

Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» включено до переліку наукових фахових видань України з державного управління (Категорія «Б», Наказ Міністерства освіти і науки України № 1643 від 28.12.2019).

Спеціальність – 281.

Державне управління: удосконалення та розвиток. 2026. № 4.

ISSN 2307-2156



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/>).

DOI: <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2026.4.6>

УДК 351.84:364-3:005.21

В. П. Горин,

д. е. н., професор, професор кафедри фінансів ім. С. І. Юрія,

Західноукраїнський національний університет

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6048-8330>

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ УПРАВЛІННЯ ІНКЛЮЗИВНИМИ СОЦІАЛЬНИМИ ПРОГРАМАМИ В ОРГАНІЗАЦІЯХ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ

V. Horyn,

Doctor of Economic Sciences, Professor, Professor of S. Yuriy Department of

Finance, West Ukrainian National University

CONCEPTUAL APPROACHES TO DEVELOPING AN INCLUSION MANAGEMENT STRATEGY FOR SOCIAL PROGRAMS IN SOCIAL SECTOR ORGANIZATIONS

Статтю присвячено формуванню концептуальних засад стратегії управління інклюзивними соціальними програмами в організаціях охорони здоров'я та освіти. На основі синтезу ключових наукових підходів до управління інклюзією запропоновано авторське визначення стратегії управління інклюзивними соціальними програмами та обґрунтовано трирівневу концептуальну модель, що охоплює інституційний, операційний та індивідуальний рівні. Визначено галузеву специфіку управлінських завдань в охороні здоров'я та освіти, виявлено спільні системні проблеми обох галузей – фрагментованість інклюзивних заходів, нестача фахової підготовки персоналу, слабкість систем моніторингу та інституційна інерція. Розглянуто методологічні підходи до оцінювання ефективності інклюзивних програм та запропоновано систему показників, що охоплює індикатори доступності, участі, результатів і організаційної стійкості. Сформульовано практичні рекомендації щодо розроблення та впровадження інклюзивної стратегії в організаціях соціальної сфери.

Ensuring inclusion in public sector organizations has become a strategic imperative extending beyond the boundaries of pedagogical or medical practice. Healthcare and education are at the center of large-scale reforms driven by evolving international human rights standards, Ukraine's European integration commitments, and deepening social inequalities under conditions of full-scale war. Despite growing normative pressure, the gap between declared inclusion standards and the operational reality of organizations remains wide and poorly addressed in management literature.

This article aims to develop conceptual foundations for inclusion management strategy in social sector organizations, with particular focus on healthcare and education. Drawing on a synthesis of key theoretical approaches, the author proposes an original definition of inclusion management strategy as a systemic document that articulates value orientations, hierarchically organized goals, operational mechanisms, and measurable indicators for ensuring equal and dignified access to services for all client categories. The study also presents a three-level conceptual

model structured across institutional, operational, and individual levels. Each level is described through four functional components: value and goal orientation, management principles, implementation mechanisms, and a results measurement system.

The article examines sectoral specifics of inclusion management, identifying shared structural challenges in both industries: fragmentation of inclusion measures into isolated projects, insufficient personnel preparation, weak monitoring systems, and institutional inertia rooted in decades of segregation-oriented practice. The Ukrainian context receives specific attention, including the consequences of full-scale armed conflict on institutional capacity and the expanding target audience of inclusion programs.

Three methodological approaches to evaluating program effectiveness are reviewed, alongside a proposed original four-group indicator system covering accessibility, participation, outcomes, and organizational sustainability. Practical recommendations address the full strategic cycle, from organizational diagnosis and stakeholder engagement through priority-setting and accountability structures to personnel development, management of typical implementation pitfalls, and cyclical strategy review.

Ключові слова: *концептуальні засади, стратегія управління, соціальні програми, інклюзія, стейкхолдери, організація, сфера освіти, охорона здоров'я, оцінювання ефективності.*

Keywords: *conceptual foundations, management strategy, social programs, inclusion, stakeholders, organization, education sector, healthcare, effectiveness evaluation.*

Вступ. Проблема забезпечення інклюзії в організаціях публічного сектору набуває в сучасних умовах виразного стратегічного виміру, виходячи далеко за межі педагогічної чи медичної проблематики. Охорона здоров'я та освіта як галузі соціальної сфери, які безпосередньо впливають на формування людського

капіталу та відтворення соціальних зв'язків у суспільстві, перебувають у центрі масштабних реформ. Ці зміни зумовлені еволюцією міжнародних стандартів у сфері прав людини, євроінтеграційними зобов'язаннями України та загостренням соціальної нерівності в умовах повномасштабної війни. Ратифікація Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, прийняття Стратегії ЄС щодо прав осіб з інвалідністю на 2021-2030 роки, реформа «Нова українська школа», системні реформи в галузі охорони здоров'я вимагають від організацій соціальної сфери не точкових заходів інклюзивного характеру, а системної інтеграції інклюзивних підходів у стратегічний вимір організації їхньої діяльності.

Аналіз останніх наукових досліджень та публікацій. У вітчизняному і зарубіжному науковому середовищі спостерігається стійкий інтерес до питань інклюзії, але його фокус зміщений переважно у педагогічному та медичному ракурсах. Водночас, необхідно звернути увагу на напрацювання вчених у царині обґрунтування управлінських аспектів інклюзії. Зокрема, О. Павлова, К. Павлов, А. Сур'як, М. Садовська та Р. Устимович у своїй праці розвивають теоретичні та практичні засади управління інклюзивними процесами у сфері освітніх послуг, зокрема визначають ключові підходи, інструменти та умови забезпечення рівного доступу до якісної освіти усіх учасників освітнього процесу [16]. До ключових аспектів управління інклюзивними процесами у сфері освітніх послуг вчені зараховують проведення діагностики потреб і можливостей, розроблення індивідуальних освітніх програм, формування сприятливого середовища та партнерство з громадськістю. О. Маліновська та О. Демкович звертають увагу на важливість соціальних програм та проєктів у реалізації державної соціальної політики, вбачають перспективи підвищення ефективності виконання таких програм через розвиток програмно-цільового методу бюджетування [14]. Вчені також пропонують власне бачення сутності та класифікації соціальних програм, формулюють ключові етапи їхнього складання. Заслуговує на увагу публікація З. Лободіної, Г. Лопушняк, Т. Кізими та М. Ливдар, у якій науковці визначають суть та інструментарій інклюзивно орієнтованого бюджетування, яке враховує переваги програмно-цільового, партиципаторного та гендерно орієнтованого

підходів до планування і виконання бюджетних програм. Вони також вводять у науковий обіг поняття «бюджетної інклюзії» [13]. Важливо також відзначити серію наукових праць І. Кадикової, де вчена формулює концепцію стратегічного управління інклюзивними соціальними програмами [10], визначає методологічні підходи до ідентифікації соціальних програм та принципи вибору інструментів для управління ними з урахуванням специфіки відповідної сфери [11], розкриває інші важливі питання впровадження стратегічного підходу в управління програмами соціального спрямування.

Незважаючи на наявність певних напрацювань, теоретичне обґрунтування стратегічного управління соціальними програмами залишається недостатнім. Зокрема, потребують уваги вчених питання формування інтегрованої стратегії управління інклюзією на рівні організації, механізми вимірювання ефективності інклюзивних програм, умови та особливості перенесення кращих управлінських практик у галузі соціальної сфери.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є поглиблення концептуальних підходів до формування стратегії управління інклюзивними соціальними програмами в організаціях соціальної сфери (зокрема, охорони здоров'я та освіти) на основі синтезу основних наукових концепцій. Досягнення цієї мети потребує вирішення таких дослідницьких завдань, як систематизація наукових підходів до управління інклюзивними програмами, обґрунтування галузевої специфіки їхнього застосування у сферах охорони здоров'я та освіти, формулювання власного бачення концептуальної моделі стратегії управління інклюзією при виконанні соціальних програм.

Виклад основного матеріалу дослідження. Наукове осмислення підходів до управління інклюзивними соціальними програмами потребує звернення до витоків базового поняття інклюзії. В академічній літературі виокремлюють три послідовно змінювані концептуальні моделі розуміння інклюзії – медичну, соціальну та правозахисну, кожна із яких відзначається принципово відмінними управлінськими імплікаціями. Медична модель виходить із припущення, що джерело обмежень локалізоване у самій людині, спричинене її невідповідністю

певним нормам чи стандартам. Відповідно, управлінська практика в межах цієї моделі орієнтована на діагностику, корекцію та спеціалізоване обслуговування. Така логіка неминуче відтворює сегрегаційні рішення – створення паралельних інституцій, стандартизовані підходи до «відхилень» і домінування експертного знання над індивідуальними потребами.

Розроблена наприкінці ХХ ст. М. Олівером соціальна модель характеризує концептуальний переворот у розумінні інклюзії зі зміщенням фокусу від людини на середовище її життєдіяльності. У цьому випадку обмеження розглядають як результат невідповідності соціальних, організаційних та просторових умов різноманітності людських потреб. Оскільки суспільство маргіналізує людей з обмеженими можливостями, то поряд із поліпшенням фізичного середовища, потрібні також зміни у ставленні суспільства до них, зміни у політиці на засадах справедливості й дотримання прав людини. З погляду управління соціальна модель означає переорієнтацію з «виправлення людини» на зміну інституційних практик, коли під управлінське проектування підпадають процедури доступу, стандарти обслуговування, організація простору та комунікації.

Правозахисна модель інклюзії закріплює цю логіку на нормативному рівні, переводячи інклюзію в площину гарантованих прав. У цьому випадку інклюзія перестає бути конкретизованою ознакою політики чи організації і набуває статусу обов'язкового принципу, який має отримувати реалізацію в процесах та результатах діяльності. Для управління реалізація правозахисної моделі інклюзії означає перехід від вибіркового інклюзивних практик до системних зобов'язань держави. Для прикладу, нормативну базу інклюзивної освіти на міжнародному рівні закладено Саламанкською декларацією UNESCO 1994 року. Цим правовим документом визначено, що інклюзивні школи мають приймати дітей незалежно від їхнього фізичного, інтелектуального, соціального, емоційного чи мовного стану. З позиції управління це означає, що інклюзія в освіті має розвинути з відокремленого напряму спеціальної роботи до наскрізного принципу організації надання послуг.

Жоден із цих концептуальних підходів неможливо визначити як повністю самодостатній для врахування усієї складності явища інклюзії у його проявах в освітньому та соціально-управлінському контексті. Системна теорія Н. Лумана розглядає інклюзію як результат функціонування соціальних систем і пропонує жорсткий інструментарій для опису механізмів інклюзії та ексклюзії на організаційному рівні. Важливим моментом цієї теорії є типологія управління «виключенням», яка вирізняє три його форми, а саме запобігання, медіацію та адміністрування виключення. Це розмежування формує умови для конкретизації завдань стратегії в організаціях соціальної сфери у розрізі профілактичних, посередницьких та регуляторних інструментів управлінського впливу. Звідси, стратегія управління соціальними програмами має передбачати постійний моніторинг того, як комунікаційна, кадрова, фінансова підсистеми організації впливають на процеси інклюзії чи ексклюзії споживачів [3].

Соціально-екологічна модель забезпечує аналітичну основу системного врахування багаторівневості управлінського впливу. Відповідно до цієї концепції, інклюзію доцільно розглядати на трьох рівнях: мікро (індивід), мезо (організація) і макро (політика та система). Ефективна стратегія не може обмежуватися лише одним із рівнів, оскільки точкові заходи на мікрорівні, не підкріплені організаційними змінами, приречені залишатися тимчасовими, або ж нормативні зміни на макрорівні без їхнього операційного впровадження мають декларативний характер [5].

Модель інклюзивної досконалості виникла на перетині теорії організацій та менеджменту різноманітності в контексті вищої медичної та управлінської освіти. Практична цінність цієї моделі полягає в тому, що вона явно пов'язує питання інклюзії з організаційною культурою та лідерством, не зводячи їх суто до операційних процедур. Відповідно до логіки цієї моделі, втілення інклюзивної стратегії насамперед вимагає готовності керівного персоналу ставати агентами культурних змін, їхньої здатності трансформувати неформальні норми та практики організації [9].

Стейкхолдерська теорія Р. Фрімена виконує щонайменше три аналітичні функції щодо управління інклюзивними програмами: по-перше, вона визначає легітимних суб'єктів, які повинні впливати на вироблення інклюзивної стратегії та чий інтереси вона має враховувати (наприклад, у сфері охорони здоров'я – це пацієнти та їхні родини, медичний персонал, органи нагляду; у сфері освіти – учні, батьки, педагоги тощо); по-друге, вона обґрунтовує партисипативний характер розроблення інклюзивної стратегії, тобто залучення до цього процесу бенефіціарів, що є базовим принципом стейкхолдерської теорії; по-третє, вона закладає систему підзвітності організації перед усіма залученими сторонами [1].

Компаративний аналіз цих теорій інклюзії свідчить про те, що кожна із них має своє предметне поле. Соціальна та правозахисна моделі визначають предмет інклюзивних зусиль; системна теорія характеризує, як механізми організації блокують чи підтримують інклюзію; соціально-екологічна модель окреслює рівні управлінського втручання; концепція інклюзивної досконалості визначає компетентності, необхідні для управлінської реалізації; стейкхолдерська теорія – окреслює суб'єктів та бенефіціарів інклюзивної стратегії (табл. 1). Синтез цих підходів дає можливість визначити власне бачення поняття стратегії управління інклюзивними соціальними програмами, яку ми розглядаємо як системний управлінський документ, що визначає ціннісні орієнтири, принципи, ієрархічно організовані цілі, операційні механізми та вимірювані показники забезпечення рівного й гідного включення всіх груп споживачів у повноцінне користування послугами організації. Принципово важливо, щоб до розроблення стратегії були залучені ключові стейкхолдери та бенефіціари, а її реалізація відбувалась на інституційному, операційному та індивідуальному рівнях.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика теоретичних підходів до управління інклюзивними програмами

Теорія/ концепція управління інклюзією	Предмет аналізу	Рівень управлінського впливу	Розуміння бар'єрів	Інструментарій управління
Соціальна / правозахисна модель	Середовище та права	Інституційний	Архітектурні, нормативні, соціальні бар'єри	Перепроєктування середовища, правозахисне регулювання
Системна теорія	Комунікація та підсистеми	Організаційний	Системно відтворювані механізми виключення	Моніторинг операційних практик, управління виключенням
Соціально- екологічна модель	Рівні взаємодії	Мікро / мезо / макро	Бар'єри на кожному рівні системи	Мультирівневе стратегічне планування
Модель інклюзивної досконалості	Організаційна культура	Інституційний та операційний	Культурні та компетентнісні дефіцити	Розвиток лідерства, культурний інтелект
Стейкхолдерська теорія	Зацікавлені сторони	Стратегічний	Ігнорування інтересів стейкхолдерів	Партисипативне планування, підзвітність

Джерело: складено автором самостійно

Теоретичні концепції інклюзії набувають практичного сенсу лише тоді, коли їх розглядають у конкретному галузевому контексті. Хоча охорона здоров'я та освіта належать до складових соціальної сфери, вони відрізняються в багатьох сенсах – відповідно до мети та організації надання послуг, правової бази, а також культури взаємовідносин між фахівцями та реципієнтами послуг. Ці особливості безпосередньо визначають специфіку управлінських завдань у кожній із галузей. Попри відмінності, ці галузі соціальної сфери об'єднує спільна проблема, а саме хронічний розрив між декларованими стандартами інклюзії та реальним станом справ в організаціях.

У сфері охорони здоров'я завдання інклюзії ускладнює природа медичної діяльності, в якій протягом тривалого часу домінувала патерналістська модель взаємодії за схемою «лікар – пацієнт». Доступність медичних послуг для осіб з інвалідністю, людей похилого віку, сімей з малолітніми дітьми, внутрішньо

переміщених осіб та інших вразливих категорій населення залишається суттєво нижчою, ніж для інших категорій населення. Відповідно до практики ВООЗ, бар'єри доступності при наданні суспільних послуг поділяються на кілька взаємопов'язаних категорій: фізичні (архітектурна недоступність), комунікаційні (відсутність сурдоперекладу, матеріалів у форматах Easy Read чи шрифтом Брайля), організаційні (нестандартні процедури прийому) та інформаційні (нестача відомостей про доступні послуги). Предметні дослідження переконливо доводять, що підвищення обізнаності персоналу та інфраструктурні оновлення самостійно не призводять до стійких змін у питанні підвищення рівня інклюзії. Реальний прогрес можливий лише тоді, коли організація має надійні дані про стан доступності, коли існує чітка відповідальність за результат і коли самі особи з інвалідністю беруть участь в управлінні соціальними програмами.

З управлінської точки зору це означає, що ефективна стратегія інклюзії в закладі охорони здоров'я не може обмежуватися разовими інфраструктурними діями на кшталт встановлення пандусів чи тактильних покриттів, а потребує системної трансформації, яка охоплює управлінські рішення щодо кадрового забезпечення організації, стандартів надання послуг, механізмів зворотного зв'язку та розподілу бюджетного фінансування. ВООЗ прямо вказує на те, що інклюзія в охороні здоров'я потребує системних, а не косметичних змін. Зокрема, йдеться про надання організаціям осіб з інвалідністю формальних ролей у прийнятті рішень, моніторингу та оцінюванні; про розвиток компетентностей персоналу через освіту, ліцензування та безперервний професійний розвиток; про виділення окремих ліній фінансування для того, щоб інклюзія стала не додатковим пріоритетом, а вбудованим елементом цільових програм в охороні здоров'я. Ці настанови безпосередньо відповідають основам стейкхолдерської теорії та соціально-екологічної моделі управління інклюзією.

Окремого розгляду потребує регуляторний вимір управління інклюзією у соціальній сфері. Стратегія ЄС щодо прав осіб з інвалідністю на 2021-2030 роки [7] закріплює доступність, рівність та антидискримінаційний захист як наскрізні принципи для всіх секторів економіки, зокрема охорони здоров'я. В основу її

розроблення було покладено досвід попередньої Стратегії 2010-2020 років, спрямованої на усунення бар'єрів і розширення можливостей осіб з інвалідністю для участі в суспільному й економічному житті. Попри досягнутий прогрес, особи з інвалідністю досі стикаються зі значними бар'єрами і мають підвищений ризик бідності та соціальної ексклюзії. Для України в умовах курсу на інтеграцію до ЄС ці регуляторні вимоги набувають додаткового стратегічного значення. В межах переговорів про вступ Україна має здійснити низку системних реформ для гармонізації вітчизняного законодавства у сфері інвалідності до стандартів ЄС, зокрема деінституціоналізацію, реформу системи оцінювання інвалідності, забезпечення інклюзивного ринку праці та освіти.

Аналіз поточного стану в Україні виявляє системні протиріччя у реалізації декларованих правових норм щодо забезпечення інклюзії у всіх сферах життя. Незважаючи на те, що до Стратегії людського розвитку України (2021-2025 рр.) та в рамках зобов'язань щодо Цілей сталого розвитку внесено низку положень для забезпечення інклюзії осіб з інвалідністю, ці правові документи позбавлені комплексного міжсекторального підходу, а системного зв'язку між заходами у сферах охорони здоров'я, освіти та зайнятості фактично немає. Повномасштабне вторгнення у 2022 році суттєво загострило ці проблеми, оскільки пошкодження та руйнація інфраструктури, безпрецедентні масштаби внутрішньої міграції та зростання кількості осіб із набутою інвалідністю внаслідок бойових дій суттєво підвищили навантаження на систему охорони здоров'я й одночасно розширили цільову аудиторію інклюзивних програм. Попри окремі позитивні зрушення, такі як нові заходи щодо зайнятості осіб з інвалідністю, пілотні системи закупівлі соціальних послуг, поступове узгодження антидискримінаційних стандартів з правом ЄС, реалізація інклюзивної політики в Україні залишається повільною і нерівномірною [8].

Галузь освіти має власну управлінську специфіку, що суттєво відрізняє її від охорони здоров'я. Передусім, освітні заклади значно більш автономні у виборі педагогічних підходів та внутрішньої культури, ніж медичний заклад, де стандарти надання послуг визначені медичними протоколами та клінічними

регламентами. Ця автономія є водночас перевагою і ризиком: з одного боку, вона відкриває простір для інноваційних управлінських рішень; з іншого боку, це породжує помітну варіативність якості інклюзивних практик між закладами.

Ключову роль в адаптації закладів освіти до потреб дітей з особливими освітніми потребами відіграють їхні керівники. Вони мають забезпечити більш гнучкі процедури управління, перерозподіл навчальних ресурсів, дбати про урізноманітнення можливостей для навчання, підтримувати здобувачів освіти, які зазнають труднощів, розвивати тісні взаємини з батьками та громадою. Але успішне управління закладом освіти неможливе також без активної й творчої участі педагогічних працівників і допоміжного персоналу, розвитку ефективної горизонтальної взаємодії та командної роботи.

Започаткована у 2016 році реформа «Нова українська школа» вбудувала принципи інклюзії у свою концептуальну основу. Поряд із визначенням рівного доступу до якісної освіти як базового принципу, концепція НУШ закріпила децентралізований підхід до управління інклюзією в освіті, коли саме на місцях вирішують, які обсяги ресурсів та яким чином потрібно вкладати для створення ефективного інклюзивного середовища для кожної конкретної дитини. Отже, децентралізація відкрила простір для гнучкості в управлінні інклюзією, але одночасно загострила проблему нерівномірності ресурсного забезпечення між громадами [12].

На законодавчому рівні правову основу для управління інклюзивною освітою в Україні становлять Закон України «Про освіту» (2017), Закон «Про повну загальну середню освіту» (2020), низка підзаконних актів про організацію інклюзивного навчання, Національна стратегія розвитку інклюзивного навчання до 2029 року [15]. Остання визначає стратегічні цілі, зокрема забезпечення гарантованих та якісних освітніх послуг для дітей з особливими освітніми потребами та створення умов для отримання якісних послуг відповідно до індивідуальних потреб у комфортному, безпечному, безбар'єрному середовищі. Водночас, на практиці декларовані цілі поки залишаються деклараціями, які не мають необхідних механізмів реалізації. Зокрема, педагогічний склад часто не

має достатньої фахової підготовки для роботи в інклюзивному класі, у більшості регіонів відчувається дефіцит ресурсних кімнат та асистентів вчителя, а умови воєнного часу (дистанційний формат, переміщення учнів) суттєво ускладнили реалізацію індивідуальних навчальних програм.

Попри відмінності між освітою та охороною здоров'я, в обох галузях простежуються спільні проблеми у контексті забезпечення інклюзії: по-перше, фрагментованість інклюзивних заходів, які здебільшого реалізуються як окремі ізольовані проєкти, відірвані від цілісної стратегії; по-друге, нестача фахової підготовки персоналу через превалювання разових тренінгів замість системного розвитку навичок інклюзивної практики; по-третє, недосконалість моніторингу, який через відсутність достатнього обсягу дезагрегованих даних за категоріями вразливості ускладнює прийняття обґрунтованих управлінських рішень; по-четверте, інституційна інерція, оскільки сформована десятиліттями практики медичної та педагогічної сегрегації організаційна культура у сферах освіти та охорони здоров'я чинить опір змінам навіть тоді, коли реформи мають належне фінансування.

Враховуючи інституційні обмеження та бар'єри для забезпечення інклюзії у провідних галузях соціальної сфери, вбачаємо потребу у виробленні власного бачення концептуальної моделі стратегії управління інклюзивними соціальними програмами в освіті та охороні здоров'я. Необхідність вироблення такої моделі продиктована тим, що наявні підходи або надто абстрактні для операційного застосування, або непридатні для перенесення в охорону здоров'я чи освіту. На наш погляд, запропонована модель має претендувати на універсальність в межах галузей соціальної сфери, але зберігати гнучкість щодо галузевої конкретизації (рис. 1).

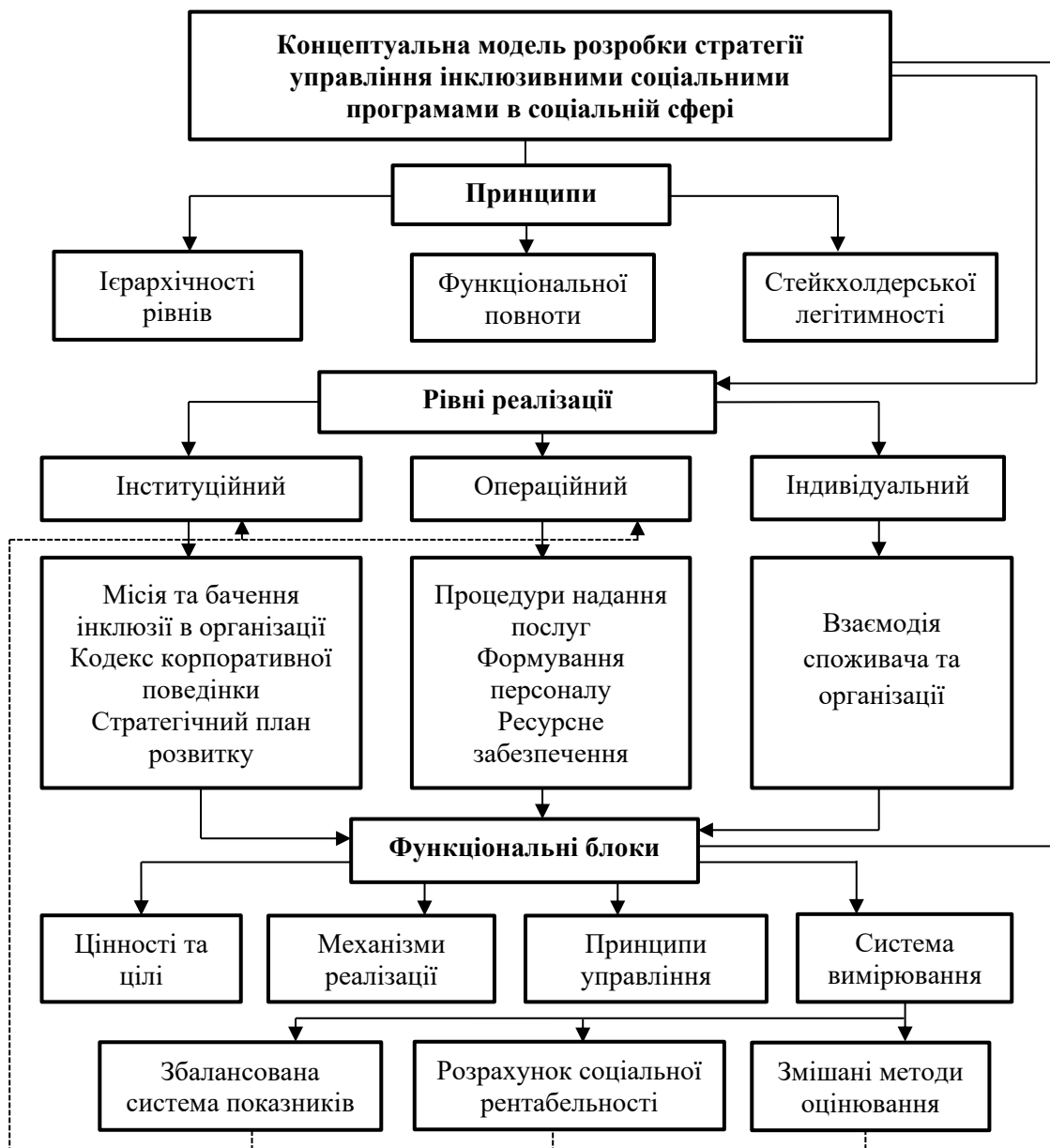


Рис. 1. Концептуальна модель розробки стратегії управління інклюзивними соціальними програмами в соціальній сфері

Джерело: розроблено автором

В основу моделі пропонуємо покласти три структурні принципи, а саме:

– принцип ієрархічності рівнів, який передбачає розгортання стратегії на інституційному, операційному та індивідуальному рівнях, між якими існують стійкі зв'язки координації та підпорядкування;

– принцип функціональної повноти, коли на кожному рівні реалізації стратегії управління інклюзією розроблено чотири обов'язкові блоки – ціннісно-цільовий, принципів управління, механізмів реалізації та системи вимірювання результатів;

– принципи стейкхолдерської легітимності, який передбачає залученість до розроблення стратегії ключових зацікавлених сторін, а також вироблення інструментарію підзвітності виконавців стратегії бенефіціарам на кожному рівні;

На наше переконання, дотримання цих принципів у розробці та реалізації стратегії управління інклюзивними соціальними програмами унеможливить її перетворення на формальний документ, відірваний від управлінської практики, який не має перспектив повноцінного виконання.

Розглянемо більш ґрунтовно рівні розгортання цієї стратегії. Зокрема, на інституційному рівні отримують вираження місія та ціннісні рамки діяльності організації, у яких вона декларує фундаментальне ставлення до різноманітності та інклюзії як до органічної складової власної організаційної ідентичності. Інклюзія постає водночас як лідерська компетентність, стратегія управління змінами та механізм зміцнення організаційної культури. Останню Р. Менакер, Т. Дж. Франс, К. Саліба та інші вчені визначають як «імунну систему організації та соціальний клей» [6], унікальний стратегічний актив, який вирізняє організацію з-поміж інших. На практиці інституційний рівень матеріалізується у формулюванні місії та бачення організації, де інклюзія присутня явно; у кодексі корпоративної поведінки, який визначає неприйнятні практики дискримінації; у стратегічному плані розвитку, де інклюзивні цілі вбудовані в загальну логіку діяльності, а не винесені в окремий «соціальний» розділ.

Ціннісно-цільовий блок на інституційному рівні стратегії управління інклюзивними соціальними програмами передбачає формулювання не лише декларативної місії, а й конкретизованих стратегічних цілей організації, які можна виміряти і за досягнення яких можна запитати. У моделі інклюзивної досконалості різноманітність розглядається як ключова складова комплексної стратегії організаційної досконалості. Це методологічно важливе розмежування, оскільки у цьому розумінні ціль «збільшити частку реципієнтів із особливими потребами на X%» вважається операційною, а не стратегічною. Стратегічна ціль доцільно формулювати інакше, наприклад, «забезпечити середовище надання

послуг, у якому жодна категорія реципієнтів не стикається із системними бар'єрами доступності».

Аксіологічне ядро стратегії на інституційному рівні становлять принципи управління. До їхнього складу доцільно зараховувати: принцип універсального дизайну, коли послуги та середовище проєктуються одразу для максимально широкого кола користувачів, а не адаптуються під виключення після того, як проблема вже виникла; принцип справедливості на противагу формальній рівності, коли ресурси розподіляються не порівну, а відповідно до потреб; принцип «нічого про нас без нас», за яким рішення, що стосуються вразливих груп, приймаються за їхньої участі; принцип системності, який передбачає реалізацію інклюзії як наскрізної організаційної стратегії, а не ізольованого проєкту; принцип доказовості, за яким в основу управлінських рішень мають бути покладені дані, а не інтуїція чи усталені традиції.

Механізми реалізації стратегії управління інклюзивними соціальними програмами на інституційному рівні охоплюють нормативні, організаційні та комунікаційні інструменти, а саме: прийняття внутрішніх політик з інклюзії та недискримінації; створення постійно діючих структур координації (наприклад, ради з питань інклюзії, уповноваженого з рівних можливостей); розроблення механізмів розгляду скарг та зворотного зв'язку; звітність перед стейкхолдерами.

На операційному рівні стратегії управління інклюзивними соціальними програмами загальні ціннісні орієнтири інституційного рівня перетворюються на конкретні управлінські рішення. На цьому рівні визначають, як організація надає послуги, як організований її персонал, яким чином розподіляються ресурси. Регуляторні вимоги на цьому рівні трансформуються в інституційні політики, які далі конкретизуються на рівні підрозділу чи програми. При цьому принципово важливо усвідомлювати обмеженість підходу «одне рішення для всіх» і адаптувати стратегічні настанови до конкретного контексту.

Ціннісно-цільовий блок на операційному рівні отримує конкретизацію до вимірюваних результатів поточної діяльності: скорочення часу очікування для відвідувачів із комунікаційними бар'єрами в закладі охорони здоров'я;

стовідсоткова доступність навчальних матеріалів у форматах, адаптованих для різних потреб, в освітньому закладі; досягнення визначеного показника задоволеності споживачів послуг із числа вразливих категорій. Принципи операційного рівня деталізують загальні для організації норми до рівня конкретних підрозділів, коли кожна структурна одиниця організації несе власну відповідальність за інклюзивність своїх практик.

Механізми реалізації на операційному рівні охоплюють найширший спектр інструментів і саме тут управлінські рішення мають найвищу практичну значущість. Кадрові механізми передбачають підбір та навчання персоналу з інклюзивними компетентностями, введення ставок асистентів, перекладачів і фахівців із супроводу. Процесні механізми охоплюють перегляд стандартних операційних процедур щодо їхньої інклюзивності й розроблення індивідуальних планів підтримки реципієнта. У контексті сприятливого інклюзивного середовища, механізми реалізації стратегії інклюзії охоплюють досягнення архітектурної доступності послуг, сенсорно-безпечне середовище та цифрову доступність. Фінансові механізми передбачають виділення інклюзивних заходів в окрему лінію бюджетування. Як зазначають Б. Марджаді, Дж. Флавел, К. Бейкер та інші вчені, різноманітність та інклюзія не повинні бути ізольовані в окремих відділах або посадах, а персонал організації має відображати структуру населення, яке вона обслуговує [4].

Важливим операційним механізмом реалізації стратегії є також системи внутрішнього контролю та аудиту інклюзивності, яка передбачає проведення регулярного моніторингу відповідності практики декларованим стандартам. Як доводять науковці, концентрація зусиль виключно на реалізації точкових заходів щодо розширення можливостей окремих індивідів, які зазнають ексклюзії, при збереженні структурних бар'єрів, характеризується низькою ефективністю у контексті забезпечення інклюзії. Більш дієвою є зміна організаційних структур та організаційної культури, а без операційного моніторингу стратегія інклюзії неминуче деградує до набору декларацій [2].

На індивідуальному рівні реалізації стратегії інклюзивного управління соціальними програмами відбувається безпосередня взаємодія споживача послуг (пацієнта, учня чи ін.) з організацією, яка їх надає. Цей рівень найближчий до людини, якій адресована інклюзивна програма, проте він залишається найменш технологічно розробленим. На індивідуальному рівні стратегія має відповідати на конкретне запитання, а саме яким чином організація забезпечує доступність послуг для будь-якого реципієнта, незалежно від його особливостей.

Ціннісно-цільовий блок на цьому рівні формулюється як забезпечення суб'єктності реципієнта послуг, тобто його розглядають як суб'єкта, що реалізує своє право на послугу. Механізми реалізації охоплюють індивідуальні плани підтримки, а також персоналізовану комунікацію, механізми зворотного зв'язку щодо якості інклюзивного досвіду, залучення сімей та доглядальників. Соціально-екологічна модель забезпечення інклюзії акцентує увагу на необхідності врахування соціального середовища індивіда, тоді як принципи організаційного навчання підкреслюють, що для забезпечення сталості інклюзії важливі зворотний зв'язок та рефлексивні практики.

Між рівнями запропонованої моделі стратегії управління інклюзивними соціальними програмами існують зв'язки двох типів:

- низхідні зв'язки, коли рішення на рівні організації визначають операційні стандарти, які в подальшому формують умови індивідуального обслуговування;
- висхідні зв'язки, коли інформація з індивідуального рівня про реальну практику надання послуг надходить до операційного та інституційного рівнів, де стає підставою для перегляду стратегічних пріоритетів.

Відсутність висхідних зв'язків є однією з найпоширеніших структурних вад стратегій забезпечення інклюзії. Організації декларують принцип «нічого про нас без нас», проте не вибудовують реальних каналів зворотного зв'язку, через які позиція реципієнта може справді вплинути на управлінські рішення.

Окремий функціональний блок стратегії управління інклюзією утворює система вимірювання результатів, яка пронизує всі три рівні моделі. Відповідно до принципу доказового управління, оціночні показники мають бути розроблені

для кожного рівня реалізації стратегії та поєднувати кількісні параметри (обсяг охоплення, відвідуваність, частота звернення та ін.) та якісні характеристики (суб'єктивна оцінка інклюзивного досвіду реципієнта, відчуття гідності та рівності при отримання послуги тощо). Ця вимога прямо відповідає настанові ВООЗ щодо зміцнення систем даних, дезагредованих за категоріями вразливості, як необхідної умови доказового управління інклюзивними програмами.

Складність розроблення методики оцінювання інклюзивних соціальних програм визначається тим, що результати інклюзивної діяльності значною мірою нематеріальні, тобто проявляються у зміні суб'єктивного досвіду реципієнтів, у зрушеннях організаційної культури, у формуванні нових поведінкових норм серед персоналу. Водночас у вітчизняній практиці продовжує домінувати звітна логіка, коли показники оцінювання фіксують те, що легко підрахувати, а саме кількість проведених заходів, обсяги витрачених бюджетних коштів тощо. Для об'єктивності оцінювання інклюзивних соціальних програм подолання цього розриву є принципово важливим методологічним завданням.

Управлінською практикою напрацьовано кілька підходів до оцінювання ефективності виконання інклюзивних соціальних програм: збалансована система показників; розрахунок соціальної рентабельності інвестицій; застосування комбінованих методів оцінювання. Перший із цих підходів, розроблений у 1992 році Р. Капланом і Д. Нортоном, передбачає оцінювання інклюзивних програм у розрізі чотирьох груп показників (фінанси, реципієнти, внутрішні процеси, а також навчання і зростання) з урахуванням необхідності збереження рівноваги між довго- і короткостроковими показниками, між фінансовими і нефінансовими індикаторами. Застосування цього підходу до оцінювання сучасних інклюзивних програм потребує певного переосмислення й розширення усіх груп показників. Наприклад, стандартні показники якості надання суспільних послуг доцільно доповнювати індикаторами їхньої доступності, адаптованості процедур надання для різних категорій реципієнтів. Крім цього, важливо виділяти ретроспективні та перспективні індикатори. Перші фіксують те, що уже відбулось – наприклад, кількість реципієнтів певної послуги чи учасників програми. Натомість, другу

групу утворюють індикатори, які визначають здатність організації до надання послуг – стан фізичного середовища, рівень фахової підготовки працівників до надання послуг, питома вага бенефіціарів, залучених до проєктування програми.

З урахуванням цих моментів, методики побудови збалансованої системи показників оцінювання інклюзивних соціальних програм має передбачати такі групи індикаторів: показники доступності, які характеризують інформаційну, процедурну і фізичну доступність послуг соціальної програми; показники участі, які фіксують реальний рівень охоплення вразливих груп населення послугами за програмою у співвідношенні до потенційної кількості реципієнтів; показники результатів, які характеризують зміни у становищі реципієнтів послуг, зокрема суб'єктивне відчуття гідності й рівності при отриманні, особистої корисності; показники стійкості організації, які визначають спроможність суб'єкта надання послуг підтримувати інклюзивні практики впродовж тривалого часу.

Розрахунок соціальної рентабельності інвестицій дає можливість звести соціальні та економічні зміни від реалізації інклюзивної програми до грошового еквіваленту. Ця методика переводить аргументи на користь інклюзії з «мови» прав і цінностей на «мову» економічної доцільності, яка більш зрозуміла для органів публічної влади. Попри певну дискусійність такого підходу та наявність «вузьких місць» в оцінюванні соціальної рентабельності, його перевага у тому, що він забезпечує достовірність вимірюваних результатів та водночас може розглядатись як практичне втілення принципу «нічого про нас без нас».

Позитивною рисою змішаних методів оцінювання інклюзивних програм, які передбачають поєднання кількісних та якісних інструментів, є те, що вони особливо доречні у випадку вимірювання тих аспектів інклюзії, які неможливо кількісно оцінити без суттєвої втрати змісту. В першу чергу, мова йде про такі характеристики, як повагу до гідності та рівності споживачів при наданні послуг, динаміка організаційної культури, ефективність партисипаторних інструментів. На практиці цей підхід передбачає поєднання структурованих опитувань із фокус-груповими інтерв'ю, спостереженням та аналізом документів. Окремої уваги при використанні змішаних методів потребує питання дезагрегації даних

(в науковій літературі його часто визначають як гендерно-чутлива статистика), оскільки узагальнені показники приховують системні нерівності при наданні послуг, а тому є малоінформативними з погляду вироблення ефективних рішень. Після дезагрегації даних і формування необхідного масиву гендерно-чутливих показників, стає можливим виявлення цільових груп населення, які залишаються недостатньо охопленими послугами. Тобто, результатом дезагрегації даних та подальшого гендерно-чутливого аналізу є формування інформаційного базису для більш об'єктивного планування показників соціальних програм.

Узагальнення концептуальних моделей управління інклюзією соціальних програм, а також вироблення власної позиції щодо методичних підходів до їх оцінювання дає підстави сформулювати послідовність розроблення стратегії управління інклюзивними соціальними програмами у сферах освіти й охорони здоров'я. На наш погляд, вона має передбачати наступні етапи:

– діагностика реальної ситуації на усіх рівнях реалізації стратегії. Зокрема, на інституційному рівні вона має передбачати аналіз, чи відображені інклюзивні принципи статуті організації, кодексі етики та стратегічному плані розвитку, а також чи відповідають ці документи реальній культурі управління. Операційний рівень діагностики має передбачати аудит доступності фізичного середовища, аналіз процедур обслуговування та виявлення бар'єрів для різних категорій споживачів. На індивідуальному рівні необхідне безпосереднє опитування споживачів послуг із числа вразливих груп щодо їхнього досвіду звернення до організації. Проведення діагностики забезпечує формування доказової бази, без якої стратегія залишатиметься тільки набором голосливих декларацій;

– формування проєктної групи із представників усіх зацікавлених сторін. Відповідно до принципу «нічого про нас без нас», стратегія має розроблятися разом із цільовими групами, зокрема представниками вразливих категорій споживачів послуг організації або їхніх об'єднань, персоналу і представників зовнішніх партнерів. Для освітніх організацій реалізація цього завдання означає активну участь батьків дітей із особливими освітніми потребами, самих учнів у відповідному віці та асистентів учителів у виробленні положень стратегії;

– вироблення стратегічних пріоритетів, яке має здійснюватись на підставі принципу концентрації на найважливіших цілях. Очевидно, що спроби вирішити усі проблеми одночасно не дають відчутного результату, а тільки розпорошують ресурси організації. Варто обрати два-три пріоритетних напрями на дворічний цикл, забезпечити їх реальними ресурсами і визначити контрольні точки для своєчасного коригування зусиль;

– розподіл відповідальності за реалізацію інклюзивної стратегії, який може передбачати як введення в організації окремої штатної одиниці відповідального, так і закріплення відповідних повноважень за певним представником керівних кадрів організації;

– кадровий розвиток, який має передбачати не проведення разових заходів з інклюзії, а системне вбудовування інклюзивних компетентностей у процеси підбору, адаптації, оцінювання та постійного розвитку персоналу. Для кадрів у галузях охорони здоров'я чи освіти підвищення обізнаності щодо інклюзії винятково важливе і має охоплювати не тільки питання специфіки надання послуг для окремих категорій населення, але й розвиток навичок комунікації, культури ставлення до здоров'я та освіти;

– усвідомлення та реагування на типові помилки (пастки) впровадження інклюзивної стратегії, до яких належать: формалізм у розробці стратегії, яка не містить джерел фінансування запланованих заходів та інструментів контролю за їхнім виконанням; ізольованість інклюзивних заходів у конкретному підрозділі замість інтеграції відповідних підходів у діяльність усіх структурних одиниць організації; удавана участь, коли представники стейкхолдерів та цільових груп формально залучені до обговорення пріоритетів стратегії, але фактично не мають впливу на прийняття рішень; поверховий оптимізм, коли організація розглядає як успіх кількісне зростання показників охоплення послугами без оцінювання якості їхнього надання у розрізі різних груп споживачів;

– циклічний перегляд інклюзивної стратегії, яка потребує корегування з певною періодичністю для того, щоб врахувати накопичені дані моніторингу, зміни у регуляторному середовищі, нові запити стейкхолдерів. Завдяки цьому

можливо забезпечити високий рівень актуальності інклюзивної стратегії та її відповідність потребам самої організації та суспільства в цілому.

Висновки та перспективи подальших розвідок у даному напрямі.

Проведене дослідження дає підстави сформулювати низку висновків:

– аналіз основних наукових підходів до розуміння інклюзії засвідчує, що кожен із них відображає певний етап еволюції управлінського мислення щодо різноманітності. Проте жодну з них неможливо визначити як самодостатню для побудови повноцінної управлінської стратегії. Синтез цих підходів дозволяє сформувати інтегровану теоретичну основу, в якій кожна концепція відповідає на питання, що є предметом інклюзивних зусиль, як організаційні механізми підтримують або блокують інклюзію, на якому рівні доцільно втручатися, які компетентності потрібні керівнику, хто є суб'єктами та бенефіціарами стратегії;

– галузевий аналіз охорони здоров'я та освіти виявляє характерне для обох сфер протиріччя між нормативними деклараціями та операційними реаліями. Попри відмінності в організації надання послуг та культурі взаємодії, для обох галузей характерні спільні проблеми, пов'язані з фрагментованістю інклюзивних заходів, нестачею фахової підготовки персоналу, слабкістю систем моніторингу та інституційною інерцією, що протистоїть змінам. У вітчизняному контексті ці проблеми загострені умовами воєнного часу, що суттєво збільшили цільову аудиторію інклюзивних програм і водночас знизили інституційну спроможність для їхньої реалізації;

– розроблена концептуальна модель стратегії управління інклюзивними соціальними програмами передбачає її структуризацію у розрізі інституційного, операційного та індивідуального рівнів реалізації, а також функціональних блоків на кожному з них – ціннісно-цільового блоку, принципів управління, механізмів реалізації та системи вимірювання результатів. Ключова перевага цієї моделі полягає в тому, що вона виступає аналітичною рамкою, яка задає систему запитань до управлінської практики на кожному рівні організації;

– ефективне оцінювання інклюзивних соціальних програм має інтегрувати основні методологічних підходи (збалансовану систему показників, розрахунок

соціальної рентабельності та змішані методи дослідження) з дезагрегацією даних у розрізі основних вразливих категорій населення, що формує передумови для більш об'єктивного планування соціальних програм.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з емпіричною верифікацією запропонованої моделі на матеріалах конкретних організацій охорони здоров'я та освіти в Україні, а також розроблення галузево адаптованого інструментарію для діагностики інклюзивності та оцінювання стратегічного прогресу у цій сфері.

Література

1. Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030. Brussels: European Commission, 2021. URL: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_en (дата звернення 09.04.2026)
2. Freeman R. E., Wicks A. C., Parmar B. Stakeholder theory and “the corporate objective revisited”. *Organization Science*. 2004. Vol. 15(3). P. 364–369. URL: <https://pubsonline.informs.org/doi/10.1287/orsc.1040.0066> (дата звернення 09.04.2026)
3. Kusurkar R. A. Inclusive Leadership in the Health Professions: A Call for Structural Inclusion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024. Vol. 21. Article ID: 12038138. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12038138/> (дата звернення 09.04.2026)
4. Luhmann N. *Social Systems*. Stanford: Stanford University Press, 1995. 627 p. URL: https://uberty.org/wp-content/uploads/2015/08/Niklas_Luhmann_Social_Systems.pdf (дата звернення 09.04.2026)
5. Marjadi B., Flavel J., Baker K., Glenister K., Morns M., Triantafyllou M., Strauss P., Wolff B., Procter A. M., Mengesha Z., Walsberger S., Qiao X., Gardiner P. A. Twelve Tips for Inclusive Practice in Healthcare Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, No. 5. Art. 4657. DOI: 10.3390/ijerph20054657 (дата звернення 09.04.2026)
6. McLeroy K. R., Bibeau D., Steckler A., Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*. 1988. Vol. 15,

No. 4. P. 351–377. DOI: 10.1177/109019818801500401. (дата звернення 09.04.2026)

7. Ronald Menaker R., France T. J., Saliba K., Albertie M. J., Swanson T. Inclusive leadership in healthcare: Because no one is big enough to be independent of others. URL: <https://www.mgma.com/articles/inclusive-leadership-in-healthcare-because-no-one-is-big-enough-to-be-independent-of-others> (дата звернення 09.04.2026)

8. Veselovska M. 2025 EU Enlargement Reports: Progress, Challenges, and Disability Rights in Ukraine, Moldova, and Georgia. URL: <https://www.edf-feph.org/2025-eu-enlargement-reports-progress-challenges-and-disability-rights-in-ukraine-moldova-and-georgia/> (дата звернення 09.04.2026)

9. Williams J. H., Celaya L. Y., Close N., Allgood A., Silvera G., Borkowski N., Lemak C. H. A Model of Inclusive Excellence for Health Administration Education. *Journal of Health Administration Education*. 2024. Vol. 40, No. 3. P. 445–478. URL: <https://www.ingentaconnect.com/content/aupha/jhae/2024/00000040/00000003/art00007> (дата звернення 09.04.2026)

10. Кадикова І. Концепція стратегічного управління інклюзивними соціальними програмами у сфері охорони здоров'я та освіти. *Економіка та суспільство*. 2025. Вип. 79. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-79-112> (дата звернення 09.04.2026)

11. Кадикова І. М. Особливості стратегічного управління інклюзивними соціальними програмами. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія: «Економіка». 2024. № 34 (62). С. 4-10. URL: <https://www.journals.oa.edu.ua/Economy/article/view/4168/3816> (дата звернення 09.04.2026)

12. Концепція «Нова українська школа». Київ: МОН України, 2016. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/nova-ukrainska-shkola-compressed.pdf> (дата звернення 09.04.2026)

13. Лободіна З., Лопушняк Г., Кізима Т., Ливдар М. Інклюзивно орієнтоване бюджетування: теоретичні аспекти, передумови та необхідність запровадження в Україні. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and*

Practice. 2021. № 2(33). С. 463–472. URL: <https://doi.org/10.18371/fcaptr.v2i33.207201> (дата звернення 09.04.2026)

14. Маліновська О. Я., Демкович О. В. Соціальні програми та проекти як інструменти здійснення державної соціальної політики в умовах програмно–цільового методу організації бюджету. *Економіка та держава*. 2016. № 3. С. 61–64. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/3_2016/15.pdf (дата звернення 09.04.2026)

15. Національна стратегія розвитку інклюзивного навчання на період до 2029 року. Київ: МОН, 2023. URL: <https://mon.gov.ua/ua/tag/inklyuzivne-navchannya> (дата звернення 09.04.2026)

16. Павлов К. В., Павлова О. М., Сур'як А. В., Садовська М. Л., Устимович Р. А. Управління інклюзивними процесами на ринку освітніх послуг як основа соціально-економічного розвитку. *Агросвіт*. 2024. № 11. С. 74–82. URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6792.2024.11.74> (дата звернення 09.04.2026)

References

1. European Commission (2021), “Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030”, available at: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_en (Accessed 09 April 2026).

2. Freeman, R.E. Wicks, A.C. and Parmar, B. (2004), “Stakeholder theory and ‘the corporate objective revisited’”, *Organization Science*, vol. 15(3), pp. 364–369. <https://pubsonline.informs.org/doi/10.1287/orsc.1040.0066>.

3. Kusrkar, R.A. (2024), “Inclusive Leadership in the Health Professions: A Call for Structural Inclusion”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 21, available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12038138/> (Accessed 09 April 2026).

4. Luhmann, N. (1995), *Social Systems*, Stanford University Press, Stanford, USA, available at: https://uberty.org/wp-content/uploads/2015/08/Niklas_Luhmann_Social_Systems.pdf (Accessed 09 April 2026).

5. Marjadi, B. Flavel, J. Baker, K. Glenister, K. Morns, M. Triantafyllou, M. Strauss, P. Wolff, B. Procter, A.M. Mengesha, Z. Walsberger, S. Qiao, X. and

Gardiner, P.A. (2023), “Twelve Tips for Inclusive Practice in Healthcare Settings”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 20 (5). <https://doi.org/10.3390/ijerph20054657>.

6. McLeroy, K.R. Bibeau, D. Steckler, A. and Glanz, K. (1988), “An ecological perspective on health promotion programs”, *Health Education Quarterly*, vol. 15 (4), pp. 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.

7. Menaker, R. France, T.J. Saliba, K. Albertie, M.J. and Swanson, T. (n.d.), “Inclusive leadership in healthcare: Because no one is big enough to be independent of others”, available at: <https://www.mgma.com/articles/inclusive-leadership-in-healthcare-because-no-one-is-big-enough-to-be-independent-of-others> (Accessed 09 April 2026).

8. Veselovska, M. (2025), “2025 EU Enlargement Reports: Progress, Challenges, and Disability Rights in Ukraine, Moldova, and Georgia”, available at: <https://www.edf-feph.org/2025-eu-enlargement-reports-progress-challenges-and-disability-rights-in-ukraine-moldova-and-georgia/> (Accessed 09 April 2026).

9. Williams, J.H. Celaya, L.Y. Close, N. Allgood, A. Silvera, G. Borkowski, N. and Lemak, C.H. (2024), “A Model of Inclusive Excellence for Health Administration Education”, *Journal of Health Administration Education*, vol. 40 (3), pp. 445–478, available at: <https://www.ingentaconnect.com/content/aupha/jhae/2024/00000040/00000003/art00007> (Accessed 09 April 2026).

10. Kadykova, I. (2025), “Concept of strategic management of inclusive social programs in healthcare and education”, *Ekonomika ta suspilstvo*, vol. 79. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-79-112>.

11. Kadykova, I.M. (2024), “Features of strategic management of inclusive social programs”, *Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu “Ostrozka akademiia”*. Serii: Ekonomika, vol. 34 (62), pp. 4–10, available at: <https://www.journals.oa.edu.ua/Economy/article/view/4168/3816> (Accessed 09 April 2026).

12. Ministry of Education and Science of Ukraine (2016), “New Ukrainian School concept”, available at:

<https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/nova-ukrainska-shkola-compressed.pdf> (Accessed 09 April 2026).

13. Lobodina, Z. Lopushniak, H. Kizyma, T. and Lyvdar, M. (2021), “Inclusive-oriented budgeting: theoretical aspects, prerequisites and necessity of implementation in Ukraine”, *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, vol. 2 (33), pp. 463–472. <https://doi.org/10.18371/fcaptp.v2i33.207201>.

14. Malinovska, O.Ya. and Demkovich, O.V. (2016), “Social programs and projects as tools for implementing state social policy under the program-target method of budget organization”, *Ekonomika ta derzhava*, vol. 3, pp. 61–64, available at: http://www.economy.in.ua/pdf/3_2016/15.pdf (Accessed 09 April 2026).

15. Ministry of Education and Science of Ukraine (2023), “National strategy for the development of inclusive education until 2029”, available at: <https://mon.gov.ua/ua/tag/inklyuzivne-navchannya> (Accessed 09 April 2026).

16. Pavlov, K.V. Pavlova, O.M. Suriak, A.V. Sadovska, M.L. and Ustymovych, R.A. (2024), “Management of inclusive processes in the educational services market as a basis for socio-economic development”, *Ahrosvit*, vol. 11, pp. 74–82. <https://doi.org/10.32702/2306-6792.2024.11.74>.

Отримано редакцією журналу / Received: 10.04.26

Прорецензовано / Revised: 17.04.26

Схвалено до друку / Accepted: 23.04.26