

Чернов Андрій Борисович

здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти кафедри філософії
Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут
імені Ігоря Сікорського», Київ, Україна
E-mail: Chandrewdoc@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-3156-6260>

Кальченко Лариса Володимирівна

доктор педагогічних наук, доцент, професор кафедри філософії
Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут і
мені Ігоря Сікорського», Київ, Україна
E-mail: kalchenko.larysa@ill.kpi.ua
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7763-5851>
Researcher ID: GLQ-5398-2022

**Дослідження досвіду приватних закладів охорони здоров'я у формуванні
соціального здоров'я жінок: вітчизняна практика**

В умовах зростаючого запиту на соціально чутливі моделі охорони здоров'я питання участі приватного медичного сектору в забезпеченні добробуту жінок набуває нової актуальності. Зокрема, в Україні, де системні трансформації накладаються на наслідки війни, ця участь залишається переважно поза полем інституційної уваги. Мета дослідження – з'ясувати, як саме приватні заклади охорони здоров'я долучаються до формування соціального здоров'я жінок і наскільки ця участь є сталою, цілеспрямованою або, навпаки, залежною від зовнішніх чинників. У роботі використано методи логіко-змістового аналізу, порівняння практик державного й приватного секторів, а також критичний огляд актуальних ініціатив, реалізованих спільно з міжнародними організаціями. Результати показали: приватні медичні установи в Україні рідко виступають ініціаторами соціальних програм, однак є важливими операційними посередниками – вони надають свої приміщення, логістику, доступ до персоналу та інфраструктури для реалізації зовнішніх ініціатив. Наприклад, мобільні гінекологічні бригади, підтримані UNFPA, фактично функціонують на базі приватних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Аналогічно психологічні інтервенції у рамках проєктів HealthRight здійснюються за сприяння приватного сектору, проте не на його ініціативу. Усі ці форми участі відбуваються за логікою тимчасового партнерства і не супроводжуються змінами в організаційній або нормативній структурі самих ЗОЗ. Водночас аналіз бар'єрів дав змогу виявити відсутність міжвідомчих маршрутів взаємодії, ігнорування соціальної компоненти в оцінці ефективності приватних ЗОЗ, а також фінансову невідповідність соціальної участі для бізнес-моделі закладу. Це створює ситуацію, коли участь приватних ЗОЗ у підтримці жінок є функціонально необхідною, але водночас системно необов'язковою і тому уразливою до припинення у разі втрати партнерського ресурсу.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що зроблено спробу включити приватні ЗОЗ у широкий контекст соціальної політики, окреслити їхню роль не як конкурента державних медико-соціальних установ і закладів, а як потенційного партнера в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення, у контексті соціальної роботи, за умови, що будуть створені відповідні рамки для такої участі на засадах міжсекторальної взаємодії і співпраці.

Ключові слова: міжсекторальна взаємодія, соціальне здоров'я жінок, постраждали від насильства, уразливі групи жінок, міжнародна співпраця, інклюзивна система підтримки, приватні медичні заклади.

Вступ. Як показує практика, починаючи з 2021 р. в Україні спостерігається активне впровадження і реалізація державних програм, спрямованих на запобігання та протидію домашньому насильству та насильству за ознакою статі. Однак питання соціального здоров'я жінок і навіть чоловіків, які є або можуть бути жертвами насильства, лише загострилися за час війни. Ураховуючи воєнні події в Україні, Міністерство соціальної політики у 2024–2025 рр. розпочало розроблення нової програми з протидії

домашньому і гендерно зумовленому насильству на 2026–2030 рр., яка передбачає упровадження корекційних програм для осіб із неконтрольованою агресією, пов'язаною з травматичним досвідом війни (ZMINA, 2025).

Упровадження нових пропозицій актуалізує питання: хто саме в умовах обмежених ресурсів державної системи буде здатен швидко реагувати на багаточисельні соціально-медичні запити жінок, які опинилися в уразливих ситуаціях? У зв'язку із цим, на нашу думку, варто зосередити увагу на потенціалі приватних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які на відміну від державного сектору демонструють більшу інституційну гнучкість, здатність до швидкої адаптації й стратегічного партнерства з неурядовими організаціями та донорами, які спроможні долучитися до вирішення означеної нами проблеми.

На тлі війни в Україні, що зумовила масову втрату соціального капіталу серед жінок – через вимушене переселення, втрату близьких, досвід насильства або економічну залежність, – саме приватні медичні установи можуть стати осередками мультидисциплінарної допомоги. Ідеться не лише про первинну медичну діагностику, а й про створення точок входу в систему соціальних послуг, де соціальний працівник є рівноправним суб'єктом допомоги поряд із лікарем, психологом чи юристом.

Поки що в Україні не існує широкої практики впровадження соціальної роботи в приватні медичні структури на системному рівні, відсутність жорсткої регуляції з боку держави у приватному секторі відкриває простір для розроблення інноваційних моделей взаємодії.

Не менш важливим є й те, що саме приватні заклади часто виступають партнерами міжнародних проєктів у сфері охорони здоров'я, отримуючи фінансування, наприклад від UNFPA, USAID, UNDP або МОЗ України, через систему грантів. Відповідно, вони можуть виступати каталізаторами інтеграції соціальної роботи в медичне середовище шляхом апробації нових підходів із подальшим масштабуванням найефективніших рішень у державний сектор.

Мета та завдання дослідження. Метою статті є визначення ролі та виявлення потенціалу приватних закладів охорони здоров'я у формуванні соціального здоров'я жінок в Україні, зокрема в умовах війни.

Матеріали та методи дослідження. У роботі використано методи логіко-змістового аналізу, порівняння практик державного й приватного секторів, а також критичний огляд актуальних ініціатив, реалізованих спільно з міжнародними організаціями; емпіричні методи: діагностичні (методи опитування – анкетування, фокус-групи), моніторинг для вивчення стану досліджуваної проблеми.

Результати дослідження. Приватні медичні установи в Україні рідко виступають ініціаторами соціальних програм, однак є важливими операційними посередниками: вони надають свої приміщення, логістику, доступ до персоналу та інфраструктури для реалізації зовнішніх ініціатив. Наприклад, мобільні гінекологічні бригади, підтримані UNFPA, фактично функціонують на базі приватних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Аналогічно психологічні інтервенції у рамках проєктів HealthRight здійснюються за сприяння приватного сектору, проте не на його ініціативу. Усі ці форми участі відбуваються за логікою тимчасового партнерства і не супроводжуються змінами в організаційній або нормативній структурі самих ЗОЗ. Водночас аналіз бар'єрів дав змогу виявити відсутність міжвідомчих маршрутів взаємодії, ігнорування соціальної компоненти в оцінці ефективності приватних ЗОЗ, а також фінансову невідповідність соціальної участі для бізнес-моделі закладу. Це створює ситуацію, коли участь приватних ЗОЗ у підтримці жінок є функціонально необхідною, але водночас системно необов'язковою і тому уразливою до припинення у разі втрати партнерського ресурсу.

У сучасному дискурсі соціальної роботи все більшої актуальності набуває не лише безпосереднє надання допомоги жінкам у кризових ситуаціях, а й інституціональний аналіз того, які саме соціальні й медичні структури беруть участь у формуванні соціального здоров'я. Так, у статті А.В. Павліченко (Павліченко, 2020) акцент зроблено на загальній системі соціального захисту жінок; авторка справедливо вказує на надмірну формалізацію процедур і відсутність оперативної допомоги, особливо в частині взаємодії з установами охорони здоров'я. Дослідження інших авторів (Sapirova, Abenova, 2024) є показовим із погляду регіональної нерівності доступу до допомоги в сільській місцевості. Авторки відзначають, що саме нестача соціальних служб у закладах охорони здоров'я призводить до відсутності допомоги жінкам, які зазнали насильства. Отже, зростає значення неурядових і приватних структур, які можуть діяти гнучкіше, хоча і не мають повноважень системного характеру.

Фундаментальне значення для українського контексту має підхід авторів А. Ярошенко, Т. Семигіної, які трактують феміністичну соціальну роботу як професійне інвестування в жіночу солідарність (Ярошенко, Семигіна, 2019). Цей підхід дає змогу розглядати інституції охорони здоров'я не лише як простір надання медичних послуг, а й як можливу платформу для мобілізації жіночих спільнот, створення безпечного середовища, підтримки постраждалих жінок. Т. Семигіна звертає увагу на необхідність «деколонізації» уявлень про допомогу жінкам і зазначає, що не достатньо просто додати соціального працівника до клініки, якщо не змінено саму логіку стосунків, – від патерналістської до партнерської

моделі взаємодії (Семигіна, 2023). Така позиція прямо стосується формування інноваційних моделей у приватних медичних структурах, які мають потенціал діяти вільніше за державний сектор.

Важливим доповненням і обґрунтуванням нашої думки є дослідження Т. Лях, Н. Клішевич, Г. Скіпальської, у якому зроблено спробу визначити системні характеристики жінок, що стали об'єктами соціальної роботи через насильство (Лях, Клішевич, Скіпальська, 2021). Авторки наголошують на необхідності мультидисциплінарного підходу, проте визнають, що медичні заклади, зокрема приватні, здебільшого залишаються поза цим процесом через відсутність регламентів взаємодії. Особливо значущою є стаття О. Файдюк, яка акцентує увагу на соціально-психологічній допомозі жінкам, які пережили насильство у воєнний час (Файдюк, 2022). Авторка відзначає зростання запитів на психоемоційну підтримку та дефіцит фахівців, які можуть працювати з воєнною травмою. Приватні клініки, як стверджується, усе частіше долучаються до таких послуг через партнерство з міжнародними фондами, але й досі діють дуже фрагментарно, адже системної позиції держави щодо міжсекторального партнерства у сфері охорони здоров'я і соціального забезпечення із розв'язання актуальних питань соціального здоров'я жінок, їх захисту і підтримки все ще не простежується.

Інтернаціональний зріз подає R. Webb et al., які у системному огляді бар'єрів і чинників успіху в наданні пренатальної психіатричної допомоги вказують на ключову роль координації між соціальними службами та медичними установами (Webb et al., 2021). Їхні висновки хоча й базуються на даних із країн Заходу, є релевантними і для України, де інтеграція соціальної та медичної підтримки залишається здебільшого лише наміром. Так, О. Замашкіна окреслює на прикладі конкретних кейсів, як має виглядати ефективний соціальний супровід жінок, які зазнали насильства (Замашкіна, 2020). Авторка підкреслює, що медичний компонент часто залишається формальним: медична допомога надається, але не супроводжується жодними подальшими соціальними кроками, окрім хіба що стандартного скерування до поліції.

Узагальнюючи, можемо зазначити, що проаналізовані нами дослідження свідчать про послідовний, хоча й поки що фрагментарний, рух до інтеграції соціальної роботи у сферу охорони здоров'я. Приватні заклади мають потенціал стати інноваційними лабораторіями такого підходу, однак нині їхня участь залишається залежною від зовнішнього фінансування та ініціатив міжнародних партнерів.

Розкриваючи мету дослідження, варто зазначити, що у межах аналізу практик підтримки соціального здоров'я жінок у сфері охорони здоров'я в Україні важливо не обмежуватися розглядом лише окремих ініціатив чи загальних декларацій. Реальну ситуацію можна побачити лише у порівнянні системних параметрів діяльності державних і приватних (ЗОЗ), зокрема через такі змінні (критерії), як: ступінь інституційної інтеграції соціальної роботи, доступність послуг для уразливих груп жінок, психосоціальна підтримка та ментальне здоров'я, тип реагування на випадки гендерно зумовленого насильства, а також стабільність фінансування й адаптивність, стійкість соціально-медичних програм.

Для цього нами було проведено контент-аналіз нормативно-правової бази, що регламентує діяльність ЗОЗ державного і приватного секторів, а також діагностичне опитування керівників 12 медичних установ і закладів різних сфер власності м. Києва та Київської області щодо надання медико-соціальних послуг жіночому населенню.

У табл. 1 нами систематизовано ключові критерії, що дають змогу співставити державний і приватний сектори медичної сфери з позиції їхньої спроможності впливати на формування соціального здоров'я жінок та їх захист.

Аналізуючи отримані дані, можемо зазначити, що попри загальну очікуваність деяких висновків (вища гнучкість у приватному секторі, ширша доступність у державному) нами було виявлено низку неочевидних системних розбіжностей. Зокрема, можна побачити, що приватні заклади проявляють більшу схильність до міждисциплінарної співпраці з неприбутковими установами, що дає їм змогу локально компенсувати відсутність централізованих соціальних програм, тоді як державні структури здебільшого залежать від вертикальних ініціатив. Також помітно, що модель фінансування приватного сектору хоч і менш соціально орієнтована, у воєнний період демонструє вищу адаптивність, зокрема в упровадженні телемедицини, що зменшує бар'єри для психологічної допомоги уразливим категоріям жінок. Державний сектор попри розгалужену мережу є менш здатним до адресної, кризової підтримки у випадках насильства або психотравматизації; у цьому аспекті приватні місцеві клініки мають потенціал діяти ефективніше, хоч і в обмеженому масштабі.

Отже, ключовий виклик полягає не лише в удосконаленні кожного із секторів окремо, а у формуванні зон спільної відповідальності – з чітким розподілом функцій, стандартизацією протоколів соціального супроводу та міжсекторальною і мультидисциплінарною взаємодією. Без цього зусилля у сфері соціального здоров'я жінок залишатимуться фрагментарними і, відповідно, малоефективними.

В Україні приватні заклади охорони здоров'я відіграють важливу роль у підтримці соціального здоров'я жінок, особливо в умовах війни та соціальних потрясінь. Їхня діяльність охоплює різні напрями і послуги,

Таблиця 1

**Медико-соціальна допомога жінкам у державних і приватних закладах
охорони здоров'я України (2024–2025 рр.)**

Критерій	Державні заклади охорони здоров'я	Приватні заклади охорони здоров'я
Інституційна інтеграція соціальної роботи	Часткова інтеграція соціальних працівників у медичні заклади, переважно в рамках державних програм та ініціатив, таких як «Ти як?» [10].	Обмежена інтеграція соціальних працівників; деякі клініки впроваджують соціальні послуги через партнерство з неприбутковими установами та міжнародними організаціями [11].
Доступність послуг для жінок і уразливих групах	Широка доступність через державні програми й безкоштовні послуги; однак існують обмеження через перевантаженість системи та нестачу ресурсів [12].	Обмежена доступність через платні послуги; деякі клініки надають безкоштовні або субсидовані послуги в рамках партнерських програм [13].
Психосоціальна підтримка та ментальне здоров'я	Реалізація національних програм, таких як «Ти як?», спрямованих на покращення ментального здоров'я населення [10].	Упровадження програм психосоціальної підтримки через партнерство з міжнародними організаціями та неприбутковими установами [11].
Реагування на гендерно зумовлене насильство	Державні програми та ініціативи спрямовані на запобігання та протидію насильству за ознакою статі; однак існує потреба в покращенні координації та ресурсного забезпечення [12].	Деякі приватні заклади впроваджують програми підтримки жінок, які постраждали від насильства, у партнерстві з неприбутковими установами та міжнародними організаціями [11].
Гнучкість та інноваційність у наданні послуг	Обмежена гнучкість через бюрократичні процедури й нормативні обмеження.	Вища гнучкість у впровадженні інноваційних підходів та адаптації до потреб пацієнтів.
Партнерство з неприбутковими установами й міжнародними організаціями	Активне партнерство з міжнародними організаціями, такими як UNFPA та UNICEF, для реалізації програм підтримки жінок [12].	Партнерство з неприбутковими установами та міжнародними організаціями для впровадження соціальних програм та послуг [11].
Доступ до телемедицини та цифрових послуг	Розвиток телемедичних послуг у рамках державних ініціатив; однак існують технічні й інфраструктурні обмеження.	Активне впровадження телемедицини та цифрових платформ для надання послуг, особливо в умовах війни [13].
Фінансування та стійкість програм	Залежність від державного бюджету та міжнародної допомоги; ризик нестабільного фінансування.	Залежність від платоспроможності пацієнтів та партнерських програм; можливість швидкої адаптації до змін у фінансуванні.

серед яких: надання психосоціальної допомоги, підтримка жінок, які постраждали від насильства, та сприяння економічній самостійності. Охарактеризуємо кожен із напрямів.

1. Психосоціальна підтримка та допомога постраждалим від насильства.

Організація HealthRight International в Україні у партнерстві з приватними медичними закладами впроваджує програми з надання психосоціальної допомоги жінкам, які пережили насильство. Зокрема, було створено онлайн-платформу SafeWomenHub, яка надає послуги з підтримки психічного здоров'я переміщеним особам, жінкам та дівчатам, які постраждали від сексуального та гендерно зумовленого насильства [14].

2. Мобільні гінекологічні бригади та кабінети безбар'єрного доступу.

Фонд ООН у галузі народонаселення (UNFPA) в Україні у співпраці з приватними медичними закладами організував мобільні гінекологічні бригади для надання доступної медичної допомоги з питань сексуального та репродуктивного здоров'я мешканцям віддалених куточків України. Також створено гінекологічні кабінети безбар'єрного доступу, де жінки можуть анонімно та конфіденційно отримати медичні та психологічні послуги у разі домашнього або гендерно зумовленого насильства [15]. Сьогодні в Україні працюють 86 гінекологічних кабінетів безбар'єрного доступу, де місцеві мешканки або жінки ВПО, постраждали від гендерно зумовленого насильства, та люди з інвалідністю зможуть отримати кваліфіковану медико-психологічну допомогу. Такі кабінети відкрито на базі приймальних і гінекологічних відділень жіночих консультацій обласних, районних або місцевих лікарень, міських перинатальних центрів, приватних клінік.

3. Підтримка економічної самостійності жінок.

У рамках проекту EMBRACE, реалізованого UNFPA та School of ME, було створено акселератор для соціальних підприємств, спрямований на розвиток підприємств, які підтримують жінок, що постраждали від насильства. Ці підприємства надають жінкам можливості для професійного розвитку та економічної незалежності [16]. Акселератор для соціальних підприємств, що реалізується School of ME, спрямований на розвиток 10 соціальних підприємств, які розділяють мету EMBRACE та підтримують жінок.

Попри зростаючу активність приватного медичного сектору у сфері соціального здоров'я жінок варто визнати, що більшість таких закладів не виступає самостійними провайдерами медико-соціальних послуг. Натомість вони функціонують як ключові посередники між міжнародними ініціативами, громадськими організаціями й локальними громадами. Їхня роль не полягає у розробленні чи стратегічному управлінні програмами, але саме через їхні інфраструктуру, технічні можливості, довіру пацієнтів і присутність у приватному секторі відбувається реалізація значної частини соціально орієнтованих проєктів.

Прикладом є вже зазначена діяльність мобільних гінекологічних бригад за підтримки UNFPA, які фізично базуються у приватних клініках і здійснюють обслуговування через їхні ресурси: приміщення, медичне обладнання, логістику. Така модель не про автономну ініціативу приватного сектору, а про його функціональну залученість у міжсекторальні формати, де медичний бізнес стає логістичною і професійною платформою для гуманітарних та соціальних програм. Це ж підтверджується в роботі проєкту HealthRight International, де психологічні консультації та кризові інтервенції для жінок, які пережили насильство, реалізуються саме у партнерстві з приватними клініками, а не як їхня пряма ініціатива. Таке становище є водночас перевагою і викликом: з одного боку, приватні ЗОЗ здатні швидко реагувати, адаптувати інфраструктуру і підтримати програму ресурсами; з іншого – вони не ініціюють системних змін у політиці охорони соціального здоров'я жінок, залишаючись у залежному статусі від зовнішніх джерел фінансування та стратегій.

Це підтверджує ключову тезу, що приватні ЗОЗ не є автономними агентами соціальної політики, а радше виконують роль логістичних посередників у програмах, ініційованих зовнішніми структурами. Саме така операційна, а не системотворча участь і зумовлює наявність низки бар'єрів, викладених у табл. 2.

Таблиця 2

Перешкоди, що обмежують участь приватних закладів охорони здоров'я у процесі формування соціального здоров'я жінок в Україні

№	Категорія перешкоди	Суть обмеження	Наслідки для соціального здоров'я жінок
1	2	3	4
1	Відсутність нормативного статусу	Приватні ЗОЗ не включені до нормативно закріпленої системи соціального супроводу	Не мають формального мандату на участь у медико-соціальній роботі з жінками
2	Фінансова несумісність цільової функції	Діяльність приватних ЗОЗ ґрунтується на прибутку, а соціальна допомога є здебільшого неприбутковою	Соціальні послуги не інтегруються у стандартні бізнес-моделі клінік
3	Брак фахівців соціальної роботи у штаті	Соціальні працівники майже не залучаються до роботи у приватних клініках	Відсутність фахового супроводу для уразливих груп жінок
4	Фрагментарність партнерських програм	Співпраця з неприбутковими установами й міжнародними структурами є ситуативною, не має стабільного інституційного характеру	Тимчасовість та нестійкість ініціатив у сфері психосоціальної підтримки
5	Відсутність міжвідомчих маршрутів	Приватні ЗОЗ не інтегровані в систему соціальних «маршрутів» (напр., після кризового втручання)	Жінки не отримують подальшої соціальної допомоги після первинного медичного контакту
6	Низька обізнаність персоналу	Медичні працівники не мають підготовки щодо ідентифікації соціально уразливих станів	Випадки насильства, ізоляції чи утиску залишаються непоміченими
7	Невизначеність показників ефективності	Соціальний вплив не вимірюється у рамках комерційної медицини	Відсутня мотивація інвестувати в напрям, який не має вимірюваного повернення коштів
8	Обмежений доступ для малозабезпечених	Послуги часто недоступні для жінок із низьким рівнем доходу, які потребують соціального супроводу	Соціально уразливі групи жінок фактично виключені з клієнтської бази

Продовження таблиці 2

1	2	3	4
9	Стигматизація соціальних тем	Висвітлення тем насильства, травм, психічних розладів у приватній медицині часто маргіналізується	Клініки уникають репутаційних ризиків, що пов'язані із соціально чутливими темами
10	Регуляторна ізоляція	МОЗ, Мінсоцполітики не мають механізмів спільного регулювання участі приватних ЗОЗ у соціальній сфері	Відсутність загальнодержавного підходу до міжсекторальної взаємодії та інтеграції приватних ЗОЗ до реалізації медико-соціальних програм здоров'язбережувального характеру

Джерело: опитування 50 жінок віком 18–35 років + аналіз результатів загальнонаціонального опитування, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології (KMIC) у межах проекту «Підтримка реабілітації людей з інвалідністю, спричиненою війною» від 9 жовтня 2023 р. [17]

Обговорення результатів. Резюмуючи, зазначимо, системно визначальним бар'єром для участі приватних закладів охорони здоров'я у формуванні соціального здоров'я жінок є їх інституційна ізоляція від системи загальномедичної і соціальної взаємодії, що суперечить заявам МОЗ щодо «єдиного медичного простору». Ці установи не інтегровані в логіку міжвідомчих маршрутів соціального супроводу: після надання медичних послуг жінкам, які пережили насильство або вразливі життєві ситуації, немає процедурно закріплених механізмів скерування, передачі їх до фахівців соціальної сфери. Навіть коли клініка технічно готова надавати соціальну допомогу або брати участь у партнерських програмах, відсутність нормативно-правового забезпечення та міжсекторальних протоколів перетворює таку участь на виняток, а не на норму.

Окрім того, приватні ЗОЗ функціонують у системі фінансової неможливості інвестувати у соціальний складник допомоги, оскільки така діяльність не має позитивного фінансового результату, вона не є складовою частиною бізнес-моделей. Соціальні функції медичних установ і закладів залишаються невизнаними ні державою (відсутність KPI, заохочень чи індикаторів), ні споживачем (низький запит на соціальну відповідальність медичних установ). Усе це формує стійку репутаційну інерцію: більшість приватних клінік уникає роботи із соціально чутливими темами, щоб не ризикувати іміджевими втратами, або цільовою аудиторією. Як наслідок, навіть у разі реальної участі в соціальних ініціативах приватні медичні заклади залишаються невидимими гравцями в полі формування соціального здоров'я жінок.

Отже, приватні заклади охорони здоров'я в Україні переважно не є рушіями трансформації у сфері соціального здоров'я жінок, але без їхньої участі більшість сучасних соціальних ініціатив не могла би зреалізуватися. Їхня роль – операційна, посередницька, гнучка, і в цьому – їх фактична цінність.

Висновки. Приватні заклади охорони здоров'я в Україні сьогодні не виступають автономними провайдерами медико-соціальних послуг для жінок, однак відіграють свою важливу роль як інфраструктурні й професійні посередники у реалізації гуманітарних і соціальних ініціатив, зокрема у партнерстві з UNFPA, HealthRight International та іншими донорами. Їхня сила – у гнучкості, швидкій реакції, технічному забезпеченні та здатності до логістичного обслуговування міжсекторальних, міжвідомчих, міждисциплінарних програм. Однак через відсутність нормативної інтеграції, фахового соціального персоналу й фінансових мотивацій приватні ЗОЗ не здатні системно впливати на політику соціального здоров'я жінок. Вони діють у фрагментованому полі зовнішніх ініціатив, що обмежує їхню участь у трансформаційних змінах. Отже, подальший розвиток та інтеграція медико-соціальної сфери потребують інституціоналізації міжвідомчих маршрутів, стандартизації протоколів взаємодії та створення умов для сталого партнерства між державою (її соціальними службами і закладами охорони здоров'я) та приватним медичним сектором. Ігнорування й недооцінювання цього ресурсу – це втрачена можливість для розбудови комплексної, стійкої, інклюзивної системи підтримки жінок в умовах соціальної уразливості та збереження їхнього соціального здоров'я.

Література

ZMINA. В Україні розроблять нову програму з протидії домашньому і гендерно зумовленому насильству: які заходи передбачать. URL: <https://zmina.info/news/v-ukrayini-rozroblyat-novu-programu-z-protydiy-domashnomu-i-genderno-zumovlenomu-nasyistvu-yaki-zahody-peredbachat/> (дата звернення: 15.05.2025).

Павліченко О.В. Проблеми соціального захисту жінок. Social Law. 2020. № 4. С. 50–53. URL: <https://soclaw.com.ua/index.php/journal/article/view/295> (дата звернення: 15.05.2025).

Sapirova M., Abenova K. Social work with domestic violence against women in rural areas. *Social and Legal Studios*. 2024. Vol. 7, No. 4. P. 38–47. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/8556/1/SLS_Vol_7_No_4_2024.pdf#page=47 (дата звернення: 15.05.2025).

Ярошенко А., Семигіна Т. Феміністична соціальна робота як професійне інвестування в жіночу солідарність. *Вісник АПСВ*. 2019. № 1. URL: <https://grani-print.dp.ua/index.php/jaysrt/article/view/129> (дата звернення: 16.05.2025).

Семигіна Т. Феміністичні дослідження і соціальна робота: що між ними спільного? *Modernization of today's science: experience and trends: Proceedings of the III International Scientific and Theoretical Conference*. 2023. URL: <https://ssrn.com/abstract=4416971> (дата звернення: 17.05.2025).

Лях Т.Л., Клішевич Н.А., Скіпальська Г.Б. Жінки, які постраждали від домашнього насильства як об'єкт соціальної роботи. Ввічливість. *Humanitas*. 2021. № 5. С. 82–89. URL: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/41459/> (дата звернення: 17.05.2025).

Файдюк О.В. Соціально-психологічна допомога жінкам, які зазнали насильства у воєнний час. *Науковий журнал Хортицької національної академії*. 2022. № 1(6). URL: <https://journal.khnnra.edu.ua/index.php/files/article/view/56> (дата звернення: 18.05.2025).

Webb R. та ін. Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2021. Vol. 8, Issue 6. P. 521–534. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30467-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30467-3/abstract) (дата звернення: 18.05.2025).

Замашкіна О. Соціальний супровід жінок, постраждалих від домашнього насильства. *Ізмаїльський державний гуманітарний університет. Соціально-правовий захист різних категорій населення: європейський вимір*. 2020. С. 46–51. URL: <http://dspace.idgu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/1299> (дата звернення: 19.05.2025).

Ти як? Всеукраїнська програма ментального здоров'я. URL: <https://howareu.com/> (дата звернення: 21.05.2025).

Women for Women International. Ukraine Conflict Response Fund. URL: <https://www.womenforwomen.org/crf-ukraine> (дата звернення: 21.05.2025).

UNFPA. Ukraine Regional Situation Report #26 – Q4 2024. URL: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Ukraine%20Regional%20SitRep%2326%20-%20Q4%202024%20%28Final%20Approved%29.pdf> (дата звернення: 21.05.2025).

HealthRight International. Ukraine War Relief. URL: <https://healthright.org/ukraine-war-relief/> (дата звернення: 23.05.2025).

HealthRight International. З її власних слів – Галина. URL: <https://www.healthright.org.ua/news-by-hr/in-her-own-words-halyna/> (дата звернення: 23.05.2025).

UNFPA Ukraine. Реалізація першого етапу інформаційної кампанії. URL: <https://ukraine.unfpa.org/uk/5633437> (дата звернення: 24.05.2025).

School of ME. Акселератор для соціальних підприємств від UNFPA Ukraine x School of ME. URL: <https://schoolofme.me/unfra> (дата звернення: 24.05.2025).

UNDP Ukraine. Реабілітаційні послуги для людей, які отримували поранення, ушкодження здоров'я чи захворювання з 24 лютого 2022 року: огляд результатів загальнонаціонального опитування. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/ohlyad-rezultativ-doslidzhen> (дата звернення: 25.05.2025).

A study of the experience of private healthcare institutions in promoting women's social health: the Ukrainian context

Chernov Andrii

Postgraduate Student at the Department of Philosophy

National Technical University of Ukraine «Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute», Kyiv, Ukraine

Kalchenko Larysa

Doctor of Sciences (in Pedagogy), Associate Professor, Professor at the Department of Philosophy

National Technical University of Ukraine «Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute», Kyiv, Ukraine

In the context of a growing demand for socially sensitive models of healthcare, the role of the private medical sector in ensuring women's well-being is gaining renewed relevance. In Ukraine, in particular—where systemic

transformations intersect with the consequences of war—this participation largely remains outside the scope of institutional attention. The aim of this study was to explore how private healthcare institutions contribute to the formation of women's social health and to what extent their involvement is sustainable, intentional, or rather dependent on external factors. The study employed methods of content-logical analysis, comparative review of public and private sector practices, and a critical assessment of current initiatives implemented in collaboration with international organizations. The results revealed that private medical institutions in Ukraine rarely act as initiators of social programs, yet they serve as important operational intermediaries by providing facilities, logistics, access to personnel, and infrastructure for the implementation of external initiatives. For instance, mobile gynecological teams supported by UNFPA are effectively based in private healthcare facilities. Similarly, psychological interventions within HealthRight projects are conducted with the support of the private sector, although not initiated by it. All these forms of involvement follow the logic of temporary partnerships and are not accompanied by changes in the organizational or regulatory structure of the healthcare institutions themselves. At the same time, barrier analysis revealed key issues such as the lack of interagency referral pathways, neglect of the social component in evaluating the performance of private healthcare providers, and the financial unprofitability of social engagement for their business models. This creates a situation where the involvement of private healthcare providers in supporting women is functionally necessary but systemically non-mandatory and therefore vulnerable to termination in the absence of partner resources. The practical significance of the study lies in the attempt to place private healthcare institutions within a broader framework of social policy, highlighting their role not as competitors to public medico-social services, but as potential partners in the fields of healthcare and social protection—provided that appropriate frameworks for such involvement are established on the basis of cross-sectoral interaction and cooperation.

Keywords: cross-sectoral cooperation, women's social health, survivors of violence, vulnerable groups of women, international collaboration, inclusive support system, private healthcare institutions.

References

- ZMINA. (2025). *V Ukraini rozrobiat novu prohramu z protydyi domashnomu i henderno zymovlenomu nasyistvu: yaki zakhody peredbachat* [Ukraine to develop a new program to counter domestic and gender-based violence: What measures are expected]. Retrieved from <https://zmina.info/news/v-ukrayini-rozroblyat-novu-programu-z-protydyi-domashnomu-i-genderno-zumovlenomu-nasyistvu-yaki-zakhody-peredbachat/>
- Pavlichenko, O.V. (2020). *Problemy sotsialnoho zakhystu zhynok* [Problems of women's social protection]. *Sotsialne pravo – Social Law*, (4), 50–53. Retrieved from <https://soclaw.com.ua/index.php/journal/article/view/295>
- Sapirova, M., & Abenova, K. (2024). *Social work with domestic violence against women in rural areas. Social and Legal Studios – Sotsialni ta pravovi studii*, 7(4), 38–47. Retrieved from https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/8556/1/SLS_Vol_7_No_4_2024.pdf#page=47
- Yaroshenko, A., & Semyhina, T. (2019). *Feminyistychna sotsialna robota yak profesiine investuvannia v zhynochu solidarnist* [Feminist social work as professional investment in women's solidarity]. *Visnyk APSV – Bulletin of the Association of Social Workers*, (1). Retrieved from <https://grani-print.dp.ua/index.php/jaysrt/article/view/129>
- Semyhina, T. (2023). *Feminyistychni doslidzhennia i sotsialna robota: shcho mizh nymy spilnoho?* [Feminist research and social work: What do they have in common?]. *Modernization of today's science: experience and trends: Proceedings of the III International Scientific and Theoretical Conference – Modernizatsiia suchasnoi nauky*, SSRN. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=4416971>
- Liakh, T.L., Klishevych, N.A., & Skipalska, H.B. (2021). *Zhinky, yaki postrazhdaly vid domashnoho nasyistva, yak ob'ekt sotsialnoi roboty* [Women affected by domestic violence as an object of social work]. *Vvichlyvist. Humanitas – Courtesy. Humanitas*, (5), 82–89. Retrieved from <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/41459/>
- Faidyuk, O.V. (2022). *Sotsialno-psykholohichna dopomoha zhynkam, yaki zaznaly nasyistva u voiennyi chas* [Social and psychological support for women affected by violence during wartime]. *Naukovyi zhurnal Khortytskoi natsionalnoi akademii – Scientific Journal of the Khortytsia National Academy*, 1(6). Retrieved from <https://journal.khnnra.edu.ua/index.php/files/article/view/56>
- Webb, R., Uddin, N., Ford, E., Easter, A., Shakespeare, J., Roberts, N., Alderdice, F., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., & Ayers, S. (2021). *Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: A systematic review. The Lancet Psychiatry*, 8(6), 521–534. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30467-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30467-3/abstract)

Zamashkina, O. (2020). *Sotsialnyi suprovid zhynok, postrazhdalykh vid domashnoho nasylstva* [Social support for women affected by domestic violence]. *Izmailskiy derzhavnyi humanitarniy universytet. Sotsialno-pravovyi zakhyst riznykh katehori naselennia: yevropeyskyi vymir – Izmail State Humanities University. Social and legal protection of different categories of the population: European dimension*, 46–51. Retrieved from <http://dspace.idgu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/1299>

Ty yak? Vseukrainska prohrama mentalnoho zdorovia [How are you? National Mental Health Programme]. (n.d.). Retrieved from <https://howareu.com/>

Women for Women International. (n.d.). *Ukraine Conflict Response Fund. [Elektronnyi resurs]*. Retrieved from <https://www.womenforwomen.org/crf-ukraine>

UNFPA. (2024). *Ukraine Regional Situation Report #26 – Q4 2024*. Retrieved from <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Ukraine%20Regional%20SitRep%2326%20-%20Q4%202024%20%28Final%20Approved%29.pdf>

HealthRight International. (n.d.). *Ukraine War Relief*. Retrieved from <https://healthright.org/ukraine-war-relief/>

HealthRight International. (2024). *Z yii vlasnykh sliv – Halyna* [In her own words – Halyna]. Retrieved from <https://www.healthright.org.ua/news-by-hr/in-her-own-words-halyna/>

UNFPA Ukraine. (2023). *Realizatsiia pershoho etapu informatsiinoi kampanii* [Implementation of the first stage of the information campaign]. Retrieved from <https://ukraine.unfpa.org/uk/5633437>

School of ME. (2022). *AkseLERATOR dlia sotsialnykh pidpriemstv vid UNFPA Ukraine x School of ME* [Accelerator for social enterprises]. Retrieved from <https://schoolofme.me/unfpa>

UNDP Ukraine. (n.d.). *Reabilitatsiini posluhy dlia liudei, yaki otrymaly poranennia, ushkodzhennia zdorovia chy zakhvoriuvannia z 24 liutoho 2022 roku: ohliad rezultativ zahalnonatsionalnoho opytuvannia* [Rehabilitation services for people injured or affected after February 24, 2022: National survey overview]. Retrieved from <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/ohlyad-rezultativ-doslidzh>

Accepted: May 31, 2025