацієнтам із наслідками воєнної травми описані недостатньо. Соціально-медична програма «Без слідів війни» дає можливість перейти від загальних концептів до аналізу практично реалізованої моделі.

Мета статті. Метою статті є обґрунтування управлінської цінності мережевої моделі залучення приватних клінік до соціально-медичної допомоги постраждалим від травм війни та визначення її переваг, обмежень і напрямів подальшого розвитку.

Матеріали і методи дослідження. Методологічну основу дослідження становили системний, структурно-функціональний, порівняльний та аналітико-описовий підходи. Застосовано контент-аналіз внутрішніх документів програми, дескриптивний аналіз реєстраційних матеріалів, аналітичне групування клінік за територіальною та інституційною ознаками, а також зіставлення отриманих даних із сучасними підходами до відбудови системи охорони здоров'я та розвитку приватного сектору [1; 5].

Емпіричний масив включав первинні дані (довідку про участь у соціальному проєкті), що окреслюють функціональну роль клінік у програмі, матеріали щодо розроблення міжнародного консенсусу з лікування рубців, а також перелік записів клінік, які подавали форми участі у проєкті. Зафіксовано 162 записи участі з 21 географічної позиції. З огляду на наявність повторів і варіативних написань назв установ, дані інтерпретовано як кількість записів, а не як безумовно унікальну кількість клінік.

Виклад основного матеріалу. Програма «Без слідів війни» є організаційною платформою, у межах якої приватний сектор медичних послуг був мобілізований для роботи з одним із найскладніших сегментів воєнно зумовленої патології, а саме наслідками травм, опіків і рубцевих деформацій. Програма реалізується Товариством з обмеженою відповідальністю «Академією Передової Естетики» у партнерстві з благодійним фондом «Заграва». Важливо, що за змістом програми медичне втручання не ізолюється від психологічного супроводу та реінтеграції пацієнта. Це свідчить про поступове формування комплексної моделі допомоги, де медичний результат оцінюється не лише через локальне поліпшення тканинного стану, а й через відновлення функціонального та соціального статусу людини.

Управлінська значущість програми полягає в тому, що вона створює мережевий формат взаємодії. Йдеться не просто про суму окремих клінік, а про модель, у якій з'являються координаційний центр, спільні правила включення, професійна комунікація та прагнення до стандартизації рішень. Саме на цьому рівні приватний сектор починає виконувати системну роль, а не функцію одноразового ресурсу. Для української системи охорони здоров'я такий підхід особливо важливий, оскільки він дає змогу поєднати гнучкість приватних клінік із потребою в узгодженій сервісній моделі [1–2; 5].

Структурно документи програми демонструють наявність кількох взаємопов'язаних блоків: організаційного, клінічного, комунікаційного та експертно-методичного. Організаційний блок охоплює залучення клінік, мережеву координацію та управління взаємодією. Клінічний блок пов'язаний із лікуванням рубців, посттравматичних і постопікових змін. Комунікаційний блок забезпечує зв'язок між учасниками програми та пацієнтами. Експертно-методичний блок представлений розробленням консенсусного підходу до лікування рубців. У сукупності це вказує на формування не випадкової колаборації, а відносно цілісної системи, яку можна розглядати як модель галузевої самоорганізації приватного сектору в умовах воєнного часу.

Для систематизації документально підтверджених компонентів програми доцільно виокремити її структурні блоки та показати, яке саме управлінське навантаження несе кожен із них. Така систематизація подана в табл. 1.

Зіставлення компонентів, наведених у табл. 1, показує, що програма має внутрішню логіку, притаманну саме керованим моделям допомоги. Її цінність полягає не у наявності окремих сервісів як таких, а в поєднанні клінічного ядра з комунікаційною та координаційною надбудовою. Саме це відрізняє програму від суто волонтерського або епізодичного формату участі приватного сектору і наближає її до моделі, що може бути масштабована в управлінському полі [5; 8].

Таблиця 1

Структурні компоненти програми «Без слідів війни» та їх управлінське значення

Компонент	Що підтверджують документи замовника	Управлінське значення	Очікуваний системний ефект
Організаційний	Залучення клінік, координація мережі, формування реєстру учасників	Створює мережеву структуру взаємодії	Підвищення керованості та масштабу допомоги
Клінічний	Лікування рубців, посттравматичних і постопікових змін	Забезпечує спеціалізований зміст допомоги	Розширення доступу до профільних послуг
Соціально-психологічний	Урахування психологічних аспектів та реінтеграції	Переводить модель до пацієнтоцентричного формату	Підвищення якості життя та соціальної адаптації
Експертно-методичний	Розроблення консенсусного підходу до лікування рубців	Створює передумови для стандартизації рішень	Зменшення варіативності практик

Джерело: сформовано автором

Наступний аспект аналізу стосується просторової конфігурації мережі. Для оцінки рівня територіальної концентрації записів участі клінік було сформовано розподіл за містами та кумулятивною часткою, який подано в табл. 2.

Таблиця 2

Територіальна концентрація записів участі клінік у програмі

Місто	Кількість записів	Частка від загалу, %	Кумулятивна частка, %
Київ	57	35,2	35,2
Львів	34	21,0	56,2
Дніпро	22	13,6	69,8
Чернігів	13	8,0	77,8
Вінниця	5	3,1	80,9
Суми	4	2,5	83,4
Харків	4	2,5	85,9
Рівне	3	1,9	87,8
Одеса	3	1,9	89,7
Луцьк	3	1,9	91,6
Коломия	2	1,2	92,8
Чернівці	2	1,2	94,0
Слов'янськ	2	1,2	95,2
Хмельницький	2	1,2	96,4
Броди	1	0,6	97,0
Клевань	1	0,6	97,6
Полтава	1	0,6	98,2
Боярка	1	0,6	98,6
Ірпінь	1	0,6	99,4
Бориспіль	1	0,6	100,0

Примітка: чотири міста, а саме Київ, Львів, Дніпро та Чернігів, акумулюють переважну частину записів участі

Джерело: сформовано автором

Мережа розвивалася за принципом концентрації навколо найбільш ресурсних міських центрів. Це закономірно для кризового періоду, коли швидкість мобілізації часто переважає над рівномірністю покриття. Водночас така конфігурація означає, що подальше зростання ефективності програми залежить не стільки від простого збільшення кількості учасників, скільки від управління географічною доступністю та міжрегіональною маршрутизацією [1; 4; 9].

Щоб візуально показати асиметрію територіального розподілу, на рис. 1 подано структуру топ-10 міст за кількістю записів участі клінік.

Це свідчить про те, що мережа зростала там, де вже існували критична маса спеціалістів, інфраструктурна готовність і вища щільність приватних медичних ініціатив. У науково-практичному сенсі така візуалізація підкреслює необхідність цілеспрямованої політики децентралізації доступу, якщо

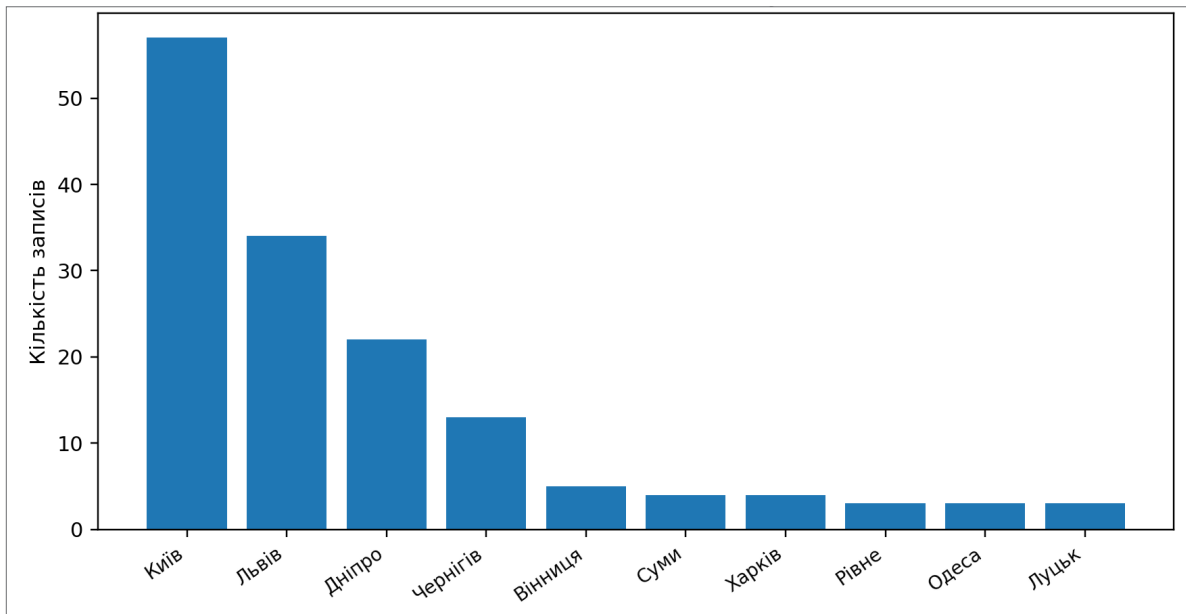


Рис. 1. Топ-10 міст за кількістю записів участі клінік
 Джерело: сформовано автором

програма претендує на роль масштабованої моделі, а не локалізованої мережі з домінуванням кількох центрів [1; 10–11].

Для розуміння ресурсної архітектури мережі було проведено аналітичне групування закладів за функціональною ознакою. Результати цього групування наведено в табл. 3.

Таблиця 3

Аналітичний інституційний профіль мережі клінік за даними реєстраційних матеріалів

Група закладів	Кількість записів	Частка, %	Аналітичне значення для моделі
Багатопрофільні приватні медичні центри	79	49,1	Формують основний каркас мережі та забезпечують ширший спектр маршрутів
Комунальні/державні/військові заклади	8	5,0	Забезпечують зв'язок програми з публічним сектором
Клініки естетичної медицини та косметології	55	34,2	Покривають спеціалізовані втручання у сфері рубців і зовнішності
Офтальмологічні заклади	13	8,1	Розширюють допомогу в сегменті травм обличчя та периорбітальної ділянки
Стоматологічні заклади	1	0,6	Відображають допоміжну спеціалізацію мережі
Дерматологічні заклади	5	3,1	Посилюють профільну експертизу з рубцевих змін шкіри

Джерело: сформовано автором

Таблиця 3 засвідчує, що мережа не є монотипною. Домінування багатопрофільних приватних центрів не нівелює значення вузькопрофільних клінік, а, навпаки, підсилює загальну модель завдяки поєднанню різних типів компетенцій. Саме така інституційна неоднорідність дає можливість будувати пацієнтський маршрут навколо реальної потреби людини, а не навколо організаційних обмежень окремого закладу. Для системи післятравматичної допомоги це є принциповим, оскільки наслідки воєнної травми часто потребують комплексного, а не односпрямованого втручання [7; 12].

Умовний інституційний профіль мережі візуалізовано на рис. 2, що вказує на домінуючі та допоміжні сегменти мережі.

Візуалізація рис. 2 підкреслює, що програма спирається на кількісно домінуюче ядро багатопрофільних структур, однак її функціональна стійкість залежить від присутності спеціалізованих сегментів. Саме ця комбінація забезпечує оптимальний баланс між широтою доступу та ґрунтовністю експертизи. У контексті



Рис. 2. Умовний інституційний профіль мережі клінік
Джерело: сформовано автором

сучасних дискусій про розвиток приватної медицини така модель є ефективною, ніж орієнтація лише на один тип закладів [5; 11; 13].

Оскільки мережеві моделі є ефективними лише за умови керованості, важливо не обмежуватися описом сильних сторін, а зафіксувати ключові обмеження програми та напрями їх нейтралізації (табл. 4).

Таблиця 4

Управлінські обмеження моделі та напрями її вдосконалення

Виявлене обмеження	Потенційний ризик	Пріоритетний управлінський крок
Територіальна концентрація мережі	Нерівний доступ пацієнтів до спеціалізованої допомоги	Розширення мережі в менш представлених регіонах і розвиток міжрегіональної маршрутизації
Неочищений реєстр учасників	Помилки обліку та ускладнення моніторингу	Створення єдиного стандартизованого реєстру клінік
Відсутність індикаторів результативності (outcome-індикаторів)	Неможливість повноцінно оцінити результативність програми	Запровадження системи індикаторів клінічної, соціальної та організаційної ефективності
Неунормований маршрут пацієнта	Ризик фрагментації допомоги та дублювання функцій	Формалізація послідовності відбору, перенаправлення та супроводу

Джерело: сформовано автором на основі документів програми та узагальнення літератури [1; 5].

Аналітичне значення табл. 4 полягає в тому, що вона окреслює межу між ініціативою і системою. Наявність мережі ще не гарантує відтворюваності результату. Для переходу до стійкої моделі допомоги потрібні стандартизований облік, чіткий маршрут пацієнта, індикатори ефективності та юридично й організаційно оформлена взаємодія між секторами. Саме на ці аспекти останніми роками звертають увагу українські дослідники, які аналізують розвиток приватної медицини та поствоєнне публічно-приватне партнерство [14–16].

Отримані результати добре узгоджуються з висновками сучасних праць про роль приватного сектору у трансформації системи охорони здоров'я України. Так, у роботах, присвячених державній політиці розвитку приватної медицини та ризикам реформ у цій сфері, підкреслюється, що вирішальними є не тільки масштаби залучення недержавних закладів, а й якість регуляторного та координаційного середовища [5–6; 8]. Наш аналіз підтверджує цю тезу: без управління даними, без єдиних правил включення та без координаційного центру мережа клінік не перетворюється на систему.

Водночас результати співпадають з дослідженнями, у яких наголошується на потребі пошуку ефективного організаційного інструментарію співіснування державної та приватної медицини [10–11; 13]. У випадку програми «Без слідів війни» така взаємодія має прикладний характер: приватні клініки не підміняють державний сектор, а закривають частину спеціалізованих потреб, які важко оперативного масштабувати виключно в межах публічної системи.

Окремої уваги заслуговує зіставлення наших висновків із роботами про публічно-приватне партнерство (ППП) в контексті повоєнної відбудови. Сучасні українські автори підкреслюють, що ефективність PPP залежить від правової визначеності, розподілу ризиків, інституційної спроможності держави та наявності механізмів контролю [14–16]. Хоча програма «Без слідів війни» не є PPP у строгому юридичному розумінні, вона фактично моделює ті самі виклики: баланс між гнучкістю приватної ініціативи та потребою в публічній координаності.

Наші результати також схожі з роботами, у яких аналізується світовий досвід поствоєнного партнерства та імплементація зарубіжних підходів до надання медико-соціальних послуг [9; 12]. З цього погляду програма має потенціал не лише як благодійний або професійний кейс, а як практичний прототип масштабованої мережевої моделі. Її подальший розвиток доцільно здійснювати через формалізацію управлінських процедур, стандартизацію критеріїв якості та інтеграцію в системні механізми післявоєнної відбудови сфери охорони здоров'я [1; 4; 12].

Висновки і перспективи подальших досліджень. Програма «Без слідів війни» репрезентує практично реалізовану мережеву модель залучення приватних медичних клінік до системи соціально-медичної допомоги пацієнтам із наслідками воєнної травми. Глибинний аналіз документів свідчить, що сильними сторонами моделі є поєднання лікувального, координаційного, соціально-психологічного та експертно-методичного компонентів, а також прагнення до стандартизації клінічних підходів.

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

ФІНАНСУВАННЯ: Автори не отримували фінансування для цього дослідження.

ЗАЯВА ПРО ДОСТУПНІСТЬ ДАНИХ: Не застосовується.

КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ: Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Financing rehabilitation services in Ukraine: A situation assessment and policy options. *WHO Regional Office for Europe*. 2025. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12703-52477-81012> (дата звернення: 23.03.2026).
2. Case studies of health system recovery in Ukraine: Focus on the role of the private sector. *WHO Regional Office for Europe*. 2023. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7706-47473-69781> (дата звернення: 23.03.2026).
3. Principles to guide health system recovery and reconstruction in Ukraine. *World Health Organization*. 2022. URL: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/principles-to-guide-health-system-recovery-and-transformation-in-ukraine> (дата звернення: 23.03.2026).
4. Priorities for health system recovery in Ukraine. *WHO Regional Office for Europe*. 2022. URL: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper> (дата звернення: 22.03.2026).
5. Дзюрах Ю. М., Дмитришин Ю. Б. Сучасні тенденції державної політики розвитку приватної медицини в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2024. № 1(40). С. 17–23. DOI: <https://doi.org/10.32782/2310-9653-2024-1.3>
6. Колосов Є. В., Кошова С. П. Державне регулювання діяльності приватних закладів охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. Т. 16. С. 104–112. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.16.104>
7. Богомолів Д. А., Орловська І. Г. Публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я в умовах воєнних конфліктів: вихід для держави чи можливість для приватних закладів охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія ПРАВО*. 2025. Вип. 92(3). С. 44–51. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2025.92.3.5>
8. Дзюрах Ю. М., Амізьян А. А. Ризики впровадження реформ у сфері охорони здоров'я в Україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 5(19). С. 40–48. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-5\(19\)-40-48](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-5(19)-40-48)
9. Дорош В. Ю. Світовий досвід впровадження механізму публічно-приватного партнерства: поствоєнний концепт. *Економічні науки: збірник наукових праць Луцького національного технічного університету*. 2024. 21(83). С. 136–145. DOI: [https://doi.org/10.36910/2707-6296-2024-21\(83\)-49](https://doi.org/10.36910/2707-6296-2024-21(83)-49)
10. Zghurska O., Struk N., Safonov Y., Kulik A., Romanenko O. Analysis of the volume and structure of health care services in Ukraine. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*. 2022. Vol. 4(45). P. 346–354. DOI: <https://doi.org/10.55643/fcactp.4.45.2022.3829>
11. Зуб І. Сучасні передумови розвитку організаційно-економічного механізму сфери охорони здоров'я України. *Науковий вісник Полісся*. 2023. № 1 (26). С. 86–98. DOI: [https://doi.org/10.25140/2410-9576-2023-1\(26\)-86-98](https://doi.org/10.25140/2410-9576-2023-1(26)-86-98)

12. Шипов Ю. О. Зарубіжний досвід публічного управління щодо надання медико-соціальних послуг: імплементація в українське середовище. *Економіка та суспільство*. 2025. Вип. 71. С. 98–106. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-71-116>
13. Ягельська К. Ю. Державна медицина vs приватна: у пошуках ефективного організаційного інструментарію системи охорони здоров'я у контексті економічної взаємодії. *Підприємництво і торгівля*. 2020. Вип. 27. С. 76–81. DOI: <https://doi.org/10.36477/2522-1256-2020-27-14>
14. Помаза-Пономаренко А. Л., Тарадуда Д. В. Розвиток публічно-приватного партнерства у сфері критичної інфраструктури: світовий і вітчизняний досвід. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2024. Вип. 44. С. 336–344. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2024.44.56>
15. Петрова І. П., Шилепницький П. І. Публічно-приватне партнерство у повоєнній відбудові України: основні виклики та напрями розвитку. *Управління економікою: теорія та практика. Чумаченківські читання*. 2024. С. 140–153. DOI: <https://doi.org/10.37405/2221-1187.2024.140-153>
16. Петрова І. П. Еволюція концепції публічно-приватного партнерства у 1980–2020-х роках. *Економіка промисловості*. 2023. № 4(104). С. 22–46. DOI: <http://doi.org/10.15407/econindustry2023.04.022>

References

1. World Health Organization. (2025). Financing rehabilitation services in Ukraine: A situation assessment and policy options. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12703-52477-81012>
2. World Health Organization. (2023). Case studies of health system recovery in Ukraine: Focus on the role of the private sector. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7706-47473-69781>
3. World Health Organization. (2022). Principles to guide health system recovery and reconstruction in Ukraine. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/m/item/principles-to-guide-health-system-recovery-and-transformation-in-ukraine>
4. World Health Organization. (2022). Priorities for health system recovery in Ukraine. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/m/item/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>
5. Dzyurakh, Y. M., & Dmytryshyn, Y. B. (2024). Suchasni tendentsii derzhavnoi polityky rozvytku pryvatnoi medytyny v Ukraini [Current trends in government policy on the development of private healthcare in Ukraine]. *Public Administration and Customs Administration*, 1(40), 17–23. <https://doi.org/10.32782/2310-9653-2024-1.3> [in Ukrainian].
6. Kolosov, E. V., & Koshova, S. P. (2021). Derzhavne rehuliuвання diialnosti pryvatnykh zakladiv okhorony zdorovia [State Regulation of Private Healthcare Facilities]. *Investments: Practice and Experience*, 16, 104–112. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.16.104> [in Ukrainian].
7. Bohomolov, D. A., & Orlovska, I. G. (2025). Publichno-pryvatne partnerstvo u sferi okhorony zdorovia v umovakh voiennykh konfliktiv: vykhid dlia derzhavy chy mozhlyvist dlia pryvatnykh zakladiv okhorony zdorovia [Public-Private Partnerships in Healthcare During Armed Conflicts: A Solution for the State or an Opportunity for Private Healthcare Institutions]. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University, Law Series*, 92(3), 44–51. <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2025.92.3.5> [in Ukrainian].
8. Dzyurakh, Y. M. & Amizyan, A. A. (2023). Ryzky vprovadzhennia reform u sferi okhorony zdorovia v Ukraini [Risks of Implementing Healthcare Reforms in Ukraine]. *Scientific Innovations and Advanced Technologies*, 5(19), 40–48. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-5\(19\)-40-48](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-5(19)-40-48) [in Ukrainian].
9. Dorosh, V. Yu. (2024). Svitovyi dosvid vprovadzhennia mekhanizmu publichno-pryvatnoho partnerstva: post-voieniyni kontsept [Global Experience in Implementing Public-Private Partnership Mechanisms: A Post-War Concept]. *Economic Sciences: Collection of Scientific Papers of Lutsk National Technical University*, 21(83), 136–145. [https://doi.org/10.36910/2707-6296-2024-21\(83\)-49](https://doi.org/10.36910/2707-6296-2024-21(83)-49) [in Ukrainian].
10. Zghurska, O., Struk, N., Safonov, Y., Kulik, A., & Romanenko, O. (2022). Analysis of the volume and structure of health care services in Ukraine. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, 4(45), 346–354. <https://doi.org/10.55643/fcaptp.4.45.2022.3829>
11. Zub, I. (2023). Suchasni peredumovy rozvytku orhanizatsiino-ekonomichnoho mekhanizmu sfery okhorony zdorovia Ukrainy [Current Prerequisites for the Development of the Organizational and Economic Mechanism of Ukraine's Healthcare Sector]. *Scientific Bulletin of Polissya*, 1 (26), 86–98. [https://doi.org/10.25140/2410-9576-2023-1\(26\)-86-98](https://doi.org/10.25140/2410-9576-2023-1(26)-86-98) [in Ukrainian].
12. Shipov, Y. O. (2025). Zarubizhnyi dosvid publichnoho upravlinnia shchodo nadannia medyko-sotsialnykh poslug: implementatsiia v ukrainske seredovyshe [International Experience in Public Administration Regarding the Provision of Medical and Social Services: Implementation in the Ukrainian Context]. *Economy and Society*, 71, 98–106. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-71-116> [in Ukrainian].
13. Yagelska, K. Y. (2020). Derzhavna medytyna vs pryvatna: u poshukakh efektyvnoho orhanizatsiinoho instrumentarii systemy okhorony zdorovia u konteksti ekonomichnoi vzaiemodii [Public vs. Private Healthcare: In Search of Effective Organizational Tools for the Healthcare System in the Context of Economic Interaction]. *Entrepreneurship and Trade*, 27, 76–81. <https://doi.org/10.36477/2522-1256-2020-27-14> [in Ukrainian].

14. Pomaza-Ponomarenko, A. L., & Taraduda, D. V. (2024). Rozvytok publichno-pryvatnoho partnerstva u sferi krytychnoi infrastruktury: svitovyi i vitchyzniani dosvid [The Development of Public-Private Partnerships in the Field of Critical Infrastructure: Global and Domestic Experience]. *Public Management and Administration in Ukraine*, 44, 336–344. <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2024.44.56> [in Ukrainian].

15. Petrova, I. P., & Shylepnytskyi, P. I. (2024). Publichno-pryvatne partnerstvo u poviennii vidbudovi Ukrainy: osnovni vyklyky ta napriamy rozvytku [Public-Private Partnerships in Ukraine's Postwar Reconstruction: Key Challenges and Directions for Development]. *Economic Management: Theory and Practice. Chumachenko Lectures*, 140–153. <https://doi.org/10.37405/2221-1187.2024.140-153> [in Ukrainian].

16. Petrova, I. P. (2023). Evoliutsiia kontseptsii publichno-pryvatnoho partnerstva u 1980–2020-kh rokakh [The Evolution of the Concept of Public-Private Partnerships in the 1980s-2020s]. *Industrial Economics*, 4(104), 22–46. <http://doi.org/10.15407/econindustry2023.04.022> [in Ukrainian].

Дата першого надходження статті до видання: 04.04.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 02.05.2026

Дата публікації: 10.05.2026

Lopatkina Oksana
Graduate Student of the
Dnipro University of Technology

AN ORGANIZATIONAL MODEL FOR INTEGRATING PRIVATE MEDICAL CLINICS INTO SOCIAL AND MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH WAR-RELATED INJURIES (USING THE “NO TRACES OF WAR” PROGRAM AS AN EXAMPLE)

Summary. *Introduction.* This article provides a comprehensive analysis of the organizational model for involving private medical clinics in the provision of social and medical care to patients suffering from the consequences of war trauma, using the “No Traces of War” program as a case study. The relevance of the study is determined by the growing need for treatment of scar deformities, post-traumatic changes in appearance, long-term rehabilitation, and psychosocial recovery of victims against the backdrop of an overburdened public healthcare system.

Purpose. The purpose of this article is to demonstrate the managerial value of a network model for involving private clinics in the provision of social and medical care to victims of war-related injuries, and to identify its advantages, limitations, and areas for further development.

Materials and methods. The methodological framework consisted of systemic, structural-functional, and comparative approaches, content analysis of project documentation, descriptive statistics, and analytical grouping of data on participating clinics.

Results. It was established that the program formed a managed network of facilities of various profiles, combined medical, coordination, and socio-psychological components, and created the prerequisites for standardizing treatment decisions through the development of a consensus-based approach to scar treatment. It has been demonstrated that the effectiveness of such a model depends on coordination, patient routing, data management, standardization of clinical decisions, and cross-sectoral collaboration. From this perspective, the program has potential not only as a charitable or professional case study, but as a practical approach for a scalable network model.

Prospects. Further development of the “No Traces of War” program should be carried out through the formalization of management procedures, the standardization of quality criteria, and integration into systemic mechanisms for post-war reconstruction of the healthcare sector.

Key words: private healthcare sector, war trauma, social and medical assistance, rehabilitation, public administration, patient referral, “No Traces of War” program.