



# Оцінка можливостей та готовності впровадження ІСОРЕ в Україні

*Дослідницький звіт*

# Зміст

<b>1. Короткий огляд</b>	<b>7</b>
Загальна готовність до впровадження ICOPE	7
Ключові висновки у цифрах	8
Загальна оцінка готовності (синтез за методологією BOO3)	11
Рівень надання послуг (мезо): сильні сторони та прогалини	12
Системний рівень (макро): управління, кадрові ресурси та дані	13
Оціночна картка впровадження ICOPE: узагальнені висновки	13
Узагальнення	14
Стратегічні наслідки	14
<b>2. Вступ і контекст</b>	<b>15</b>
2.1. Старіння населення, війна та накопичена вразливість людей похилого віку в Україні	15
2.2. Системи охорони здоров'я та соціального захисту для людей похилого віку: паралельні структури та розподілені повноваження	16
2.3. Децентралізація, громади та організація догляду і підтримки	17
2.4. Обґрунтування проведення оцінювання готовності до впровадження ICOPE	17
2.5. Роль міжнародних і національних громадських організацій та HelpAge International у розвитку інтегрованого догляду	18
<b>3. Теоретична рамка: Інтегрований догляд за людьми похилого віку (ICOPE)</b>	<b>18</b>
3.1. Від хворобоорієнтованого догляду до інтегрованих підходів у суспільствах, що старіють	18
3.2. Концептуальні засади підходу ICOPE	19
3.3. Рівні впровадження ICOPE: мікро, мезо та макро	20
3.4. Центральна роль соціальних працівників в інтегрованому догляді за людьми похилого віку	24
3.5. Доглядальники як наріжний камінь інтегрованого догляду	24
3.6. Міждисциплінарна командна робота та міжсекторальна координація	25
3.7. Інформаційні системи, інтеграція даних та роль соціальних і функціональних даних у ICOPE	26
3.8. ICOPE як рамка для систем довготривалого догляду та громадоорієнтованої підтримки	26
3.9. Наслідки застосування рамки ICOPE для системної трансформації в Україні	28
<b>4. Методологія</b>	<b>29</b>
4.1. Дизайн дослідження та методологічний підхід	29
4.2. Аналітична рамка та узгодження з ICOPE	29
4.3. Географічне охоплення та відбір локацій	30
4.4. Методи збору даних	30
4.4.1. Кабінетний аналіз (desk review)	30
4.4.2. Напівструктуровані інтерв'ю з ключовими інформантами (KIIs)	30
4.4.3. Фокус-групові дискусії (ФГД)	30
4.4.4. Опитування	31
4.4.5. Інституційні чек-листи	31
4.5. Підхід до вибірки	31
4.6. Процедури збору даних та забезпечення якості	31

4.7. Аналіз даних	32
4.8. Етичні аспекти	32
4.9. Обмеження та операційні виклики	33
4.9.1. Виклики в опитуваннях бенефіціарів	33
4.9.2. Виклики, пов'язані з візитами до установ і чек-листами	33
4.9.3. Виклики в опитуваннях медичних і соціальних працівників	33
4.9.4. Виклики в організації інтерв'ю з ключовими інформантами	33
4.9.5. Загальнонаціональні операційні обмеження	34
4.9.6. Вплив безпекової ситуації на вибірку	34
4.9.7. Наслідки для інтерпретації результатів	34
4.9.8. Упередженість вибірки та обмеження щодо переносимості висновків на інші типи територій	34
<b>5. Огляд системи охорони здоров'я та соціального догляду для людей похилого віку в Україні</b>	<b>35</b>
5.1. Первинна медична допомога та ведення неінфекційних захворювань	35
5.2. Соціальні послуги та довготривалий догляд для людей похилого віку	36
5.3. Роль Національної соціальної сервісної служби України	37
5.4. Наявні механізми координації між секторами охорони здоров'я та соціального захисту	38
5.5. Фінансова децентралізація та структурний розрив між медичним і соціальним фінансуванням	39
5.6. Виявлені системні прогалини, релевантні для ICOPE	40
<b>6. Оцінка готовності до впровадження ICOPE — рівень послуг (мезорівень)</b>	<b>40</b>
6.1. Залучення та розширення можливостей людей і громад	40
6.1.1. Що означає «залучення та розширення можливостей» на рівні послуг у картці показників впровадження ICOPE	41
6.1.2. Участь людей похилого віку в ухваленні рішень щодо їхнього здоров'я та догляду	41
6.1.3. Роль громад: як ресурси громади підтримують інтегрований догляд (і де система не здатна їх використати)	43
6.1.4. Підтримка доглядальників: видимість, тягар і як «розширення можливостей» має виглядати на практиці	45
Загальне судження щодо готовності за 6.1 (рівень послуг/ мезорівень)	48
Загальне судження про готовність для дії ICOPE на рівні послуг	51
6.2. Підтримка координації послуг мультидисциплінарних надавачів	52
6.2.1. Координація як ключова вимога мезорівня в межах ICOPE	52
6.2.2. Координація між первинною медичною допомогою та соціальними працівниками	52
6.2.3. Маршрути направлень: від ситуативних порад до структурованої навігації	53
6.2.4. Міжсекторальна взаємодія поза індивідуальними випадками	54
6.2.5. Наслідки для готовності до впровадження ICOPE на рівні послуг	54
Загальне судження щодо готовності за пунктом 6.2	55
6.3. Оцінка готовності до впровадження ICOPE — рівень послуг (мезорівень): Орієнтація послуг на догляд у громаді	55
6.3.1. Догляд у громаді як ключова опора ICOPE на рівні послуг	55

6.3.2. Доступність послуг для людей похилого віку	56
6.3.3. Мобільні та домашні послуги: потенціал і обмеження	57
6.3.4. Роль соціальних працівників в орієнтації на догляд у громаді	58
6.3.5. Наслідки для готовності на рівні послуг	58
6.3.6. Підсумок Scorecard на рівні послуг	59
<b>7. Оцінка готовності до впровадження ICOPE — системний (макрорівень)</b>	<b>60</b>
7.1. Посилення систем управління та підзвітності	60
7.1.1. Управління як визначальний фактор впровадження ICOPE	60
7.1.2. Політика Міністерства охорони здоров'я: досягнення та структурні обмеження	61
7.1.3. Політика Міністерства соціальної політики: децентралізація без інтеграції	61
7.1.4. Регуляторні рамки: фрагментація, нормативні колізії та розриви підзвітності	62
7.1.5. Роль НСЗУ: можливості та системні обмеження	62
7.1.6. Національна соціальна сервісна служба в системі управління	63
Загальна оцінка готовності до управління та підзвітності	63
7.2. Забезпечення системного посилення (Enable system-level strengthening)	64
7.2.1. Спроможність кадрового потенціалу як жорстке системне обмеження для інтегрованого догляду	64
7.2.2. Фінансування: розбалансовані стимули та фрагментовані фінансові потоки	65
7.2.3. Цифрові системи охорони здоров'я та дані: фрагментація і невикористаний потенціал	66
7.2.4. Навчання та розвиток спроможності для інтегрованого догляду	66
7.2.5. Підсумок системного рівня (Scorecard Summary)	67
Короткий аналітичний висновок	67
<b>8. Інтегрований аналіз: бар'єри та можливості</b>	<b>67</b>
8.1. Правові та інституційні бар'єри і можливості	68
Структурні та регуляторні бар'єри	68
Інституційні можливості	68
8.2. Кадрові бар'єри і можливості	69
Дефіцит кадрів і перевантаження	69
Кадрові можливості	70
8.3. Фінансові бар'єри і можливості	71
8.4. Соціальні та культурні бар'єри і можливості	72
8.5. Міжсекторальні бар'єри і можливості	73
Інтегрований висновок: кумулятивний ефект і точки впливу	75
<b>9. Пропонована модель пілотного впровадження ICOPE в Україні</b>	<b>75</b>
9.1. Критерії відбору пілотних регіонів і пілотних громад	75
9.2. Ролі та відповідальність у пілотній моделі (МОЗ / Мінсоц / НСЗУ / громади + партнери)	77
9.2.1. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)	77
9.2.2. Міністерство соціальної політики (Мінсоц)	77
9.2.3. Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	77
9.2.4. Громади та органи місцевого самоврядування	78
9.2.5. Роль міжнародних і національних НУО та HelpAge зокрема	78
9.3. Поетапна логіка пілотного впровадження	79

9.4. Ризики та заходи з пом'якшення	80
9.6. Рамка моніторингу та навчання пілоту	81
9.6.1. Мета і принципи моніторингу в межах ICOPE-пілоту	81
9.6.2. Архітектура моніторингу та управління	81
9.6.3. Рамка індикаторів: що моніториться і чому	82
9.6.4. Якісні компоненти навчання	82
9.6.5. Джерела даних, інструменти та міркування здійсненності	82
9.6.6. Петлі навчання та адаптивне управління	83
9.6.7. Використання ICOPE implementation scorecard	83
9.6.9. Внесок моніторингу в готовність до масштабування	83
9.7. Сценарії масштабування та політичні опції	83
9.7.1. Мета сценаріїв масштабування	83
9.7.2. Порівняльний огляд сценаріїв	86
9.7.3. Політичні опції та точки ухвалення рішень	86
9.7.4. Стратегічна рекомендація	86
<b>10. Висновки</b>	<b>88</b>
10.1. Інтегрований догляд в Україні: присутній фрагментами, відсутній як система	88
10.2. Готовність на рівні послуг: готовність «у словах» без інструментів	88
10.3. Доглядальники: невидимий «кістяк» системи	89
10.4. Системні обмеження: наявні елементи без інтеграції	89
10.5. Здійсненність ICOPE: реалістична, але умовна	90
10.6. Від пілоту до політики: стратегічне значення рішень щодо масштабування	90
10.7. Підсумок: інтегрований догляд як системний вибір	90
<b>11. Рекомендації</b>	<b>91</b>
11.1. Рекомендації для Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ)	91
11.1.1. Формально визнати інтегрований догляд як системну функцію охорони здоров'я	91
11.1.2. Розробити й затвердити практичні СОПи для ПМСД відповідно до ICOPE	91
11.1.3. Інтегрувати компетенції ICOPE у систему безперервного професійного розвитку	91
11.2. Рекомендації для Міністерства соціальної політики України (Мінсоцполітики)	92
11.2.1. Формально закріпити роль соціальних працівників в інтегрованому догляді	92
11.2.2. Інвестувати у кадрову спроможність і сталість соціальних служб	92
11.2.3. Пріоритезувати послуги в громаді та вдома	92
11.3. Рекомендації для Національної служби здоров'я України (НСЗУ)	92
11.3.1. Визнати координацію догляду оплачуваною функцією	92
11.3.2. Використати пілот ICOPE як «лабораторію» закупівельних інновацій	92
11.4. Рекомендації для Національної соціальної сервісної служби України (НСССУ)	92
11.4.1. Посилити роль НСССУ у забезпеченні якості інтегрованого догляду	92
11.4.2. Інтегрувати дані НСССУ у процеси планування та забезпечення рівності доступу	93
11.4.3. Забезпечити методичний супровід громад	93
11.4.4. Брати участь у міжсекторальних механізмах управління та координації для ICOPE	93

11.4.5. Сприяти розробці інтегрованих індикаторів якості	93
11.4.6. Посилити зворотні зв'язки між моніторингом і розробкою політик	93
11.5. Рекомендації для HelpAge International	94
11.5.1. Виконувати роль системного фасилітатора, а не лише імплементатора	94
11.5.2. Інвестувати в «навчання через практику» та документування досвіду	94
11.6. Рекомендації для донорів і партнерів	94
11.6.1. Підтримувати інтеграцію, а не ізольовані секторальні проекти	94
11.6.2. Забезпечити адаптивне управління та ітеративне навчання	94
11.7. Рекомендації для громад та органів місцевого самоврядування	94
11.7.1. Визнати інтегрований догляд локальною управлінською відповідальністю	94
11.7.2. Інвестувати в доступність і підтримку доглядальників	94
Підсумкова ремарка	94
SWOT-аналіз впровадження ICOPE в Україні	<b>96</b>
Аналітичний коментар до SWOT	97
PEST Analysis	<b>99</b>
Macro-environmental factors affecting ICOPE implementation in Ukraine	99
<b>Annex 1. ICOPE Implementation Scorecard – Ukraine</b>	<b>101</b>
<b>Annex 2. Action Plan Matrix for ICOPE Implementation and Scale-up in Ukraine</b>	<b>112</b>
<b>(Traffic-Light Approach)</b>	<b>112</b>
A. Ministry of Health (MoH)	112
B. Ministry of Social Policy (MinSoc)	112
C. National Health Service of Ukraine (NHSU)	112
D. National Social Service of Ukraine (NSSU)	113
E. HelpAge International	113
F. Donors and Development Partners	114
G. Communities and Local Self-Government	114
H. Cross-cutting Strategic Interpretation (Traffic-Light Logic)	114
<b>Annex 3. Recommended bibliography on ICOPE implementation issues</b>	<b>115</b>

# 1. Короткий огляд

Україна переживає глибокі демографічні зміни, що характеризуються старінням населення — процесом, який був суттєво прискорений і ускладнений повномасштабною війною. Тривале переміщення, руйнування інфраструктури, порушення надання послуг та хронічне перевантаження публічних систем непропорційно сильно вплинули на людей похилого віку, які стикаються з поєднаними медичними, функціональними, соціальними та економічними вразливостями. Це акцентувало увагу на структурних обмеженнях фрагментованих, секторальних моделей догляду та підкреслило нагальність переходу до інтегрованих, людиноцентричних підходів, що охоплюють повний спектр потреб людей похилого віку.

У відповідь на цей контекст HelpAge International замовила це оцінювання з метою вивчення доцільності та готовності до впровадження підходу Всесвітньої організації охорони здоров'я «Інтегрований догляд за людьми похилого віку» (ICOPE) в Україні<sup>1</sup>. Оцінювання зосереджене не на клінічній ефективності, а на спроможності систем охорони здоров'я та соціального догляду прийняти, операціоналізувати та забезпечити сталість інтегрованих моделей догляду, що надають пріоритет функціональній здатності, гідності та якості життя людей похилого віку.

Дослідження було проведене у двох регіонах, що представляють різні контексти надання послуг, зокрема міські та сільські громади. Було застосовано дизайн змішаних методів, який поєднував кабінетний аналіз, інтерв'ю з ключовими інформантами, фокус-групові дискусії, чек-листи на рівні закладів, опитування медичних і соціальних працівників та структуровані анкети, спрямовані на людей похилого віку та доглядальників. Такий підхід дозволив здійснити триангуляцію результатів на системному (макро), сервісному (мезо), а також індивідуальному та громадському (мікро) рівнях, забезпечивши комплексну картину готовності до впровадження ICOPE.

## Загальна готовність до впровадження ICOPE

Оцінювання показує, що Україна демонструє часткову та нерівномірну готовність до впровадження ICOPE. Хоча існують важливі сприятливі умови — зокрема триваюча реформа первинної медичної допомоги, сформована мережа соціальних послуг та зростаюче усвідомлення потреби в інтегрованому догляді — ці елементи залишаються недостатньо узгодженими для підтримки системного, скоординованого та людиноцентричного надання послуг людям похилого віку.

За всіма джерелами даних респонденти послідовно описували систему, в якій медичні та соціальні послуги функціонують паралельно, а не як частина інтегрованого континууму догляду. Механізми координації переважно є неформальними, залежать від індивідуальної ініціативи та є вразливими до збоїв.

Ключовою системною проблемою, яка простежується в усьому оцінюванні, є відсутність інституціоналізованої взаємодії між медичними та соціальними фахівцями на рівні надання послуг.

**«На практиці сімейний лікар і соціальний працівник часто навіть не мають номерів телефонів один одного. Вони працюють з однією і тією ж літньою людиною, але у двох різних**

---

<sup>1</sup> WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) — це глобальний підхід Всесвітньої організації охорони здоров'я до організації інтегрованого догляду за людьми похилого віку, спрямований на підтримку та збереження функціональної спроможності (intrinsic capacity), автономії та якості життя впродовж старіння. ICOPE ґрунтується на переході від фрагментованих, діагнозоорієнтованих послуг до скоординованої системи медичного та соціального догляду, побудованої навколо потреб людини.

Рамка ICOPE охоплює: (i) раннє виявлення функціональних порушень (мобільність, когніція, зір, слух, психоемоційний стан, харчування); (ii) індивідуальне планування догляду; (iii) мультидисциплінарну координацію медичних і соціальних послуг; (iv) підтримку доглядальників; (v) орієнтацію системи на догляд у громаді; та (vi) наявність управлінських і системних умов для інтегрованого догляду. У цьому звіті ICOPE використовується як аналітична та оціночна рамка для аналізу готовності системи України до впровадження інтегрованого догляду за людьми похилого віку.

реальностях. Немає механізму, який би змушував систему їх з'єднати». [KII, представник місцевої громадської організації]

Ця фрагментованість принципово обмежує поточну здатність України операціоналізувати ICOPE як функціональну модель інтегрованого догляду.

«На національному рівні взагалі немає нормативної моделі інтегрованого догляду. На місцевому рівні часто є готовність, але без ресурсів, персоналу або чітких інструментів ця готовність неможливо перевести у практику». [KII, представник місцевих громадських організацій]

«Щодо безпосередньої комунікації медичних працівників із соціальними — немає нормативно-регуляторних настанов. На практиці вона існує лише точково, наприклад у паліативній допомозі, і тримається більше на індивідуальній ініціативі, ніж на системі» [KII, представник Департаменту охорони здоров'я області]

## Ключові висновки у цифрах

**Таблиця 1. Обізнаність щодо ICOPE та інтегрованого догляду**

Індикатор (ргоху)	Частка працівників (%)
Працівники, які повідомили про оцінку соціальної підтримки та потреб доглядальників (ргоху-індикатор обізнаності з принципами інтегрованого догляду)	≈100% (практична орієнтація, а не концептуальна обізнаність)

Результати опитування медичних і соціальних працівників свідчать про те, що хоча формальна обізнаність із ICOPE безпосередньо не вимірювалася, ключові принципи цього підходу вже імпліцитно присутні в повсякденній практиці на рівні надання послуг. Переважна більшість респондентів зазначили, що у своїй роботі вони оцінюють соціальну підтримку та потреби доглядальників, що вказує на практичну орієнтацію на людиноцентричний та функціонально чутливий підхід до догляду.

Такий патерн дозволяє говорити про наявність «імпліцитного ICOPE» — тобто застосування окремих елементів інтегрованого догляду без їх формального закріплення або усвідомлення ICOPE як цілісної концептуальної рамки. У цьому сенсі ICOPE функціонує не як інституціоналізована модель, а радше як сукупність практик, що сформувалися органічно у відповідь на реальні виклики надання послуг людям похилого віку.

Водночас відсутність чіткого концептуального закріплення ICOPE обмежує системність, узгодженість і масштабованість таких практик. Без спільної термінології, цілеспрямованого навчання та формалізованих інструментів впровадження інтеграція залишається фрагментарною, значною мірою залежною від індивідуальної ініціативи окремих фахівців і нерівномірною між різними службами та територіями.

Загалом отримані результати вказують на суттєвий нереалізований потенціал політик і заходів з розвитку спроможностей: формалізація та ідентифікація вже наявних практик у межах рамки ICOPE може посилити міжсекторальну координацію, покращити безперервність догляду та підтримати перехід від імпліцитної, практико-орієнтованої інтеграції до експліцитного, системного впровадження інтегрованого догляду для людей похилого віку.

**Таблиця 2. Інтеграція оцінки функціональної спроможності людей похилого віку у практиці медичних і соціальних працівників**

Індикатор (ргоху)	Частка працівників (%)
Медичні та соціальні працівники, які повідомили, що оцінюють функціональний стан, автономність або повсякденну	≈70–80%*

активність людей похилого віку у межах своєї роботи

ПРИМІТКА: Пряме питання щодо оцінки функціональної спроможності як окремої процедури в анкеті відсутнє. Показник розрахований як ргоху-індикатор на основі відповідей про оцінку автономності, здатності до самообслуговування, потреб у догляді та соціальній підтримці. Діапазон значень відображає варіативність практик між медичними та соціальними працівниками.

Результати опитування медичних і соціальних працівників свідчать, що оцінка функціональної спроможності людей похилого віку частково інтегрована в рутинну практику, але не має системного характеру. За ргоху-індикаторами, близько 70–80% респондентів повідомили, що у своїй роботі вони оцінюють автономність, здатність до самообслуговування або повсякденну активність пацієнтів похилого віку.

Водночас така оцінка, як правило, здійснюється фрагментарно та ситуативно, без використання стандартизованих інструментів і без чіткого зв'язку з подальшим плануванням догляду. Для більшості працівників вона не оформлена як окремий етап процесу надання послуг, а радше інтегрована в загальне уявлення про стан пацієнта.

З позиції ICOPE це вказує на наявність імпліцитного підходу до оцінки функціональної спроможності, який базується на професійному досвіді окремих фахівців, але не підтримується системними протоколами, міжсекторальною координацією чи регулярним моніторингом змін функціонального стану з часом.

**Таблиця 3. Координаційний розрив між медичними та соціальними службами**

Індикатор	Кількісні дані (%)
Заклади, які мають будь-який формалізований маршрут направлення або протокол координації між ПМСД та соціальними службами	≈20–30%*
Респонденти, які зазначили, що взаємодія між сімейними лікарями та соціальними працівниками має ситуативний, персоналізований характер	≈60–70%*

ПРИМІТКА. Прямі питання щодо наявності формалізованих маршрутів координації були відсутні. Показники розраховано як ргоху-індикатори на основі відповідей про практики взаємодії, наявність/відсутність регулярних механізмів співпраці та характер комунікації між медичними та соціальними працівниками.

Результати опитування медичних і соціальних працівників вказують на виражений координаційний розрив між системами охорони здоров'я та соціального захисту. За ргоху-індикаторами, лише близько 20–30% закладів мають будь-які формалізовані маршрути направлення або протоколи координації між ПМСД та соціальними службами.

Водночас переважна більшість респондентів (60–70%) характеризують взаємодію між сімейними лікарями та соціальними працівниками як ситуативну та персоналізовану, таку, що залежить від індивідуальних контактів, особистої ініціативи або конкретних кризових ситуацій, а не від інституційно закріплених процедур, які не є формалізовані та визначені. Це означає, що координація між секторами функціонує переважно в режимі неформальної компенсації системних прогалин, а не як стабільний елемент організації догляду. За відсутності формалізованих маршрутів направлення, зворотного зв'язку та спільної документації безперервність догляду залишається крихкою, а відповідальність за координацію часто фактично перекладається на самих пацієнтів або їхніх доглядальників.

З позиції ICOPE такі результати підтверджують, що інтеграція медичних і соціальних послуг перебуває на ранній, фрагментованій стадії, де домінує імпліцитна взаємодія без системного управління та масштабованих рішень.

**Таблиця 4. Навантаження на доглядальників**

Індикатор (ргоху)	Кількісні дані (%)
Доглядальники, які повідомили про високий або дуже високий рівень емоційного та фізичного навантаження	≈65–75%*
Доглядальники, які зазначили, що не отримують жодної системної підтримки, навчання або послуг перепочинку	≈55–65%*

ПРИМІТКА. Показники розраховано як ргоху-індикатори на основі відповідей доглядальників щодо самооцінки емоційного та фізичного навантаження, доступу до підтримки, навчання та послуг перепочинку. Анкета не містила одного агрегованого питання про навантаження, тому значення подано у вигляді діапазонів.

Результати опитування доглядальників/соціальних працівників вказують на високий рівень навантаження та структурний дефіцит підтримки. За ргоху-індикаторами, приблизно дві третини респондентів (65–75%) повідомили про високий або дуже високий рівень емоційного та фізичного навантаження, що вказує на системний ризик вигорання серед неформальних доглядальників.

Паралельно понад половина доглядальників (55–65%) зазначили, що не отримують жодної системної підтримки, зокрема навчання, консультацій або послуг перепочинку. Це означає, що догляд за людьми похилого віку значною мірою покладається на приватні ресурси сімей без належної інституційної компенсації або супроводу.

З позиції ICOPE такі результати вказують на критичний розрив між визнанням ролі доглядальників та фактичною підтримкою, що обмежує сталість догляду, підвищує ризики для здоров'я самих доглядальників і негативно впливає на безперервність та якість допомоги людям похилого віку. Відсутність навчання та respite-послуг також зменшує потенціал інтеграції медичних і соціальних втручань на рівні домогосподарств.

**Таблиця 5. Доступ до послуг**

Індикатор (ргоху)	Кількісні дані (%)
Люди похилого віку, які повідомили про труднощі або затримки в доступі принаймні до однієї ключової медичної або соціальної послуги	≈55–65%*
Люди похилого віку, які охарактеризували свій шлях отримання допомоги як «незрозумілий» або «складний для навігації»	≈45–55%*

ПРИМІТКА. Показники розраховано як ргоху-індикатори на основі відповідей людей похилого віку щодо досвіду доступу до медичних і соціальних послуг, затримок, бар'єрів та суб'єктивної оцінки складності шляху отримання допомоги. Анкета не містила одного агрегованого питання, тому значення подано у вигляді діапазонів.

Результати опитування людей похилого віку свідчать про суттєві обмеження доступу до медичних і соціальних послуг. За ргоху-індикаторами, понад половина респондентів (55–65%) стикалися з труднощами або затримками в доступі принаймні до однієї ключової послуги, що вказує на системний характер бар'єрів доступності.

Майже половина опитаних (45–55%) охарактеризували власний шлях отримання допомоги як незрозумілий або складний для навігації. Це означає, що проблеми доступу пов'язані не лише з фізичними або фінансовими бар'єрами, а й із відсутністю прозорих маршрутів, чіткої інформації та координованого супроводу.

**Таблиця 6. Цифровий розрив і фрагментація даних**

Індикатор (ргоху)	Кількісні дані (%)
Заклади, які використовують електронні системи, сумісні між медичним і соціальним секторами	≈10–15%*
Соціальні працівники, які мають доступ до будь-якої медичної інформації, релевантної для планування догляду	≈15–25%*

ПРИМІТКА. Прямі питання щодо повної міжсекторальної сумісності інформаційних систем були відсутні. Показники розраховано як ргоху-індикатори на основі відповідей чек-листів закладів та опитування працівників щодо використання електронних систем, доступу до медичних даних та практик інформаційного обміну між секторами.

Результати чек-листів закладів та опитування медичних і соціальних працівників виявляють глибокий цифровий розрив між медичним і соціальним секторами. За ргоху-індикаторами, лише близько 10–15% закладів використовують електронні системи, які можна вважати сумісними або частково інтегрованими між секторами охорони здоров'я та соціального захисту.

Водночас доступ соціальних працівників до медичної інформації, необхідної для планування догляду, залишається вкрай обмеженим: лише 15–25% респондентів зазначили, що мають будь-який такий доступ. Це означає, що у більшості випадків соціальні працівники змушені покладатися на усні повідомлення від клієнтів або доглядальників, а не на структуровані медичні дані.

З позиції ICOPE така фрагментація даних істотно підриває можливість інтегрованого догляду, оскільки оцінка потреб, планування втручань і моніторинг змін функціональної спроможності відбуваються в інформаційно ізольованих середовищах. За відсутності спільних електронних інструментів і доступу до релевантної інформації інтеграція залишається декларативною, а міжсекторальна координація — залежною від неформальних контактів між фахівцями.

Разом ці показники кількісно підтверджують, що чинна модель залишається структурно фрагментованою і слабо пристосованою до підтримки скоординованого, функціонально орієнтованого догляду.

## Загальна оцінка готовності (синтез за методологією ВООЗ)

На основі логіки WHO ICOPE Implementation Scorecard оцінювання дозволяє попередньо визначити загальний рівень готовності України до впровадження ICOPE на рівні приблизно: ≈ 30–40% системної готовності

Це відповідає стадії «ініціювання / ранньої готовності до впровадження», що характеризується наявністю політичних намірів та поодиноких практик, але відсутністю інституційних механізмів для масштабування.

**Таблиця 7. Попередній скоринг готовності (шкала 1–4 за ВООЗ)**

Сфера	Рівень	Інтерпретація
Управління та підзвітність	2 / 4	Є політичні та нормативні передумови, але відсутня національна модель інтегрованого догляду та спільне управління
Кадровий потенціал	2 / 4	Сильна професійна база, але кадровий дефіцит, перевантаження та нестача інтегрованих компетенцій
Фінансування інтегрованого догляду	1–2 / 4	Фінансування повністю секторальне, відсутні стимули до координації
Інформаційні системи та дані	1 / 4	Медичні та соціальні дані неінтегровані і не підтримують функціональні траєкторії догляду

Загальний профіль системи: середовище для інтеграції формується, але операційна система ICOPE відсутня.

## Рівень надання послуг (мезо): сильні сторони та прогалини

На рівні послуг заклади первинної медичної допомоги та постачальники соціальних послуг уже задовольняють більшість потреб людей похилого віку, зокрема щодо ведення хронічних захворювань, соціальної допомоги та підтримки вдома. Елементи, концептуально узгоджені з ICOPE, — такі як регулярний супровід, окремі компоненти функціональної оцінки та робота з громадами — присутні на практиці, хоча й не оформлені в межах інтегрованої моделі догляду.



Водночас надання послуг залишається переважно секторальним. Міждисциплінарна командна робота є обмеженою, спільне планування догляду застосовується рідко, а маршрути направлення між медичними та соціальними службами слабо формалізовані. Люди похилого віку часто самостійно орієнтуються у складних і фрагментованих маршрутах отримання послуг, стикаючись із затримками, нечіткими правилами доступу та фінансовими бар'єрами.

Висновки з фокус-групових дискусій з людьми похилого віку підтверджують ці результати, підкреслюючи тривалий час очікування, непослідовну інформацію та відсутність безперервності між надавачами послуг. Доглядальники так само повідомляють про високий рівень навантаження, обмежені рекомендації та недостатню координацію між медичною та соціальною підтримкою

**«Якщо інтегрований догляд означає більше зустрічей, більше звітності та більше навантаження, він не працюватиме. Люди виснажені. Інтеграція має полегшувати роботу і робити послуги ефективнішими, а не важчими». [KII, представник ВООЗ]**

Моделі догляду на рівні громади, включно з виїзними послугами, денним доглядом і підтриманим проживанням, розвинені нерівномірно та значною мірою залежать від місцевої спроможності та зовнішньої підтримки. Сільські та віддалені громади стикаються з особливими обмеженнями доступу, пов'язаними з нестачею кадрів та транспортними бар'єрами.

## Системний рівень (макро): управління, кадрові ресурси та дані

На системному рівні Україна заклала важливі основи через реформу фінансування охорони здоров'я та посилення первинної ланки. Ці реформи створюють потенційну платформу для впровадження практик інтегрованого догляду за логікою ICOPE. Водночас оцінювання виявляє суттєві прогалини в управлінні та координації між Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством соціальної політики, сім'ї та єдності України та іншими органами державної влади.

Повноваження у сфері охорони здоров'я та соціального догляду залишаються фрагментованими, з обмеженими механізмами спільного планування, об'єднаного фінансування або спільної відповідальності. Системи даних у секторах охорони здоров'я та соціального захисту функціонують окремо, що обмежує можливість відстежувати функціональну здатність, психосоціальні ризики та траєкторії догляду в динаміці.

«Медичні дані та соціальні дані існують, але вони не "розмовляють" між собою. Сімейний лікар не бачить соціальну оцінку, а соціальний працівник не бачить медичні призначення. Інформація губиться між секторами». [KII, представник місцевих громадських організацій]

«Якби можна було поєднати інформаційні системи — медичну та соціального захисту — це суттєво зменшило б кількість "невидимих" людей похилого віку і значно полегшило б охоплення послугами» [KII, представник Департаменту соціального захисту області]

Кадрова спроможність постає як критичне «вузьке місце». Дефіцит сімейних лікарів, медсестер, соціальних працівників, фахівців з реабілітації та геріатричних компетенцій посилюється обмеженою підготовкою з інтегрованого, людиноцентричного догляду. Мотивація та професійне визнання неодноразово визначалися як передумови успішного впровадження.

## Оціночна картка впровадження ICOPE: узагальнені висновки

Застосування Оціночної картки впровадження ICOPE ВООЗ свідчить, що більшість дій як на рівні послуг, так і на системному рівні залишаються на ранній або ініціаційній стадії. Хоча існують поодинокі ініціативи та пілотні практики, вони ще не інтегровані у цілісну, масштабовану рамку.

**Впровадження ICOPE на системному рівні: зведена оцінка системи показників**



Графік відображає узагальнену оцінку системної готовності до впровадження підходу ICOPE за основними напрямками інституційної спроможності. Усі п'ять вимірів — координація та безперервність догляду, інформаційні системи та сумісність даних, фінансові механізми, кадрова спроможність і компетенції, управління та лідерство — перебувають на первинній (early / initiating) стадії розвитку. Зокрема:

- **Care coordination & continuity (координація та безперервність догляду).** Оцінюється як така, що лише починає формуватися. Це узгоджується з даними про обмежену наявність формалізованих маршрутів направлення та переважно ситуативний характер взаємодії між медичними й соціальними службами.
- **Information systems & data interoperability (інформаційні системи та сумісність даних).** Знаходяться на початковій стадії, що відображає глибоку фрагментацію даних та мінімальну міжсекторальну сумісність електронних систем. Це суттєво обмежує можливості інтегрованого планування догляду та моніторингу функціональної спроможності.
- **Financing mechanisms (фінансові механізми).** Також оцінюються як такі, що не забезпечують системної підтримки інтегрованого догляду. Фінансування залишається переважно секторним і орієнтованим на окремі медичні послуги, без стимулів для міжсекторальної взаємодії.
- **Workforce capacity & competencies (кадрова спроможність і компетенції).** Перебувають на ранньому етапі розвитку з огляду на дефіцит кадрів, високі рівні вигорання та обмежену підготовку з міжсекторальних і людиноцентричних підходів до догляду.
- **Governance & leadership (управління та лідерство).** Оцінюються як недостатньо розвинені для підтримки ICOPE: відсутні чіткі механізми міжвідомчої координації, спільної відповідальності та операціоналізації інтегрованого догляду на національному й місцевому рівнях.

Зведена оцінка свідчить, що впровадження ICOPE в Україні перебуває на початковій стадії системного розвитку. Хоча окремі елементи інтегрованого догляду присутні на рівні практик, вони не підкріплені зрілими управлінськими, фінансовими, цифровими та кадровими механізмами. Це підтверджує необхідність переходу від фрагментарних і імпліцитних практик до експліцитної, системно підтриманої моделі інтегрованого догляду, узгодженої з рамкою ВООЗ ICOPE.

Зберігаються критичні прогалини в управлінських механізмах, розвитку кадрового потенціалу, фінансових інструментах для інтегрованого догляду, а також у використанні сумісних інформаційних систем для підтримки координації та безперервності догляду.

## Узагальнення

Оцінювання свідчить, що Україна поки не готова до загальнонаціонального впровадження ICOPE, проте має достатні інституційні, професійні та громадські передумови для поетапного, пілотного впровадження.

Найвищий рівень готовності спостерігається на рівні розуміння проблеми та локальної мотивації; найнижчий — на рівні дизайну системи: управління, фінансування, структуризації кадрів і даних.

Чинні реформи, практики на рівні громад і залучення громадянського суспільства створюють реальну точку входу для адаптації ICOPE до українського контексту — за умови, що раннє впровадження фокусуватиметься на інтеграції на рівні громади, формалізації міжсекторальної координації та системній підтримці доглядальників.

## Стратегічні наслідки

Рекомендується поетапний підхід до впровадження ICOPE із фокусом на відібрані регіони та громади, де наявні сприятливі передумови. Пріоритетні дії включають посилення координації між системами охорони здоров'я та соціального захисту, розвиток міждисциплінарної спроможності, залучення людей похилого віку та доглядальників як активних учасників процесу догляду, а також формування механізмів управління та фінансування, що підтримують інтегровані, орієнтовані на громаду моделі.

Це оцінювання формує доказову основу для національного діалогу, взаємодії з донорами та розробки політик у сфері інтегрованого догляду за людьми похилого віку в Україні, узгоджених зі стандартами ВООЗ та адаптованих до поточного гуманітарного і реформаторського контексту країни.

## 2. Вступ і контекст

### 2.1. Старіння населення, війна та накопичена вразливість людей похилого віку в Україні

Старіння населення в Україні є довготривалим демографічним процесом, що розпочався задовго до повномасштабної війни, однак саме війна різко прискорила його наслідки та трансформувала їх у масштабну гуманітарну кризу. Ще до 2022 року Україна характеризувалася стабільним зростанням частки людей похилого віку, високою поширеністю неінфекційних захворювань, інвалідності та бідності серед цієї вікової групи. Повномасштабна війна радикально поглибила ці тенденції, зруйнувавши джерела доходів, розірвавши сімейні та громадські мережі підтримки й наклавши додаткове фізичне та психологічне навантаження на людей похилого віку.

Водночас війна не лише посилила наявні демографічні тенденції, а й якісно змінила структуру старіння населення в Україні. Масове внутрішнє переміщення призвело до різкого зростання частки самотніх людей похилого віку серед ВПО — осіб, які втратили не лише місце проживання, а й сімейні та сусідські мережі підтримки, що традиційно виконували функцію неформального догляду.

Примусове переміщення мало особливо руйнівний вплив на людей похилого віку. Багато з них стикаються з серйозними обмеженнями мобільності, дефіцитом доступної інформації та труднощами орієнтації в нових середовищах надання послуг. Для літніх внутрішньо переміщених осіб війна означала не лише втрату зв'язку із сімейним лікарем, соціальним працівником чи звичними сервісами, а й втрату фізичного житла як такого. Втрата дому, звичного простору та локальних соціальних зв'язків призвела до затримок у лікуванні, переривання терапії, різкого звуження доступу до соціальної допомоги та поглиблення залежності від зовнішньої підтримки.

Паралельно в Україні сформувався ще один критичний феномен — «залишені» літні люди. Тисячі осіб похилого віку залишилися у своїх громадах, часто у сільських або прифронтових районах, без сімейної підтримки, після евакуації молодших членів родин або їх загибелі. Самотність, обмежена мобільність, деградація інфраструктури, кадровий дефіцит і скорочення доступних послуг створюють для них середовище системної ізоляції та високих ризиків для життя і здоров'я.

У цьому контексті війна фактично сформувала нову велику соціальну категорію — самотніх літніх внутрішньо переміщених осіб, які одночасно втратили житло, соціальне оточення і звичні механізми неформальної підтримки. Для цієї групи сім'я як базовий інститут догляду часто перестала існувати. Для них ICOPE в українських умовах є не просто моделлю покращення якості послуг, а інструментом виживання — механізмом, здатним частково замінити втрачений сімейний догляд через поєднання медичних, соціальних і громадських компонентів підтримки.

Люди похилого віку в Україні дедалі частіше зазнають множинних, взаємопосилюючих вразливостей. Хронічні захворювання поєднуються з функціональними обмеженнями, когнітивними порушеннями та психосоціальним дистресом, тоді як низькі пенсії та зростання вартості життя поглиблюють фінансову нестабільність. Соціальна ізоляція посилилася внаслідок переміщення, втрати близьких і руйнування локальних спільнот. Ці чинники демонструють, що вразливість людей похилого віку в Україні не може бути адекватно подолана виключно через медичні втручання, а потребує скоординованих відповідей з боку систем охорони здоров'я, соціального захисту та громад.

Війна також розкрила обмеженість кризових моделей реагування, що зосереджуються переважно на гострих медичних потребах, але не приділяють належної уваги довгостроковій функціональній спроможності, гідності та якості життя. Саме в цьому контексті ICOPE набуває в Україні стратегічного значення як підхід, що дозволяє змістити фокус із реактивного лікування на підтримку повсякденної функціональності, автономії та безперервності догляду. У цьому контексті старіння населення в Україні перестає бути лише демографічним питанням і перетворюється на центральний соціальний та політичний виклик, який вимагає інтегрованих, системних і перспективно орієнтованих підходів до догляду та підтримки людей похилого віку.

## 2.2. Системи охорони здоров'я та соціального захисту для людей похилого віку: паралельні структури та розподілені повноваження

Підтримка людей похилого віку в Україні організована через дві взаємопов'язані, але здебільшого паралельні системи: систему охорони здоров'я та систему соціального захисту і соціальних послуг. Медичні послуги перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України та фінансуються переважно через Національну службу здоров'я України, тоді як соціальні послуги і заходи соціального захисту належать до мандату Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України та реалізуються головним чином на місцевому рівні.

Реформи у сфері охорони здоров'я протягом останнього десятиліття посилили роль первинної медичної допомоги та запровадили нові механізми фінансування, спрямовані на підвищення доступності та ефективності послуг. Сімейні лікарі визначені як основна точка входу до системи охорони здоров'я та відіграють ключову роль у веденні хронічних захворювань, які непропорційно часто вражають людей похилого віку. Водночас повномасштабна війна істотно підірвала ці досягнення. У багатьох регіонах заклади первинної та спеціалізованої допомоги були пошкоджені або зруйновані, амбулаторні мережі скоротилися, а дефіцит медичних кадрів значно загострився. У цих умовах потенційний «фундамент» безперервності медичної допомоги для людей похилого віку виявився фізично зруйнованим або істотно ослабленим.

Таким чином, у воєнному контексті ICOPE не може розглядатися як «додаткова послуга» до наявної системи. Він постає як інструмент оптимізації обмежених ресурсів у ситуації, коли первинна ланка охорони здоров'я фізично пошкоджена, кадрово виснажена і не здатна самостійно відповідати на комплексні потреби людей похилого віку.

Навіть там, де заклади продовжують функціонувати, система охорони здоров'я залишається переважно хворобоорієнтованою, з обмеженою системною увагою до функціональної спроможності, труднощів повсякденного життя та ширшого соціального контексту життя людей похилого віку. Перевантаженість лікарів, кадрові втрати та руйнування інфраструктури додатково звужують можливості для комплексних, профілактичних і міждисциплінарних підходів.

Паралельно система соціального захисту надає широкий спектр виплат і послуг, релевантних для людей похилого віку, зокрема пенсії, адресну соціальну допомогу, догляд удома, стаціонарні та напівстаціонарні послуги, а також соціальну підтримку вразливих домогосподарств. Соціальні працівники та територіальні центри соціальних послуг часто є основною точкою контакту для людей похилого віку, які мають функціональні обмеження, перебувають у соціальній ізоляції або потребують догляду. Попри свою ключову роль, соціальні служби хронічно недофінансовані, характеризуються високими навантаженнями, дефіцитом персоналу та обмеженими бюджетами, що особливо загострилося в умовах війни.

Критично важливо, що взаємодія між системами охорони здоров'я та соціального захисту залишається обмеженою та слабо інституціоналізованою. Оцінки потреб, критерії доступу, інформаційні системи та процеси планування є секторально відокремленими, що стримує формування спільних маршрутів догляду або скоординованих планів підтримки. У результаті люди похилого віку та їхні доглядальники часто змушені самостійно орієнтуватися між цими системами, що призводить до фрагментації допомоги, дублювання зусиль і незадоволених потреб.

У цьому контексті впровадження ICOPE в Україні слід розглядати не лише як концептуальну реформу, а як інструмент раціонального використання вкрай дефіцитних ресурсів. В умовах скорочення кількості амбулаторій, нестачі лікарів і пошкодження лікарень інтегрований догляд створює можливість зменшити кількість непотрібних госпіталізацій, перевантаження стаціонарної допомоги та запобігати загостренням стану через раннє виявлення функціональних порушень і залучення соціальних та громадських ресурсів. Саме така логіка — підтримка людей похилого віку на рівні громади, а не через постійне звернення до перевантажених лікарень — є критичною для збереження спроможності системи в умовах війни.

## 2.3. Децентралізація, громади та організація догляду і підтримки

Реформи децентралізації суттєво змінили систему управління соціальними послугами в Україні, передавши значну частину повноважень органам місцевого самоврядування та територіальним громадам. Громади дедалі більше відповідають за оцінку локальних потреб, планування надання послуг, розподіл ресурсів та укладання договорів із надавачами, зокрема недержавними. Ці зміни мають прямі наслідки як для становища людей похилого віку, так і для реалістичності впровадження інтегрованих моделей догляду.

З одного боку, децентралізація потенційно створює можливості для розвитку громадоорієнтованих, гнучких і контекстно чутливих підходів до догляду, які концептуально відповідають принципам ICOPE. Органи місцевого самоврядування теоретично ближчі до повсякденних проблем людей похилого віку та краще обізнані зі специфікою локальних потреб, зокрема пов'язаних із мобільністю, соціальною участю та доступом до послуг. Рішення на рівні громади — такі як догляд удома, денні центри або підтримане проживання — за наявності ресурсів можуть бути більш адаптивними та сталими.

Водночас в умовах війни ця логіка далеко не завжди працює на практиці. Значна частина громад, особливо малих, сільських, прифронтових і тих, що прийняли велику кількість ВПО, фактично не має фінансового, кадрового чи адміністративного ресурсу для розвитку соціальних послуг. У багатьох громадах пріоритетом виживання стали базові функції — безпека, евакуація, житлові питання та аварійна підтримка, тоді як системні соціальні послуги для людей похилого віку опинилися на межі або за межами реальної спроможності.

Децентралізація в цих умовах суттєво посилила нерівність між громадами. Фінансова спроможність, управлінський досвід і доступ до кваліфікованого персоналу різко відрізняються між регіонами. Заможніші або відносно стабільні громади можуть експериментувати з новими моделями догляду, тоді як бідні, зруйновані або перевантажені громади часто не здатні забезпечити навіть базовий мінімум підтримки для людей похилого віку, особливо тих, хто має комплексні потреби.

У цьому контексті існує прямий системний ризик: децентралізація без цільової підтримки впровадження ICOPE — у вигляді субвенцій, методичного супроводу та національних інструментів — призведе до ситуації, за якої люди похилого віку в бідних або постраждалих громадах будуть фактично покинуті напризволяще. Без зовнішніх ресурсів і національних рамок інтегрований догляд стане привілеєм окремих громад, а не гарантованим підходом до захисту найуразливіших.

Тому ефективність децентралізації як основи для інтегрованого догляду безпосередньо залежить від двох чинників: системної координації між секторами охорони здоров'я та соціального захисту і здатності держави та партнерів підтримати громади через цільові фінансові механізми, спільні інструменти та партнерства з неурядовими й міжнародними організаціями. Лише за цих умов громади можуть стати не «місцем перекидання відповідальності», а реальним рівнем впровадження ICOPE.

## 2.4. Обґрунтування проведення оцінювання готовності до впровадження ICOPE

Підхід «Інтегрований догляд за людьми похилого віку» (ICOPE) був розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я саме для реагування на ті типи викликів, які спостерігаються сьогодні в Україні: фрагментоване надання послуг, недостатня міжсекторальна координація та обмежений фокус на функціональній спроможності й людиноцентричному догляді. ICOPE робить акцент на інтегрованих, міждисциплінарних і громадоорієнтованих втручаннях, які поєднують медичну та соціальну складові й ставлять людину похилого віку в центр планування догляду.

В умовах війни ця логіка набуває додаткового виміру: ICOPE в Україні є не лише рамкою покращення якості послуг, а механізмом збереження спроможності системи та підтримки виживання найбільш уразливих груп, насамперед самотніх літніх ВПО.

Оцінювання готовності до впровадження ICOPE в Україні, таким чином, виходить далеко за межі аналізу суто клінічної спроможності. Воно потребує комплексного вивчення

управлінських механізмів, моделей надання послуг, кадрового потенціалу, фінансових інструментів та інформаційних систем у межах як сектору охорони здоров'я, так і сектору соціального захисту. Особливо критичною є зона перетину між цими системами, оскільки успішне впровадження ICOPE безпосередньо залежить від їх здатності працювати у скоординований і взаємодоповнюючий спосіб.

Це оцінювання було задумане як дослідження готовності та доцільності, а не як оцінка результативності. Його метою є виявлення сприятливих чинників і системних бар'єрів, оцінка рівня відповідності принципам ICOPE та пошук реалістичних точок входу для пілотування інтегрованих моделей догляду в українському контексті. Фокус на готовності покликаний підтримати обґрунтоване ухвалення рішень і стратегічне планування майбутнього впровадження

## **2.5. Роль міжнародних і національних громадських організацій та HelpAge International у розвитку інтегрованого догляду**

У гуманітарному контексті саме неурядові організації часто першими розбудовують інтегровані, домашньо-орієнтовані моделі підтримки, що відповідають підходу ICOPE і компенсують руйнування формальної інфраструктури.

У поточному українському контексті міжнародні неурядові організації (INGO) та національні громадські організації (NGO) відіграють критично важливу роль у підтримці людей похилого віку та посиленні систем охорони здоров'я і соціального захисту. Їхній внесок є особливо значущим у гуманітарних умовах, де вони часто заповнюють прогалини, залишені перевантаженими державними службами, та пілтують інноваційні підходи до надання послуг.

INGO та NGO сприяють розвитку інтегрованого догляду у кількох вимірах. Вони надають прямі послуги, зокрема вразливим і важкодоступним групам населення; підтримують розвиток спроможності медичних і соціальних працівників; сприяють координації між секторами; а також адвокатують політичні зміни, засновані на доказах і міжнародних стандартах. Важливо, що недержавні актори часто працюють на перетині сфер охорони здоров'я, соціального захисту та залучення громад, що позиціонує їх як ключових провайдерів і каталізаторів інтегрованих підходів, зокрема таких як ICOPE.

У цьому середовищі HelpAge International займає окрему й стратегічну нішу. Як організація, діяльність якої зосереджена на потребах людей похилого віку, HelpAge володіє спеціалізованою експертизою у сфері старіння, функціональної спроможності та правозахисних, людиноцентричних підходів до догляду. В Україні робота HelpAge охоплює адвокацію, технічну підтримку та співпрацю з національними й місцевими стейкхолдерами з метою просування доказових, орієнтованих на людину моделей підтримки людей похилого віку.

Замовивши це оцінювання, HelpAge International прагне підтримати національний діалог щодо інтегрованого догляду, сприяти узгодженню підходів зі стандартами ВООЗ та визначити практичні шляхи пілотування і масштабування ICOPE в Україні. Залучення організації підкреслює важливість поєднання міжнародного досвіду та локальних знань для реагування на складні й динамічні потреби людей похилого віку в умовах гуманітарної кризи та реформ.

## **3. Теоретична рамка: Інтегрований догляд за людьми похилого віку (ICOPE)**

### **3.1. Від хворобоорієнтованого догляду до інтегрованих підходів у суспільствах, що старіють**

Старіння населення становить фундаментальний виклик для систем охорони здоров'я та соціального захисту в усьому світі. Традиційні моделі догляду, які є переважно хворобоорієнтованими та організованими навколо окремих діагнозів або епізодичних втручань, дедалі більше демонструють свою неспроможність адекватно реагувати на

складні, взаємопов'язані потреби людей похилого віку. Похилий вік рідко характеризується одним діагнозом; натомість він асоціюється з мультиморбідністю, функціональним зниженням, когнітивними порушеннями, психосоціальною вразливістю та зростаючою залежністю як від формальних, так і від неформальних систем підтримки.

Фрагментовані моделі надання послуг часто призводять до дублювання сервісів, прогалин у догляді, неефективного використання ресурсів та незадовільних результатів для людей похилого віку. У таких системах надавачі медичних послуг зосереджуються переважно на клінічних показниках, тоді як соціальні служби ізольовано працюють із соціальними потребами без системної координації. Такий поділ ігнорує реальність того, що результати у сфері здоров'я в похилому віці значною мірою визначаються соціальними детермінантами, умовами проживання, функціональною спроможністю та наявністю підтримки у повсякденному житті.

Саме тому інтегрований догляд сформувався як відповідь на ці системні обмеження. У своїй основі інтегрований догляд спрямований на координацію послуг між секторами, дисциплінами та рівнями надання допомоги з метою підвищення безперервності, ефективності та людиноцентричності. Для людей похилого віку інтегрований догляд є особливо критичним, оскільки він дозволяє перейти від реактивного, епізодичного лікування до проактивних, профілактичних і підтримуючих підходів, які зберігають функціональну спроможність і якість життя в довгостроковій перспективі.

У випадку України ці загальні закономірності мають різко посилений характер через повномасштабну війну. Фрагментація не є звичайною проблемою системи — вона перетворюється на прямий ризик переривання життєво необхідних ланцюжків підтримки для літніх людей. Поєднання руйнування інфраструктури, кадрового дефіциту, внутрішнього переміщення та різкого зростання частки самотніх літніх ВПО означає, що відсутність інтеграції між медичною та соціальною підтримкою призводить не лише до неефективності, а й до втрати доступу до базових послуг (ліки, догляд, харчування, безпечне житло, допомога з мобільністю). Саме тому теоретична рамка ICOPE у цьому звіті розглядається як стратегічна основа системного виживання та відновлення підтримки людей похилого віку в українських умовах.

## **3.2. Концептуальні засади підходу ICOPE**

Рамка «Інтегрований догляд за людьми похилого віку» (ICOPE), розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, являє собою парадигмальний зсув у розумінні та організації догляду за людьми похилого віку. Замість первинної концентрації на захворюваннях або вікових дефіцитах ICOPE зосереджується на концепції функціональної спроможності («intrinsic capacity») — сукупності фізичних і психічних можливостей людини — та її взаємодії з навколишнім середовищем як чинниках, що визначають функціональну спроможність.

ICOPE визнає, що підтримання функціональної спроможності є головною метою догляду в похилому віці. Це вимагає раннього виявлення зниження функціональної спроможності, своєчасних втручань та скоординованої підтримки в медичній, соціальній і громадській сферах. Рамка прямо підкреслює, що здоров'я та благополуччя в похилому віці не можуть бути забезпечені виключно послугами охорони здоров'я, а залежать від інтегрованих відповідей, які охоплюють соціальну участь, умови проживання та доступ до підтримки.

Центральним елементом підходу ICOPE є людиноцентрична філософія, яка розглядає людей похилого віку як активних учасників власного догляду, а не пасивних отримувачів послуг. Планування догляду в межах ICOPE має бути адаптованим до індивідуальних цілей, уподобань і життєвих обставин та змінюватися з часом у міру трансформації потреб.

Для України принцип функціональної спроможності є особливо важливим ще й тому, що на практиці системи часто ототожнюють людину з формальними категоріями (діагноз, статус ВПО, група інвалідності, пенсія, право на пільгу), тоді як функціональна спроможність може погіршуватися задовго до того, як людина отримає офіційний статус інвалідності або стане клієнтом соціальної служби. ICOPE вводить іншу логіку: оцінюється не лише «що у людини з діагнозами», а «що саме вона може/не може робити у повсякденному житті» — і які комбіновані (медичні + соціальні) рішення потрібні вже зараз.

Українська система встановлення інвалідності традиційно фокусується на медико-правовому статусі (група інвалідності як юридично значуща категорія для пенсій/виплат/пільг), тоді як

концепція функціональної спроможності є динамічною: вона описує змінний у часі «профіль спроможностей» людини, який може погіршуватися або покращуватися під впливом втручань і підтримки.

При цьому важливо зберегти бачення, що ICOPE не замінює українські групи інвалідності і не є процедурою їх визначення. Натомість ICOPE пропонує «паралельну лінзу», яка дозволяє: (а) виявляти функціональне зниження до настання юридичного статусу; (б) планувати підтримку незалежно від того, чи оформлена інвалідність; (в) спрямовувати людину до належних медичних/соціальних сервісів за фактичними потребами, а не лише за статусом.

Нижче наведено описову кореляційну схему, яку слід розуміти як орієнтир для комунікації між секторами:

1) Висока функціональна спроможність (збережена або мінімально знижена):

- в українській системі часто відсутній статус інвалідності; людина може не мати офіційних підстав для отримання соціальних послуг, але вже потребує ранніх профілактичних втручань (скринінг, фізична активність, корекція харчування, підтримка мобільності, профілактика падінь, контроль когнітивних ризиків).

2) Помірне зниження функціональної спроможності (помітні обмеження в базових та/або інструментальних активностях повсякденного життя, але часткова самостійність збережена):

- може відповідати ситуаціям, коли інвалідність ще не оформлена або оформлена як менш тяжка (в практиці це нерідко асоціюють із III групою, але прямої відповідності немає).
- ключова відмінність ICOPE: підтримка призначається не після формального статусу, а на підставі функціонального профілю (мобільність, самообслуговування, когніція, сенсорні функції, психоемоційний стан) та соціальних ризиків (самотність, бідність, відсутність житла/догляду).

3) Значне зниження функціональної спроможності (стійкі обмеження, високі ризики, потреба у регулярній сторонній допомозі):

- в українській системі це часто корелює з оформленою інвалідністю (на практиці — II група або інші рішення, залежно від нозології та висновків комісії).
- ICOPE вимагає комплексного плану підтримки: медичні втручання + соціальний супровід + організація догляду вдома + підтримка доглядальника + адаптації житла/середовища.

4) Дуже низька функціональна спроможність (висока залежність, складні потреби, потреба в інтенсивному догляді):

- в українських реаліях це часто асоціюють з I групою інвалідності або еквівалентно високим рівнем залежності.
- ICOPE наголошує, що навіть у таких випадках базовою логікою має бути "максимально можливий догляд вдома/у громаді" з використанням підтриманого проживання, денних центрів, перепочинку та мультидисциплінарного супроводу; інституційне розміщення не повинно бути "автоматичною відповіддю", а лише крайнім варіантом за відсутності безпечних альтернатив.

Концепція функціональної спроможності може стати основою взаємодії між лікарем і соціальним працівником. Вона дозволяє пов'язати медичні показники з потребами у соціальній підтримці та догляді вдома, а також створює підставу для спільного ведення випадку навіть за відсутності або до моменту отримання формального статусу інвалідності.

### **3.3. Рівні впровадження ICOPE: мікро, мезо та макро**

Рамка ICOPE функціонує на трьох взаємопов'язаних рівнях: мікро (індивідуальний і громадський), мезо (рівень надання послуг) та макро (системний і політичний).

На мікрорівні ICOPE зосереджується на людях похилого віку та їхніх найближчих мережах підтримки, включно з членами сім'ї, неформальними доглядальниками та громадськими акторами. Цей рівень робить акцент на ранньому скринінгу внутрішньої спроможності, спільному ухваленні рішень і розширенні можливостей людей похилого віку в управлінні власним здоров'ям і благополуччям.

У логіці ICOPE мікрорівень є базовим, оскільки саме на ньому формується реальний запит на інтегрований догляд. Йдеться не про "пацієнта" і не про "отримувача соціальних послуг", а

про людину похилого віку у її щоденному життєвому середовищі — з конкретним житлом, маршрутом пересування, способом харчування, доступом до води, ліків, соціальних контактів і підтримки.

В умовах війни мікрорівень набуває принципово іншого значення, ніж у стабільних системах: для значної частини людей похилого віку він є нестабільним, перерваним або зруйнованим. Втрата житла, переміщення, розрив сімейних зв'язків, ізоляція, руйнування інфраструктури й постійний стрес означають, що функціональна спроможність визначається не лише станом здоров'я, а передусім середовищем виживання.

### 1. Людина похилого віку як «центр системи», а не як носій діагнозу

На мікрорівні ICOPE вихідною точкою є не перелік захворювань, а оцінка функціональної спроможності та фактичної здатності людини в конкретних умовах її життя.

Для України це особливо важливо, оскільки формальні медичні або соціальні статуси (наприклад, наявність групи інвалідності чи пенсійного посвідчення) часто не відображають фактичної здатності людини:

- самостійно пересуватися у зруйнованому або чужому середовищі;
- готувати їжу, отримувати воду, опалення, ліки;
- орієнтуватися в новій громаді;
- підтримувати соціальні зв'язки;
- дотримуватися лікування без підтримки.

Мікрорівень ICOPE вимагає системної оцінки того, як людина реально живе, а не лише того, який у неї діагноз.

### 2. Функціональна спроможність + середовище = функціональна спроможність

З теоретичної точки зору ICOPE виходить із того, що функціональна спроможність є результатом взаємодії внутрішньої спроможності людини та середовища. В українському контексті саме середовище часто стає вирішальним фактором деградації функціонування.

Одна й та сама людина з однаковими медичними показниками може зберігати автономію у громаді з доступним житлом, транспортом, соціальним працівником і сусідами і стрімко втрачати функціональність у МТП, гуртожитку, напівзруйнованому будинку або сільській місцевості без транспорту й послуг. Тому на мікрорівні ICOPE для України критичною є не лише оцінка стану людини, а й оцінка житлових умов, безпеки, доступу до базових ресурсів і соціальної підтримки.

### 3. Самотні літні ВПО як фокусна група мікрорівня

Війна сформувала в Україні масову групу самотніх літніх внутрішньо переміщених осіб, для яких мікрорівень є зоною найвищого ризику. Для них характерні:

- втрата житла;
- втрата сімейної підтримки;
- розрив контактів із лікарем та соціальними службами;
- дезорієнтація у нових громадах;
- високий рівень психосоціального дистресу.

Для цієї групи ICOPE на мікрорівні перестає бути моделлю догляду і стає механізмом базового відновлення керованості життя: скринінг, перший контакт, кейс-менеджмент, підключення підтримки, формування індивідуального плану.

### 4. Ключові інструменти мікрорівня в українських умовах

Функціонально мікрорівень ICOPE в Україні має включати принаймні:

- регулярний скринінг внутрішньої спроможності (мобільність, когніція, зір/слух, харчування, психоемоційний стан);
- оцінку середовища проживання (житло, безпека, доступ до води, їжі, опалення, транспорту);
- оцінку соціальної підтримки (наявність доглядальника, родичів, контактів);
- виявлення ризиків (падіння, занедбаність, насильство, самотність, депресія);
- розробку індивідуального плану підтримки, який поєднує медичні, соціальні й громадські компоненти;

- постійний моніторинг і корекцію плану.

Це означає, що мікрорівень — це не один візит і не одна анкета, а безперервний процес супроводу. Без системної роботи на мікрорівні ICOPE неминуче зводиться до набору інструментів для професіоналів і втрачає свій сенс. Саме на мікрорівні:

- виявляється реальна потреба в інтеграції;
- формується кейс для спільного ведення;
- перевіряється ефективність координації;
- стає видимим внесок соціальних працівників і доглядальників.

У воєнному контексті України слабкий мікрорівень означає не просто низьку якість послуг, а пряму втрату людей з поля зору системи — з усіма наслідками у вигляді кризових госпіталізацій, інтернатизації або передчасної смертності.

На мезорівні ICOPE стосується того, як організовані та надаються послуги. Це включає міждисциплінарну командну роботу, координацію між медичними та соціальними службами, спільне планування догляду та інтеграцію послуг на рівні громади. Саме на мезорівні роль соціальних працівників і професійних доглядальників стає особливо критичною, оскільки вони часто виступають посередниками між системами та ключовими виконавцями людиноцентричних планів догляду.

Для України «мезорівень» не може обмежуватися декларативною «координацією» або разовими направленнями. Мезорівень в українських умовах означає спільне ведення випадку (case management / joint case management) — тобто наявність визначеного відповідального координатора (часто соціальний працівник або мультидисциплінарна команда), який забезпечує безперервний маршрут підтримки літньої людини між сімейним лікарем/ПМСД, спеціалізованою допомогою (за потреби), соціальними послугами громади та, за необхідності, гуманітарними провайдерами.

Спільне ведення випадку для літніх людей в Україні практично означає:

- єдину первинну оцінку (медичну + функціональну + соціальну) з фіксацією ключових ризиків (падіння, когнітивні зміни, депресивні симптоми, насильство/занедбаність, відсутність житла або безпечних умов);
- узгоджений індивідуальний план підтримки (care plan), який містить чіткі задачі для лікаря/медсестри, соціального працівника, доглядальника та, за наявності, реабілітолога/психолога;
- регулярний перегляд плану за тригерами (погіршення мобільності, загострення хронічної хвороби, втрата доглядальника, зміна місця проживання, повторна госпіталізація);
- механізм перенаправлення, коли не просто видається рекомендація, а забезпечується фактичний контакт між службами (дзвінок/повідомлення/узгодження часу візиту), що є критичним у ситуації, коли літня людина часто не має ресурсу "самостійно дійти" до наступної ланки;
- документований обмін мінімально необхідними даними між секторами, щоб рішення не приймалися в інформаційному вакуумі.

На макрорівні ICOPE потребує сприятливого управління, фінансування, розвитку кадрового потенціалу та інформаційних систем. Політики, нормативно-правові акти та фінансові механізми мають не перешкоджати, а підтримувати інтеграцію, тоді як системи підзвітності повинні заохочувати міжсекторальну співпрацю. Макрорівень — це не загальна декларація про потрібне управління і фінансування, а конкретний набір системних умов, без яких мезорівень не зможе працювати стабільно й масштабовано. Якщо мезорівень — це «як конкретну людину ведуть через систему», то макрорівень — це «які правила роблять це можливим у кожній громаді, а не лише там, де є ентузіасти чи донорські проекти».

Макрорівневі компоненти, необхідні для впровадження ICOPE в Україні

1) Нормативно-управлінська рамка інтегрованого догляду (governance framework). Україні потрібна національна "нормативна модель інтегрованого догляду" (або принаймні офіційна рамка/стандарт), яка:

- визначає, що інтегрований догляд є міжсекторальною послугою (медицина + соціальні послуги), а не набором паралельних втручань;
- встановлює мінімальний стандарт спільного ведення випадку;
- визначає ролі МОЗ, Мінсоцполітики, НСЗУ, НССУ, ОМС/громад і підзвітність за результат;

- створює механізми міжвідомчого планування (спільні цілі, спільні індикатори, спільні робочі органи).
- Без такої рамки інтеграція залишатиметься проєктною і залежною від людського фактору.

2) Фінансування і стимули (financing & incentives). Інтегрований догляд потребує фінансових механізмів, які заохочують координацію, а не "розрізнені послуги". Для України це означає:

- визначення, які елементи інтегрованого догляду можуть бути профінансовані через контрахтування ПМСД (наприклад, елементи функціонального скринінгу, follow-up, координація для високоризикових випадків);
- окремі фінансові інструменти для соціальних послуг громади (субвенції/цільові програми), щоб бідні громади не випали з ICOPE;
- фінансові стимули за результати, релевантні ICOPE (зниження повторних госпіталізацій, утримання функціональності, забезпечення догляду вдома, зменшення навантаження на стаціонари);
- можливість пакетного фінансування спільних команд/мобільних мультидисциплінарних бригад, особливо для сільських і постраждалих територій.

3) Кадровий розвиток і професійні стандарти (workforce development). На макрорівні потрібно:

- визначити спільні компетентності для сімейних лікарів, медсестер, соціальних працівників і доглядальників у межах ICOPE (людиноцентричність, комунікація, спільне ведення випадку, базові геріатричні та психосоціальні навички);
- створити стандартизовані навчальні модулі (включно з короткими форматами для воєнних умов), супервізію та наставництво;
- вирішувати питання мотивації й утримання кадрів (визнання, навантаження, оплата, безпека роботи, вигорання);
- чітко визначити роль і статус доглядальників/помічників з догляду вдома як частини системи, а не «приватної справи родини».

4) Дані та інтероперабельність (information systems & interoperability). Макрорівень має встановити:

- мінімальні єдині елементи даних для функціональної оцінки (intrinsic capacity) і соціальних ризиків, які визнаються обома секторами;
- правила обміну даними між ПМСД і соціальними службами (що можна передавати, як, на підставі якої згоди/підстави, хто відповідальний);
- дорожню карту інтероперабельності (навіть якщо повна технічна інтеграція відкладена, потрібна функціональна інтеграція через стандартизовані форми/протоколи);
- механізми моніторингу траєкторії випадку (щоб відстежувати випадіння з маршруту, повторні госпіталізації, втрату доступу до послуг).

5) Підзвітність і вимірювання результатів (accountability & outcomes). ICOPE неможливий без макрорівневої підзвітності за інтеграцію. Це означає:

- спільні індикатори для МОЗ/Мінсоц/громад (функціональна спроможність, доступ до догляду вдома, безперервність, навантаження на доглядальників, цифровий бар'єр, повторні госпіталізації);
- вимірювання не лише кількості наданих послуг, а й ступінь збереження функціональності і автономії;
- регулярні міжсекторальні огляди даних і практик (inter-municipal learning), щоб громади з різною спроможністю могли переймати рішення.

6) Рівність та недопущення географії покинутості (equity mechanisms). Український контекст децентралізації означає: без централізованих інструментів підтримки ICOPE стане доступним лише частині громад. Макрорівень має закласти механізми вирівнювання:

- цільові субвенції на інтегрований догляд для громад з низькою спроможністю;
- підтримку мобільних команд для віддалених територій;
- стандартизовані мінімальні пакети послуг, гарантовані незалежно від місця проживання;
- пріоритизацію самотніх літніх ВПО і залишених літніх людей як групи найвищого ризику.

7) Узгодження термінології: довготривалий догляд (long-term care LTC) як догляд вдома і в громаді. На макрорівні необхідно закріпити правильне трактування довготривалого догляду в українській політиці і практиці: довготривалий догляд у логіці ICOPE — це передусім догляд вдома та в громаді (home- and community-based care), а не автоматичне інституційне

розміщення. Це критично для того, щоб реформи і ресурси працювали на старіння у звичному середовищі, а не підсилювали історичну інерцію інтернатної моделі.

Успішне впровадження ICOPE залежить від узгодженості та взаємопідсилення всіх трьох рівнів. Слабкі місця на будь-якому з них можуть підірвати ефективність функціонування всієї системи.

### **3.4. Центральна роль соціальних працівників в інтегрованому догляді за людьми похилого віку**

Соціальні працівники відіграють ключову роль в операціоналізації підходу ICOPE, зокрема на перетині систем охорони здоров'я, соціального захисту та громад. Їхній професійний мандат охоплює оцінку соціальних потреб, координацію послуг, адвокацію та підтримку осіб і сімей у навігації складними системами. Ці функції тісно узгоджуються з базовими принципами інтегрованого, людиноцентричного догляду.

У межах рамки ICOPE соціальні працівники є незамінними у трансформації клінічних оцінок у змістовні, контекстно чутливі втручання. Якщо надавачі медичних послуг можуть виявляти зниження внутрішньої спроможності, то соціальні працівники часто найкраще позиціоновані для оцінки факторів середовища, умов проживання, мереж соціальної підтримки та ризиків, пов'язаних з ізоляцією, занедбаністю або бідністю. Ця цілісна перспектива є необхідною для розробки комплексних планів догляду, що охоплюють як медичні, так і соціальні детермінанти здоров'я.

Соціальні працівники також відіграють ключову роль у координації догляду та навігації системами. Люди похилого віку часто взаємодіють із багатьма надавачами послуг у секторах охорони здоров'я та соціального захисту, кожен із власними процедурами та критеріями доступу. Соціальні працівники можуть сприяти направленням, забезпечувати безперервність догляду та допомагати запобігати фрагментації, зберігаючи загальний огляд траєкторії догляду. У децентралізованих системах вони часто виступають основною ланкою між послугами на рівні громади та формальними надавачами медичної допомоги.

Крім того, соціальні працівники є центральними фігурами у розширенні можливостей і залученні людей похилого віку. Через консультування, надання інформації та адвокацію вони підтримують людей похилого віку в усвідомленні своїх прав, доступі до послуг і участі в ухваленні рішень щодо власного догляду. Це безпосередньо відповідає акценту ICOPE на людиноцентричності та спільному ухваленні рішень.

Попри свою критичну роль, соціальні працівники в багатьох контекстах — зокрема в Україні — стикаються зі значними обмеженнями. Високе навантаження, обмежені ресурси, недостатня підготовка з питань старіння та слабка інтеграція з системами охорони здоров'я обмежують їхню здатність повною мірою реалізувати свій потенціал у межах інтегрованих моделей догляду. Усунення цих обмежень є, відповідно, передумовою ефективного впровадження ICOPE.

В українських реаліях соціальний працівник часто є єдиним професіоналом, який системно бачить побутові умови, ризики небезпеки та реальну спроможність людини жити самостійно. У воєнному контексті це включає також оцінку факторів, специфічних для України: нестабільний доступ до ліків, порушення логістики, руйнування житла, повторні переміщення, ризики мін/обстрілів, відсутність родичів та соціальної мережі. Відповідно, для впровадження ICOPE в Україні соціальна робота має бути інституційно включена в медичний маршрут, а не залишатися «паралельною» системою допомоги.

### **3.5. Доглядальники як наріжний камінь інтегрованого догляду**

Доглядальники — як неформальні, так і формальні — становлять ще один наріжний камінь рамки ICOPE. Неформальні доглядальники, часто члени сім'ї, переважно жінки, забезпечують значну частину догляду за людьми похилого віку, особливо в умовах, де формальні послуги довготривалого догляду є обмеженими. Їхній внесок є визначальним для підтримання функціональної спроможності людей похилого віку та забезпечення можливості старіння у звичному середовищі.

Підхід ICOPE прямо визнає доглядальників ключовими акторами в континуумі догляду. Їхня участь є критичною для моніторингу змін внутрішньої спроможності, підтримки дотримання планів догляду та полегшення комунікації між людьми похилого віку та надавачами послуг. Доглядальники часто володіють детальними, емпіричними знаннями про повсякденне функціонування, уподобання та труднощі людей похилого віку, що робить їх незамінними партнерами у людиноцентричному догляді.

Водночас догляд супроводжується значними фізичними, емоційними та фінансовими навантаженнями. За відсутності належної підтримки доглядальники перебувають у зоні ризику вигорання, що може негативно впливати як на їхнє власне благополуччя, так і на якість наданого догляду. Саме тому рамки інтегрованого догляду підкреслюють необхідність підтримки доглядальників через навчання, психосоціальну допомогу, послуги перепочинку та залучення до процесів планування догляду.

Формальні доглядальники, включно з працівниками з догляду вдома та персоналом громадських служб підтримки, також відіграють вирішальну роль у впровадженні ICOPE. Їхня близькість до людей похилого віку дозволяє виявляти ранні ознаки функціонального зниження та впроваджувати втручання, що підтримують повсякденну життєдіяльність. Однак їхня ефективність залежить від належної підготовки, професійного визнання та інтеграції в міждисциплінарні команди.

В Україні доглядальники часто виконують роль "невидимого ресурсу" системи, компенсуючи дефіцит формальних послуг, але при цьому самі залишаються без підтримки, навчання і перепочинку. Для літніх ВПО ситуація ще складніша: доглядальник може бути відсутнім фізично (родина за кордоном/на фронті/загибель), або догляд здійснює інша вразлива особа (наприклад, літня дружина/чоловік). Тому ICOPE-підхід у країні має включати не декларативне визнання ролі доглядальника, а механізми підтримки доглядальника як окремого адресата послуг (навчання, психосоціальна підтримка, перепочинок, допомога у навігації сервісами).

### **3.6. Міждисциплінарна командна робота та міжсекторальна координація**

Визначальною характеристикою ICOPE є акцент на міждисциплінарній командній роботі. Інтегрований догляд вимагає співпраці між медичними працівниками, соціальними працівниками, доглядальниками та громадськими акторами, кожен з яких вносить власну експертизу задля досягнення спільної мети. Ефективна командна робота залежить від чіткого розподілу ролей і відповідальності, спільних каналів комунікації та взаємної поваги між професіями.

На практиці міждисциплінарна координація залишається одним із найскладніших аспектів інтегрованого догляду. Відмінності в професійних культурах, організаційних структурах і механізмах підзвітності можуть ускладнювати співпрацю. ICOPE відповідає на ці виклики через заохочення спільного планування догляду, регулярної комунікації та використання спільних рамок оцінки, що полегшують взаєморозуміння між дисциплінами.

Соціальні працівники та доглядальники є центральними фігурами в таких командах, оскільки вони часто слугують містком між клінічними середовищами та повсякденними життєвими контекстами. Їх включення до міждисциплінарних команд є необхідною умовою для забезпечення того, щоб плани догляду були реалістичними, контекстно чутливими та адаптивними до змін потреб.

**«Якби можна було поєднати інформаційні системи — медичну та соціального захисту — це суттєво зменшило б кількість "невидимих" людей похилого віку і значно полегшило б охоплення послугами.» [KII, представник департаменту соціального захисту області]**

Для України критичною є формалізація взаємодії між ПМСД та соціальними службами на рівні громади: визначення відповідальних осіб, протоколи комунікації, регулярні короткі кейс-обговорення, а не наради. Без цього мультидисциплінарність залишається теоретичною. Саме тому спільне ведення випадку є практичним "мостом" між принципами ICOPE і реальною організацією роботи на місцях.

### **3.7. Інформаційні системи, інтеграція даних та роль соціальних і функціональних даних у ICOPE**

Ключовою умовою впровадження підходу ICOPE є наявність інформаційних систем, які підтримують координацію, безперервність і людиноцентричне ухвалення рішень. На відміну від традиційних інформаційних систем охорони здоров'я, які переважно спрямовані на фіксацію клінічних контактів і хворобоорієнтованих показників, ICOPE потребує ширшої екосистеми даних, що інтегрує медичну, соціальну та функціональну інформацію.

У межах рамки ICOPE дані виконують не лише адміністративну або звітну функцію, а й функцію клініко-соціальної координації. Інформація про внутрішню спроможність, функціональні можливості, умови проживання, наявність доглядової підтримки та ризики середовища є необхідною для індивідуалізації втручань і моніторингу змін у часі. Це принципово кидає виклик секторальним підходам до управління даними, за яких сектори охорони здоров'я та соціального захисту збирають і зберігають інформацію ізольовано.

З погляду ICOPE соціальні та функціональні дані не є другорядними або допоміжними, а становлять невід'ємну частину розуміння благополуччя людей похилого віку. Соціальні працівники та доглядальники є ключовими продуцентами й інтерпретаторами таких даних. Через домашні візити, оцінювання потреб і постійний контакт із людьми похилого віку та їхніми сім'ями соціальні працівники формують глибоку інформацію про повсякденне функціонування, соціальну участь, ризики безпеки та динаміку догляду. Доглядальники, своєю чергою, надають оперативні відомості про зміни в поведінці, мобільності, когнітивному стані та дотриманні планів догляду.

Однак у багатьох системах — включно з Україною — ця інформація залишається фрагментованою та недостатньо використаною. Інформаційні системи охорони здоров'я зазвичай пріоритезують діагнози, призначення та процедури, тоді як соціальні служби ведуть окремі обліки, зосереджені на критеріях доступу та наданні послуг. Відсутність сумісних платформ означає, що критично важлива інформація не супроводжує людину між сервісами, що підриває безперервність догляду та спільне ухвалення рішень.

*«Команди є, але комунікація не інформатизована. Це не система — це телефон, папери і особисті домовленості.» [KII, радник міністра охорони здоров'я]*

З теоретичної точки зору ICOPE закликає до функціональної інтеграції даних навіть у тих випадках, коли повна технічна інтеграція поки що неможлива. Це може включати спільні рамки оцінки, уніфіковані елементи даних або структуровані протоколи комунікації, які дозволяють медичним і соціальним працівникам обмінюватися релевантною інформацією з дотриманням вимог захисту персональних даних. Важливо, що такі системи мають бути спроектовані з урахуванням професійного внеску соціальних працівників і доглядальників, а не зводити їхню роль до неформальної або «невидимої».

В українському контексті посилення інформаційних систем для впровадження ICOPE передбачає не лише технічні інвестиції, а й концептуальні зрушення в розумінні цінності та використання даних. Визнання соціальних і функціональних даних як необхідних складових планування догляду є передумовою змістовної інтеграції. Інтеграція даних на старті може означати навіть не створення єдиної IT-платформи, а мінімально достатні стандартизовані елементи: коротка функціональна картка, погоджені категорії ризиків, структуроване повідомлення між лікарем і соціальним працівником, спільні тригери для втручання (падіння/госпіталізація/втрата доглядальника/переміщення). Це особливо важливо в умовах війни, коли люди похилого віку можуть змінювати місце проживання і "випадати" з маршрутів допомоги.

### **3.8. ICOPE як рамка для систем довготривалого догляду та громадоорієнтованої підтримки**

Хоча ICOPE первинно не розроблявся як всеохоплююча модель довготривалого догляду, його принципи мають високу релевантність для організації та реформування систем такого

догляду. У багатьох країнах довготривалий догляд історично розвивався навколо інституційних моделей, які надавали пріоритет утриманню та базовому догляду на шкоду автономії, соціальній участі та якості життя. ICOPE пропонує альтернативну концептуальну оптику, що наголошує на старінні за місцем проживання, громадській підтримці та збереженні функціональної спроможності.

З теоретичної перспективи ICOPE переосмислює довготривалий догляд як континуум підтримки, а не як окрему категорію послуг. Він визнає, що люди похилого віку можуть переміщатися вздовж цього континууму зі зміною потреб, що вимагає гнучких комбінацій медичних, соціальних і громадських втручань. Соціальні працівники та доглядальники є центральними фігурами в управлінні цим континуумом, оскільки вони часто підтримують переходи між рівнями догляду та допомагають запобігати необґрунтованій інституціоналізації.

Моделі громадоорієнтованої підтримки — такі як догляд удома, денні центри, підтримане проживання та послуги перепочинку — є особливо узгодженими з принципами ICOPE. Ці моделі значною мірою спираються на соціальних працівників для оцінювання, координації догляду та моніторингу, а також на доглядальників для щоденної підтримки. Ефективність таких моделей залежить від наявності міждисциплінарних команд і механізмів, що поєднують громадські сервіси з первинною медичною допомогою.

Важливо, що ICOPE підкреслює: інституційний догляд не повинен бути стандартною відповіддю на функціональне зниження. Натомість він має застосовуватися лише тоді, коли громадська підтримка є недостатньою для забезпечення безпеки та благополуччя. Така теоретична позиція має значні наслідки для політики та практики, особливо в контекстах, де інституційний догляд залишається домінуючим через історичні передумови або обмежені альтернативи.

Для України, де тривають реформи соціальних послуг, а також психіатричних і геріатричних інституцій, ICOPE пропонує нормативну рамку для переорієнтації системи довготривалого догляду на громадські рішення. Соціальні працівники та доглядальники є незамінними акторами в цьому переході, оскільки саме вони операціоналізують догляд поза інституційними закладами та підтримують людей похилого віку у збереженні соціальних зв'язків і автономії.

В українському професійному та публічному дискурсі термін «довготривалий догляд» часто неформально ототожнюється з інституціональними закладами. Таке сприйняття є наслідком історичної спадщини, за якої саме стаціонарні установи були найбільш «видимою» формою підтримки людей похилого віку. У міжнародних підходах, зокрема в рамці ВООЗ ICOPE, довготривалий догляд трактується значно ширше — як континуум підтримки, спрямований на збереження функціональної спроможності, автономії та безпеки людини похилого віку в її звичному або максимально наближеному до нього середовищі.

У межах цього звіту довготривалий догляд розуміється не як тип установи, а як сукупність медичних, соціальних і громадських послуг, які можуть комбінуватися та змінювати інтенсивність залежно від динаміки функціональної спроможності людини. Йдеться про рух уздовж континууму — від профілактичної та підтримуючої допомоги, періодичної чи регулярної підтримки вдома, денних форматів догляду та підтриманого проживання — до інституційного догляду як крайнього варіанту, коли безпеку та базові потреби неможливо забезпечити в громаді.

ICOPE принципово пріоритезує старіння у звичному середовищі — як модель, що одночасно краще відповідає якості життя людей похилого віку та дозволяє більш раціонально використовувати обмежені ресурси системи. Для України цей підхід має особливе значення в умовах війни, руйнування інфраструктури, дефіциту кадрів і масового внутрішнього переміщення. У цій ситуації інституціоналізація часто виглядає «простим» рішенням, але на практиці створює додаткові ризики соціальної ізоляції, психологічної дезадаптації та системного перевантаження.

*«Інтегрований догляд — це не реформа однієї галузі. Це про те, як держава і громади бачать гідне старіння» [КІІ, представник місцевої громадської організації]*

У логіці ICOPE ядром довготривалого догляду мають бути послуги вдома та в громаді: догляд удома, соціальний супровід і навігація, патронажний компонент, базова реабілітація, психосоціальна підтримка, денні формати догляду та системна підтримка доглядальників. Саме ці елементи дозволяють зменшувати кількість непотрібних госпіталізацій, уповільнювати функціональне зниження та відтерміновувати або запобігати інституційній залежності.

Цей підхід є критичним для двох ключових груп, сформованих війною: самотніх літніх ВПО, які втратили житло й неформальну підтримку, та «залишених» літніх людей у сільських і прифронтових громадах. Для них довготривалий догляд у логіці ICOPE є не моделлю соціальної політики, а механізмом базового забезпечення безпеки та життєздатності.

### **3.9. Наслідки застосування рамки ICOPE для системної трансформації в Україні**

Застосування рамки ICOPE в Україні вимагає системної трансформації, яка виходить далеко за межі впровадження нових інструментів або пілотних проєктів. З теоретичної точки зору ICOPE ставить під сумнів наявні моделі управління, професійні ієрархії та способи організації надання послуг, вимагаючи інтеграції як базового організаційного принципу.

В українських реаліях ця системна трансформація має конкретний зміст: забезпечити, щоб літня людина (особливо самотня або ВПО) не залишалася сам-на-сам із розірваними маршрутами допомоги, а отримувала узгоджений план підтримки і відповідального координатора/команду на рівні громади.

По-перше, ICOPE передбачає переосмислення ролей і відповідальності між секторами. Надавачі медичних послуг не можуть залишатися єдиними рушіями догляду за людьми похилого віку, так само як соціальні служби не можуть функціонувати ізольовано від клінічного ухвалення рішень. Соціальні працівники та доглядальники мають бути визнані рівноправними партнерами в інтегрованих командах догляду з чітко визначеними мандатами, доступом до інформації та можливостями для професійного розвитку. Для України це означає інституційно закріпити спільне ведення випадку як стандарт мезорівня: визначити ролі (хто координує, хто виконує, хто приймає рішення), мінімальні стандарти комунікації і передачі інформації, а також забезпечити, щоб соціальний компонент плану догляду мав таку саму вагу, як і медичний.

По-друге, ICOPE потребує зміни у підходах до розуміння цінності та ефективності. Традиційні індикатори результативності, зосереджені на обсягах послуг або клінічних показниках, є недостатніми для відображення цілей інтегрованого догляду. ICOPE надає пріоритет функціональній спроможності, якості життя та людиноцентричним результатам, значна частина яких безпосередньо належить до сфер соціальної роботи та догляду. Це вимагає нових рамок оцінювання та механізмів підзвітності, які відображають внесок неклінічних акторів. У воєнному контексті України до таких результатів мають також входити показники "утримання в громаді" (непотрапляння в інституцію через відсутність догляду), запобігання повторним госпіталізаціям, стабільність доступу до ліків і базових послуг, а також зменшення навантаження на доглядальників — тобто ті результати, які прямо впливають на виживання та збереження функціональності.

По-третє, рамка підкреслює значення управління на рівні громад. Децентралізація в Україні створює як можливості, так і ризики для впровадження ICOPE. Хоча громади добре позиціоновані для розробки адаптованих інтегрованих рішень, відмінності у спроможності та ресурсах загрожують поглибленням нерівності. З теоретичної точки зору впровадження ICOPE має супроводжуватися механізмами, що підтримують справедливість, нарощування спроможності та міжмуніципальне навчання.

Нарешті, ICOPE має важливі наслідки для розвитку кадрового потенціалу. Інтегрований догляд не може бути забезпечений фахівцями, підготовленими виключно в межах односекторальних парадигм. Соціальні працівники, доглядальники та медичні працівники потребують спільних компетенцій у сфері людиноцентричного догляду, комунікації та співпраці. Інвестування в такі компетенції є не факультативним доповненням, а структурною передумовою сталого впровадження.

«Медичні та соціальні працівники сумлінно виконують все що вони можуть робити. Але повернення геріатрів та геріатричних відділень в систему медико-соціальних послуг – дуже було б змістовним і сприятливим» [KII, представник Інституту геронтології]

Для України це також означає практичні модулі і протоколи: скринінг функціональних порушень, базові принципи геріатричної комунікації, робота з когнітивними змінами, підтримка доглядальника, ведення випадку, а також правила обміну даними між секторами. Без цієї "спільної професійної мови" інтеграція залишиться декларацією.

Узагальнюючи, рамка ICOPE пропонує Україні комплексну концептуальну основу для реагування на складні виклики старіння в умовах війни, реформ і децентралізації. Її успішне застосування залежить від визнання центральної ролі соціальних працівників і доглядальників, інтеграції соціальних і функціональних даних у процеси ухвалення рішень та переорієнтації систем на громадоорієнтований, людиноцентричний догляд. Без цих елементів ICOPE ризикує бути зведеним до технічного або клінічного втручання, а не стати каталізатором змістовної системної трансформації.

## 4. Методологія

### 4.1. Дизайн дослідження та методологічний підхід

Це оцінювання було розроблене як дослідження готовності та доцільності з метою вивчення того, наскільки системи охорони здоров'я та соціального захисту України підготовлені до впровадження та операціоналізації підходу «Інтегрований догляд за людьми похилого віку» (ICOPE). Відповідно до цілей, визначених на початковому етапі, методологія була зосереджена на аналізі системного та сервісного рівнів, а не на вимірюванні індивідуальних показників здоров'я.

У дослідженні застосовано дизайн змішаних методів, що поєднує якісні та кількісні інструменти збору даних з метою забезпечення триангуляції між джерелами, групами стейкхолдерів та рівнями аналізу. Такий підхід було обрано для охоплення як структурних вимірів (політики, управління, організація послуг), так і практичного досвіду впровадження (практики надання послуг, механізми координації та сприйняття доцільності).

Методологічна рамка була узгоджена з логікою впровадження ICOPE ВООЗ і структурована для формування доказової бази щодо:

- готовності на рівні надання послуг (мезорівень);
- готовності на системному рівні (макрорівень);
- ролі соціальних працівників, доглядальників і громадських акторів у наданні інтегрованого догляду.

Оцінювання цілеспрямовано інтегрує перспективи секторів охорони здоров'я та соціального захисту, відображаючи міжсекторальний характер ICOPE та інституційний контекст України.

### 4.2. Аналітична рамка та узгодження з ICOPE

Аналітична рамка була розроблена на основі концептуальної моделі ICOPE ВООЗ та керівництв із впровадження, з особливим акцентом на Scorecard впровадження ICOPE. Scorecard використовувався як опорна структура для спрямування збору даних, аналізу та інтерпретації на двох основних рівнях:

**Рівень послуг (мезо), з фокусом на:**

- залучення та розширення можливостей людей похилого віку та громад;
- координацію послуг, що надаються мультидисциплінарними надавачами послуг;
- орієнтацію на громадоорієнтований і людиноцентричний догляд.

**Системний рівень (макро), з фокусом на:**

- механізми управління та підзвітності;
- системні чинники-уможливорювачі, зокрема фінансування, кадровий потенціал та інформаційні системи.

Замість застосування Scorecard як суто кількісного інструменту оцінювання, він використовувався як якісно-аналітичний каркас. Це дозволило отримати поглиблене

розуміння стадій впровадження, контекстуальних обмежень та сприятливих чинників, особливо в умовах гуманітарної кризи та децентралізації.

### **4.3. Географічне охоплення та відбір локацій**

Дослідження було проведене у двох областях, обраних на первинному етапі для відображення різноманітності за такими критеріями:

- географічне розташування;
- рівні урбанізації;
- спроможність надання послуг;
- вплив воєнних дій.

До обраних регіонів увійшли:

- західна область із відносно стабільною інфраструктурою надання послуг та високою кількістю внутрішньо переміщених осіб (Львівська область);
- центральньо-східна область із вищим рівнем навантаження на систему та близькістю до територій, що зазнали впливу бойових дій (Дніпропетровська область).

У межах кожної області збір даних охоплював як міські, так і сільські громади, що дозволило проаналізувати відмінності в доступі, координації та наявності послуг.

Відбір був цільовим, а не репрезентативним, що відповідає меті дослідження — оцінити готовність і доцільність, а не національне покриття чи поширеність.

### **4.4. Методи збору даних**

#### **4.4.1. Кабінетний аналіз (desk review)**

Було проведено структурований кабінетний аналіз для вивчення:

- національних політик і стратегій, пов'язаних зі старінням, охороною здоров'я, соціальним захистом і децентралізацією;
- нормативно-правових рамок, що регулюють медичні та соціальні послуги;
- релевантних документів, настанов і донорських ініціатив.

Кабінетний аналіз слугував основою для розробки інструментів збору даних і забезпечив контекст для інтерпретації результатів, особливо на системному рівні.

#### **4.4.2. Напівструктуровані інтерв'ю з ключовими інформантами (KIIs)**

Було проведено напівструктуровані інтерв'ю з представниками таких груп:

- органи центрального рівня (охорона здоров'я та соціальний захист);
- обласні та місцеві адміністрації;
- керівництво закладів охорони здоров'я;
- надавачі соціальних послуг;
- експерти у сфері старіння, довготривалого догляду та інтеграції послуг.

Гайд інтерв'ю було розроблено на первинному етапі та узгоджено з рамкою ICOPE. Він охоплював питання управління, координації, кадрового потенціалу, фінансування та доцільності впровадження. КІІ використовувалися для:

- аналізу інституційних позицій;
- виявлення бар'єрів і чинників сприяння інтеграції;
- оцінки готовності з політичної та операційної перспектив.

#### **4.4.3. Фокус-групові дискусії (ФГД)**

Фокус-групові дискусії були проведені з людьми похилого віку та доглядальниками і були спрямовані на збір колективного досвіду та спільних сприйнять щодо:

- доступу до медичних і соціальних послуг;
- безперервності та координації догляду;
- навантаження на доглядальників і потреб у підтримці.

Хоча ФГД не використовувалися як джерело індивідуальних цитат у звіті, вони надали критично важливі інсайти щодо повторюваних патернів і наслідків фрагментації системи на рівні користувачів.

#### **4.4.4. Опитування**

Було застосовано кілька структурованих анкет, визначених у вступному звіті:

- опитування людей похилого віку (доступ до послуг, функціональні труднощі, маршрути догляду);
- опитування доглядальників (ролі, навантаження, механізми підтримки, взаємодія з сервісами);
- опитування щодо впровадження ICOPE на клінічному та громадському рівнях для медичних і соціальних працівників (обізнаність, практики, сприйняття доцільності інтегрованого догляду).

Опитування були розроблені для доповнення якісних даних та виявлення патернів, релевантних для готовності на рівні послуг.

#### **4.4.5. Інституційні чек-листи**

Чек-листи на рівні установ були застосовані у відібраних закладах охорони здоров'я та соціальних послуг для оцінки:

- наявності послуг для людей похилого віку;
- механізмів координації;
- кадрової спроможності;
- інфраструктури та практик направлення.

Ці дані забезпечили інституційну перспективу готовності послуг і дозволили перехресно перевірити інформацію з інтерв'ю та опитувань.

#### **4.5. Підхід до вибірки**

Вибірка формувалася за цільовим, орієнтованим на доцільність підходом, відповідно до цілей дослідження та обмежень, визначених на початковому етапі.

Фактична вибірка включала:

- інтерв'ю з ключовими інформантами;
- опитування людей похилого віку та доглядальників у двох регіонах;
- опитування медичних і соціальних працівників;
- чек-листи в окремих установах.

Хоча обсяг вибірки був дещо іншим, ніж планувалося на первинному етапі, він залишається методологічно достатнім для дослідження готовності, де пріоритетом є глибина аналізу, триангуляція та контекстуальне розуміння, як і статистична репрезентативність.

#### **4.6. Процедури збору даних та забезпечення якості**

Усі інструменти були пілотовані перед застосуванням для перевірки зрозумілості, релевантності та контекстної відповідності. Енумератори та фасилітатори пройшли цільове навчання щодо:

- етичних принципів;
- процедур інформованої згоди;
- взаємодії з людьми похилого віку та доглядальниками;
- забезпечення якості та узгодженості даних.

Збір даних здійснювався відповідно до гуманітарних принципів досліджень, із особливою увагою до:

- підходів «не зашкодь»;
- чутливості до воєнної травми;
- доступності та інклюзивності.

Було впроваджено механізми супервізії для моніторингу польових робіт, перевірки заповнених інструментів та оперативного реагування на виклики. Окрім первинного пілотування інструментів, у процесі збору даних було застосовано додаткові процедури внутрішньої валідації та контролю узгодженості між джерелами:

- Контроль логічної узгодженості анкет: після польового дня супервайзери здійснювали вибіркочку перевірку завершених анкет на логічні суперечності (наприклад, поєднання відповідей про «відсутність доступу до лікаря» з наявністю регулярних планових візитів), а також на повноту ключових змінних (доступ, маршрути догляду, бар'єри). У разі виявлення критичних прогалин проводилося уточнення з інтерв'юером/енумератором

(без повторного контакту з респондентом, якщо це могло створити додатковий тягар або ризику).

- Верифікація даних чек-листів установ: інформація щодо наявності послуг, кадрової спроможності та практик направлення зіставлялася з відповідями управлінського персоналу в КІІ (наприклад, твердження про «наявні механізми координації» перевірялися через фактичну наявність протоколів направлення/взаємодії або визначених відповідальних осіб).
- Валідація тверджень респондентів із різних рівнів системи: системні твердження, отримані під час КІІ з представниками органів влади або керівниками установ (наприклад, «на місцевому рівні налагоджена взаємодія між медичним і соціальним сектором»), перевірялися через: (а) дані опитувань людей похилого віку та доглядальників щодо фактичного досвіду координації (чи отримували направлення; чи зіставлявся маршрут; чи доводилося звертатися в різні інституції самостійно); (б) дані опитувань медичних/соціальних працівників щодо практик взаємодії (як часто контактують, чи мають канали комунікації, чи існують погоджені процедури); (в) результати чек-листів щодо наявності інституційних механізмів. Якщо на трьох рівнях (мікро/мезо/макро) фіксувалася розбіжність, це трактувалося як індикатор «формальної заявленості» інтеграції без підтвердження практикою.
- Триангуляція як правило інтерпретації: узагальнені висновки формувалися лише тоді, коли тенденція підтверджувалася щонайменше двома типами джерел (наприклад, опитування + КІІ; або КІІ + чек-лист; або опитування бенефіціарів + опитування працівників). Результати, що спиралися на одне джерело, маркувалися як контекстуальні або гіпотетичні та не використовувалися як основа для системних тверджень.

## 4.7. Аналіз даних

Якісні дані з КІІ та FGD аналізувалися методом тематичного аналізу відповідно до аналітичної рамки ICOPE. Кодування зосереджувалося на:

- управлінні та координації;
- інтеграції послуг;
- ролях і спроможностях кадрів;
- громадоорієнтованому догляді та догляді загалом.

Кількісні дані опитувань аналізувалися описово з метою виявлення патернів, релевантних для готовності та доцільності. Акцент робився не на статистичних висновках, а на:

- узгодженості між джерелами;
- збігах і розбіжностях перспектив;
- відповідності якісним результатам.

Дані з різних методів системно триангулялися для посилення валідності та глибини інтерпретації.

Окремо було застосовано процедуру «перехресної перевірки наративів» між групами респондентів. Зокрема, відповіді людей похилого віку та доглядальників щодо фактичного доступу, бар'єрів і маршруту отримання допомоги зіставлялися з позиціями інформантів у КІІ щодо організації послуг і «наявних» механізмів координації. Метою було виявити системні розриви між задекларованими моделями та реальним користувацьким досвідом. Наприклад, якщо в КІІ повідомлялося про «налагоджені направлення» або «взаємодію між секторами», але опитування бенефіціарів демонстрували відсутність супроводу й потребу самостійно проходити кілька інституцій, це фіксувалося як координаційний розрив; якщо працівники в опитуванні декларували низьку обізнаність/відсутність процедур, а на макрорівні заявлялася наявність політик чи інструкцій, це трактувалося як розрив впровадження (implementation gap) між документами і практикою.

## 4.8. Етичні аспекти

Дослідження проводилося відповідно до етичних стандартів для соціальних і системних досліджень у гуманітарних умовах. Участь була добровільною, інформована згода отримувалася від усіх респондентів. Персональні дані анонімізувалися, конфіденційність забезпечувалася на всіх етапах збору й аналізу.

Під час роботи з людьми похилого віку та доглядальниками вживалися додаткові заходи для запобігання дистресу та ризикам.

## **4.9. Обмеження та операційні виклики**

Реалізація цього оцінювання відбувалася в умовах значних операційних обмежень, зумовлених повномасштабною війною, системним дефіцитом кадрів і перевантаженням інституцій у секторах охорони здоров'я та соціального захисту. Хоча ці умови не підірвали загальну валідність оцінювання готовності та доцільності, вони мали відчутний вплив на процеси збору даних, терміни та досяжні обсяги вибірки. Тому наведені нижче обмеження слід розуміти як контекстно зумовлені операційні фактори, а не методологічні недоліки.

### **4.9.1. Виклики в опитуваннях бенефіціарів**

Польові команди зіткнулися зі значними труднощами під час залучення та інтерв'ювання людей похилого віку. Одним із ключових викликів була висока частка осіб у вибірці, яких не вдалося опитати з об'єктивних причин. Зокрема, у вибірці виявилася значна кількість осіб, які померли, що вимагало багаторазової заміни та корекції списків. Цей процес потребував додаткового часу й координації та збільшував операційне навантаження.

Крім того, під час телефонних опитувань спостерігалися високі показники відмов. У багатьох випадках кілька потенційних респондентів відмовлялися від участі, перш ніж вдавалося провести одне повноцінне інтерв'ю. Це суттєво збільшувало кількість спроб контакту та подовжувало період збору даних. Відмови відображають ширший контекст, зокрема втому від опитувань, недовіру до невідомих дзвінків і підвищений рівень стресу серед людей похилого віку в умовах війни.

### **4.9.2. Виклики, пов'язані з візитами до установ і чек-листами**

Заповнення чек-листів у закладах охорони здоров'я та соціальних послуг ускладнювалося обмеженою доступністю керівництва та старших фахівців. Збір даних збігся з періодами звітності, коли керівники мали підвищене адміністративне навантаження. У результаті багато з них не мали можливості виділити час для зустрічей або супроводу візитів.

Це призводило до затримок у заповненні чек-листів і, в окремих випадках, до перенесення візитів або пошуку альтернативних форматів. Хоча чек-листи врешті були заповнені, процес наочно продемонстрував операційний тиск на заклади та обмежену гнучкість для участі в зовнішніх оцінюваннях.

### **4.9.3. Виклики в опитуваннях медичних і соціальних працівників**

Онлайн-опитування серед медичних і соціальних працівників виявили низку системних обмежень. Основним чинником була вкрай обмежена наявність часу у потенційних респондентів, що відображає високе навантаження, дефіцит кадрів і конкуруючі пріоритети. Унаслідок цього значна частина анкет була заповнена частково або залишена порожньою, що обмежило обсяг придатних до аналізу даних.

Дефіцит персоналу додатково поглиблював проблему. У деяких громадах кадровий склад був критично малим, а окремі фахівці поєднували кілька ролей. В екстремальних випадках заклади працювали з одним працівником, що робило участь в опитуваннях практично неможливою та підвищувало ризик недопредставленості таких середовищ. Водночас ці умови самі по собі є показовими для оцінки готовності до ICOPE і становлять важливий контекстуальний результат.

### **4.9.4. Виклики в організації інтерв'ю з ключовими інформантами**

Проведення КІІ ускладнювалося системними бар'єрами доступу та низькою інституційною відповідністю. Багато запланованих інтерв'ю не відбулися через неможливість респондентів виділити час або через небажання брати участь. У багатьох випадках домовленості переносилися без підтвердження альтернативних дат.

Крім того, команда зіткнулася з бюрократичними бар'єрами та низьким рівнем відповідей на офіційні запити. Було надіслано численні письмові звернення, включно з повторними листами та паперовими копіями. Відповіді надійшли лише від обмеженої кількості інституцій, причому підтвердження отримання було надано лише Національною службою здоров'я України. Навіть формальні юридичні запити, подані у встановлені законом строки, у низці випадків не дали змістовних відповідей.

Ці виклики відображають загальне інституційне перевантаження та адміністративні обмеження, а не відсутність інтересу до теми.

#### **4.9.5. Загальнонаціональні операційні обмеження**

Усі етапи збору даних додатково ускладнювалися загальнонаціональними порушеннями, пов'язаними з безпековою ситуацією. Часті й тривалі повітряні тривоги неодноразово переривали польові роботи та доступність респондентів. Перебої з електропостачанням і нестабільна подача електроенергії суттєво обмежували комунікацію, онлайн-взаємодію та використання цифрових інструментів збору даних.

Ці фактори мали кумулятивний вплив на темпи збору й обробки даних та дотримання первинних графіків. Польові команди були змушені постійно адаптувати плани роботи та безумовно пріоритизувати безпеку респондентів.

#### **4.9.6. Вплив безпекової ситуації на вибірку**

Безпекова ситуація вплинула на досяжність респондентів та конфігурацію вибірки, особливо в центрально-східній області (Дніпро та прилеглі громади). Часті повітряні тривоги та пов'язані з ними переривання роботи установ призводили до: (а) перенесення або скорочення інтерв'ю/візитів; (б) зміщення доступності персоналу на інші години/дні; (в) пріоритизації невідкладних завдань закладів над участю в оцінюванні. У низці випадків це означало, що збору даних було складніше досягти у громадах з ближчим наближенням до зон ризику або з більшою інтенсивністю тривоги.

Додатково, перебої з електропостачанням та нестабільний зв'язок впливали на телефонні та онлайн-опитування. У Дніпрі це проявлялося збільшенням частки: (а) недозвонів і перерваних контактів; (б) відкладених інтерв'ю, які не завжди вдавалося відновити; (в) частково заповнених онлайн-анкет через вимушені перерви. Сукупно це могло створювати ефект селекції: у вибірці відносно частіше опинялися респонденти з кращим зв'язком/доступом до електроенергії або ті, хто перебував у більш стабільних локаціях, тоді як найбільш нестабільні середовища могли бути недопредставлені.

У зв'язку з цим результати для центрально-східної області слід інтерпретувати з урахуванням того, що найвищі рівні уразливості й найгірша доступність сервісів у небезпечніших локаціях могли бути відображені неповною мірою саме через об'єктивні безпекові обмеження доступу.

#### **4.9.7. Наслідки для інтерпретації результатів**

У сукупності ці операційні виклики вплинули на масштаб і часові рамки збору даних, але не нівелюють висновки дослідження. Оцінювання з самого початку було розроблене як дослідження готовності та доцільності, з акцентом на глибину аналізу, триангуляцію та системне розуміння, а не на статистичну репрезентативність. Використання кількох методів і джерел даних дозволило мінімізувати вплив окремих обмежень і забезпечити перехресну перевірку результатів.

Важливо, що багато з труднощів, з якими зіткнулися польові команди — дефіцит кадрів, адміністративне перевантаження, фрагментовані комунікації — є водночас проявами системних умов, які безпосередньо впливають на доцільність упровадження ICOPE. У цьому сенсі вони становлять не лише операційні обмеження, а й цінні контекстуальні інсайти щодо реалій, які необхідно враховувати під час пілотування та масштабування інтегрованого догляду за людьми похилого віку в Україні.

#### **4.9.8. Упередженість вибірки та обмеження щодо переносимості висновків на інші типи територій**

Дослідження охопило Львівську та Дніпропетровську області — регіони, які, попри значне навантаження та воєнні ризики (особливо для Дніпра), загалом характеризуються відносно функціональною інфраструктурою надання послуг і наявністю інституційної спроможності для участі в дослідженнях. Це створює потенційну упередженість вибірки у бік територій із вищою системною «виживаністю» та більшою операційною керованістю сервісів порівняно з деокупованими територіями, громадами біля лінії фронту або зонами активних бойових дій.

Відповідно, отримані висновки щодо готовності та практик координації можуть бути відмінними (і потенційно гіршими) для: (а) деокупованих територій із масовими руйнуваннями; (б) громад, де первинна ланка фактично не функціонує або працює

епізодично; (в) територій із гострим дефіцитом соціальних працівників/медперсоналу; (г) зон з обмеженим доступом міжнародних і національних акторів через безпекові обмеження.

Таким чином, результати цього дослідження слід розглядати як релевантні для оцінки готовності в умовах «напруженої, але функціональної» системи надання послуг, і як базу для пілотування ICOPE в середовищах, де зберігається мінімальна інституційна спроможність. Для екстраполяції на деокуповані території або зони активних бойових дій потрібні окремі, адаптовані за дизайном і безпековими протоколами оцінювання.

## 5. Огляд системи охорони здоров'я та соціального догляду для людей похилого віку в Україні

### 5.1. Первинна медична допомога та ведення неінфекційних захворювань

Первинна медична допомога (ПМД) становить основу медичної допомоги для людей похилого віку в Україні та є головною точкою входу до системи охорони здоров'я. У межах реформування галузі ПМД організована навколо сімейних лікарів, які відповідають за безперервний супровід пацієнтів, ведення хронічних станів, направлення до спеціалізованих служб і координацію доступу до діагностичних та лікувальних маршрутів. Для людей похилого віку, профілі здоров'я яких зазвичай характеризуються мультиморбідністю, ПМД відіграє критичну роль у підтриманні стабільності стану, профілактиці погіршення та забезпеченні безперервності допомоги.

Неінфекційні захворювання (НІЗ), зокрема серцево-судинні хвороби, цукровий діабет, хронічні респіраторні захворювання та ураження опорно-рухового апарату, є широко поширеними серед людей похилого віку й домінують у структурі звернень на рівні первинної допомоги. Надавачі ПМД загалом добре позиціоновані для ведення цих станів з клінічної точки зору, зокрема щодо призначення медикаментів, рутинного моніторингу та направлення до вузьких спеціалістів у разі потреби. У цьому сенсі ПМД формує необхідну базу для будь-якої моделі інтегрованого догляду.

#### ПМСД та ICOPE: клінічні сильні сторони та функціональні прогалини



Водночас чинна модель ПМД залишається переважно хворобоорієнтованою та епізодичною, з обмеженим системним фокусом на функціональній спроможності, крихкості, когнітивному зниженні, психічному здоров'ї або соціальних детермінантах здоров'я. Консультації часто обмежені часовими рамками, високим навантаженням на лікарів і значними адміністративними вимогами, що залишає небагато простору для комплексних оцінок, які виходять за межі негайних клінічних проблем. У результаті ранні ознаки функціонального

зниження або психосоціальної вразливості можуть залишатися непоміченими до моменту, коли вони проявляються у вигляді гострих медичних станів.

Фінансування первинної медичної допомоги здійснюється централізовано через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) за програмою медичних гарантій. Саме НСЗУ контракує надавачів ПМД та оплачує медичні послуги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Унаслідок цього медичний компонент догляду за людьми похилого віку має відносно стабільне національне джерело фінансування, стандартизовані пакети послуг та чіткі механізми контракування.

Водночас цей фінансовий дизайн орієнтований переважно на клінічні втручання, діагностику та фармакотерапію. Функціональна оцінка, соціальні потреби, профілактика втрати автономії та координація з соціальними службами не мають окремого фінансового інструменту в межах контрактів НСЗУ. Таким чином, навіть за наявності клінічної спроможності ПМД, система фінансово не стимулює лікарів і медсестер інвестувати час і ресурси в інтегрований, міжсекторальний супровід літніх людей.

З погляду ICOPE це становить структурне обмеження. Хоча ПМД є природною опорною ланкою для інтегрованого догляду, її нинішня орієнтація не повною мірою підтримує проактивне виявлення зниження внутрішньої спроможності та системне поєднання з соціальними службами підтримки. Скринінгові інструменти, міждисциплінарні обговорення випадків і спільне планування догляду — ключові компоненти ICOPE — не інтегровані в рутинну практику ПМД.

Роль медичних сестер у ПМД також залишається обмеженою. Хоча саме вони часто мають більш частий і тісний контакт із людьми похилого віку, їхні функції здебільшого зводяться до клінічних завдань із мінімальним залученням до координації догляду чи супроводу соціальних і функціональних потреб. Таке недовикористання потенціалу сестринського персоналу додатково обмежує здатність ПМД виконувати роль центру інтегрованого догляду.

## **5.2. Соціальні послуги та довготривалий догляд для людей похилого віку**

Соціальні послуги становлять другий ключовий стовп підтримки людей похилого віку в Україні та є особливо важливими для осіб із функціональними обмеженнями, інвалідністю, соціальною ізоляцією або бідністю. Система соціального захисту охоплює широкий спектр втручань, зокрема соціальну допомогу, догляд удома, стаціонарні та напівстаціонарні послуги, а також цільову підтримку вразливих груп.

Соціальні працівники, які працюють на рівні громад, часто є основними фахівцями, відповідальними за оцінювання соціальних потреб, організацію послуг і надання постійної підтримки людям похилого віку. Їхня діяльність зазвичай включає домашні візити, функціональні та соціальні оцінки, координацію з членами сім'ї та взаємодію з місцевими надавачами послуг. На практиці саме соціальні працівники часто володіють найбільш цілісним уявленням про умови проживання та повсякденні труднощі людей похилого віку.

Довготривалий догляд для людей похилого віку в Україні переважно організований у межах соціальної, а не медичної системи. Послуги догляду вдома, денні центри, інтернатні установи перебувають у сфері відповідальності органів соціального захисту та місцевого самоврядування. Попри триваючі реформи, спрямовані на розширення громадоорієнтованих послуг, інституційний догляд і надалі залишається значною складовою системи, частково через обмежену кількість альтернатив у багатьох громадах.

### Сприйняття достатності підтримки з боку соціальних служб доглядальниками



Визначальною характеристикою системи соціальних послуг є її високий рівень децентралізації. Органи місцевого самоврядування відповідають за планування, фінансування та надання послуг, що зумовлює істотні відмінності в доступності, якості та покритті між регіонами і громадами. Деякі громади інвестували в розвиток диверсифікованих моделей послуг і партнерств із недержавними надавачами, тоді як інші спроможні забезпечувати лише базовий догляд удома через фінансові та кадрові обмеження.

Фінансування соціальних послуг і довготривалого догляду в Україні здійснюється переважно за рахунок місцевих бюджетів територіальних громад. Саме громади відповідають за утримання територіальних центрів, центрів надання соціальних послуг, оплату праці соціальних працівників і доглядальників, а також за закупівлю чи розвиток нових сервісів.

На практиці це означає, що обсяг і якість довготривалого догляду безпосередньо залежать від фінансової спроможності конкретної громади. Бюджети соціального захисту суттєво поступаються медичним бюджетам, централізовано акумульованим через НСЗУ. У результаті формується системна «фінансова прірва» між медичним і соціальним компонентами догляду: навіть коли медична допомога формально доступна, соціальні та доглядові послуги залишаються обмеженими, нестабільними або фрагментованими.

З точки зору ICOPE, така асиметрія фінансування є критичним структурним бар'єром. Вона унеможливує розвиток збалансованих моделей, у яких медичні та соціальні втручання плануються й реалізуються як єдиний пакет підтримки функціональної спроможності.

Кадровий дефіцит є особливо гострим у сфері соціальних послуг. Соціальні працівники та помічники з догляду часто мають високі навантаження, низький рівень оплати праці та обмежений доступ до спеціалізованого навчання з питань старіння, деменції чи комплексних потреб. У результаті значну частину догляду беруть на себе неформальні доглядальники — переважно члени сім'ї — часто без належної підтримки, інструктажу чи можливостей перепочинку.

З позиції ICOPE соціальні послуги є незамінною складовою інтегрованого догляду. Їхня близькість до повсякденного життя людей похилого віку та фокус на функціональній спроможності й соціальній участі безпосередньо узгоджуються з принципами ICOPE. Водночас слабка інтеграція соціальних послуг із системою охорони здоров'я суттєво обмежує їхній потенційний вплив.

### 5.3. Роль Національної соціальної сервісної служби України

Національна соціальна сервісна служба України (НСССУ) відіграє центральну роль у системі управління та нагляду за сферою соціального догляду, зокрема за послугами, релевантними для людей похилого віку та довготривалого догляду. Її мандат зосереджений переважно на

інспекційній діяльності, моніторингу дотримання законодавства та методичному супроводі, а не на наданні послуг, координації чи фінансуванні.

По-перше, НСССУ виконує системну інспекційну та моніторингову функцію. Через планові та позапланові перевірки Служба оцінює відповідність надавачів соціальних послуг національному законодавству, регуляторним вимогам і затвердженим стандартам. Це позиціонує НСССУ як основний національний механізм контролю якості та підзвітності в соціальній сфері. Перевірки охоплюють як державних, так і недержавних надавачів і формують доказову базу щодо прогалин у послугах, процедурних порушень і труднощів реалізації на місцевому рівні.

По-друге, НСССУ забезпечує методичну підтримку територіальним громадам. Вона включає роз'яснення щодо організації соціальних послуг, тлумачення та застосування нормативних актів, а також впровадження національних стандартів. В умовах децентралізації ця роль є особливо важливою, оскільки громади відповідають за організацію та надання соціальних послуг, але часто мають обмежену інституційну спроможність. Таким чином, НСССУ виступає сполучною ланкою між національними регуляторними рамками та місцевою практикою реалізації.

По-третє, Служба сприяє впровадженню та дотриманню стандартів соціальних послуг, зокрема послуг догляду вдома, соціального супроводу та підтримки вразливих людей похилого віку. Хоча ці стандарти наразі прямо не відображають принципів інтегрованого догляду або ICOPE, НСССУ є ключовим інституційним актором для трансляції політичних норм в операційну практику та виявлення системних слабких місць у реалізації стандартів.

Водночас мандат НСССУ має чіткі обмеження. Служба не здійснює координації між медичним і соціальним секторами, не управляє наданням послуг і не контролює фінансові механізми. Її роль є наглядовою, а не інтегративною. Унаслідок цього, хоча НСССУ генерує цінну системну інформацію щодо якості та відповідності послуг, ці дані не інтегруються системно з інформацією сектору охорони здоров'я та не використовуються в межах спільного планування чи координації. Таке інституційне позиціонування є принципово важливим для впровадження ICOPE, оскільки демонструє як сильні сторони, так і структурні обмеження чинної архітектури управління.

## **5.4. Наявні механізми координації між секторами охорони здоров'я та соціального захисту**

Координація між секторами охорони здоров'я та соціального захисту в Україні існує, але має переважно неформальний, фрагментований і персоналізований характер. У багатьох громадах взаємодія відбувається через ситуативні особисті контакти між сімейними лікарями, медичними сестрами та соціальними працівниками, а не через формалізовані протоколи чи інституційні механізми.

Механізми направлення між ПМД та соціальними службами застосовуються непослідовно. Медичні працівники можуть неформально рекомендувати пацієнтам звернутися до соціальних служб, а соціальні працівники — радити клієнтам консультуватися із сімейним лікарем. Проте такі взаємодії рідко підкріплюються стандартизованими маршрутами направлення, спільною документацією або зворотним зв'язком. У результаті безперервність догляду є крихкою та значною мірою залежить від індивідуальної ініціативи окремих фахівців.

### Стан координації медичної та соціальної допомоги під час догляду (з точки зору людей похилого віку, n=240)



Загалом графік демонструє, що існуючі механізми координації між медичним і соціальним секторами не мають системного характеру. Навіть там, де взаємодія відбувається, вона переважно є ситуативною, персоналізованою та залежною від індивідуальної ініціативи окремих фахівців. Це підтверджує наявність структурного координаційного розриву, який суттєво обмежує реалізацію інтегрованого догляду відповідно до підходу ВООЗ ICORE. Варто зазначити, що найбільш проблемною виявляється саме координація у складних випадках, коли клієнт потребує одночасно медичної та соціальної підтримки. Переважна більшість респондентів зазначає, що така координація ніколи або відбувається лише зрідка, що вказує на відсутність формалізованих міжсекторальних маршрутів.

Інформаційні системи становлять один із ключових бар'єрів для координації. Сектори охорони здоров'я та соціального захисту використовують окремі інформаційні системи з мінімальною взаємодією чи обміном даними. Медичні працівники зазвичай не мають доступу до соціальних оцінок, а соціальні служби не мають системної інформації про діагнози, плани лікування чи призначення. Така ізольованість даних підриває комплексне планування догляду та підвищує ризик дублювання або прогалин у наданні послуг.

На рівні управління відповідальність за охорону здоров'я та соціальний захист розподілена між різними міністерствами та адміністративними структурами, із обмеженими механізмами спільного планування або колективної підзвітності. Хоча в політичних документах дедалі частіше визнається важливість міжсекторальної співпраці, ці положення не завжди трансформуються в операційні настанови чи фінансові інструменти на місцевому рівні.

## 5.5. Фінансова децентралізація та структурний розрив між медичним і соціальним фінансуванням

Однією з ключових системних характеристик української моделі догляду за людьми похилого віку є фінансова децентралізація соціального сектору в поєднанні з централізованим фінансуванням медицини. Охорона здоров'я фінансується переважно з державного бюджету через НСЗУ, тоді як соціальні послуги та довготривалий догляд утримуються коштом місцевих бюджетів.

Ця модель створює не лише адміністративний, а насамперед фінансовий розрив між двома секторами. Медична система оперує гарантованими пакетами послуг, передбачуваними потоками коштів і єдиним національним платником. Натомість соціальні служби залежать від фінансової спроможності громади, політичних пріоритетів місцевої влади та конкурують за ресурси з усіма іншими місцевими потребами (інфраструктура, освіта, ЖКГ, безпека).

У контексті інтегрованого догляду це означає, що навіть за наявності готовності до співпраці на рівні фахівців, громади часто не мають фінансового інструментарію для розгортання кейс-менеджменту, мультидисциплінарних команд, патронажних служб чи підтримки доглядальників. Соціальний сектор об'єктивно не здатний «дзеркально» відповідати медичному за масштабами та стабільністю фінансування.

Фінансова децентралізація також поглиблює територіальні нерівності. Громади з сильнішою податковою базою або активною донорською підтримкою можуть розвивати домашній догляд, денні центри, мобільні бригади. Натомість малобюджетні, сільські або прифронтові громади часто обмежуються мінімальними соціальними послугами або інституційними рішеннями як «єдиною доступною опцією».

З позиції ICOPE, відсутність спільних фінансових рамок для медичного і соціального догляду є, ймовірно, найглибшим бар'єром для інтеграції. Без механізмів співфінансування, об'єднаних бюджетів, пілотних інтегрованих пакетів або державних субвенцій на довготривалий догляд інтегрована модель залишатиметься залежною від проектної логіки та не зможе масштабуватися на системному рівні.

## **5.6. Виявлені системні прогалини, релевантні для ICOPE**

Огляд систем охорони здоров'я та соціального догляду дозволяє виділити низку системних прогалин, безпосередньо релевантних для оцінки здійсненності впровадження ICOPE в Україні.

По-перше, існує структурний дисбаланс між медичними та соціальними компонентами догляду. Хоча реформи ПМД покращили доступ до медичних послуг, соціальні сервіси залишаються недостатньо ресурсно забезпеченими та слабо інтегрованими в маршрути допомоги. Це створює ризик закріплення хворобоорієнтованого підходу до старіння, який ігнорує функціональну спроможність і соціальне благополуччя.

По-друге, відсутність формалізованих механізмів координації суттєво обмежує можливості впровадження міждисциплінарного, людиноцентричного догляду. Без спільних інструментів оцінювання, протоколів направлення та каналів комунікації інтегрований догляд залишається радше декларацією, ніж практикою.

По-третє, кадрові обмеження в обох секторах підривають готовність до інтеграції. Високі навантаження, дефіцит персоналу та обмежене навчання з принципів інтегрованого догляду знижують здатність медичних і соціальних працівників до координації, профілактики та проактивної підтримки.

По-четверте, доглядальники залишаються недостатньо визнаними та підтриманими в межах чинних систем. Неформальні доглядальники забезпечують значну частину догляду, але рідко залучаються до планування допомоги або отримують системну підтримку. Ця прогалина прямо суперечить принципам ICOPE, які позиціонують доглядальників як ключових акторів континууму догляду.

По-п'яте, фінансова архітектура системи є структурно несумісною з інтегрованим доглядом. Централізоване фінансування медицини та децентралізоване фінансування соціальних послуг формують хронічний дисбаланс ресурсів, який не дозволяє громадам будувати сталі міжсекторальні моделі. Відсутність спільних бюджетних інструментів, державних субвенцій на довготривалий догляд або контрактних механізмів для інтегрованих послуг істотно обмежує практичну реалізацію ICOPE.

У сукупності ці прогалини свідчать, що хоча Україна має важливі базові елементи для впровадження ICOPE, необхідні суттєві структурні та операційні зміни. Усунення цих бар'єрів є критично важливим для переходу від паралельного існування медичної та соціальної систем до скоординованої, людиноцентричної моделі догляду за людьми похилого віку.

## **6. Оцінка готовності до впровадження ICOPE — рівень послуг (мезорівень)**

### **6.1. Залучення та розширення можливостей людей і громад**

(Участь людей похилого віку; роль громад; підтримка доглядальників — зокрема зв'язки із системою соціального захисту та соціальних послуг)

### **6.1.1. Що означає «залучення та розширення можливостей» на рівні послуг у картці показників впровадження ICOPE**

У межах рамки впровадження ICOPE «залучення та розширення можливостей людей і громад» на рівні послуг (мезорівні) передбачає структуровану, а не випадкову (ad hoc) участь людей похилого віку, сімей/доглядальників і громадських акторів у тому, як плануються, надаються та вдосконалюються медичні й соціальні послуги. Це включає: (i) створення умов, за яких люди похилого віку можуть розуміти, впливати та брати участь у створенні рішення щодо власного догляду; (ii) формалізацію залучення громади як компонента надання послуг (зокрема через взаємопідтримку, волонтерські мережі та функції, які підтримуються НУО); та (iii) упровадження практичних механізмів, що зменшують тягар доглядальників через навчання, психосоціальну підтримку та послуги перепочинку.

За польовими даними залучення найчастіше проявляється як індивідуальна доброзичливість і епізодична комунікація, тоді як системна «інфраструктура розширення можливостей» (стандартизоване спільне планування догляду, цикли зворотного зв'язку, пакети підтримки доглядальників і сталі зв'язки з громадою) виглядає частковою й нерівномірною, особливо там, де безперервність залежить від перевантаженої ПМД та фрагментованих маршрутів соціального захисту. Додатково, дані вказують на суттєвий розрив між «декларованою готовністю» частини медичних працівників (готовність «підтримувати пацієнтоорієнтований підхід» на рівні загальних принципів) і «реальною операційною готовністю» (наявність часу, інструментів і процедур, щоб це робити системно). На практиці готовність до залучення часто не є відсутністю волі, а наслідком конструкції послуги: короткий прийом, високе навантаження та адміністративні вимоги роблять неможливими ключові компоненти ICOPE — зокрема 30-хвилинне комплексне оцінювання за чек-листом, постановку функціональних цілей і спільне планування догляду.

### **6.1.2. Участь людей похилого віку в ухваленні рішень щодо їхнього здоров'я та догляду**

**а) Інформована участь є непослідовною; патерналістська та ейджистська комунікація залишається бар'єром.** Фокус-групові дискусії з людьми похилого віку виявили повторювані патерни: обмежений час консультацій, взаємодії формату «лише рецепт», а також те, що людей похилого віку не сприймають як активних учасників ухвалення рішень. На практиці респонденти описували ситуації, коли надавачі послуг не пояснювали змістовно варіанти, побічні ефекти або довгостроковий план — що прямо суперечить акценту ICOPE на людиноцентричному визначенні цілей і спільному ухваленні рішень.

Критично важливо, що частина бар'єрів має не лише «культурну», а й структурну природу: навіть там, де лікарі декларують готовність до спільного ухвалення рішень, формат прийому фактично зводиться до мінімально необхідних клінічних дій (корекція призначень, направлення, рецепти). За таких умов залучення пацієнта стає «опцією», а не стандартом: немає часу для обговорення альтернатив, цілей, ризиків, а тим більше — для інтеграції соціальних та функціональних аспектів.

Це прямо підриває компонент ICOPE “engage and empower” (залучати та надавати можливості), оскільки без часу на пояснення і переговорювання плану догляду “інформована участь” існує радше формально, ніж змістовно.

Повторюваною темою є нормалізація зневажливих відповідей, які пояснюються «віком», що демотивує людей похилого віку ставити запитання або наполягати на подальших кроках. Одна з дискусій чітко ілюструє цю динаміку:

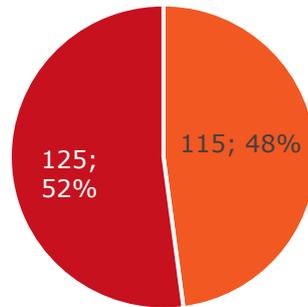
«Один лікар каже... А інший каже: виписав ліки — і все... Часто кажуть, що це вікові зміни» [опитування, людина похилого віку]

**б) Практичний тягар навігації зменшує реальний вибір (запис, направлення та безперервність).** Люди похилого віку описують маршрут отримання допомоги як «ланцюжок», який важко пройти через затримки із записом і багатокрокові вимоги до направлень, особливо для ведення хронічних захворювань і доступу до спеціалістів. Це

знижує реалістичність проактивного планування догляду та підштовхує до відкладення звернення по допомогу до моменту загострення.

**с) Уявлення про права і формальні канали існують, але довіра до їхньої дієвості низька.** Обговорення показують, що люди похилого віку можуть знати про «гарячі лінії» або формальні гарантії, однак сприймають їх як малоефективні для вирішення проблем доступу. Це важливо для «розширення можливостей», адже формальні права без надійних механізмів захисту не трансформуються у реальну суб'єктність.

### Залученість людей похилого віку до рішень щодо їх лікування та догляду, n=240



■ Так / позитивно ■ Ні / інше

Згідно з результатами опитування, 48% людей похилого віку повідомили про позитивний досвід залученості до прийняття рішень щодо власного лікування або догляду. Водночас 52% респондентів зазначили, що не були залучені до прийняття рішень або мали обмежений чи альтернативний досвід участі. Хоча майже половина респондентів мають позитивний досвід участі, для більшості залученість залишається непослідовною, ситуативною та залежною від конкретного фахівця або закладу. З позиції підходу ICOPE та принципів людиноцентричного догляду, така структура відповідей вказує на часткову, але незавершену реалізацію спільного прийняття рішень. Обмежена участь людей похилого віку у формуванні рішень щодо догляду може негативно впливати на довіру до системи, прихильність до лікування та ефективність довгострокових втручань.

### Ключові показники залученості до планування догляду людей похилого віку (n = 240)



■ Так / Позитивно ■ Ні / Інше

Отримані дані, на графіку, свідчать, що хоча окремі елементи комунікації з клієнтами функціонують відносно добре, цілісний підхід до планування та координації догляду практично відсутній. З позиції ICOPE це вказує на фрагментарну реалізацію принципів інтегрованого догляду без системного узгодження медичних і соціальних втручань. Більшість респондентів повідомили про отримання письмових рекомендацій або контактних даних (близько 90–95%), що свідчить про відносно добре налагоджену комунікацію на рівні окремих послуг. Водночас наявність узгодженого, письмового плану догляду є вкрай

обмеженою — його мають лише поодинокі респонденти (менше 10%), що вказує на відсутність системного підходу до планування догляду. Рівень залученості до прийняття рішень щодо догляду та лікування є помірним і охоплює приблизно половину опитаних, що підтверджує ситуативний характер спільного прийняття рішень.

### Людиноорієнтована комінкація та планування догляду (люди похилого віку, n=240)



Графік відображає частку людей похилого віку, які були залучені до прийняття рішень щодо власного догляду та лікування. За результатами опитування, цей показник становить близько 48%, що свідчить про обмежене та непослідовне впровадження людиноцентричного підходу. Отже, бачимо, що менше половини людей похилого віку мають досвід активної участі в ухваленні рішень щодо догляду, що вказує на відсутність системної практики спільного прийняття рішень. З позиції ICOPE це означає, що людиноцентрична комунікація реалізується переважно ситуативно і не підкріплена формалізованими інструментами планування догляду, такими як узгоджені письмові плани або регулярні обговорення альтернатив лікування.

Інтерпретація для готовності (мезорівень): участь існує, але переважно на рівні індивідуальних взаємодій, а не як вбудовані рутинні практики сервісів. Розрив особливо помітний у відсутності (або слабкій практиці) документованих спільних планів догляду, які включають цілі, уподобання та функціональні потреби людини похилого віку — елемент, прямо передбачений логікою готовності закладів (планування догляду «в партнерстві з людьми похилого віку та/або доглядальниками»).

### 6.1.3. Роль громад: як ресурси громади підтримують інтегрований догляд (і де система не здатна їх використати)

а) Громади позиціонуються як ключові для інтегрованих медико-соціальних послуг, але операційні моделі розвинені недостатньо.

Один з ключових інформантів прямо концептуалізував інтеграцію передусім як послуги, що надаються «громадою для свого населення», поєднуючи медичні та соціальні компоненти. Таке бачення узгоджується з логікою залучення громади в ICOPE і свідчить про концептуальну готовність принаймні серед частини експертних стейкхолдерів.

Водночас існує практичне обмеження: залучення громади часто ґрунтується на неформальних діях, а не на формалізованих сервісних зв'язках. Інше експертне інтерв'ю підкреслює, що бракує саме структурованої міжвідомчої та міжсекторної взаємодії (МОЗ/Мінсоцполітики/місцева влада/ГО), описуючи поточні зусилля як «точкові», а не як скоординовані системи.

б) Організації людей похилого віку та громадянське суспільство: потенціал визнається, але спроможність і стимули не інституціоналізовані.

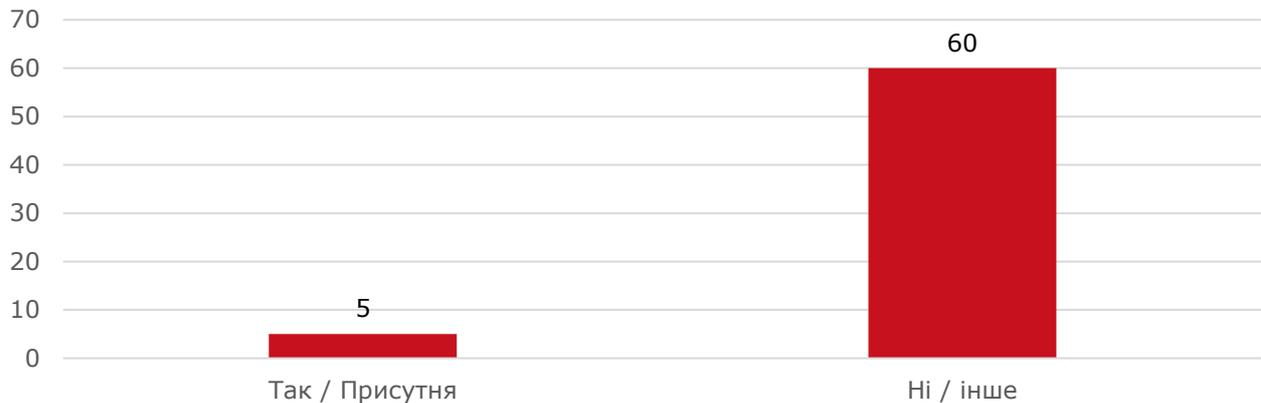
Респонденти у глибинних інтерв'ю наголошували на важливості організацій людей похилого віку та інших акторів громадянського суспільства, але зауважали, що ефективно залучення потребує готовності волонтерів, нарощування спроможності та цілеспрямованої підготовки і

підтримки — тобто ці структури не функціонують автоматично як продовження сервісів без інвестицій та координації.

с) Цифрова фрагментація блокує забезпечену громадою безперервність між медичним і соціальним секторами.

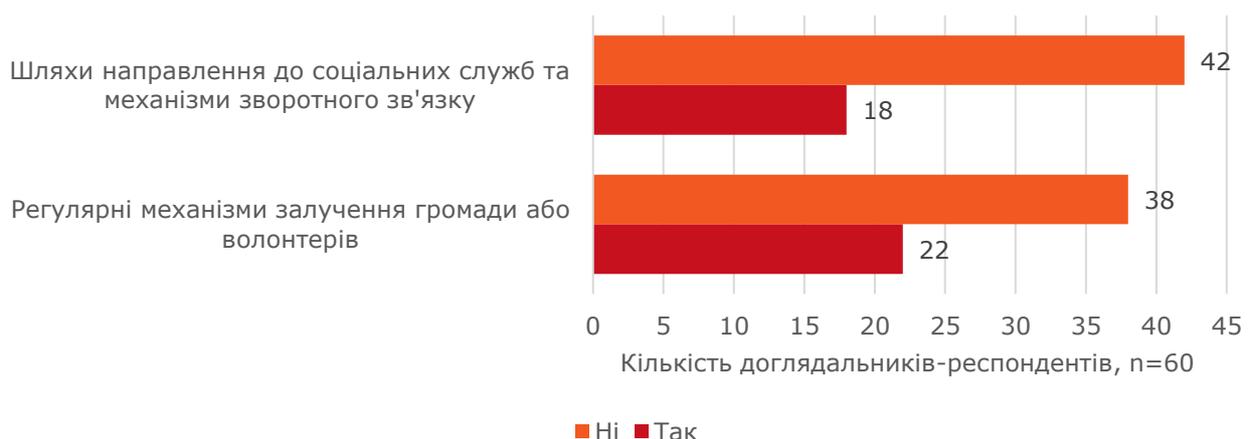
Навіть там, де громади та служби використовують цифрові інструменти, інформанти вказують на відсутність інтегрованих потоків даних між медичним і соціальним секторами, що знижує безперервність і ускладнює організацію громадського супроводу (наприклад, спільне розуміння вразливості, функціонального зниження або контексту догляду).

### Взаємодія людей похилого віку з соціальними службами та соціальним захистом (n=240)



Отримані дані вказують на суттєвий розрив між медичними та соціальними компонентами догляду. За відсутності регулярної взаємодії з соціальними службами люди похилого віку отримують допомогу переважно в межах медичної системи, без належного врахування соціальних, функціональних і побутових потреб. Більшість людей похилого віку не мають жодної взаємодії з соціальними службами або кейс-менеджментом, що вказує на слабку інтеграцію соціального компонента догляду. З позиції ICOPE це свідчить про обмежену реалізацію міжсекторальної інтеграції та відсутність ефективних механізмів кейс-менеджменту, які мали б поєднувати медичні та соціальні втручання в єдиний маршрут догляду.

### Координаційні механізми у взаємодії медичної та соціальної сфери (доглядальники, n = 60)



Загалом дані підтверджують, що координація між медичним і соціальним секторами залишається переважно неформальною та обмеженою. Навіть ті механізми, які існують, охоплюють лише частину закладів і не формують системної основи для інтегрованого догляду. З позиції ICOPE це свідчить про ранню стадію розвитку міжсекторальної координації та потребу в інституційному закріпленні маршрутів направлення, зворотного зв'язку та залучення громади.

Маршрути направлення до соціальних послуг та механізми зворотного зв'язку

Лише близько 30–35% респондентів зазначили наявність таких механізмів, тоді як переважна більшість (65–70%) повідомили про їх відсутність. Це вказує на слабку формалізацію міжсекторальних маршрутів направлення та обмежені можливості для системного зворотного зв'язку.

Регулярні механізми залучення громади або волонтерів

Наявність регулярних механізмів залучення громади або волонтерів відзначили приблизно 35–40% опитаних, тоді як більшість (60–65%) не мають таких механізмів у своїй практиці.

Наслідок для рівня послуг: без формалізованих зв'язків із громадою залучення залишається епізодичним; люди похилого віку та доглядальники продовжують покладатися на особисті контакти, а не на передбачувані пакети підтримки на рівні громади. Це особливо критично під час війни (переміщення, ізоляція, порушення доступу), коли зростає залежність від локальних ресурсів громади та каналів соціального захисту.

#### **6.1.4. Підтримка доглядальників: видимість, тягар і як «розширення можливостей» має виглядати на практиці**

**а) Доглядальники несуть великий тягар і майже не визнаються системою як частина команди догляду.** Синтез фокус-груп із доглядальниками є однозначним: доглядальники поєднують сильну моральну мотивацію з фізичним і емоційним виснаженням, обмеженими мережами підтримки та недостатньою координацією між медичними й соціальними службами.

Ключовою невдачею у розширенні можливостей є те, що доглядальники часто почуваються невидимими для системи — попри те, що саме вони є критично важливою «робочою силою», яка дозволяє людям похилого віку залишатися вдома. Як прямо зазначено в ілюстративних цитатах із фокус-групи доглядальників:

*«Мене майже ніколи не питають, що я доглядальник — наче я не частина процесу» [опитування, доглядальник].*

б) Ключові потреби доглядальників є конкретними й такими, що можуть бути покриті на рівні послуг (навчання, психосоціальна підтримка, перепочинок, включення в планування догляду). Доглядальники послідовно визначали пріоритети: (i) чітка інформація та навчання навичкам; (ii) психологічна підтримка та групи взаємодопомоги; (iii) краща координація між медичними та соціальними послугами; (iv) включення в планування догляду; (v) тимчасові рішення «перепочинку», щоб доглядальники могли подбати про власне здоров'я або нагальні справи.

Ці потреби напряду відповідають очікуванням таблиці показників ICOPE щодо підтримки доглядальників (наявність підтримки добробуту доглядальника, навчання та інфраструктури перепочинку, зокрема денних центрів).

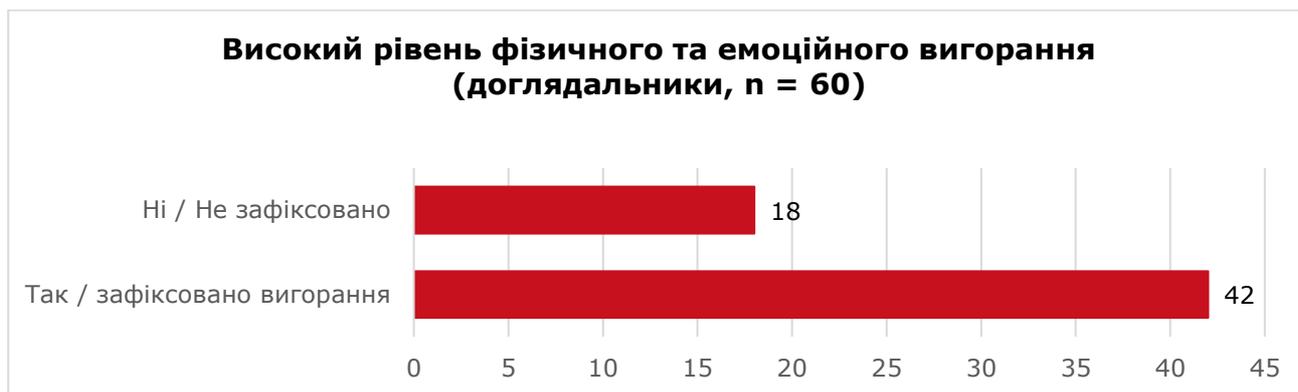
с) Соціальні працівники та соціальний захист є центральними для «розширення можливостей» доглядальників, але «передача» між медичною та соціальною системами слабка. Ті ж свідчення доглядальників показують, що оцінювання та планування залишаються фрагментованими: пріоритетом є біомедичні показники, тоді як психосоціальні й соціальні аспекти — зокрема перевантаження доглядальника — не входять у системну увагу.

Саме тут соціальні працівники (державних і комунальних установ, а також громадських та неурядових організацій (у тому числі національних і міжнародних) мають виконувати функції:

- кейс-менеджерів/навігаторів для послуг довготривалого догляду;
- координаторів домашньої підтримки та доступу до пільг;
- фасилітаторів навчання і груп підтримки для доглядальників;
- виконавців рутинного скринінгу навантаження доглядальника та направлення.

Показово, що один із ключових інформантів назвав навчання неформальних доглядальників і кейс-менеджмент у соціальній сфері реалістичними механізмами, які можуть зменшити тиск

на медиків і посилити координацію — що окреслює чіткий шлях операціоналізації підтримки доглядальників на рівні послуг.

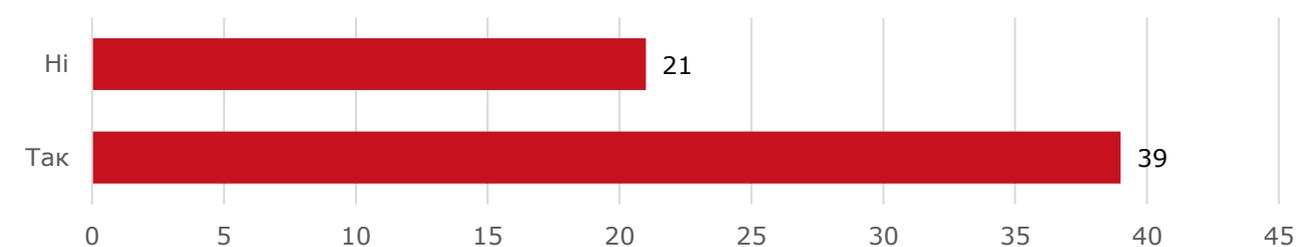


Графік показує, що переважна більшість доглядальників не мають доступу до послуг перепочинку. Отож:

- 45 із 60 респондентів ( $\approx 75\%$ ) повідомили про відсутність будь-яких-послуг перепочинку.
- лише 15 осіб ( $\approx 25\%$ ) не зазначили проблеми з доступом до перепочинку.

Відсутність послуг перепочинку є масовим і системним явищем, що суттєво підвищує ризик емоційного та фізичного вигорання доглядальників. З точки зору інтегрованого догляду це свідчить про критичний розрив у підтримці неформального догляду та потребу в розвитку структурованих послуг перепочинку як елементу стійкої системи догляду.

**Брак навчання та інструктивної підтримки (доглядальники, n = 60)**

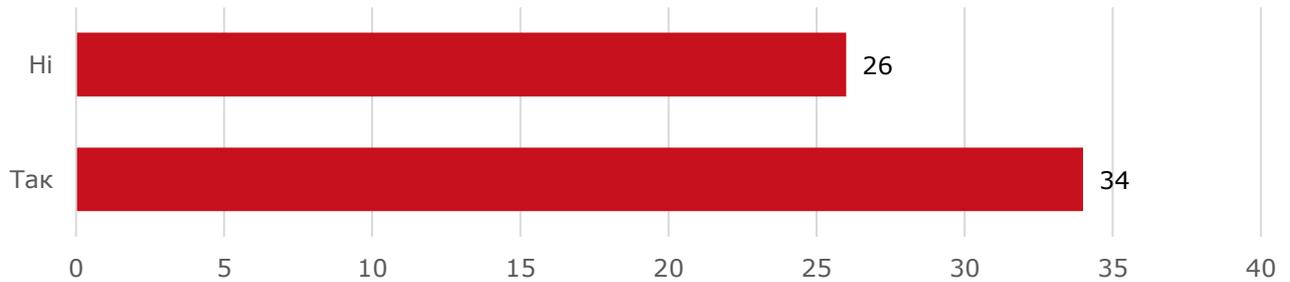


Графік демонструє, що значна частина доглядальників не отримує жодного системного навчання або інструктажу, необхідного для виконання доглядових функцій.

- 39 респондентів ( $\approx 65\text{--}67\%$ ) повідомили про відсутність навчання або керівних рекомендацій.
- 21 доглядальник ( $\approx 33\text{--}35\%$ ) не зазначили такої проблеми.

Дані свідчать про структурний дефіцит підтримки доглядальників, які виконують складні та відповідальні функції без належної підготовки. У контексті ICOPE це підкреслює розрив між медичними й соціальними сервісами та недостатнє визнання ролі неформальних доглядальників як повноцінних учасників системи інтегрованого догляду.

### Низька залученість доглядальників у прийнятті рішень щодо догляду (доглядальники, n = 60)



Отримані дані свідчать про обмежене включення доглядальників у планування та ухвалення рішень, попри їх ключову роль у повсякденному догляді. Це підкреслює невідповідність між декларованою людиноцентричністю та реальною практикою, а також вказує на потребу у формалізації ролі доглядальників у моделях інтегрованого догляду відповідно до підходу ICOPE.

Графік показує, що низька залученість доглядальників до процесів прийняття рішень є поширеним явищем.

- 34 із 60 респондентів (58%) повідомили, що їх недостатньо залучають до ухвалення рішень щодо догляду.
- 26 осіб (42%) не зазначили цієї проблеми.

### Тягар догляду та незадоволені потреби доглядальників (доглядальники, n = 60)



Графік демонструє, що більшість доглядальників стикаються з множинними формами перевантаження та браком підтримки, які системно накопичуються.

Високий емоційний або фізичний рівень вигорання повідомляє переважна частина респондентів (понад дві третини вибірки). Відсутність послуг перепочинку є однією з найгостріших проблем: більшість доглядальників не мають можливості перепочинку чи тимчасової заміни. Брак навчання або інструктажу також є широко поширеним, що підсилює відчуття невпевненості та перевантаження.

Низька залученість до рішень щодо догляду свідчить про маргіналізацію ролі доглядальників у плануванні допомоги.

Потреба в психосоціальній підтримці є масовою, що вказує на накопичений емоційний тиск.

Результати вказують на системну невидимість доглядальників у моделях надання допомоги. Відсутність навчання, підтримки та залучення до ухвалення рішень формує високий ризик вигорання і знижує якість догляду. У контексті ICOPE це свідчить про критичну прогалину між декларованою інтегрованістю догляду та реальною практикою, де доглядальники не розглядаються як повноцінні учасники системи.

d) Як виглядала б «добра практика» на мезорівні.

Згідно з логікою ICOPE, готовність на рівні послуг вимагала б переходу від неформальної залежності від сім'ї до моделі, у якій:

- доглядальників ідентифікують, реєструють (за згодою) та оцінюють їхнє навантаження;
- навчання та інформація для доглядальників надаються в доступних форматах (включно з офлайн);
- існують послуги перепочинку (навіть обмежені пілоти) через денні центри / тимчасову домашню допомогу;
- соціальні працівники інтегровані в міждисциплінарні робочі процеси (спільне планування догляду, супровід і відстеження направлень);
- люди похилого віку та доглядальники мають дієві канали зворотного зв'язку, які реально призводять до поліпшень послуг.

### **Загальне судження щодо готовності за 6.1 (рівень послуг/ мезорівень)**

У двох досліджених регіонах та за всіма застосованими інструментами збору даних спроможність на рівні послуг залучати та розширювати можливості людей похилого віку, громад і доглядальників характеризується фрагментованою й нерівномірною готовністю, яку доцільно визначати радше як декларативну та початкову, ніж як операційно сформовану. Хоча окремі елементи, узгоджені з принципами ICOPE, наявні, вони не є системними і не вбудовані в рутинні процеси надання послуг.

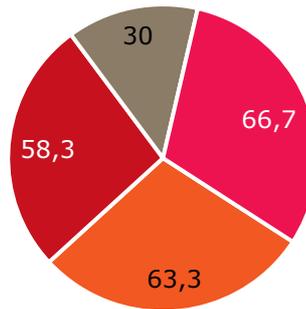
На рівні участі людей похилого віку дані свідчать, що залучення залишається переважно консультативним і пасивним, а не партисипативним чи таким, що реально розширює можливості. Людей похилого віку зазвичай інформують про клінічні рішення або варіанти соціальної допомоги, але рідко залучають до спільного визначення цілей догляду, пріоритизації втручань або формування планів подальшого супроводу. Таким чином, залучення залежить головним чином від індивідуального стилю комунікації та особистих установок окремих фахівців, а не від стандартів послуги, інструментів чи механізмів підзвітності.

Критично важливо, що оцінка виявляє стійкий розрив між декларованою готовністю та операційною (реальною) готовністю. Багато медичних і соціальних працівників артикулюють підтримку людиноцентричних і партисипативних підходів. Однак ця підтримка не трансформується у щоденну практику. Домінуючим обмеженням є не відсутність мотивації, а структурний дизайн послуг. Високе навантаження, коротка тривалість прийому та адміністративний тиск системно витісняють час, необхідний для змістовного залучення, функціонального оцінювання та спільного планування догляду. Фактично сервісне середовище організоване навколо коротких, проблемно орієнтованих контактів, які несумісні з 30-хвилинними комплексними оцінюваннями, постановкою функціональних цілей і міждисциплінарною координацією, передбаченими ICOPE.

Це обмеження послідовно відображене у якісних даних від ключових інформантів:

**«Ми часто говоримо про пацієнтоорієнтований догляд, але на практиці немає структурованого механізму, який би вимагав від нас сісти з людиною похилого віку і спільно планувати догляд. Це повністю залежить від лікаря чи соціального працівника, а не від системи». [KII, представник місцевої НУО]**

### Рівень залученості людей похилого віку до прийняття рішень (опитування, n=240, %)



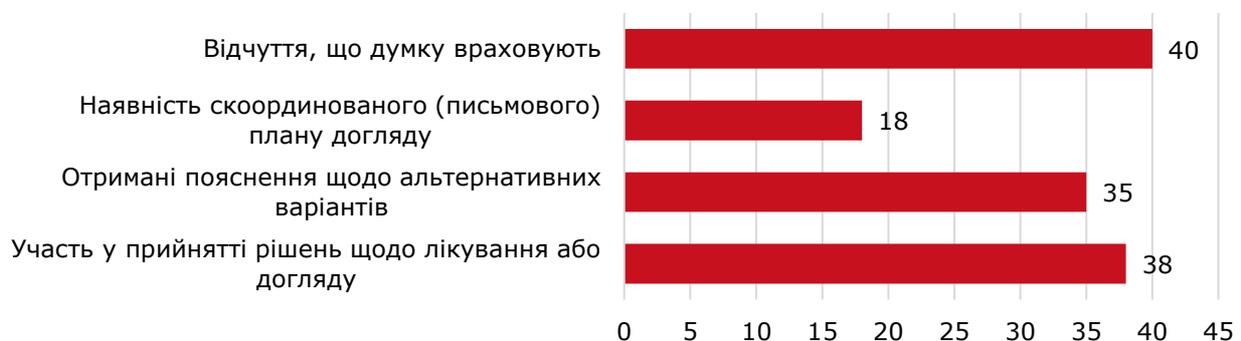
- Участь у прийнятті рішень щодо лікування або догляду
- Отримані пояснення щодо альтернативних варіантів
- Наявність скоординованого (письмового) плану догляду
- Відчуття, що з думкою рахуються

Хоча суб'єктивні елементи залученості (участь у рішеннях, відчуття врахування думки, усні пояснення) охоплюють приблизно чверть-третину опитаних, формалізовані інструменти інтегрованого догляду, зокрема письмові узгоджені плани догляду, залишаються маргінально поширеними. Це вказує на фрагментарну та переважно неформальну модель залучення, яка не переходить у системне планування догляду відповідно до принципів ICOPE.

Діаграма відображає чотири ключові аспекти залученості людей похилого віку до процесів лікування та догляду, які представлені відносними частками відповідей. Отже, бачимо, що:

- Залучення до рішень щодо лікування або догляду — близько 30% респондентів ( $\approx 70-75$  осіб із 240);
- Отримання пояснень щодо альтернативних варіантів допомоги — близько 25-27% ( $\approx 60-65$  осіб);
- Відчуття, що власну думку беруть до уваги — близько 30% ( $\approx 70-75$  осіб);
- Наявність узгодженого (письмового) плану догляду — лише близько 13-15% ( $\approx 30-35$  осіб).

### Кількість людей похилого віку у залученні до прийняття рішень (n=240)



Графік відображає абсолютну кількість респондентів, які повідомили про різні форми залученості до процесів лікування та догляду.

- Залучення до рішень щодо лікування або догляду — 38 осіб
- Отримання пояснень щодо альтернативних варіантів — 35 осіб
- Відчуття, що власну думку беруть до уваги — 40 осіб

- Наявність узгодженого (письмового) плану догляду — 18 осіб

Дані показують, що суб'єктивні та комунікативні форми залученості (пояснення, відчуття врахування думки, участь у рішеннях) охоплюють значно більшу кількість людей, ніж формалізовані інструменти інтегрованого догляду, такі як письмовий узгоджений план.

Це свідчить про домінування неформальної, персоналізованої взаємодії над системним плануванням догляду та підтверджує, що ключові елементи ICOPE реалізуються фрагментарно, без належного інституційного закріплення.

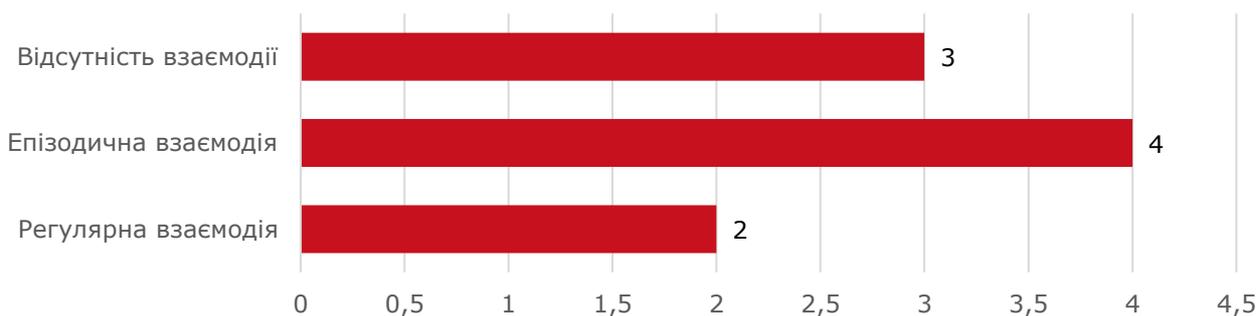
З погляду залучення громад оцінка показує, що громади широко визнаються важливими акторами підтримки людей похилого віку, однак їхня роль залишається переважно неформальною та недостатньо інституціоналізованою. Громадські ресурси — НУО, волонтерські ініціативи, неформальні мережі взаємодопомоги — часто компенсують прогалини системи, але без стабільної інтеграції у робочі процеси медичних чи соціальних служб.

Ключові інформанти неодноразово підкреслювали, що залучення громад не закладене структурно в моделі надання послуг, а залежить від ситуативної співпраці або донорських проєктів:

«Якщо є НУО або активна громадська організація — щось працює. Якщо ні — усе зупиняється. Система сама по собі не вимагає і не підтримує залучення громади». [КІІ, представник ВООЗ]

Це створює високу територіальну нерівність, коли доступ людей похилого віку до громадської підтримки залежить від місцевої ініціативи, а не від гарантованих стандартів.

#### Регулярність залучення громади та волонтерів у роботі з людьми похилого віку (аналітична оцінка) за шкалою 0-4



ПРИМІТКА: наведені цифри представляють аналітичну типологію залучення громади та волонтерів на основі самооцінок медичних і соціальних працівників та якісної інтерпретації результатів опитувань. Вона не є прямим кількісним розподілом, отриманим із одного запитання анкети.

Графік ілюструє, що залучення громадських і волонтерських ресурсів має переважно нерегулярний або відсутній характер. Епізодична взаємодія є найпоширенішою моделлю — її зафіксовано приблизно у 4 умовних одиницях типології. Відсутність будь-якої взаємодії також є суттєвою — близько 3 одиниць, що вказує на повну ізоляцію частини закладів від громадських ресурсів. Регулярна взаємодія є найменш поширеною моделлю — лише 2 одиниці, що свідчить про обмежене інституційне залучення волонтерів і громади.

Результати демонструють, що громадські та волонтерські ресурси не інтегровані системно у роботу з людьми похилого віку. Домінування епізодичних або відсутніх форм взаємодії свідчить про проєктну, несистемну модель співпраці, яка не забезпечує сталість і масштабованість інтегрованого догляду в логіці ICOPE.

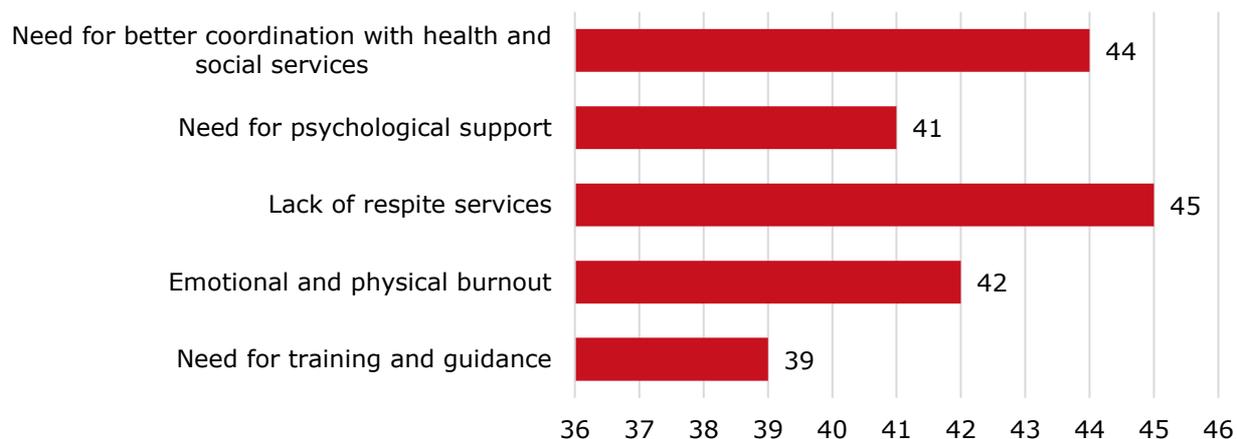
Найслабшою складовою готовності в межах цього домену є підтримка доглядальників, попри їхню центральну роль у забезпеченні проживання людей похилого віку вдома і в громаді. Дані фокус-груп і опитувань показують, що доглядальники залишаються практично «невидимими» на рівні послуг: їх рідко формально ідентифікують, оцінюють або залучають до процесів планування догляду.

Доглядальники описують ситуацію, у якій вони несуть значну відповідальність за щоденний догляд, координацію і моніторинг, але отримують мінімальну структуровану підтримку з боку медичних або соціальних служб:

*«Усі питають про людину похилого віку, але ніхто не питає, як справляюся. Немає місця, де доглядальників бачили б як частину команди догляду». [опитування, доглядальник]*

Відсутність стандартизованих маршрутів підтримки доглядальників — навчання, психосоціальної допомоги, послуг перепочинку та кейс-менеджменту — постає як критична прогалина на рівні послуг. Ця прогалина є не лише соціальною проблемою, а безпосередньо підриває сталість догляду та підвищує ризики вигорання доглядальників, занедбаності або передчасної інституціоналізації людей похилого віку.

#### Ключові потреби доглядальників (доглядальники, n = 60)



Результати демонструють, що громадські та волонтерські ресурси не інтегровані системно у роботу з людьми похилого віку. Домінування епізодичних або відсутніх форм взаємодії свідчить про проектну, неінституалізовану модель співпраці, яка не забезпечує сталість і масштабованість інтегрованого догляду в логіці ICOPE.

З позиції операційної готовності оцінка свідчить, що бар'єри залучення і розширення можливостей пов'язані не стільки з браком усвідомлення чи небажанням фахівців, скільки з провалами дизайну послуг і спроможності на мезорівні, зокрема:

- відсутністю обов'язкових стандартів спільного планування догляду;
- відсутністю формалізованих ролей соціальних працівників і кейс-менеджерів у мультидисциплінарних командах;
- хронічним дефіцитом часу на прийомі в первинній ланці;
- фрагментацією між секторами охорони здоров'я, соціального захисту та громадськими акторами;
- відсутністю фінансових або контрактних стимулів для підтримки доглядальників і залучення громад.

Цю оцінку підтверджують і системні стейкхолдери::

*«Розуміння є, і навіть бажання є. Немає інструментів, часу і відповідальності. Без цього залучення залишається декларацією». [KII, представник місцевої НУО]*

#### Загальне судження про готовність для дії ICOPE на рівні послуг

На основі триангуляції якісних і кількісних даних готовність до реалізації дії ICOPE 6.1 «Залучати та розширювати можливості людей і громад» може бути охарактеризована як:

- переважно декларативна відповідність принципам ICOPE;
- мінімальна та епізодична операційна реалізація;
- відсутність сервісної архітектури, здатної підтримувати системне залучення.

Залучення існує здебільшого на рівні індивідуальних взаємин і проєктних ініціатив, а не як інституціоналізований компонент надання послуг. Без цілеспрямованого перепроєктування рівня послуг — передусім через перерозподіл часу, формалізацію спільного планування догляду, інтеграцію соціальних працівників і кейс-менеджерів у рутинні процеси та створення структурованих маршрутів підтримки доглядальників — цей компонент ICOPE не може бути стійко операціоналізований в межах чинної моделі.

## **6.2. Підтримка координації послуг мультидисциплінарних надавачів**

### **6.2.1. Координація як ключова вимога мезорівня в межах ICOPE**

У межах рамки ICOPE координація послуг, що надаються мультидисциплінарними надавачами, є центральною функцією рівня послуг, без якої інтегрований догляд не може бути операціоналізований. Координація на мезорівні передбачає не просто співіснування різних фахівців, а структуровану взаємодію, спільне розуміння ролей, формалізовані маршрути направлень і механізми обміну інформацією між медичними працівниками, соціальними працівниками та акторами на рівні громади.

В українському контексті координація широко визнається необхідною, однак залишається слабо інституціоналізованою. Дані з усіх джерел свідчать, що координація здебільшого є персоналозалежною та неформальною, а не вбудованою в дизайн послуг. Це створює значну варіативність практик і підриває безперервність догляду для людей похилого віку, особливо для тих, хто має складні медичні та соціальні потреби.

Крім людського чинника, критичним бар'єром залишається структурно-технічний: в Україні відсутнє цифрове середовище, яке б підтримувало міжсекторальну координацію. Медична система та соціальна система функціонують як окремі, несинхронізовані платформи, що унеможлиблює спільний доступ до інформації, ведення єдиного плану догляду або цифрове відстеження маршруту людини між секторами.

### **6.2.2. Координація між первинною медичною допомогою та соціальними працівниками**

а) ПМД як медичний «якір», соціальні працівники — як функціональний і соціальний «якір»

Надавачі первинної медичної допомоги (ПМД), зокрема сімейні лікарі, позиціонуються як основні медичні координатори для людей похилого віку. Паралельно соціальні працівники виступають основними координаторами соціальної підтримки, послуг довготривалого догляду та допомоги на рівні громади. Теоретично такий розподіл ролей є комплементарним і добре узгоджується з принципами ICOPE. На практиці ж зв'язок між цими двома «якорями» є слабким і несталим.

Надавачі ПМД зазвичай зосереджуються на клінічному менеджменті хронічних захворювань, тоді як соціальні працівники працюють із функціональними обмеженнями, доглядом удома та соціальними ризиками. Відсутність формальних механізмів координації означає, що ці паралельні зусилля рідко синхронізуються в єдиний, узгоджений маршрут догляду.

**«Сімейний лікар і соціальний працівник часто працюють з однією й тією самою людиною, але не працюють між собою. Кожен бачить лише свою частину картини».** [KII, представник місцевої НУО]

Додатково координація ускладнюється структурним конфліктом інтересів і пріоритетів між секторами. Сімейний лікар працює в логіці контрактів НСЗУ, клінічних показників, електронних декларацій та обмеженого часу прийому. Соціальний працівник підпорядковується органам місцевого самоврядування, працює в межах місцевих програм, соціальних стандартів і дефіцитних бюджетів громад. За відсутності спільних індикаторів результативності, спільного фінансування та юридично закріплених обов'язків взаємодії координація не є пріоритетом ні для медичної, ні для соціальної системи. У результаті кожен сектор оптимізує власні процеси, а не спільний результат для людини похилого віку.

б) Відсутність рутинної мультидисциплінарної взаємодії

Мультидисциплінарні обговорення випадків за участі надавачів ПМД, медичних сестер і соціальних працівників не є рутинною практикою. Там, де така взаємодія відбувається, вона зазвичай спричинена кризовими ситуаціями, особистими контактами або зовнішніми проектами, а не вимогами на рівні послуг.

Соціальні працівники повідомляють, що часто дізнаються про медичні зміни випадково — від самої літньої людини або її доглядальника, а не через прямий зв'язок із медичними працівниками. Водночас надавачі ПМД часто не знають, чи отримує пацієнт соціальні послуги, яку саме підтримку надано та чи перебувають доглядальники у стані перевантаження.

Критичним обмеженням є цифровий розрив: лікарі та соціальні працівники не мають спільного доступу до планів догляду, оцінок потреб або результатів втручання. Навіть за наявності бажання співпрацювати вони не бачать записів один одного в цифровому форматі. eHealth/HELSE і E-Social не інтегровані, що технічно унеможлиблює ведення єдиного випадку.

Окремої уваги потребує роль медсестри. У моделі ICOPE саме медсестра часто виконує функцію кейс-менеджера або координатора догляду, який підтримує регулярний контакт із пацієнтом, здійснює моніторинг функціонального стану та з'єднує медичний і соціальний компоненти. В українській ПМСД медсестра здебільшого сприймається як технічний помічник лікаря. Вона, як правило, не має формалізованих повноважень, виділеного часу або інструментів для комунікації з соціальними службами. Це суттєво обмежує потенціал переходу від «лікароцентричної» моделі до справжньої міждисциплінарної команди.

### **6.2.3. Маршрути направлень: від ситуативних порад до структурованої навігації**

#### **а) Домінування неформальних направлень**

Маршрути направлень між медичними та соціальними службами переважно є неформальними й дорадчими. Медичні працівники можуть усно порадити звернутися до соціальних служб, а соціальні працівники — відвідати сімейного лікаря або спеціаліста. Такі рекомендації рідко супроводжуються формальними направленнями, спільними оцінюваннями або механізмами подальшого супроводу.

У результаті відповідальність за навігацію системою перекладається на людей похилого віку та їхніх доглядальників, які можуть не мати достатніх ресурсів, інформації чи фізичної спроможності проходити складні ланцюги направлень.

**«Ми “направляємо” людей, просто кажучи їм, куди йти. Чи дійшли вони туди і що сталося далі — ми зазвичай не знаємо».** [опитування, соціальний працівник]

Ключова причина такої ситуації полягає у відсутності юридично закріпленого механізму “соціального рецепта” або офіційного направлення від лікаря до соціальної служби, яке б мало обов'язкову силу для надання послуг. Не існує уніфікованих стандартних операційних процедур для перенаправлення, спільної оцінки або відкриття “соціального випадку” за медичним запитом. Це змушує фахівців діяти на власний розсуд, створюючи ризики того, що людина «загубиться» між системами, а також потенційні корупційні ризики через неформалізовані рішення.

#### **б) Відсутність зворотного зв'язку та відстеження направлень**

Критичною прогалиною, виявленою в інтерв'ю, є відсутність механізмів зворотного зв'язку. Після направлення — формального чи неформального — немає системних інструментів для підтвердження факту отримання послуги, оцінки результатів або визначення потреби в подальшому супроводі.

Ситуацію суттєво поглиблює правова та процедурна невизначеність у сфері захисту персональних даних. Лікарі часто прямо вказують на небажання передавати будь-яку інформацію соціальним працівникам через страх порушення медичної таємниці та законодавства про захист персональних даних (включно з вимогами, що інтерпретуються через призму GDPR та Закону України «Про захист персональних даних»).

В Україні відсутні міжвідомчі протоколи обміну даними, стандартизовані форми інформованої згоди та визначені переліки інформації, яка може законно передаватися між медичною та соціальною системами. У результаті навіть там, де фахівці усвідомлюють необхідність координації, вони свідомо уникають обміну інформацією, щоб не нести персональну юридичну відповідальність.

Таким чином, фрагментація зумовлена не лише організаційними проблемами, а й нормативним вакуумом: без чітких правил обміну даними інтегрований догляд не може бути безпечним з правової точки зору і тому не масштабується.

#### с) Доглядальники як де-факто координатори догляду

За відсутності структурованих маршрутів направлень доглядальники часто перебирають на себе роль де-факто координаторів: організують прийоми, супроводжують літніх людей, передають інформацію між фахівцями та забезпечують безперервність догляду. Хоча це частково компенсує системні прогалини, воно істотно підвищує навантаження на доглядальників і посилює нерівність для людей похилого віку, які не мають міцної сімейної підтримки.

«Якщо я сам не подзвоню, не нагадаю і не проконтролюю — нічого не відбувається. Система не поєднує ці речі за нас». [опитування, сімейний лікар]

### **6.2.4. Міжсекторальна взаємодія поза індивідуальними випадками**

#### а) Управлінська та організаційна фрагментованість

На мезорівні координацію додатково обмежують організаційна та управлінська фрагментованість. Медичні та соціальні служби працюють у різних адміністративних ієрархіях, з різними вимогами до звітності та показниками ефективності. Такі структурні розриви не стимулюють спільне планування та розподілену відповідальність на рівні послуг.

Навіть коли політичні документи декларують міжсекторальну співпрацю, надавачі послуг не мають операційних інструкцій щодо того, як ця співпраця має виглядати у щоденній практиці..

«Усі говорять про міжсекторальну взаємодію, але ніхто не пояснює, як вона має виглядати в понеділок зранку в поліклініці чи центрі соціальних послуг». [КІІ, представник місцевої НУО]

#### б) Роль НУО як неформальних інтеграторів

Недержавні організації часто виконують роль де-факто координаторів, поєднуючи системи через кейс-менеджмент, супровід на місцях і надання послуг. Хоча ці зусилля мають істотну цінність, вони зазвичай є проєктно зумовленими та не вбудованими в публічні системи, що обмежує їхню сталість і масштабованість.

Водночас така координація є штучною з системної точки зору: вона залежить від грантового фінансування, не інтегрована в державні протоколи та не підтримується пакетами НСЗУ або стабільними місцевими бюджетними програмами. Коли проєкт завершується, координаційна функція зазвичай зникає разом із командою. Це створює пряму загрозу стабільності та масштабованості інтегрованого догляду.

### **6.2.5. Наслідки для готовності до впровадження ІСОРЕ на рівні послуг**

Дані свідчать, що координація послуг, які надаються мультидисциплінарними надавачами, нині перебуває на низькому або початковому рівні готовності. Хоча концептуальне розуміння інтеграції існує, практичні механізми залишаються нерозвиненими.

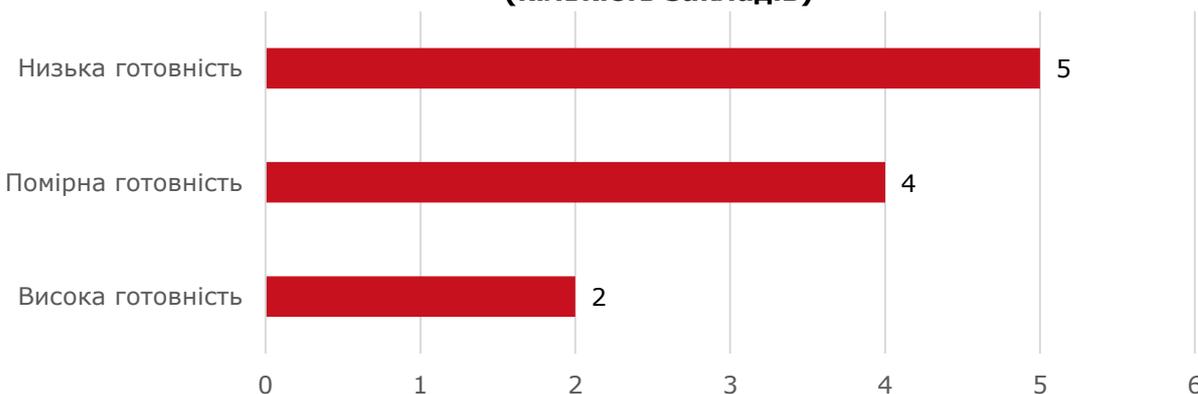
Ключові прогалини на рівні послуг включають:

- відсутність формалізованих мультидисциплінарних робочих процесів за участі ПМД, медичних сестер і соціальних працівників;
- залежність від неформальних, недокументованих направлень;
- відсутність систем відстеження направлень і зворотного зв'язку;

- надмірну залежність від доглядальників як навігаторів системи;
  - проєктний, а не інституціоналізований характер міжсекторальної координації.
- Критичним системним бар'єром є відсутність визначеної ролі координатора догляду (Care Manager / Care Coordinator) у штатних розписах та моделях фінансування. У межах ICOPE ця роль має бути персоніфікованою — з чіткою відповідальністю за ведення випадку, зв'язок між секторами та результат для людини. В українській практиці ця функція розмита між лікарем і соціальним працівником і фактично не закріплена ні за ким.

«Інтеграція існує там, де хтось особисто її проштовхує. Як тільки ця людина йде — усе розвалюється». [КІІ, представник ВООЗ]

### Загальна готовність закладів до міждисциплінарної координації (кількість закладів)



Візуалізація свідчить, що готовність закладів до міждисциплінарної координації загалом залишається низькою. Домінує оцінка низького рівня готовності, що вказує на відсутність необхідних інституційних, організаційних та процедурних умов для сталого міжсекторального співробітництва.

Помірний рівень готовності представлений меншою часткою та, ймовірно, відображає наявність окремих елементів координації, які, однак, не формують цілісної та системної моделі взаємодії між фахівцями різних секторів. Високий рівень готовності залишається маргінальним і радше винятком, ніж усталеною практикою.

### Загальне судження щодо готовності за пунктом 6.2

На основі тріангуляції результатів готовність до реалізації дії ICOPE 6.2 «Підтримувати координацію послуг, що надаються мультидисциплінарними надавачами» найточніше характеризується як:

- відсутня або мінімальна імплементація як стандартна функція послуги;
- початкова імплементація в поодиноких практиках, зумовлена індивідуальною ініціативою або залученням НУО.
- системний бар'єр - поєднання цифрової несумісності систем і правової невизначеності щодо обміну даними, що фактично блокує будь-яку спробу створення спільного плану догляду або реального кейс-менеджменту.

Без цілеспрямованих реформ на рівні послуг — передусім формалізації співпраці між ПМД і соціальними працівниками, запровадження структурованих маршрутів направлень і зменшення залежності від доглядальників як неформальних координаторів — ця дія ICOPE не може бути стійко реалізована.

## 6.3. Оцінка готовності до впровадження ICOPE — рівень послуг (мезорівень): Орієнтація послуг на догляд у громаді

### 6.3.1. Догляд у громаді як ключова опора ICOPE на рівні послуг

У межах рамки ICOPE орієнтація послуг на догляд у громаді є не додатковою опцією, а базовою вимогою на рівні послуг. Догляд у громаді означає, що люди похилого віку отримують більшість медичних, соціальних і підтримуючих послуг якомога ближче до місця проживання, мінімізуючи зайву інституціоналізацію та залежність від стаціонарної допомоги.

Така орієнтація є особливо критичною для людей похилого віку з обмеженою мобільністю, хронічними станами, функціональним зниженням або потребою в догляді.

В українському контексті догляд у громаді широко визнається бажаним, однак його впровадження залишається частковим, нерівномірним і значною мірою залежним від місцевої спроможності. Дані інтерв'ю, фокус-груп, опитувань і чек-листів закладів свідчать, що послуги й надалі організовані переважно навколо установ, а не навколо повсякденного середовища життя людей. Унаслідок цього люди похилого віку зі зниженою мобільністю або комплексними потребами стикаються зі структурними бар'єрами доступу до допомоги.

### 6.3.2. Доступність послуг для людей похилого віку

Фізична та географічна доступність

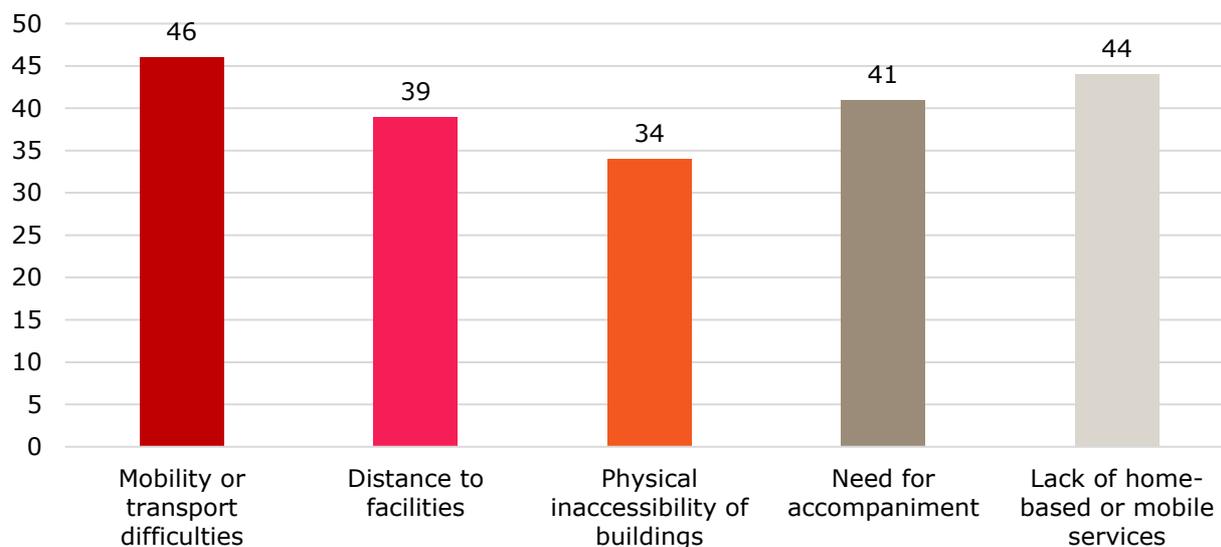
Доступність виявилась стійкою проблемою в усіх регіонах і типах послуг. Люди похилого віку та доглядальники описували труднощі, пов'язані з транспортом, віддаленістю закладів, архітектурними бар'єрами та обмеженою наявністю виїзних послуг. Ці бар'єри непропорційно зачіпають сільські громади та людей похилого віку, які проживають самотійно.

Хоча заклади ПМСД загалом є географічно розгалуженими, їхня доступність для людей з порушеннями мобільності забезпечується непослідовно. Соціальні послуги мають подібні обмеження: підтримка вдома часто обмежується дефіцитом кадрів і часом на дорогу.

«Ми говоримо про доступ, але для багатьох людей похилого віку доступ закінчується на порозі їхнього дому. Якщо людина фізично не може дістатися послуги — послуги для неї не існують». [КІІ, представник місцевої ГО]

Крім фізичних бар'єрів, в українських реаліях війна сформувала додатковий функціональний бар'єр доступності — соціальну ізоляцію. Руйнування соціальних зв'язків через переміщення, втрату родини, евакуацію сусідів, депопуляцію сіл і загальне падіння рівня взаємодопомоги зменшує здатність громади виконувати роль соціального каркаса догляду. Це критично для ICOPE, оскільки модель значною мірою спирається на наявність щоденного неформального спостереження та підтримки (сусіди, волонтери, місцеві ініціативи) як на механізм раннього виявлення ризиків (падіння, дезорієнтація, гостра самотність) і швидкого реагування. За умов зруйнованих соціальних мереж навіть наявність формальних послуг може не конвертуватися в реальну підтримку, бо "немає кому довести людину до послуги" або повідомити про погіршення стану.

**Основні бар'єри доступу людей похилого віку до медичних та соціальних послуг (опитування, n=240)**



ПРИМІТКА: Графік підсумовує самозаявлені бар'єри доступу до медичних і соціальних послуг серед людей похилого віку на основі агрегованих відповідей опитування.

Графік демонструє, що доступ до послуг для людей похилого віку обмежується передусім структурними та фізичними чинниками, які не залежать від індивідуального вибору.

Найпоширенішими бар'єрами є труднощі з пересуванням або транспортом та відсутність домашніх або мобільних послуг, що вказує на критичну роль просторової доступності та форм надання допомоги поза межами стаціонарних закладів. Високу значущість також має потреба в супроводі, що відображає як фізичні обмеження, так і недостатність підтримуючих сервісів. Віддаленість закладів і фізична недоступність будівель також залишаються суттєвими перешкодами, хоча їх значущість дещо нижча порівняно з іншими факторами. У сукупності ці бар'єри формують складний і фрагментований шлях доступу до допомоги, який потребує значних додаткових ресурсів з боку самих людей похилого віку та їхніх доглядальників.

Результати свідчать, що обмежений доступ до послуг має системний характер і пов'язаний не лише з інфраструктурою, а й з відсутністю адаптованих, людиноцентричних моделей надання допомоги. У контексті ICOPE це підкреслює необхідність розширення домашніх, мобільних та міжсекторально скоординованих сервісів, орієнтованих на функціональні потреби людей похилого віку.

#### б) Адміністративна та інформаційна доступність

Окрім фізичного доступу, люди похилого віку стикаються з адміністративними та інформаційними бар'єрами. Складні правила відповідності, фрагментовані джерела інформації та залежність від цифрових інструментів без адекватних альтернатив створюють додаткові ризики виключення. Ці бар'єри часто потребують залучення доглядальника або підтримки соціального працівника, що підсилює нерівність між тими, хто має таку підтримку, і тими, хто її не має.

### **6.3.3. Мобільні та домашні послуги: потенціал і обмеження**

#### а) Домашні послуги як основа догляду у громаді

Домашні послуги є критично важливим компонентом громадоорієнтованого догляду для людей похилого віку, особливо для осіб із функціональними обмеженнями. Соціальні служби відіграють провідну роль у наданні допомоги вдома, зокрема підтримки у щоденних побутових діях, спостереженні за умовами проживання та психосоціальної підтримці. У теорії такі послуги узгоджуються з принципами ICOPE, оскільки підтримують старіння в місці проживання та збереження функціональної спроможності.

На практиці домашні послуги обмежені низьким охопленням, дефіцитом персоналу та критеріями пріоритизації. Багато людей похилого віку, які потребують такої підтримки, або не отримують її взагалі, або отримують на мінімальному рівні, який не відповідає обсягу потреб.

**«Домашній догляд існує на папері, але в реальності один соціальний працівник відповідає за надто багато людей. У таких умовах не можна говорити про якість чи безперервність».**  
[KII, представник НСССУ]

Важливе уточнення для рамки ICOPE: в Україні те, що називають "домашнім доглядом" у системі соціальних послуг, здебільшого є побутовою підтримкою (прибирання, доставка продуктів/ліків, допомога з оплатою, супровід), тобто соціальним доглядом, але не інтегрованим доглядом у розумінні ICOPE.

ICOPE вимагає, щоб домашній контакт із людиною похилого віку включав систематичне спостереження та раннє виявлення функціональних дефіцитів (зір, слух, когніція, мобільність, ризик падінь, симптоми депресії), а також ініціювання міжсекторальних втручань. Соціальні працівники в Україні, як правило, не мають медичних протоколів і повноважень для оцінки внутрішньої спроможності та не інтегровані у клінічні маршрути, тому їхні візити рідко перетворюються на профілактику функціональної деградації — що є центральною метою ICOPE.

У результаті старіння у звичному середовищі часто зводиться до підтримки знаходження вдома, а не до структурованого збереження функціональної спроможності.

b) Мобільні медичні послуги та виїзна допомога

Мобільні медичні послуги, включно з виїздами медсестер або сімейних лікарів, реалізуються епізодично і часто пов'язані з пілотними проєктами або реагуванням на надзвичайні ситуації, а не з рутинною практикою надання послуг ПМСД. Хоча такі послуги демонстрували високу цінність у періоди переміщення та небезпеки, вони не є вбудованим стандартом роботи ПМСД.

Відсутність систематичних мобільних послуг обмежує раннє виявлення функціональної деградації та зменшує можливості для профілактичних втручань, які є базовими для ICOPE.

**«Мобільні команди з'являються, коли є проєкт. Коли проєкт закінчується — послуга зникає».**  
[KII, представник ВООЗ]

Чинна модель фінансування ПМСД через НСЗУ не формує стабільних фінансових стимулів для регулярних домашніх візитів до маломобільних пацієнтів як нормального стандарту. Для сімейного лікаря виїзд додому часто є винятком, що відбувається за рахунок особистої мотивації або локальних домовленостей, а не як оплачувана, планова функція. Без зміни контрактних вимог і/або тарифних стимулів інституціоналізований підхід збережеться, і мобільність залишатиметься проєктною або кризовою практикою, а не системним компонентом ICOPE.

#### **6.3.4. Роль соціальних працівників в орієнтації на догляд у громаді**

Соціальні працівники є основними операційними акторами, які забезпечують догляд у громаді для людей похилого віку. Їхні обов'язки включають оцінку потреб, координацію домашніх послуг, взаємодію з доглядальниками та підключення до ресурсів громади. У багатьох випадках соціальні працівники є єдиними фахівцями, які регулярно заходять у помешкання людей похилого віку, і тому мають найбільш повне розуміння функціональних і соціальних реалій.

Попри цю центральну роль, соціальні працівники працюють у режимі жорстких обмежень. Високі навантаження, обмежені можливості транспорту та адміністративні вимоги зменшують частоту й глибину домашніх візитів. Крім того, їхня інтеграція у робочі процеси медичних послуг залишається слабкою, що знижує їхню здатність впливати на планування догляду або ініціювати медичний супровід за потреби.

**«Соціальні працівники бачать, що відбувається вдома, але ця інформація рідко доходить до лікаря. Для цього немає каналу».** [KII, представник місцевої ГО]

З погляду ICOPE недовикористання знань соціальних працівників є втраченою можливістю операціоналізувати догляд у громаді в скоординованій і людиноцентричній формі.

Водночас необхідно критично зафіксувати об'єктивну межу впливу соціального працівника в наявній моделі. Типовий режим відвідувань (наприклад, 2 рази на тиждень по 1–2 години) означає, що для людини з деменцією, високим ризиком падінь або потребою в цілодобовому нагляді залишається "порожнеча догляду" протягом більшої частини часу (понад 160 годин на тиждень поза контактом із сервісом). Це не недолік окремого працівника, а структурний дефіцит рівня громадоорієнтовного догляду.

Саме тому відсутність або мінімальна наявність в Україні сервісів перепочинку для доглядальників та центрів денного догляду є критичним бар'єром для впровадження ICOPE: без таких проміжних форматів система не може закрити прогалини між короткими візитами соціального працівника та потребою в постійному догляді.

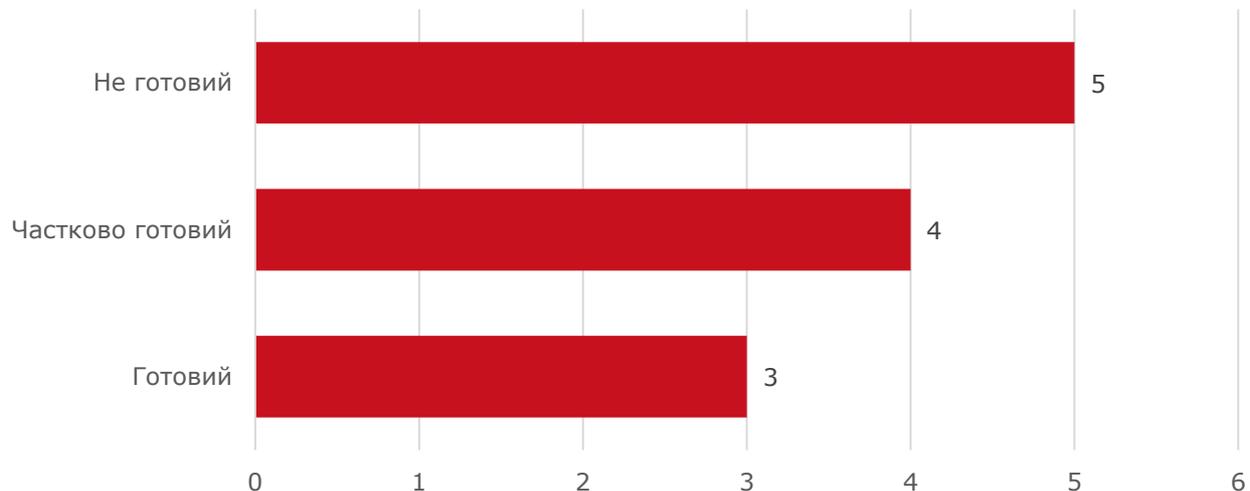
#### **6.3.5. Наслідки для готовності на рівні послуг**

Дані свідчать, що орієнтація на догляд у громаді концептуально визнається, але операційно є недостатньо розвиненою. Послуги залишаються інституціоналізованими, а елементи догляду у громаді функціонують як додатки, а не як організаційний принцип надання допомоги.

Ключові обмеження включають:

- обмежену наявність і охоплення домашніх та мобільних послуг;
- недостатню кадрову спроможність, зокрема серед соціальних працівників і помічників із догляду;
- слабку інтеграцію між ПМСД і соціальними послугами у громаді;
- залежність від проектних ініціатив замість інституціоналізованих моделей.

### Готовність закладів до надання послуг на рівні громади (узагальнена оцінка на основі чек-листів закладів)



ПРИМІТКА: Цей графік відображає агреговану аналітичну оцінку готовності закладів до надання громадоорієнтованих послуг на основі чек-листів. Значення є ілюстративною шкалою, а не точними кількісними балами.

Графік демонструє, що більшість опитаних закладів не готові або лише частково готові до надання громадоорієнтованих послуг для людей похилого віку. Категорія «не готові» домінує, що вказує на відсутність необхідних організаційних, кадрових та процедурних умов для розгортання послуг на рівні громади. Часткова готовність свідчить про наявність окремих елементів або пілотних практик, які, однак, не формують повноцінної та сталої моделі надання послуг поза межами стаціонарних закладів. Повна готовність до громадоорієнтованих підходів залишається обмеженою та радше винятковою.

Отримані результати вказують на структурну неготовність системи до переходу від інституційно-орієнтованої моделі до послуг, заснованих на потребах громади, що є ключовим елементом підходу ICOPE. Без цілеспрямованих інвестицій у кадри, координацію та міжсекторальні механізми потенціал громадоорієнтованого догляду залишатиметься нереалізованим.

### 6.3.6. Підсумок Scorecard на рівні послуг

Таблиця 8. ICOPE Scorecard на рівні послуг — підсумок (мезорівень)

Дія ICOPE на рівні послуг	Спостережувана стадія впровадження	Ключові докази
Залучення та розширення можливостей людей і громад	No-to-minimal Initiating /	Участь переважно індивідуальна та залежна від окремих фахівців; відсутні стандартизовані інструменти спільного планування догляду; підтримка доглядальників обмежена, несистемна

Підтримка координації мультидисциплінарних послуг	No-to-minimal	Неофіційна та персоналозалежна взаємодія ПМСД і соціальних служб; відсутні формалізовані маршрути, спільні протоколи, кейс-менеджмент і регламентовані командні процеси
Орієнтація послуг на догляд у громаді	No-to-minimal Initiating	/ Домашні послуги існують, але зосереджені на побутовій допомозі, з обмеженим охопленням і інтенсивністю; мобільні медичні послуги переважно проектні; модель залишається установоцентричною

## Короткий аналітичний висновок

Загалом готовність до впровадження ICOPE на рівні послуг характеризується частковою відповідністю принципам ICOPE без інституційної консолідації. Догляд у громаді функціонує як компенсаторний механізм, а не як базова модель надання послуг. Соціальні працівники та доглядальники відіграють критичну роль у підтримці людей похилого віку в громаді, однак не мають достатньої структурної підтримки, інтеграції та визнання в робочих процесах на рівні послуг.

З огляду на відсутність спільного реєстру клієнтів/пацієнтів між медичною та соціальною системами, відсутність регламентованих зустрічей мультидисциплінарної команди та відсутність фінансових стимулів для ПМСД виходити за межі «кабінетної» моделі, більш коректною є жорстка інтерпретація: ключові компоненти громадоорієнтованого підходу перебувають переважно на стадії «No-to-minimal» («Ні-мінімум»), а «Initiating» («первинна стадія») проявляється лише як поодинокі практики, залежні від локальної ініціативи або грантових проєктів.

Без цільових реформ на рівні послуг — зокрема розширення змісту послуг вдома до моніторингу внутрішньої спроможності, запровадження форматів денного догляду та перепочинку для доглядальників, і зміни фінансування та контрактної логіки ПМСД для підтримки виїзних сервісів — прогрес у впровадженні ICOPE залишатиметься фрагментованим і вразливим до зовнішніх шоків.

## 7. Оцінка готовності до впровадження ICOPE — системний (макрорівень)

### 7.1. Посилення систем управління та підзвітності

#### 7.1.1. Управління як визначальний фактор впровадження ICOPE

У межах рамки ICOPE системи управління та підзвітності є ключовими макрорівневими передумовами інтегрованого догляду. Навіть за наявності окремих сервісних практик, частково узгоджених із принципами ICOPE, відсутність узгодженої управлінської архітектури, нормативної визначеності та синхронізованих механізмів відповідальності істотно обмежує можливості масштабування та сталості.

В Україні управління послугами для людей похилого віку характеризується інституційним розломом (institutional schism) між секторами охорони здоров'я та соціального захисту, із розподілом повноважень між кількома міністерствами, агентствами та рівнями влади. Цей розлом є не лише організаційним, а й функціональним: кожен сектор розвивається за власною логікою, індикаторами ефективності, фінансовими потоками та нормативними рамками.

Дані інтерв'ю послідовно підтверджують, що жодна інституція наразі не має чіткого мандату на інтегрований догляд за людьми похилого віку як міжсекторальну державну політику.

«Кожен відповідає за свій сектор, але ніхто — за людину як цілісність. Інтегрований догляд існує між установами, але не в системі». [KII, представник місцевої ГО]

Особливо критичною є відсутність національного міжвідомчого органу управління (Inter-ministerial Steering Committee) з питань старіння та інтегрованого догляду.

Такий орган є необхідним не формально, а функціонально — як єдиний центр політичного керування інтегрованим доглядом. У логіці ICOPE він мав би виконувати щонайменше п'ять системних ролей:

- формування єдиної державної політики здорового старіння, спільної для МОЗ, Мінсоцполітики, Мінфіну, НСЗУ та НСССУ;
- стратегічну координацію реформ, щоб зміни в охороні здоров'я, соціальній сфері та децентралізації не створювали нові бар'єри;
- управління інтегрованими фінансовими інструментами (спільне бюджетування, пули коштів, міжсекторальні програми);
- нормативну гармонізацію (зокрема щодо обміну даними, ролей фахівців і відповідальності за результат догляду);
- політичну відповідальність за результати на рівні людини (функціональна спроможність, якість життя, навантаження на доглядальників), а не лише за галузеві показники.

За відсутності такого органу інтегрований догляд не має суб'єкта управління. У цій конфігурації ICOPE структурно не може перейти зі стадії пілотів до стадії державної політики.

### **7.1.2. Політика Міністерства охорони здоров'я України: досягнення та структурні обмеження**

Міністерство охорони здоров'я реалізувало масштабні реформи, спрямовані на посилення первинної медичної допомоги, покращення доступу до послуг і впровадження нових механізмів фінансування через НСЗУ. Ці реформи створили важливу основу для безперервності медичної допомоги людям похилого віку, зокрема в частині менеджменту неінфекційних захворювань.

Водночас з позицій ICOPE політика МОЗ залишається переважно хворобоорієнтовною та сервісно-орієнтованою. Попри декларації щодо пацієнтоцентричності та профілактики, в ній відсутня системна інтеграція понять внутрішньої спроможності, функціональної спроможності та міжсекторальних маршрутів догляду.

Критичним дефіцитом є відсутність в Україні актуальної національної стратегії здорового старіння, яка б об'єднувала МОЗ і Мінсоцполітики в єдиній політичній рамці. Питання старіння та геріатрії фактично «розчинені» у загальних протоколах ведення хронічних захворювань, без виокремлення людей похилого віку як окремої політико-управлінської категорії.

Це означає, що на рівні державної політики не визначено суб'єкта відповідальності за інтегрований результат для людей похилого віку. Відсутній міжвідомчий керівний орган, відсутня спільна дорожня карта реформ, відсутні спільні показники ефективності.

**«Медична реформа пішла вперед. Але вона пішла сама. Соціальна сфера не пішла разом із нею, і тепер інтеграція обговорюється радше риторично» [КІІ, представник ВООЗ]**

### **7.1.3. Політика Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України: децентралізація без інтеграції**

Мінсоцполітики відповідає за соціальні послуги, соціальний захист та організацію довготривалого догляду. Поточні реформи акцентують децентралізацію, розвиток послуг на рівні громад та розширення домашнього догляду.

З точки зору ICOPE, ці політики мають високу концептуальну відповідність принципам громадоорієнтовного догляду та підтримки функціональної спроможності. Соціальні послуги безпосередньо орієнтовані на повсякденні потреби, соціальну участь і доглядові відносини.

Водночас вони реалізуються переважно ізольовано від сектора охорони здоров'я. Нормативні акти не містять обов'язкових механізмів координації з медичними надавачами, спільних оцінок потреб чи міжсекторальних планів догляду.

Децентралізація підсилила ще одну системну проблему — горизонтальну нерівність (horizontal inequity). Спроможність громади організувати соціальні послуги залежить не від потреб людей похилого віку, а від наповненості місцевого бюджету. Багаті громади можуть

дозволити соціальних працівників і сервісні моделі; бідні — часто не можуть забезпечити навіть базову підтримку.

У такій моделі ICOPE як стандарт ВООЗ де-факто стає привілеєм фінансово спроможних громад, а не гарантованим підходом державної політики. Відсутні державні субвенції, спеціально спрямовані на інтегрований догляд і міжсекторальні команди.

«Громади тепер відповідають за соціальні послуги, але медицина залишається поза їхнім впливом. Інтеграція очікується, але інструментів немає». [КІІ, представник департаменту соціального захисту]

#### **7.1.4. Регуляторні рамки: фрагментація, нормативні колізії та розриви підзвітності**

Регулювання охорони здоров'я і соціальних послуг здійснюється через окремі закони, стандарти та системи звітності. Вони формують вертикальну підзвітність у межах секторів, але не створюють горизонтальної відповідальності за спільні результати догляду.

Ключові регуляторні прогалини для ICOPE:

- відсутність законодавчого визначення інтегрованого догляду;
- відсутність стандартів мультидисциплінарного планування;
- відсутність обов'язку ідентифікації та підтримки доглядальників;
- відсутність міжсекторальних індикаторів результату.

Окрему системну проблему становлять законодавчі колізії (*legislative friction*) між медичним і соціальним секторами. Закон «Про соціальні послуги» та Основи законодавства про охорону здоров'я містять різні вимоги до конфіденційності та режимів доступу до персональних даних. У результаті лікар юридично ризикує, передаючи інформацію соціальному працівнику, навіть якщо це необхідно для догляду.

Відсутність узгоджених протоколів згоди, міжвідомчих стандартів обміну даними та правового захисту фахівців фактично блокує інформаційну основу інтегрованого догляду.

«Підзвітність існує лише всередині секторів. За провали координації між секторами не відповідає ніхто». [КІІ, представник місцевої НУО]

#### **7.1.5. Роль НСЗУ: можливості та системні обмеження**

НСЗУ є ключовим актором формування поведінки надавачів послуг через механізми закупівлі та контракування.

З одного боку, реформа закупівель підвищила доступність і стандартизацію медичних послуг. Теоретично контракти НСЗУ могли б стати інструментом стимулювання інтегрованих практик.

З іншого боку, чинна модель контракування фокусується майже виключно на медичних діях.

Критичним системним бар'єром є бюджетна фрагментація. Медичні кошти (державний бюджет через НСЗУ) та кошти на соціальні послуги (місцеві бюджети громад) юридично й процедурно не можуть бути об'єднані для фінансування однієї мультидисциплінарної команди, кейс-менеджменту або спільних сервісів.

За відсутності механізмів спільного бюджетування будь-яка управлінська модель інтеграції залишається декларативною.

Додатковим обмеженням є тарифна логіка НСЗУ. Пакети фінансування не враховують складність геріатричного пацієнта. Людина з деменцією, діабетом і падіннями фінансується так само, як «легкий» пацієнт. Це структурно демотивує витрати часу на комплексну оцінку, командну роботу та координацію.

«НСЗУ платить за медичні дії. Соціальна робота, координація, підтримка доглядальників — існують поза контрактом і поза відповідальністю». [КІІ, представник ВООЗ]

### **7.1.6. Національна соціальна сервісна служба в системі управління**

У межах системної архітектури управління Національна соціальна сервісна служба України є єдиним інституціональним загальнонаціональним механізмом нагляду за якістю соціальних послуг. Її інспекційні та моніторингові функції забезпечують важливі дані щодо наявності послуг, дотримання стандартів і практичних проблем упровадження в регіонах та громадах. У цьому сенсі НССУ є ключовою опорою системи підзвітності у сфері соціального догляду.

Водночас, попри цю центральну роль, НССУ залишається значною мірою відірваною від медико-соціального перетину. Її процеси моніторингу та інспекцій здійснюються ізольовано від механізмів забезпечення якості в системі охорони здоров'я, а результати перевірок не інтегруються системно в міжсекторальні огляди, спільне планування чи структури управління інтегрованим доглядом. У чинній моделі НССУ функціонує переважно як ревізійний орган, а не як партнер реформ, і її аналітичний потенціал майже не використовується для розвитку міжсекторальних моделей.

У логіці ICOPE ця інституціональна позиція водночас є і проблемою, і можливістю. Хоча НССУ не має мандату на координацію послуг, її наглядова функція об'єктивно робить її стратегічним системним актором. За умови створення формалізованих інтерфейсів із управлінськими механізмами сектора охорони здоров'я НССУ могла б еволюціонувати від контролю дотримання формальних стандартів до ролі органу сертифікації якості інтегрованих послуг — із фокусом не лише на процедурну відповідність, а й на міжсекторальну координацію, підтримку доглядальників та результати для функціональної спроможності людей похилого віку. Наразі ж потенціал НССУ в реформі інтегрованого догляду залишається системно недовикористаним.

### **Загальна оцінка готовності до управління та підзвітності**

На макрорівні готовність України до впровадження ICOPE слід оцінювати як низьку. Хоча в системах охорони здоров'я та соціального захисту відбулися важливі реформи, вони розвивалися паралельно, без спільної рамки політики старіння або інтегрованого догляду. У результаті відсутня управлінська архітектура, здатна підтримати ICOPE не як набір пілотів, а як державну модель.

Ключовою системною проблемою є глибокий інституційний розлом між МОЗ і Мінсоцполітики. Відповідальність за людину похилого віку фрагментована між секторами, жоден орган не несе мандату за «цілісний результат», а міжвідомчі механізми управління інтегрованим доглядом відсутні. Інтеграція існує на рівні риторики, але не як обов'язкова політична функція.

Цей розлом підсилюється бюджетною фрагментацією. Медичні послуги фінансуються з державного бюджету через НСЗУ, соціальні — з місцевих бюджетів громад. Механізмів спільного бюджетування або фінансування мультидисциплінарних команд не існує. За таких умов інтегрований догляд є механічно неможливим: жоден розпорядник коштів не може профінансувати повний цикл підтримки однієї людини.

Децентралізація водночас створила горизонтальну нерівність. Доступ до соціальних і доглядових послуг залежить від фінансової спроможності громади, а не від рівня потреб людини похилого віку. Для ICOPE це означає структурну несумісність без державних субвенцій і національних інструментів вирівнювання.

Додатковим бар'єром є законодавчі колізії між секторами: різні режими конфіденційності та відсутність міжвідомчих протоколів обміну даними створюють правові ризики для лікарів і соціальних працівників та фактично блокують системну координацію.

У сукупності це означає, що без створення міжвідомчого центру управління, спільних бюджетних механізмів і нормативної гармонізації ICOPE в Україні може існувати лише у форматі локальних проєктів, але не як масштабована державна модель інтегрованого догляду.

## 7.2. Забезпечення системного посилення (Enable system-level strengthening)

### 7.2.1. Спроможність кадрового потенціалу як жорстке системне обмеження для інтегрованого догляду

Кадрова спроможність є одним із найбільш критичних системних детермінант готовності України до впровадження ICOPE. В обох секторах — охорони здоров'я та соціального захисту — дефіцит кваліфікованих працівників, нерівномірний розподіл персоналу та обмежені компетенції у сфері старіння суттєво обмежують реалістичність інтегрованого догляду за людьми похилого віку.

У секторі охорони здоров'я надавачі первинної медичної допомоги змушені працювати з дедалі складнішими клінічними випадками, що поєднують мультиморбідність, поліфармацію та вікове функціональне зниження. Водночас планування кадрових ресурсів системно не враховувало демографічне старіння населення та додаткове навантаження, яке створюють моделі інтегрованого догляду (координація, мультидисциплінарна робота, комунікація з соціальними службами та доглядальниками). У результаті лікарі ПМСД працюють в умовах хронічного перевантаження, що практично унеможливляє проактивний, людиноцентричний і міждисциплінарний підхід.

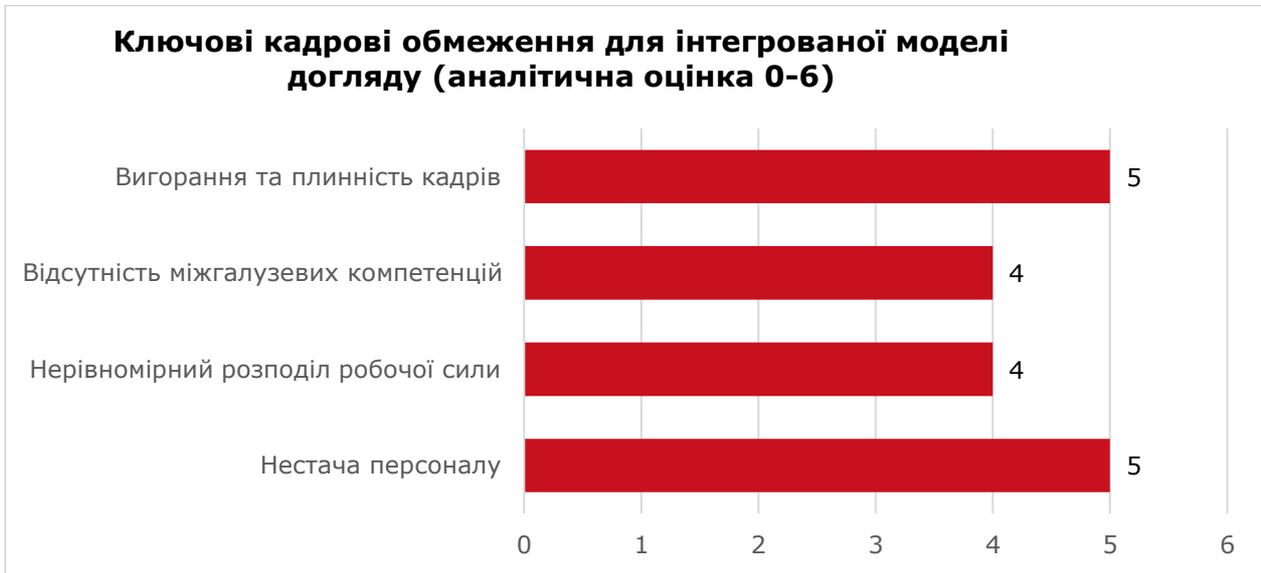
Однак нинішній кадровий дефіцит зумовлений не лише структурними проблемами планування, а й прямою фізичною втратою людського капіталу внаслідок війни. Значна частина персоналу ПМСД і соціальних служб (переважно жінки) виїхали за кордон як біженки, тоді як частина чоловіків-медиків, водії мобільних бригад і технічного персоналу мобілізовані. Це створює подвійний тягар депопуляції: одночасне зростання потреб літніх людей і фізичне скорочення кадрового ресурсу. За таких умов модель ICOPE, яка базується на стабільних міждисциплінарних командах, стикається з фундаментальним кадровим обмеженням.

У соціальному секторі кадрові проблеми є ще більш вираженими. Соціальні працівники та помічники з догляду часто мають надмірні навантаження, обслуговують великі території та працюють без належної логістичної підтримки. Це безпосередньо впливає на доступність і якість послуг удома та в громаді й підриває безперервність догляду.

**“Ми очікуємо від соціальних працівників, що вони все робитимуть: оцінюватимуть потреби, надаватимуть догляд, координуватимуть, підтримуватимуть сім'ї. Але одна людина не може виконувати роботу п'ятьох.” [КІІ, представник місцевої ГО]**

З точки зору ICOPE кадровий дефіцит має не лише кількісний, а й якісний вимір. Інтегрований догляд вимагає компетенцій, які виходять за межі традиційної професійної підготовки, зокрема міжсекторальної комунікації, спільного ухвалення рішень, залучення доглядальників і функціональної оцінки. Ці компетенції наразі не є системно вбудованими у рамки розвитку персоналу.

В умовах війни до цього додається ще один критичний вимір — вторинна травматизація персоналу, професійне вигорання та зниження психологічної стійкості. Очікування, що перевантажені та емоційно виснажені працівники впроваджуватимуть складні людиноцентричні моделі догляду, є структурно нереалістичним без паралельних інвестицій у підтримку психічного здоров'я фахівців.



ПРИМІТКА: На цьому рисунку представлено експертну аналітичну оцінку ключових обмежень щодо робочої сили для інтегрованої медичної допомоги. Значення представляють собою ілюстративну шкалу, а не точні кількісні вимірювання.

Графік відображає сукупність кадрових факторів, які істотно обмежують впровадження інтегрованого догляду. Усі визначені обмеження мають високий рівень значущості, що свідчить про системний характер кадрової кризи.

Найбільш критичними експерти вважають нестачу персоналу та вигорання і плинність кадрів, що вказує на перевантаження наявних працівників і втрату кадрової стабільності. Високу значущість також мають нерівномірний територіальний розподіл кадрів та відсутність міжсекторальних компетенцій, які ускладнюють координацію між медичними та соціальними службами.

Результати підкреслюють, що кадрові обмеження є одним із ключових структурних бар'єрів для впровадження ICOPE. Без вирішення проблем нестачі персоналу, професійного вигорання та розвитку міжсекторальних компетенцій інтегрований догляд залишатиметься декларативним, а не операційно реалізованим підходом.

### **7.2.2. Фінансування: розбалансовані стимули та фрагментовані фінансові потоки**

Фінансові механізми є ключовим системним чинником — або каталізатором, або бар'єром — для впровадження ICOPE. В Україні фінансування послуг для людей похилого віку характеризується сегментацією потоків: медичні послуги фінансуються через централізований механізм закупівель, тоді як соціальні — переважно за рахунок місцевих бюджетів.

Ця сегментація створює розбалансовані стимули. Медичне фінансування орієнтоване на вимірювані клінічні результати, тоді як соціальні служби працюють в умовах хронічно обмежених бюджетів, спрямованих на мінімальне покриття, а не на інтеграцію чи інновації. Діяльність, ключова для інтегрованого догляду — координація, кейс-менеджмент, підтримка доглядальників — часто «провисає» між цими потоками і не має чіткого джерела фінансування.

**“Усі погоджуються, що координація потрібна, але за координацію ніхто не платить.” [КІІ, представник ВООЗ]**

Війна різко посилила цю проблему через ефект витіснення. Значна частина ресурсів громад спрямовується на оборону, відновлення критичної інфраструктури та базову життєздатність. Соціальні послуги для людей похилого віку дедалі частіше фінансуються за залишковим принципом. За цих умов фінансування інтегрованого догляду є практично неможливим без зовнішніх донорських вливань.

Відсутність спеціалізованих фінансових механізмів для інтегрованого догляду обмежує масштабованість. Навіть ефективні пілоти не переходять у рутину через нестачу сталого фінансування.

З точки зору ICOPE, фінансові системи мають забезпечувати:

- спільне міжсекторальне планування;
- фінансування функцій координації та кейс-менеджменту;
- підтримку громадоорієнтованих і превентивних послуг;
- визнання підтримки доглядальників як легітимної статті витрат.

В українському контексті це наразі системно неможливо через бюджетну фрагментацію та відсутність механізмів спільного фінансування медичних і соціальних компонентів інтегрованої команди.

### **7.2.3. Цифрові системи охорони здоров'я та дані: фрагментація і невикористаний потенціал**

Цифрові системи дедалі більше визнаються ключовими інструментами інтегрованого догляду. В Україні здійснено значні інвестиції в цифровізацію медицини, зокрема в електронні медичні записи та платформи eHealth, що створює основу для безперервності медичної допомоги.

Однак з позиції ICOPE цифровізація залишається секторальною і неповною. Медичні системи фокусуються на клінічних даних, тоді як соціальні служби ведуть окремі реєстри та облікові системи. Між ними практично відсутня інтероперабельність і спільні інструменти відстеження функціональної спроможності, догляду та соціальних ризиків.

*"Цифровізація існує, але в паралельних світах. У медицини своя система, у соціальних служб — своя, і вони не з'єднані." [КІІ, представник місцевої ГО]*

Відсутність інтегрованих потоків даних підриває мультидисциплінарну координацію та змушує покладатися на ручну передачу інформації через літніх людей або доглядальників, що підвищує ризик втрати даних і непослідовних рішень.

Водночас інтеграція даних у воєнних умовах створює додаткові ризики. Створення спільних платформ для здоров'я і соціального захисту потребує не лише IT-рішень, а й нової архітектури безпеки. Дані про місцезнаходження, стан здоров'я та соціальну вразливість самотніх літніх людей, особливо в прифронтових регіонах, є високочутливими і потребують посиленого захисту. Без цього інтеграція цифрових систем може створити серйозні загрози безпеці.

Водночас цифрові інструменти мають значний нереалізований потенціал для ICOPE, зокрема:

- спільні шаблони оцінювання;
- відстеження маршрутів пацієнта і зворотний зв'язок;
- дистанційний моніторинг і супровід;
- міжсекторальну комунікацію.

### **7.2.4. Навчання та розвиток спроможності для інтегрованого догляду**

Навчання та розвиток кадрового потенціалу є критичними системними інвестиціями для сталого впровадження ICOPE. Інтегрований догляд потребує спільних компетенцій і єдиного розуміння старіння, функціональної спроможності та людиноцентричного підходу.

Поточні системи підготовки в обох секторах залишаються професійно ізольованими. Медична освіта фокусується на клініці, соціальна — на системах соціального захисту, з мінімальним перетином і спільним навчанням. У результаті фахівці часто не розуміють ролей, повноважень і обмежень один одного.

*"Нас ніколи не вчили працювати разом. Лікарі, соціальні працівники, доглядальники — ми всі навчаємося окремо, а потім від нас очікують координації." [КІІ, представник НСЗУ]*

З погляду готовності до ICOPE розвиток спроможності має фокусуватися на:

- міжпрофесійній освіті;
- практичних навичках координації;
- залученні доглядальників як партнерів;
- використанні спільних інструментів і рамок.

В українських умовах це має обов'язково включати компонент підтримки психічного здоров'я фахівців: профілактику вигорання, роботу з вторинною травмою, розвиток психологічної стійкості. ICOPE передбачає емпатійний, партнерський догляд, який неможливий у середовищі хронічного стресу та емоційного виснаження персоналу.

### 7.2.5. Підсумок системного рівня (Scorecard Summary)

Системний рівень ICOPE — Підсумок (Macro Level)

Дія ICOPE на системному рівні	Спостережувана стадія впровадження	Ключові системні докази
Посилення управління підзвітності	No-to-minimal / Initiating	Фрагментовані мандати, слабка міжсекторальна відповідальність
Забезпечення системного посилення	No-to-minimal	Дефіцит кадрів, розбалансоване фінансування, секторальні цифрові системи

### Короткий аналітичний висновок

На макрорівні готовність системи до впровадження ICOPE залишається структурно обмеженою. Хоча окремі компоненти — реформа ПМСД, цифровізація, децентралізація соціальних послуг — демонструють прогрес, вони не зведені в інтегровану рамку, орієнтовану на потреби старіння.

Сукупність чинників — фізична втрата кадрів через війну, хронічне перевантаження персоналу, бюджетна фрагментація, виснаження місцевих бюджетів, відсутність фінансування координації, секторальні цифрові системи та відсутність міжпрофесійної підготовки — формує системне середовище, в якому ICOPE не може масштабуватися поза межами окремих проєктів.

Без паралельних системних рішень — у сфері кадрової політики, спільного фінансування, захищеної інтеграції даних та комплексного розвитку спроможності з урахуванням психічного здоров'я персоналу — будь-які спроби впровадження ICOPE в Україні залишатимуться фрагментованими, нестійкими та залежними від зовнішньої підтримки.

## 8. Інтегрований аналіз: бар'єри та можливості

Цей розділ подає інтегрований, наскрізний аналіз бар'єрів і можливостей для впровадження ICOPE в Україні, спираючись на докази, отримані на рівні послуг (meso) та системи (macro). Аналіз поєднує структурні, інституційні, кадрові, фінансові, соціально-культурні, цифрові та міжсекторальні виміри й показує, як ці чинники взаємодіють і кумулятивно формують реальну готовність до інтегрованого догляду за людьми похилого віку.

На відміну від підходу «перелік проблем», цей розділ показує ланцюги причинності: як одна прогалина породжує іншу (наприклад, відсутність правового мандата → немає SOPs і ролей → немає фінансування координації → координація перекладається на сім'ю → вигорання доглядальників → інституціоналізація або кризові госпіталізації). Так само він окреслює точки впливу, де втручання може «розблокувати» систему.

Ключовий висновок попередніх розділів, який визначає логіку цього аналізу: ICOPE в Україні стикається не з «недостатньою поінформованістю», а з набором жорстких системних обмежень — бюджетних, правових, цифрових та кадрових — які роблять інтеграцію механічно складною навіть за наявності доброї волі..

## 8.1. Правові та інституційні бар'єри і можливості

### Структурні та регуляторні бар'єри

Фундаментальним правовим бар'єром для ICOPE є відсутність чіткого законодавчого та політичного мандата на інтегрований догляд за людьми похилого віку. Хоча охорона здоров'я і соціальний захист обслуговують одну популяцію, вони регулюються різними рамками, які не встановлюють обов'язкової узгодженості.

Ця фрагментація призводить до:

- відсутності юридично визначених інтегрованих маршрутів догляду (care pathways);
- відсутності обов'язкових стандартів міждисциплінарної взаємодії та спільного планування;
- нечіткого розподілу відповідальності за результати координації.

Як наслідок, інтегрований догляд залишається опційною практикою, залежною від індивідуальної ініціативи..

«Інтеграція обговорюється як концепція, але юридично її не існує. Якщо щось не визначено в нормативних актах, це не можна вимагати чи контролювати». [KII, представник місцевої неурядової організації]

Окремим блокуючим чинником є законодавчі колізії у сфері конфіденційності та обміну даними. Норми, що регулюють медичну таємницю та персональні дані в системі охорони здоров'я, і вимоги/процедури в системі соціальних послуг не зведені в один міжвідомчий протокол. У практиці це створює ситуацію юридичного ризику для лікаря: передаючи дані соцпрацівнику без чіткої форми згоди та міжвідомчого регламенту, він потенційно порушує вимоги конфіденційності. Це не небажання співпрацювати, а правова невизначеність, яка демотивує будь-який системний обмін інформацією.

Додатково, відсутня юридично закріплена форма соціального направлення — тобто офіційного перенаправлення від лікаря до соцслужби, яке б мало нормативну силу для запуску/пріоритизації послуги. Через відсутність стандартизованих СОП та форм перенаправлення лікарі діють на власний розсуд. Це створює два типи ризиків: (1) ризик втрати пацієнта на маршруті (пацієнт "загубився" між установами, бо немає трекінгу), (2) корупційні/непрозорі ризики, коли доступ до послуги залежить від неформальних домовленостей або особистих контактів.

Реформи децентралізації, з одного боку, дали громадам повноваження в соціальній сфері, але, з іншого, посилили інституційний розлом: громада відповідає за соціальні послуги, але не має інструментів впливу на медичну систему, яка фінансується і керується інакше. Відповідно, інтеграція очікується на місцевому рівні, але ключові важелі (гроші, контракти, стандарти ПМСД) — поза місцевим контролем.

Окремий дефіцит управління: відсутній міжвідомчий керівний орган на рівні держави, який би одночасно задавав цілі, KPI та відповідальність для МОЗ, Мінсоцполітики, НСЗУ і НССУ у сфері інтегрованого догляду та здорового старіння. У результаті геріатричний/старінневий компонент у політиках МОЗ розпорошений у загальних настановах, а соціальний сектор рухається паралельно — без спільної рамки.

### Інституційні можливості

Попри глибокі структурні бар'єри, попередні розділи показують, що в Україні вже сформовані окремі інституційні передумови, які потенційно можуть стати опорою для впровадження ICOPE. Йдеться не про готову систему, а про наявність фрагментів, з яких теоретично може бути зібрана архітектура інтегрованого догляду.

По-перше, на рівні політики та дискурсу вже відбулася важлива зміна рамки. У документах МОЗ, Мінсоцполітики, донорських програмах та гуманітарних підходах дедалі частіше фігурують поняття людиноцентричності, профілактики, догляду в громаді, підтримки автономії, ролі громади. Це означає, що ICOPE не входить у «порожнє» нормативне поле — його логіка не є чужою для українського контексту. Навпаки, вона добре резонує з уже проголошеними цілями реформ. Це створює політичне вікно можливостей: інтегрований

догляд можна вписувати не як окрему реформу, а як операціоналізацію вже задекларованих принципів.

По-друге, наявність реформованої контрактної системи в охороні здоров'я (НСЗУ) створює унікальний для України управлінський інструмент впливу на практику. На відміну від багатьох попередніх періодів, держава сьогодні реально володіє механізмом, через який може змінювати поведінку провайдерів: вимоги контракту, пакети послуг, індикатори, умови оплати. Саме це потенційно дозволяє вбудовувати елементи ICOPE не лише в рекомендації, а в обов'язкові правила гри — наприклад, вимоги щодо функціональних скринінгів, участі медсестри в координації, документування спільних планів догляду, комунікації з соціальними службами. Без такої інституції інтегрований догляд майже неможливо масштабувати.

По-третє, у соціальному секторі вже існує національна інституція контролю якості — Національна соціальна сервісна служба. Хоча зараз вона виконує переважно інспекційну функцію, сам факт наявності централізованого механізму нагляду створює можливість трансформації її ролі: від контролю формальної відповідності — до оцінювання якості інтегрованих послуг, стандартів домашнього та громадського догляду, міжсекторальної взаємодії. У системі ICOPE саме такі органи можуть ставати «носіями» стандартів інтегрованого догляду, а не лише перевіряльними структурами.

Водночас аналіз попередніх розділів чітко показує: ці інституційні можливості наразі існують переважно на рівні риторики, окремих інструментів і розрізнених реформ. Вони не зведені в керовану систему. Саме тому ключовим є не проголошення нових принципів, а їхній переклад у конкретні управлінські механізми.

Йдеться, насамперед, про потребу у формалізації інтеграції: спільні міжвідомчі накази МОЗ і Мінсоцполітики; нормативно затверджені маршрути пацієнта; стандартні операційні процедури перенаправлення; протоколи інформованої згоди та міжсекторального обміну даними; визначення ролі координатора догляду як окремої функції; закріплення механізмів спільного планування на рівні громади.

Окремо — про фінансово-управлінський вимір. Без створення механізмів спільного бюджетування або принаймні узгодженого фінансування (наприклад, через пілотні субвенції на інтегрований догляд, змішані пакети, донорсько-державні моделі) будь-яка інституційна інтеграція залишатиметься символічною. Управління без грошей в українських умовах не створює практики.

Таким чином, інституційні можливості для ICOPE в Україні реально існують, але вони перебувають на стадії передінтеграційного потенціалу. Вони можуть бути перетворені на драйвер системної зміни лише за умови цілеспрямованого інституційного дизайну: створення спільних правил, інструментів, ролей, відповідальності і фінансових механізмів. Без цього так звані «вікна можливостей» залишатимуться на рівні декларацій, а інтегрований догляд — на рівні пілотів і добрих намірів.

## **8.2. Кадрові бар'єри і можливості**

### **Дефіцит кадрів і перевантаження**

Кадрові обмеження — один із найбільш критичних і наскрізних бар'єрів для ICOPE. У ПМСД лікарі та медсестри працюють під постійним перевантаженням, що обмежує можливість проактивних практик (функціональні скринінги, командні обговорення).

Декларована готовність персоналу не дорівнює операційній готовності. На практиці ICOPE потребує часу (наприклад, 30-хвилинної оцінки за чек-листом та оновлення плану догляду), а реальний режим прийому ПМСД і бюрократичне навантаження роблять це малоімовірним як рутинну практику. Тобто навіть якщо лікар каже "ми готові", система часу не дає — і це трансформує готовність у декларацію.

Війна додала подвійний тягар депопуляції: частина працівників (переважно жінки у соціальній сфері та медсестринстві) виїхали; частина чоловіків (включно з лікарями окремих спеціальностей, водіями/логістикою мобільних бригад) мобілізовані; наявний персонал працює в умовах вторинної травматизації та вигорання. ICOPE структурно спирається на стабільні команди, а війна саме стабільність команд руйнує.

Соціальний сектор має ще жорсткіші кадрові обмеження: високі перевантаження, великі території, низька оплата, слабка логістика. Крім того, фактичний час контакту соцпрацівника з клієнтом (наприклад, 1–2 години кілька разів на тиждень) залишає “порожнечу” догляду решту часу, що особливо критично при деменції/високому ризику падінь. Без перепочинку та денного догляду (майже відсутніх) модель старіння у звичному середовищі залишається крихкою.

«Ми хочемо, щоб соціальні працівники були основою громадської допомоги, але ми не створюємо їм умов для належного виконання цієї роботи». [КІІ, представник НСССУ]

Розрив компетенцій і ролей

Навіть за наявності кадрів існує компетенційний розрив. Соцпрацівники здебільшого надають побутову допомогу (продукти, прибирання, базовий супровід). Це важлива соціальна опіка, але це не інтегрований догляд у логіці ICOPE: під час візиту не здійснюється стандартизований моніторинг внутрішньої спроможності (зір, слух, когніція, ризик падінь), немає медичних протоколів або делегованих інструментів оцінки. Тобто “домашня послуга існує”, але її зміст не відповідає профілактичній логіці ICOPE.

«Нас навчають працювати в рамках нашої професії, а не між професіями. Очікується інтеграція, але ніхто не вчить, як це робити». [опитування, доглядальник]

### **Кадрові можливості**

Можливості у кадровому вимірі дійсно існують, але попередні розділи показують, що вони можуть бути реалізовані лише за умови принципово іншого підходу до розвитку персоналу, ніж той, який застосовується зараз. Інтегрований догляд у логіці ICOPE не може бути впроваджений через разові тренінги або додаткові «модулі підвищення кваліфікації». Він потребує переосмислення ролей, робочих процесів і самої професійної ідентичності ключових акторів — сімейного лікаря, медсестри, соціального працівника та координатора догляду. Міжпрофесійне навчання має бути не факультативним, а системним: спільні тренінги, спільні кейс-обговорення, спільна робота з інструментами оцінки функціонального стану, спільне планування догляду. Без формування «спільної мови» та розуміння логіки роботи одне одного будь-які протоколи координації залишатимуться формальними документами, а не реальною практикою.

Окремий потенціал полягає у реформатуванні ролі медсестри та соціального працівника як ключових операційних фігур інтегрованого догляду. В українських умовах саме ці професії об’єктивно мають найбільший контакт з повсякденним життям літньої людини. За умови належної підготовки вони можуть виконувати функції первинного функціонального скринінгу, регулярного моніторингу змін, навігації по послугах, комунікації між секторами та підтримки доглядальників. Проте для цього необхідні не лише навчальні програми, а й інституційне закріплення нових повноважень, перерозподіл часу в робочому навантаженні та легітимація ролі координатора догляду в організаційних структурах. Без цього будь-яка підготовка ризикує підвищувати очікування без реальної можливості їх реалізувати.

Критично важливо, що в українському контексті розвиток компетенцій для ICOPE неможливий без системної підтримки психологічної стійкості персоналу. Війна, постійна робота з вразливими групами, перевантаження та власні втрати формують високий рівень хронічного стресу, вторинної травматизації та професійного вигорання. У таких умовах вимога до працівників бути емпатійними, людиноцентричними, залученими до довготривалого супроводу без інвестицій у підтримку ментального здоров’я для працівників є структурно нереалістичною. Підготовка до впровадження ICOPE має включати програми профілактики вигорання, супервізю, групи підтримки, базові навички роботи зі стресом і травмою. Це не «додатковий компонент», а передумова того, щоб персонал був здатний підтримувати інших, не перебуваючи сам у стані постійного виснаження.

У такій логіці кадрові можливості для ICOPE полягають не стільки у збільшенні кількості тренінгів, скільки у створенні стійкої екосистеми розвитку персоналу: міжпрофесійної, практично орієнтованої, прив’язаної до реальних робочих процесів і підкріпленої системами психологічної підтримки. Саме така екосистема може поступово перетворити декларовану готовність до інтегрованого догляду на реальну операційну спроможність.

### 8.3. Фінансові бар'єри і можливості

Фрагментоване фінансування як системне обмеження

Фінанси — ключовий бар'єр не лише через брак грошей, а через те, як вони структуровані. В Україні наявна бюджетна фрагментація: медичні кошти йдуть з державного бюджету через НСЗУ, а соціальні послуги фінансуються переважно з місцевих бюджетів громад. Механізму спільного бюджетування для фінансування однієї мультидисциплінарної команди (лікар/медсестра + соцпрацівник + координація) фактично немає. Це створює механічну неможливість інтеграції грошей: навіть якщо управлінська модель інтеграції розроблена, вона лишається декларативною без інструменту, який дозволить платити за спільний результат.

Додатково, на місцевому рівні діє ефект витіснення: громади спрямовують ресурси на оборону, критичну інфраструктуру, ремонти після атак; соціальні послуги фінансуються за залишковим принципом. Це означає, що масштабне впровадження ICOPE без зовнішніх донорських вливань або державної цільової субвенції на інтегрований догляд наразі структурно малоімовірно.

«Координація невидима в бюджеті. Якщо вона невидима, то її не існує». [KII, представник ВООЗ]

У медицині стимулююча модель також не підхоплює геріатричну складність: тарифні пакети/оплата не враховують, що «складний» пацієнт (з комплексом хронічних неінфекційних захворювань) потребує суттєво більше часу і координації, ніж «легкий» випадок, але оплата часто не відрізняється. Це демотивує медичного працівника вкладатися в ICOPE-логіку (функціональні оцінки, планування).

Фінансові можливості

Фінансовий аналіз попередніх розділів показує, що ключовою проблемою для впровадження ICOPE в Україні є не лише дефіцит коштів, а передусім відсутність економічної моделі інтегрованого догляду. Сьогодні система фінансує окремі медичні дії та окремі соціальні послуги, але не фінансує те, що є ядром ICOPE: координацію, безперервність, міждисциплінарну роботу, профілактику функціонального спаду та підтримку доглядальників.

Разом з тим, в Україні вже існують потенційні точки входу для фінансових інструментів ICOPE, які теоретично дозволяють перейти від декларацій до економічно підкріплених моделей.

По-перше, механізм контрактування НСЗУ відкриває можливість переходу до змішаного та пакетного фінансування, за якого оплачується не ізольований медичний контакт, а комплекс заходів із підтримки функціональної спроможності та догляду за людиною похилого віку. Це може включати базову медичну допомогу, функціональний скринінг, координацію з соціальними службами, участь медсестри як кейс-менеджера, та моніторинг стану. Такі моделі широко застосовуються в ICOPE-орієнтованих системах, оскільки вони зміщують фокус із обсягу дій на утримання функціональної спроможності.

По-друге, теоретично можливе запровадження окремих фінансових стимулів за координацію — доплат або коефіцієнтів до базових тарифів за ведення складних пацієнтів похилого віку, наявність індивідуального плану догляду, підтверджену взаємодію з соціальними службами, роботу з доглядальником. Це відповідає логіці ICOPE, де координація є самостійною послугою, а не безкоштовним додатком до прийому лікаря.

По-третє, в перспективі можливою є модель оплати за результат, зокрема за зниження уникнених госпіталізацій, зменшення екстрених звернень, стабілізацію функціонального стану або безпечніше перебування людини вдома. В умовах старіння населення та перевантаження стаціонарної ланки саме такі індикатори можуть створити фінансовий аргумент на користь інвестицій у домашній і громадський догляд.

Однак аналіз показує: усі ці фінансові можливості наразі залишаються теоретичними, оскільки в Україні відсутні базові структурні умови для їх запуску.

По-перше, немає правових підстав для спільної роботи секторів, а отже — немає юридичного об'єкта, який можна фінансувати як «інтегровану послугу». Поки не визначені спільні care pathways, не закріплена роль координатора догляду і не врегульований обмін даними, будь-який bundled-пакет є неможливим на рівні бюджетного та контрактного права.

По-друге, роль координатора догляду не існує як оплачувана функція. Ні тариф НСЗУ, ні місцеві програми соціальних послуг не містять статті, яка б фінансувала системну координацію. Це означає, що будь-яка інтеграція тримається на «ентузіазмі» або грантах, а не на сталих бюджетних механізмах.

По-третє, відсутні цифрові інструменти трекінгу, без яких неможливо ані адмініструвати bundled-моделі, ані підтверджувати досягнення результатів. Система не бачить людину похилого віку як єдиний «випадок догляду», а отже — не може бути суб'єктом фінансування інтегрованих послуг.

По-четверте, аналіз фінансового контексту показує ефект витіснення: місцеві бюджети, на які покладене фінансування соціальних послуг, виснажені війною, оборонними витратами та відновленням інфраструктури. У таких умовах інтегрований догляд не може фінансуватися «зсередини системи» без зовнішніх вливань. Це означає, що державні цільові субвенції та донорські інструменти переходу є не додатковими, а необхідними для будь-яких фінансових пілотів ICOPE.

Отже, фінансові можливості для впровадження ICOPE в Україні реально існують — але лише як потенціал. Вони можуть бути реалізовані виключно за умови одночасного запуску п'яти взаємопов'язаних компонентів:

- правової рамки інтегрованої послуги;
- визначеної та оплачуваної ролі координатора догляду;
- цифрових систем, що дозволяють бачити «континуум догляду»;
- окремого джерела фінансування координації та профілактики;
- державної та донорської підтримки, що компенсує виснаження місцевих бюджетів.

Без цієї архітектури будь-які гіпотези про змішане або пакетне фінансування у сфері догляду за літніми людьми залишатимуться не фінансовою реформою, а декларацією.

## 8.4. Соціальні та культурні бар'єри і можливості

Культурні норми і очікування

Сім'я традиційно є основою догляду, але це маскує дефіцити системи. Додатково війна руйнує соціальні зв'язки: переміщення, втрати, розрив родин, депопуляція сіл. Соціальна ізоляція стає не просто «соціальною проблемою», а функціональним бар'єром для ICOPE, бо модель суттєво спирається на неформальні підтримуючі мережі (сусіди, волонтери, місцеві ініціативи). Коли ці мережі зруйновані, старіння у звичному середовищі стає менш здійсненним, а ризик інституціоналізації чи кризових госпіталізацій зростає.

**«Система передбачає, що сім'я впорається. Коли сім'я не може впоратися, криза стає помітною». [KII, представник департаменту соціального захисту]**

Патерналістична/ейджистська комунікація в медицині додатково знижує участь літньої людини в плануванні, а без участі ICOPE перетворюється на ще одну медичну процедуру, а не людиноцентричний шлях.

Люди похилого віку часто займають пасивну роль у взаємодії з доглядом, обмежуючи участь у прийнятті рішень та плануванні догляду.

Соціальні можливості

Аналіз показує, що в Україні існує потужний, але системно не оформлений соціальний ресурс для впровадження ICOPE — сімейний догляд, сусідська взаємодопомога, громадські ініціативи, волонтерські мережі та локальні НУО. Саме ці актори фактично утримують значну частину системи догляду за людьми похилого віку в умовах війни, міграції, кадрового дефіциту та обмежених публічних сервісів. У багатьох громадах вони виконують функції, які в моделях інтегрованого догляду зазвичай належать формальній системі: регулярний контакт з літньою людиною, побутова підтримка, емоційна присутність, допомога з навігацією між установами, неформальний моніторинг стану.

З точки зору ICOPE, це є не слабкістю, а потенційною соціальною інфраструктурою інтегрованого догляду. Сильні сімейні зв'язки, локальні спільноти, церковні та волонтерські мережі можуть стати ключовими каналами для раннього виявлення функціонального спаду, підтримки прихильності до планів догляду, профілактики ізоляції та зменшення навантаження на медичну систему. В умовах, коли формальні сервіси фізично не здатні охопити всіх, саме соціальне середовище може бути тим рівнем, на якому реалізується значна частина логіки "старіння у звичному середовищі".

Водночас усі попередні розділи звіту демонструють принципову межу цієї моделі: в Україні соціальний ресурс експлуатується, але не підтримується системою. Доглядальники не ідентифікуються, не навчаються, не оцінюються з точки зору перевантаження, не включаються в планування догляду. Волонтерські та громадські ініціативи працюють у проектній логіці, без інтеграції в державні маршрути, без стабільного фінансування, без доступу до інформації. Зворотний зв'язок від сімей і громад майже не використовується як управлінський інструмент для корекції послуг.

У такій конфігурації сім'я фактично виконує роль «безоплатного буфера системи», який компенсує відсутність координації, нестачу кадрів і брак домашніх сервісів. Це створює ілюзію стійкості, але на практиці веде до хронічного вигорання доглядальників, прихованої занедбаності, кризових госпіталізацій і вимушеної інституалізації. Соціальний ресурс не конвертується в соціальну можливість.

З точки зору ICOPE, соціальні можливості можуть бути реалізовані лише за умови, що громада й сім'я перестають бути «неформальним тилом» і стають формально визнаними партнерами системи. Це передбачає структурні зміни: системне навчання доглядальників, регулярний скринінг їхнього навантаження, розвиток послуг перепочинку для доглядальників та денного догляду як базових сервісів громади, створення доступних каналів комунікації з медичними й соціальними службами, механізмів зворотного зв'язку та участі в плануванні догляду.

Таким чином, соціальні можливості в Україні є не відсутніми, а невпорядкованими. Вони можуть стати одним із найсильніших каталізаторів ICOPE — але лише якщо будуть підкріплені системою. Без цього соціальний капітал і надалі виконуватиме роль аварійного механізму, що приховує структурні провали, замість того щоб стати опорою інтегрованого догляду.

## 8.5. Міжсекторальні бар'єри і можливості

Структурна фрагментація на перетині секторів

Найкритичніший вузол — зв'язок між охороною здоров'ям та соціальним середовищем.

По-перше, цифровий розрив: медична система та соціальна система технічно не синхронізовані. Лікар і соцпрацівник не мають спільного доступу до планів догляду, не бачать записів один одного в цифровому форматі, навіть якщо хотіли б співпрацювати. Це перетворює інформаційний обмін на ручний перенос через пацієнта/доглядальника — з ризиком втрати даних.

**«Охорона здоров'я та соціальні послуги зустрічаються лише на рівні людини, а не на рівні системи». [КІІ, представник місцевої неурядової організації]**

По-друге, відсутність стандартних операційних процедур і юридично значущих форм перенаправлення робить маршрут надання допомоги неструктурованим. У результаті механізми перенаправлення залишаються на рівні рекомендацій, без системи відстеження, без зворотного зв'язку та без чітко визначеної відповідальності за результат.

По-третє, плутанина між координацією і кейс-менеджментом: координація описується як взаємодія, але ICOPE вимагає конкретної особи – координатора догляду (Care Coordinator/Care Manager), відповідального за результат і маршрут. В Україні ця роль не визначена штатно й розмита між лікарем, соцпрацівником та родиною. Відсутність визначеної ролі координатора догляду — критичний бар'єр, який робить інтеграцію нестабільною й персонозалежною.

По-четверте, конфлікт пріоритетів/інтересів між секторами: медичний сектор працює за логікою медичних показників і контрактних вимог НСЗУ, соціальний — за логікою доступного місцевого бюджету та “мінімального покриття”. Без спільних KPI та спільного фінансування кожен сектор оптимізує “своє”, а не спільний результат для людини.

По-п’яте, питання захисту персональних даних: навіть за наявності наміру обмінюватися інформацією лікарі часто уникають передачі даних соцпрацівникам через страх порушити лікарську таємницю/закон про захист персональних даних. Без міжвідомчого протоколу згоди та рівней доступу обмін даними блокується.

#### Міжсекторальні можливості

Зібрані в межах оцінки дані чітко показують: інтеграція в Україні не є теоретичною абстракцією — вона вже відбувається локально, але не завдяки системі, а всупереч їй. У різних громадах і проектах фіксуються повторювані умови, за яких координація між медициною та соціальною сферою починає працювати:

- з’являється конкретна відповідальна особа (соціальний працівник, проєктний кейс-менеджер, координатор мобільної бригади), яка фактично тримає маршрут людини;
- вибудовуються стабільні неформальні канали комунікації між лікарем, соціальними службами, НУО, доглядальниками;
- існує локальне лідерство (директор ЦПМСД, керівник соцслужби, активна громада, сильна НУО), яке політично і організаційно підтримує співпрацю;
- донорські або громадські організації тимчасово створюють штучну координацію: фінансують кейс-менеджерів, мобільні команди, спільні зустрічі, обмін інформацією, навчання персоналу.

У таких умовах починають з’являтися елементи ICORE-де-факто: спільні обговорення випадків, домашні візити з подвійним фокусом (медичним і соціальним), включення доглядальників, раннє реагування на погіршення стану, навігація між сервісами. Це демонструє принципово важливий висновок: проблема України — не в культурній неготовності до інтегрованого догляду, а в архітектурі системи.

Однак попередні розділи звіту так само чітко показують інший, критичний бік цієї картини: майже вся наявна координація є зовнішньо індукованою і структурно нестійкою. Вона існує там і доти, де є грантове фінансування, проєктні посади, неформальні домовленості, персональна мотивація окремих людей. Коли фінансування завершується, координатор зникає, мобільна команда розпадається, обмін інформацією припиняється, а система повертається до базової конфігурації: паралельне існування ПМСД і соціальних служб без спільного маршруту людини.

У цьому сенсі йдеться не про «парадокс», а про системну загрозу стабільності реформ. Донорські та громадські проєкти фактично виконують роль прототипів інтегрованої системи, але держава не має механізмів їх підхоплення:

- немає пакету НСЗУ або іншого бюджетного інструменту, який дозволив би оплатити функцію координації;
- немає штатної ролі координатора догляду у публічному секторі;
- немає міжвідомчих стандартів, які зобов’язували б служби відтворювати ці моделі;
- немає спільного бюджетування, яке дозволило б утримувати мультидисциплінарні команди.

Внаслідок цього виникає небезпечна ситуація «звикання до інтеграції без інституціоналізації». Практики з’являються, очікування у фахівців і громад формуються, але держава структурно не здатна їх підтримати, масштабувати й відтворити. Це створює ризик втрати довіри, демотивації персоналу та «відкату» системи після завершення проєктів.

З точки зору ICORE це означає, що ключовою інтерсекторальною можливістю для України є не створення нових пілотів як таких, а перехід від проєктної інтеграції до управлінської інтеграції: закріплення ролей, фінансування, відповідальності та процедур у самій системі. Без цього будь-які локальні успіхи залишатимуться тимчасовими острівцями практики, а не елементами нової моделі догляду..

## **Інтегрований висновок: кумулятивний ефект і точки впливу**

Бар'єри мають кумулятивний характер. Юридична невизначеність і законодавчі колізії блокують дані й СОП; цифровий розрив робить координацію технічно неможливою; бюджетна фрагментація не дозволяє платити за міждисциплінарну команду; перевантаження ПМСД знищує можливість 30-хв ІСОРЕ-оцінки; кадрова депопуляція руйнує стабільні команди; сім'я стає де-факто координатором; навантаження на доглядальників зростає; а відсутність перепочинку і денного догляду робить старіння у звичному середовищі нестійким.

Водночас можливості теж кумулятивні. Реалістичні важелі, які можуть "розблокувати" систему:

- національний міжвідомчий механізм управління зі спільними KPI для МОЗ/Мінсоц/НСЗУ/НСССУ;
- правові інструменти: протоколи згоди на обмін даними, стандартизовані форми перенаправлення, СОП і трекінг;
- чітка роль координатора догляду (часто — медсестра як кейс-менеджер у ІСОРЕ) з визначеним часом і оплатою;
- фінансові інструменти, що долають бюджетну фрагментацію (цільова субвенція/донорський механізм + пілоти змішаного фінансування);
- пакетні рішення для підтримки доглядальників: послуги перепочинку / денного догляду + навчання + психосоціальна підтримка,
- цифрова інтеграція з новою архітектурою безпеки даних у війні (особливо для даних про місцезнаходження/вразливі групи).

Без одночасного руху по цих напрямках ІСОРЕ ризикує лишитися набором пілотів та осередків практики, які тримаються на персональній ініціативі або гранті, і руйнуються при зміні людей/фінансування.

## **9. Пропонована модель пілотного впровадження ІСОРЕ в Україні**

Цей розділ пропонує практичну, поетапну модель пілотного впровадження ІСОРЕ в Україні, яка прямо адаптована до українського управлінського та фінансового середовища й визнає подвійну природу інтегрованого догляду:

- (i) реформу клінічної/сервісної практики в межах первинної медичної допомоги (ПМСД) та
- (ii) реформу системи довготривалого догляду і соціальної підтримки на рівні громад.

Модель розроблена так, щоб бути реалізованою в умовах воєнного часу, забезпечувати отримання практично придатних доказів для національного масштабування та безпосередньо відповідати на бар'єри, виявлені під час оцінки готовності.

Технічне завдання прямо вимагає запропонувати пілотну модель для однієї або кількох областей і передбачає такі ризики, як низька зацікавленість стейкхолдерів, прогалини в даних і воєнні обмеження. Тому запропонована модель надає пріоритет: (а) інституційній здійсненності, (б) демонстрованості результатів у визначений період, (с) масштабованості.

### **9.1. Критерії відбору пілотних регіонів і пілотних громад**

Хоча Львівська та Дніпропетровська області використовувалися для дизайну оцінки готовності, етап пілотного впровадження (у разі запуску) має відбирати конкретні громади та кластери закладів у регіонах за прозорими критеріями. Один із ключових висновків якісних даних полягає в тому, що реалізація суттєво відрізнятиметься залежно від локальної спроможності; отже, пілот має свідомо включати громади з різним рівнем спроможності, щоб перевірити можливість перенесення моделі.

«Важливо обирати громади з різною спроможністю... якщо впроваджувати лише в одному типі громад, ми не зрозуміємо, як це працює в інших умовах». [KII, представник місцевої НУО]

## А. Обов'язкові критерії відбору (вхідний поріг)

### Мінімальна платформа ПМСД і управлінська стабільність

- Наявність щонайменше одного функціонуючого закладу ПМСД (міського або сільського) зі стабільним кадровим забезпеченням сімейними лікарями/медсестрами, достатнім для проведення рутинного скринінгу та подальшого супроводу.
- Готовність керівництва закладу пілотувати нові робочі процеси (скринінг, планування догляду, направлення).

### Мінімальна присутність соціальних послуг

- Наявність діючого територіального центру/підрозділу соціальних послуг або контрактованого недержавного надавача, спроможного забезпечувати догляд удома, супровід випадків, залучення доглядальників або оцінку соціальних потреб.

### Локальна політична/адміністративна готовність

- Готовність керівництва громади включити пріоритети інтегрованого догляду до місцевого планування та підтримувати механізми координації.

«Інтегрований догляд можливий лише за наявності політичної волі на рівні громади... і коли соціальні служби мають спроможність та підтримку професійного розвитку». [KII, представник місцевої НУО]

### Базова здійсненність в умовах безпекових обмежень

- Можливість підтримувати мінімальну діяльність під час відключень/тривог (альтернативне електроживлення/інтернет або гібридний паперово-цифровий обіг).
- Прийнятна логістична доступність для супервізії та моніторингу.

### В. Диференціюючі критерії (для максимізації навчального ефекту та масштабованості)

#### Різноманітність спроможності громад (свідома гетерогенність)

- Включення принаймні однієї більшої, ресурснішої громади та однієї меншої, ресурсно обмеженої або віддаленої громади.

«Найкраща готовність там, де вже є добра співпраця між соціальними службами і ПМСД та де є бюджет — здебільшого у великих громадах; малі й віддалені громади мають дефіцит ресурсів і кадрів». [KII, представник місцевої НУО]

### Рівень наявної взаємодії між медициною та соціальною сферою

- Перевага громадам із принаймні неформальною співпрацею для швидших ранніх результатів, а також одному майданчику з мінімальною співпрацею для тестування стартових механізмів.

### Наявність активного громадянського суспільства / організацій людей похилого віку

- Пілот має протестувати моделі залучення громад там, де існують (або можуть бути активовані) клуби/об'єднання людей старшого віку.

«Це потрібно культивувати і підтримувати... коли люди об'єднуються, вони допомагають одне одному й мотивуються покращувати якість і тривалість життя». [KII, представник ВООЗ]

### Цифрова готовність і середовище даних

- Мінімальна підключеність ПМСД до eHealth та готовність тестувати механізми обміну даними з соціальними службами (навіть якщо спочатку вручну).

«eHealth відстежує клінічні дані... але не охоплює соціальну інформацію... дані роз'єднані; сімейні лікарі не бачать соціальної оцінки і навпаки». [KII, представник місцевої НУО]

### Здійсненність залучення доглядальників

- Достатня кількість неформальних доглядальників та/або працівників догляду вдома для тестування маршрутів підтримки доглядальників і зменшення навантаження.

## 9.2. Ролі та відповідальність у пілотній моделі (МОЗ / Мінсоц / НСЗУ / громади + партнери)

Одним із ключових бар'єрів готовності є відсутність національної нормативної моделі та бракування СОП/алгоритмів інтегрованого догляду.

«На національному рівні немає нормативної моделі інтегрованого догляду... і немає міжвідомчих інструментів координації та механізмів фінансування» [КІІ, представник місцевої НУО]

«Ми часто щось ухвалюємо в законодавстві, але немає алгоритмів, СОП, інструментів... фахівці як сліпі кошенята намагаються впроваджувати». [КІІ, представник місцевої НУО]

Тому управління пілотом має чітко розподіляти володіння процесом між суб'єктами.

### 9.2.1. Міністерство охорони здоров'я України

Ключовий мандат у пілоті:

- Схвалити концепцію пілоту як таку, що відповідає посиленню ПМСД і людиноцентричному підходу.
- Очолити розробку/затвердження клінічних СОП для скринінгу ICOPE, планування догляду, подальшого супроводу та направлень у межах ПМСД.
- Координувати клінічні навчальні пакети (лікарі/медсестри) і забезпечити їхню сумісність із клінічними протоколами.
- Скликати національний керівний механізм спільно з Мінсоц і НСЗУ

Ключові продукти МОЗ у пілоті:

- Підготувати/затвердити мінімальний пакет клінічних робочих процесів ICOPE для ПМСД (скринінг → план догляду → супровід).
- Визначити мінімальний набір даних для фіксації елементів функціональної оцінки (навіть якщо спочатку не повністю оцифрований).

### 9.2.2. Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України (Мінсоц)

Ключовий мандат у пілоті:

- Забезпечити, щоб соціальний компонент не був «допоміжним», а структурно інтегрованим: оцінка потреб, догляд удома, підтримка доглядальників, соціальна інтеграція, навігація пільгами.
- Очолити розробку/затвердження СОП соціального сектору для:
  - оцінки потреб людей похилого віку на рівні громади;
  - процедур кейс-менеджменту/супроводу;
  - маршрутів підтримки доглядальників і перепочинку;
  - правил направлення та стандартів документації для міжсекторального обміну.

Стратегічне питання, підкреслене респондентами (КІІ):

Мотивація і компетентність кадрів соціальних служб потребують системної уваги, включно з навчанням/супервізією та реалістичними нормами навантаження.

«Мінсоц запитував про навчання, супервізію для працівників терцентрів... люди немотивовані й часто не мають знань». [КІІ, представник місцевої НУО]

### 9.2.3. Національна служба здоров'я України (НСЗУ)

Ключовий мандат у пілоті:

Перекласти логіку інтегрованого догляду в інструменти закупівель і моніторингу. Дослідити можливість, щоб елементи ICOPE були:

- інтегровані в чинні умови оплати/індикатори якості ПМСД; або
- апробовані як додатковий модуль із визначеними результатами (охоплення скринінгом, подальші візити, задокументовані плани догляду, завершені направлення).

Це відповідає необхідності переходу від «концепції» до фінансованої практики, що неодноразово підкреслювалося в якісних даних.

«Нам потрібні стандарти, протоколи, пакети послуг і механізми фінансування... і включення елементів ICOPE в національні протоколи або пакети НСЗУ». [KII, представник місцевої НУО]

#### **9.2.4. Громади та органи місцевого самоврядування**

Ключовий мандат у пілоті:

Забезпечити локальний координаційний каркас і місцевоорієнтований підхід:

- призначити координатора пілоту;
- інтегрувати цілі пілоту в місцеве планування;
- забезпечити операційну підтримку (приміщення, транспорт/логістику для соціальних працівників і домашніх візитів, можливість скликання міжсекторальних зустрічей).

Критичним є те, що оцінки потреб громад часто відсутні або формальні, що підриває планування й бюджетування.

«Дуже часто пропущений момент — комплексна оцінка потреб людей похилого віку на рівні громади... без оцінки "немає потреби" і ресурси не закладаються». [KII, представник місцевої НУО]

Громади також відіграють центральну роль у реалізації принципу субсидіарності та залученні недержавних надавачів.

«Якби ринок соціальних послуг справді був відкритий локально... недержавні надавачі й благодійні організації могли б долучатися через субсидіарність». [KII, представник місцевої НУО]

#### **9.2.5. Роль міжнародних і національних НУО та HelpAge зокрема**

В умовах України міжнародні та національні НУО можуть виконувати ті з'єднуючі функції, які державні системи ще не здатні забезпечувати стабільно: технічна допомога, фасилітація, розвиток спроможності, генерація доказів і захист людиноцентричних принципів.

Додана вартість HelpAge у пілоті:

- Скликати та фасилітувати національну керівну групу (МОЗ–Мінсоц–НСЗУ + регіональні представники) для спільного володіння дизайном пілоту й розблокування міжінституційних бар'єрів (відповідно до підходу ТЗ щодо активного залучення міністерств і стейкхолдерів).
- Надати технічну допомогу з адаптації інструментів BOOЗ і scorecard, забезпечуючи вірність принципам ICOPE з урахуванням системних обмежень України.
- Підтримати архітектуру навчання для обох секторів (ПМСД + соціальні служби + доглядальники/громадські організації), включно з моделями супервізії.
- Побудувати навчальні цикли: моніторинг впровадження, швидкий зворотний зв'язок і підготовку доказів для рішень щодо масштабування.

Дані також показують, що пілоти є успішнішими за наявності постійного експертного супроводу, а не лише стартового навчання.

«Пілоту потрібен постійний супровід з боку міністерства й експертів... відповідальні особи, які проактивно підтримують... і далі моніторинг впровадження». [KII, представник місцевої НУО]

### 9.3. Поетапна логіка пілотного впровадження

Пілотна модель пропонується як послідовний шлях → розгортання робочих процесів → моніторинг → готовність до масштабування. Це відповідає поетапному підходу та логіці BOO3 щодо впровадження, закладеній у підхід ICOPE implementation framework/scorecard.

Мета	Ключові дії	Ризики	Результат
Фаза 0 (0–1 місяць) Політичне та інституційне налаштування («дозвіл на інтеграцію»)			
Забезпечити багатосторонню залученість, щоб інтеграція не була добровільною або суто символічною	<ul style="list-style-type: none"> <li>Створити Національну керівну групу (МОЗ, Мінсоцполітики, НСЗУ, представники обраних областей і громад; HelpAge — фасилітатор)</li> <li>Визначити рамки пілоту (послуги, цільові групи, мінімальні результати)</li> <li>Затвердити спільну «хартію пілоту»: ролі, принципи роботи з даними, підхід до перенаправлень, моніторинг</li> </ul>		Підписана хартія пілоту + структура врядування.
Фаза 1 (1–2 місяці) Проектування та фіналізація інструментів («зробити операційним»)			
Перекласти ICOPE у здійсненні СОП для обох секторів	<ul style="list-style-type: none"> <li>Адаптувати скринінг і планування догляду ICOPE до реалій ПМСД</li> <li>Визначити робочі процеси соціальних служб (оцінка потреб, домашній догляд, підтримка доглядальників, перенаправлення)</li> <li>Визначити мінімальний пакет спільної документації (папір + цифра)</li> <li>Розробити навчальні програми і модель супервізії</li> </ul>	«Законодавство без СОП» (відзначено в КІІ)	Фіналізований пакет СОП + навчальний план + рамка моніторингу
Фаза 2 (2–4 місяці) Розвиток спроможностей і мікропілотування («навчити, протестувати, скоригувати»)			
Забезпечити здатність команд працювати та адаптувати модель до масштабування	<ul style="list-style-type: none"> <li>Спільні тренінги (ПМСД + соцпрацівники + громадські фокальні особи)</li> <li>Симуляційні вправи (кейс-сценарії)</li> <li>Запуск мікропілотів на обмеженій групі людей</li> <li>Регулярна супервізія та канали вирішення проблем</li> </ul>		Підготовлені команди + протестовані процеси + оновлені СОП
Фаза 3 (4–9 місяців) Повномасштабний пілот у вибраних громадах («надавати, координувати, документувати»)			
Реалізувати інтегрований маршрут end-to-end	<ul style="list-style-type: none"> <li>Системний або таргетований скринінг</li> <li>Індивідуальні плани догляду (спільно з літньою людиною та доглядальником)</li> <li>Структуровані перенаправлення між ПМСД і соціальними службами</li> <li>Підтримка доглядальників (навчання, ПСС, навігація, перепочинок за можливості)</li> <li>Робота з громадою (групи літніх, взаємопідтримка, волонтерство)</li> </ul>	Мінімально життєздатна модель обміну даними: агреговані дашборди для	Функціонуючий інтегрований маршрут із задокументованими кейсами та вимірюваними результатами.

		планування • кейс-координація через форми згоди та спільні плани догляду	
Фаза 4 (9–12 місяців) Оцінка, scorecard і пакет рішень щодо масштабування			
Оцінити ефективність, складність і системну вартість.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Системне застосування ICOPE scorecard</li> <li>Аналіз покращень і прогалин готовності системи</li> <li>Підготовка політичних опцій (НСЗУ, Мінсоц, digital roadmap)</li> <li>Сценарії масштабування на інші громади/області</li> </ul>	Ризик зведення оцінки до формального звітування без управлінських рішень.	Пакет для масштабування + кошторисні опції + регуляторні рекомендації

«Дані з медичних інформаційних систем можуть дати профіль громади, але не індивідуальний — індивідуальний є конфіденційним». [КІІ, представник ВООЗ]

## 9.4. Ризики та заходи з пом'якшення

ТЗ передбачає множинні ризики, зокрема низьку зацікавленість стейкхолдерів, прогалини в даних, опір змінам, воєнні обмеження та проблеми надійності. Польові дані також підкреслюють системні обмеження: відсутність нормативної моделі, дефіцит кадрів, фрагментовані дані та обмежені місцеві бюджети.

Політичні/інституційні ризики

- Ризик: низьке володіння на рівні МОЗ–Мінсоц–НСЗУ–НССУ, що веде до «пілоту як проекту НУО».
- Пом'якшення: формальна керівна група, хартія пілоту, визначені відповідальні фокальні особи.

Кадрові ризики

- Ризик: перевантаження персоналу та низька мотивація, особливо в соціальних службах.
- Пом'якшення: дизайн пілоту з урахуванням навантаження; мікропілоти; супервізія; чіткий розподіл ролей; стимули (фінансові або нефінансові) через НСЗУ/НССУ/місцеві механізми.

Ризики даних і цифровізації

- Ризик: роз'єднані платформи унеможливають безперервність і спільне планування.
- Пом'якшення: мінімально життєздатне зв'язування; спільна документація напрямлень; агреговані дашборди; дорожня карта інтеперабельності eHealth + соціального реєстру.

Ризики готовності громад і фінансування

- Ризик: громади зацікавлені, але неспроможні фінансувати координацію/послуги вдома.
- Пом'якшення: моделі співфінансування; контракування недержавних надавачів; фокус на ранніх результатах у більш спроможних громадах із паралельним тестуванням здійсненності у низькоспроможних.

Воєнні операційні ризики

- Ризик: збої через тривоги/блекаути; обмеження пересування.
- Пом'якшення: гібридний збір даних і супервізія; гнучке планування; децентралізована підтримка; резервні канали комунікації — відповідно до підходів пом'якшення ризиків, передбачених ТЗ.

## Передумови успіху

На підставі доказів і реалій здійсненності, нижче наведено безальтернативні передумови:

- Нормативно-операційний каркас (навіть тимчасовий): СОП, правила направлень, описи ролей.
- Безперервний супровід і супервізія, а не одноразове навчання.
- Явне включення соціальних працівників і доглядальників як ключових виконавців (а не периферійних стейкхолдерів).
- Мінімальна фінансова логіка для завдань координації та часу (НСЗУ/НССУ/місцевий рівень/партнерська підтримка).
- Прагматична стратегія даних, що поважає конфіденційність, але забезпечує безперервність.
- Оцінка потреб громади як тригер для бюджетів і структури послуг.
- Механізми мобілізації громадянського суспільства й організацій людей похилого віку з визнанням того, що самоорганізація потребує культивування та підтримки.

## 9.6. Рамка моніторингу та навчання пілоту

### 9.6.1. Мета і принципи моніторингу в межах ICOPE-пілоту

Моніторинг і навчання в межах запропонованого ICOPE-пілоту розглядаються не як вправа з комплаєнсу чи звітування, а як ключова функція посилення системи. З огляду на новизну впровадження інтегрованого догляду в Україні, рамка моніторингу пілоту має одночасно виконувати три завдання:

- Операційне навчання — надання можливості виконавцям на рівні послуг і громади коригувати робочі процеси в режимі реального часу;
- Системне навчання — генерація доказів для національних інституцій (МОЗ, Мінсоц, НСЗУ, НССУ) щодо того, що є здійсненним, масштабованим і стійким;
- Підзвітність і підтримка рішень — інформування рішень щодо фінансування, регулювання та масштабування.

Докази з інтерв'ю підкреслюють, що попередні реформи часто не доходили до практики через слабкі петлі зворотного зв'язку і брак адаптивного навчання.

Відповідно, рамка моніторингу пілоту ґрунтується на таких принципах:

- Простота й здійсненність в умовах воєнного часу;
- Змішаний підхід (mixed-methods), що поєднує кількісні індикатори з якісним навчанням;
- Інтеграція медичної та соціальної перспектив, а не паралельні треки моніторингу;
- Орієнтація на використання, щоб дані активно використовувалися ухвалювачами рішень.

### 9.6.2. Архітектура моніторингу та управління

а) Багаторівнева структура моніторингу

Обов'язки моніторингу розподіляються між трьома рівнями, кожен із окремою функцією:

- Рівень послуг (micro/meso): заклади ПМСД, підрозділи соціальних послуг і фокальні особи громади генерують рутинні операційні дані.
- Рівень координації пілоту (meso): обласні або міжгромадські координаційні команди консолідують дані, фасилітують навчання та надають зворотний зв'язок.
- Національний рівень (macro): МОЗ, Мінсоц, НССУ та НСЗУ переглядають агреговані докази для інформування політичних і фінансових рішень.

б) Ролі та відповідальність

Чітке володіння процесом є критичним, щоб уникнути збору даних без використання.

- Надавачі ПМСД: документують охоплення скринінгом, плани догляду, ініційовані та завершені направлення.
- Соціальні працівники: документують соціальні оцінки, домашні візити, взаємодію з доглядальниками, отримання послуг.
- Фокальні особи громади: відстежують координаційні зустрічі, громадські активності та «вузькі місця».
- HelpAge / технічний партнер: забезпечує методологічну підтримку, контроль якості та синтез.

- МОЗ / Мінсоц / НСЗУ / НССУ: інтерпретують результати і запускають коригувальні або масштабувальні рішення.

### 9.6.3. Рамка індикаторів: що моніториться і чому

Рамка індикаторів є багаторівневою і фокусується на обмеженій кількості високовартісних індикаторів, що відображають логіку ICOPE, а не вичерпну статистику послуг.

A. Індикатори охоплення та процесу (функціональність на рівні послуг)

Ці індикатори відповідають на питання: чи інтегрований маршрут реально використовується?

Приклади:

- частка людей похилого віку, скринінгованих за погодженими ICOPE-узгодженими критеріями;
- частка скринінгованих осіб із задокументованим планом догляду;
- кількість і тип направлень між ПМСД і соціальними службами;
- частка направлень із задокументованим зворотним зв'язком.

B. Індикатори якості та координації (інтеграція на практиці)

Ці індикатори фіксують, чи інтеграція є змістовною, а не суто процедурною:

- частота взаємодії ПМСД–соціальний працівник на випадок;
- своєчасність завершення направлень;
- залучення доглядальника до планування догляду;
- задекларована безперервність догляду з точки зору людей похилого віку.

C. Індикатори спроможності та системної готовності

Ці індикатори відстежують зміни готовності, а не результатів:

- впевненість персоналу в інтегрованих робочих процесах;
- сприйняті наслідки для навантаження;
- наявність інструментів координації та СОП;
- функціонування механізмів направлення та документації.

Ці індикатори напряму пов'язані з доменами ICOPE implementation scorecard.

### 9.6.4. Якісні компоненти навчання

Самих лише кількісних індикаторів недостатньо, щоб зрозуміти, чому інтеграція працює або не працює. Тому пілот включає структуровані механізми якісного навчання.

a) Швидкі навчальні інтерв'ю та сесії рефлексії

Короткі, періодичні сесії рефлексії з: командами ПМСД, соціальними працівниками, доглядальниками, представниками громади.

Ці сесії фокусуються на: що працює добре; де процеси «ламаються»; непередбачених наслідках; адаптаціях, які робить фронтлайн-персонал.

b) Навчання на основі випадків

Вибрані анонімізовані траєкторії випадків відстежуються від початку до кінця, щоб продемонструвати: успіхи координації; системні прогалини; точки навантаження на доглядальника.

### 9.6.5. Джерела даних, інструменти та міркування здійсненності

З огляду на фрагментацію даних і обмеження конфіденційності, пілот застосовує підхід «мінімально життєздатних даних» (minimum viable data).

Основні джерела даних включають:

- документацію ПМСД (наявні поля eHealth + форми пілоту);
- кейс-файли соціальних служб;
- таблиці/листи відстеження направлень;
- короткі інструменти зворотного зв'язку від клієнтів і доглядальників;
- протоколи зустрічей і нотатки супервізії.

### 9.6.6. Петлі навчання та адаптивне управління

Визначальною ознакою рамки є створення явних петель навчання.

а) Щомісячне операційне навчання

- швидкий перегляд процесних індикаторів;
- виявлення «вузьких місць»;
- негайні коригування робочих процесів або СОП.

б) Щоквартальне стратегічне навчання

- перегляд доменів scorecard;
- обговорення наслідків для фінансування та кадрів;
- коригування обсягу або інтенсивності пілоту.

в) Національні навчальні моменти

- структуровані брифінги для МОЗ, Мінсоц, НСЗУ, НССУ;
- трансляція доказів пілоту в політичні та закупівельні опції.

### 9.6.7. Використання ICOPE implementation scorecard

ICOPE implementation scorecard функціонує як уніфікуючий інструмент навчання і застосовується на:

- базовому рівні (до-пілот),
- середині пілоту,
- завершенні пілоту.

Замість статичної оцінки scorecard використовується для:

- візуалізації прогресу за доменами;
- виявлення компонентів, що відстають;
- підтримки рішень щодо пріоритезації.

### 9.6.8. Зворотний зв'язок стейкхолдерам і прозорість

Щоб підтримувати залученість, результати моніторингу мають бути видимими й значущими для всіх стейкхолдерів.

Механізми включають:

- прості дашборди для команд на рівні послуг;
- короткі навчальні нотатки для громад;
- аналітичні огляди для національних інституцій;
- навчальні обміни між пілотними майданчиками.

Така прозорість підсилює довіру та колективне володіння пілотом.

### 9.6.9. Внесок моніторингу в готовність до масштабування

Зрештою, рамка моніторингу прямо спроектована для підтримки рішень щодо масштабування, відповідаючи на питання:

- які компоненти є здійсненими в межах чинних систем?
- які потребують регуляторних або фінансових змін?
- якою є реалістична вартість і кадрові наслідки?
- за яких умов інтеграція руйнується?

До завершення пілоту результати моніторингу мають становити доказовий пакет, готовий для ухвалення рішень, а не лише звіт з оцінювання.

## 9.7. Сценарії масштабування та політичні опції

### 9.7.1. Мета сценаріїв масштабування

Мета визначення сценаріїв масштабування полягає не в тому, щоб запропонувати одну «ідеальну» модель, а в тому, щоб надати ухвалювачам рішень реалістичні варіанти, кожен із чітко сформульованими компромісами з точки зору складності, вартості, інституційних змін і політичної здійсненності.

Докази з оцінки готовності до пілоту показують, що повне загальносистемне впровадження ICOPE не є негайно здійсненим за поточних правових, фінансових і кадрових умов.

Водночас поетапні та диференційовані шляхи масштабування можливі за умови узгодження з чинними реформами та спроможностями..

*«Не слід очікувати однієї великої реформи. Інтеграцію можна будувати лише крок за кроком, де кожен крок є реалістичним для системи». [КІІ, представник місцевої НУО]*

Відповідно, пропонуються три сценарії масштабування:

- Мінімальне (адаптивне) масштабування
- Поетапне (узгоджене із системою) масштабування
- Трансформаційне (інтегрована система) масштабування

Кожен сценарій є кумулятивним: сценарії вищого рівня передбачають успішне впровадження попередніх.

*«Якщо НСЗУ і Мінсоц обидва визнають координацію як функцію послуги, усе стає простіше». [КІІ, представник місцевої НУО]*

	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
	Мінімальне (адаптивне) масштабування	Поетапне (узгоджене із системою) масштабування	Трансформаційне (інтегрована система) масштабування
Базова логіка	Цей сценарій віддає пріоритет здійсненності та швидкості, а не системній трансформації. Фокус — на розширенні практик ІСОРЕ на додаткові громади без суттєвих правових чи фінансових реформ, із використанням наявних інструментів у гнучкий спосіб.	Цей сценарій узгоджує масштабування ІСОРЕ з наявними національними реформами, зокрема у фінансуванні ПМСД, децентралізації та розвитку соціальних послуг. Він передбачає вибіркові регуляторні та закупівельні зміни із збереженням загальної архітектури системи.	Цей сценарій означає структурний перехід до повністю інтегрованої системи медико-соціального догляду за людьми похилого віку з вбудованим ІСОРЕ як національним стандартом. Передбачає сильну політичну волю та контекст післявоєнного відновлення.
Ключові характеристики	Розширення робочих процесів ІСОРЕ на додаткові громади в межах пілотних областей. Добровільне впровадження з боку закладів ПМСД і соціальних служб. Подальша опора на ГО/INGO для координації, навчання та супервізії. Використання спрощених інструментів (паперових або	Поступове розширення на кілька областей із використанням стандартизованих СОП, апробованих у пілоті Формалізація маршрутів перенаправлення між ПМСД і соціальними службами. Запровадження обмежених фінансових стимулів для координації та follow-up.	Національне правове визнання інтегрованого догляду за людьми похилого віку Єдина регуляторна рамка для секторів охорони здоров'я та соціального захисту. Інтегровані фінансові механізми (blended budgets, bundled payments). Інтероперабельні цифрові системи для

	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
	Мінімальне (адаптивне) масштабування	Поетапне (узгоджене із системою) масштабування	Трансформаційне (інтегрована система) масштабування
	напівцифрових) для перенаправлень і планування догляду.	Системне навчання й супервізія, вбудовані в державні програми.	спільних оцінок і планів догляду. Формальне визнання та підтримка доглядальників як частини континууму догляду.
Інституційні наслідки	<p>МОЗ: схвалює ICOPE як рекомендовану практику (настанови, методичні листи).</p> <p>Мінсоц: надає роз'яснення щодо пріоритетизації ICOPE-пов'язаних активностей у соцслужбах.</p> <p>НСЗУ: без змін у закупівлях; діяльність поглинається чинними контрактами.</p> <p>Громади: неформально підтримують координацію без окремих бюджетів.</p>	<p>МОЗ• Інтегрує елементи ICOPE в клінічні стандарти ПМСД. Підтримує національні навчальні модулі для команд ПМСД.</p> <p>Мінсоцполітики• Оновлює стандарти послуг, включаючи координацію, підтримку доглядальників і функціональну оцінку. Дозволяє контрахтування недержавних провайдерів домашніх і respite-послуг.</p> <p>НСЗУ• Пілотує доплати або індикатори якості, пов'язані зі скринінгом, планами догляду, завершеними перенаправленнями.</p> <p>Громади• Передбачають співфінансування координаційних ролей і логістики.</p> <p>Інституціоналізують локальні координаційні платформи.</p>	<p>• МОЗ і Мінсоц: спільна відповідальність за політику та врядування інтегрованого догляду.</p> <p>НСЗУ: закупівельник інтегрованих пакетів догляду, а не лише медичних послуг.</p> <p>Громади: територіальні координатори з чітким мандатом і фінансуванням.</p> <p>Освітній сектор: перероблені навчальні програми з компетенцій інтегрованого догляду.</p>
Переваги	<p>Швидке впровадження.</p> <p>Низькі політичні та фінансові ризики.</p> <p>Придатний в умовах війни та бюджетної невизначеності.</p>	<p>Баланс між здійсненністю та сталістю.</p> <p>Менша залежність від зовнішніх акторів.</p> <p>Вища міжрегіональна рівність.</p>	<p>Висока сталість і справедливість системи.</p> <p>Максимальна відповідність принципам ICOPE.</p> <p>Найбільший вплив на результати здорового старіння.</p>

	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
	Мінімальне (адаптивне) масштабування	Поетапне (узгоджене із системою) масштабування	Трансформаційне (інтегрована система) масштабування
Обмеження	<ul style="list-style-type: none"> <li>Висока залежність від окремих ентузіастів.</li> </ul> Обмежена сталість після завершення зовнішньої підтримки. Ризик територіальної нерівності.	Потребує спроможності до міжвідомчої координації. Повільніше розгортання, ніж у сценарії 1. Вразливий до кадрового дефіциту.	Висока політична та фіскальна вартість. Потребує довгострокового горизонту реформ. Нереалістичний у повному обсязі за поточних воєнних умов.

### 9.7.2. Порівняльний огляд сценаріїв

Вимір	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Швидкість розгортання	Високий	Середній	Низький
Інституційні зміни	Мінімальний	Помірний	Високий
Фінансова реформа	Ні	Частковий	Значний
Стійкість	Низький/Середній	Середній/Високий	Високий
Рівність між регіонами	Низький	Середній	Високий
Залежність від НУОs	Високий	Середній	Низький

### 9.7.3. Політичні опції та точки ухвалення рішень

Виходячи зі сценаріїв, постають такі політичні опції:

Опція А: Узяти Сценарій 1 як короткостроковий міст

- Придатно для негайного продовження після пілоту.
- Запобігає втраті імпульсу.
- Має бути обмежено в часі та прямо позиціоновано як перехідне рішення.

Опція В: Зобов'язатися до Сценарію 2 як національного середньострокового шляху

- Найреалістичніший і найбільш збалансований варіант.
- Дозволяє поступові реформи без системного шоку.
- Рекомендовано як дефолтний політичний вибір.

Опція С: Використати докази пілоту для підготовки до Сценарію 3 після війни

- Вбудувати інтегрований догляд у порядок денний відновлення та євроінтеграції.
- Завчасно розробити правові та фінансові дорожні карти.

### 9.7.4. Стратегічна рекомендація

На підставі доказів готовності, спроможності стейкхолдерів і контекстних обмежень рекомендованим підходом є:

Поетапна стратегія масштабування, що поєднує Сценарій 1 (короткострокова безперервність) і Сценарій 2 (середньострокова інституціоналізація), із позиціонуванням Сценарію 3 як цілі реформ у період після відновлення.

Цей підхід максимізує навчання, зберігає здійсненність і формує правдоподібний шлях від пілоту до політики.

Стратегічна мета	Ключові дії	Провідні інституції	Ключові результати / точки ухвалення рішень
------------------	-------------	---------------------	---

Фаза 1: Консолідація та контрольоване розширення 0–12 місяців			
Зберегти результати пілоту та обережно розширити без системного шоку	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розширити практики ICOPE на додаткові громади в пілотних областях</li> <li>• Використовувати валідовані СОП без суттєвого редизайну</li> <li>• Продовжити супервізію та навчальні цикли (learning loops)</li> <li>• Формально визнати ICOPE як рекомендовану практику</li> </ul>	МОЗ, Мінсоц, HelpAge, обрані області та громади	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оновлена ICOPE Scorecard (baseline → endline)</li> <li>• Консолідований звіт із навчання/уроків (learning report)</li> <li>• Рішення «Шлюз 1»: продовжити / адаптувати / зупинити</li> </ul>
Фаза 2: Інституційне узгодження та поетапне розгортання 12–24 місяці			
Перейти від «проектної логіки» до впровадження, узгодженого з державними механізмами	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Інтегрувати елементи ICOPE у настанови/керівництва ПМСД</li> <li>• Оновити стандарти соціальних послуг (координація, доглядальники)</li> <li>• Пілотувати додаткові виплати НСЗУ / індикатори якості</li> <li>• Запровадити місцеві координаційні ролі</li> </ul>	МОЗ, Мінсоц, НСЗУ, місцеві органи влади	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Національні «пілотні стандарти» СОП</li> <li>• Працюють обмежені фінансові стимули</li> <li>• Охоплення розширено на кілька областей (≈30–40%)</li> <li>• Рішення «Шлюз 2»: інституціоналізувати</li> </ul>
Фаза 3: Системна інтеграція та національна рамка 24–36 місяців			
Вбудувати ICOPE у національну медико-соціальну систему	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розробити національну рамку інтегрованого догляду</li> <li>• Підготувати законодавчі/регуляторні зміни</li> <li>• Запровадити концепції змішаного фінансування</li> <li>• Пілотувати інтероперабельні потоки даних</li> <li>• Інтегрувати ICOPE у підготовку кадрів</li> </ul>	МОЗ, Мінсоц, НСЗУ, Кабінет Міністрів	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Національний пакет політик інтегрованого догляду</li> <li>• Кошторисний план масштабування</li> <li>• Національна рамка індикаторів</li> <li>• Рішення «Шлюз 3»: повне національне розгортання</li> </ul>

## 10. Висновки

Це оцінювання було спрямоване на аналіз здійсненності впровадження підходу ВООЗ «Інтегрований догляд для людей похилого віку» (ICOPE) в Україні з акцентом на реальні практики надання послуг, управлінські та регуляторні конструкції, а також системні передумови на макrorівні. Результати демонструють, що Україна не перебуває у концептуальному вакуумі щодо інтегрованого догляду. Натомість країна стикається зі структурним і операційним розривом між декларованими політичними намірами та практичною здатністю медичної і соціальної систем забезпечувати інтегрований, людиноцентричний догляд у масштабі.

Докази на рівнях послуг (meso) і системи (macro) вказують на часткову відповідність принципам ICOPE на рівні намірів і риторики, але фрагментованість у виконанні. Інтегрований догляд в Україні сьогодні існує не як системна функція, а як сукупність ізольованих практик, індивідуальних зусиль і проєктних ініціатив, які тимчасово «латають» структурні прогалини замість того, щоб їх усувати. Цей розрив посилюється війною: кадрові втрати, перевантаження інституцій, бюджетне виснаження громад та ризики безпеки даних роблять «декларативну готовність» ще менш конвертованою у стабільні механізми.

Цей розділ узагальнює ключові аналітичні висновки, формулює уроки за результатами оцінки готовності і запропонованої пілотної моделі та пояснює, що це означає для майбутнього інтегрованого догляду для людей похилого віку в Україні.

### 10.1. Інтегрований догляд в Україні: присутній фрагментами, відсутній як система

Один із найбільш сталих висновків, підтверджених інтерв'ю, фокус-групами, опитуваннями та аналізом документів, полягає в тому, що інтегрований догляд уже «відбувається» на практиці — але неформально, крихко і без інституціоналізації. Сімейні лікарі координують допомогу літнім пацієнтам у межах доступного часу та навантаження; соціальні працівники надають підтримку в умовах дефіциту ресурсів; доглядальники щоденно закривають прогалини між послугами.

Водночас ці зусилля залишаються структурно непідкріпленими. Немає обов'язкових стандартів, механізмів фінансування та систем підзвітності, які перетворили б індивідуальну «добру волю» на стабільну системну функцію інтегрованого догляду. Додатково, в Україні наявна бюджетна фрагментація: медичні кошти (державний бюджет через НСЗУ) і кошти на соціальні послуги (місцеві бюджети громад) не мають робочого механізму спільного бюджетування для фінансування однієї мультидисциплінарної команди, що робить будь-яку управлінську модель інтеграції вразливою до редукації до декларацій.

Ця фрагментація має три системні наслідки:

- Нерівність доступу — досвід догляду людей похилого віку суттєво залежить від місця проживання та від того, хто «випадково» є поруч як підтримка.
- Несталість — інтегровані практики руйнуються зі зміною персоналу, завершенням грантів або згортанням зовнішньої підтримки.
- Невидиме навантаження — координаційна праця й догляд залишаються переважно непоміченими та неоплаченими.

Отже, ключовий виклик — не «ввести ICOPE як нову ідею», а трансформувати наявні фрагменти практик у визнану, ресурсно забезпечену та керовану системну функцію.

### 10.2. Готовність на рівні послуг: готовність «у словах» без інструментів

На рівні послуг (meso) аналіз показує поєднання високої ціннісної/концептуальної готовності з низькою операційною готовністю. Працівники охорони здоров'я, соціальні працівники та актори на рівні громад послідовно артикулюють потребу в:

- людиноцентричних підходах;
- координації між секторами;
- догляді у громаді;
- підтримці доглядальників.

Однак ці самі актори працюють у середовищі, де:

- координація не є обов'язковою і не має чітко закріплених ролей;
- маршрути перенаправлення є неформальними;
- системи даних медичного й соціального секторів технічно не синхронізовані;
- час і кадрові ресурси є недостатніми.

Декларована готовність медичних працівників часто помилково сприймається як «реальна». На практиці тривалість прийому, адміністративне навантаження та високі списки пацієнтів роблять малоімовірним регулярне 30-хвилинне оцінювання за чек-листами ICOPE та систематичне спільне планування догляду. Без змін у робочих процесах і стимулюванні (контрактні умови/ індикатори/ часові нормативи) ця готовність не масштабуватиметься.

Особливо значущим є висновок щодо ролі соціальних працівників. Соціальні працівники де-факто є центральними акторами у догляді в громаді та довгостроковій підтримці, але вони маргіналізовані в клінічно орієнтованих траєкторіях і виключені із системного планування догляду. До того ж їхній внесок часто обмежується побутовою допомогою, тоді як ICOPE вимагає моніторингу функціональних дефіцитів і роботи з внутрішньою спроможністю, для чого соціальні служби зазвичай не мають ані протоколів, ані часу, ані інструментів.

Без посилення сервісної ролі соціальних працівників і включення їх у мультидисциплінарні робочі процеси ICOPE не можуть бути операціоналізовані.

### **10.3. Доглядальники: невидимий «кістяк» системи**

Найбільш виразний і етично значущий висновок стосується ролі неформальних доглядальників. Доглядальники — здебільшого члени родини — є невідомим «кістяком» догляду за людьми похилого віку в Україні. Вони координують записи, здійснюють щоденний догляд, контролюють медикаменти, передають інформацію між фрагментованими послугами.

Попри цю центральну роль, доглядальники переважно залишаються «невидимими» для системи. Їх рідко ідентифікують, оцінюють, навчають або системно підтримують у межах формальних траєкторій догляду. Це має глибокі наслідки:

- вигорання доглядальників підвищує ризик інституціоналізації;
- безперервність догляду залежить від індивідуальної витривалості, а не від дизайну системи;
- нерівність поглиблюється для людей похилого віку без сімейної підтримки.

За логікою ICOPE це означає, що модель інтегрованого догляду без формального визнання й підтримки доглядальників (навчання, психосоціальна підтримка, перепочинок для доглядальників, центри денного догляду, навігація послуг) є структурно неповною та етично проблемною.

### **10.4. Системні обмеження: наявні елементи без інтеграції**

На макрорівні (system/macro) Україна має важливі елементи, які потенційно можуть бути початковими для ICOPE в Україні:

- реформовану первинну ланку;
- децентралізоване надання соціальних послуг;
- національного закупівельника медичних послуг (НСЗУ);
- зростаючу цифрову інфраструктуру.

Однак ці елементи не поєднані навколо спільної мети інтегрованого догляду за людьми похилого віку. Системи управління та підзвітності залишаються жорстко галузевими, що відтворює ізольоване функціонування секторів, а не їхню співпрацю. При цьому проблема є глибшою, ніж звичайна фрагментованість інституцій: ідеться про системний інституційний розрив між секторами, за якого охорона здоров'я та соціальний захист діють у різних нормативних, фінансових і управлінських логіках. Ключові системні обмеження включають:

- відсутність правового/політичного мандату на інтегрований догляд
- колізії і різні режими конфіденційності між законодавством у сфері соціальних послуг і охорони здоров'я, що створює юридичні ризики для обміну даними та фактично блокує міжвідомчу координацію без протоколів згоди;
- невідповідні фінансові стимули та бюджетну фрагментацію;
- кадрове планування, яке не враховує старіння та координаційне навантаження;

- роз'єднані медичні й соціальні системи даних.

Роль НСЗУ є визначальною. НСЗУ забезпечила стандартизацію й прозорість у сфері охорони здоров'я, але чинна модель закупівлі практично не стимулює координацію, профілактику та підтримку доглядальників. Крім того, тарифні пакети/підходи до оплати не відображають геріатричну «складність пацієнта» (наприклад, деменція + діабет потребують більше часу й координації, але оплачуються без пропорційного врахування цього навантаження).

Без вибіркових, але чітких коригувань на макрорівні сервісні інновації залишатимуться в межах пілотів і проектів.

## 10.5. Здійсненність ICOPE: реалістична, але умовна

Сукупно результати приводять до чіткого, але нюансованого висновку: ICOPE в Україні є здійсненим, але не як «окремий технічний інструмент» і не як суто клінічна інновація. Його впровадження залежить від створення передумов, які потрібно навмисно закласти:

- формалізовані ролі й робочі процеси координації (включно з чітким визначенням відповідального координатора догляду);
- визнання соціальних працівників і доглядальників як ключових виконавців;
- фінансування не-клінічних функцій (координація, кейс-менеджмент, підтримка доглядальників);
- прагматичні рішення для обміну даними з урахуванням конфіденційності;
- безперервна супервізія та навчальні цикли;
- потребоорієнтоване планування в громадах.

У воєнному контексті ці умови доповнюються вимогами до стійкості: кадрові втрати та міграція/мобілізація формують «подвійний тягар депопуляції» (double burden of deropulation), а цифрова інтеграція потребує не лише IT-рішень, а й архітектури безпеки даних для захисту вразливих груп.

Запропонована модель пілоту та сценарії масштабування відповідають цим умовам через поетапність, адаптивне навчання та інституційну співвласність.

## 10.6. Від пілоту до політики: стратегічне значення рішень щодо масштабування

Найбільший ризик — не провал пілоту, а відсутність рішень після пілоту. Українська історія реформ містить чимало прикладів, коли успішні пілоти не масштабувалися через нестачу політичної волі або інституційної «доводки» до бюджетів, нормативки й механізмів підзвітності.

Сценарії масштабування, подані у звіті, є не лише технічними опціями, а стратегічними виборами щодо майбутнього догляду за людьми похилого віку. Поетапне масштабування, узгоджене із системою, є найбільш реалістичним шляхом за поточних умов, оскільки балансує амбіцію з досяжністю. Ключовою умовою успіху є створення міжвідомчого механізму управління (inter-ministerial steering committee/національна керівна група), без якого «інтеграція» залишатиметься розподіленою відповідальністю без відповідального власника.

## 10.7. Підсумок: інтегрований догляд як системний вибір

У підсумку, це оцінювання демонструє, що впровадження ICOPE в Україні є не стільки питанням технічної спроможності, скільки питанням системного вибору. Країна може й надалі покладатися на фрагментовані послуги, неформальну координацію та невидиму працю доглядальників — або може поступово побудувати систему, яка визнає інтегрований догляд як публічну відповідальність.

ICOPE пропонує цілісну рамку для цього переходу. Чи стане він пілотом, програмою або опорою системи, залежатиме від рішень, які ухвалюватимуть політики, інституції та громади в найближчі роки. Якщо ці рішення не включатимуть усунення бюджетної фрагментації, законодавчого тертя, визначення ролі координатора догляду, підтримки доглядальників і безпечної інтеграції даних, ICOPE ризикує залишитися «клінічним додатком», а не каталізатором системної трансформації.

## 11. Рекомендації

Цей розділ містить стратегічні та операційні рекомендації для ключових інституційних акторів, залучених до проектування, фінансування, впровадження та масштабування ICOPE в Україні. Рекомендації ґрунтуються на емпіричних результатах оцінювання та прямо узгоджуються з висновками Розділу 10. Вони сформульовані для підтримки реалістичної, поетапної системної трансформації, а не ізольованих або короткострокових втручань.

### 11.1. Рекомендації для Міністерства охорони здоров'я України

#### 11.1.1. Формально визнати інтегрований догляд як системну функцію охорони здоров'я

МОЗ доцільно вийти за межі загальних посилань на «пацієнтоорієнтованість» і чітко визначити інтегрований догляд для людей похилого віку як функціональну відповідальність системи охорони здоров'я, що реалізується через ПМСД у координації із соціальними службами.

Це передбачає:

- формальне закріплення інтегрованого догляду, узгодженого з ICOPE, у політиках і методичних документах МОЗ;
- визначення координаційної ролі сімейних лікарів і медсестер щодо функціональних порушень, довгострокових потреб і соціальних ризиків;
- визнання взаємодії з соціальними службами та доглядальниками невід'ємною складовою якості медичної допомоги літнім людям.

Окремо доцільно зафіксувати, що інтегрований догляд включає не лише клінічні втручання, а й координацію, профілактику втрати функціональності та підтримку доглядальників.

#### 11.1.2. Розробити й затвердити практичні СОП для ПМСД відповідно до ICOPE

МОЗ слід пріоритезувати створення коротких, прагматичних стандартних операційних процедур (СОП) для команд ПМСД, які переводять принципи ICOPE у здійсненню щоденну практику. Вони мають охоплювати:

- базову ідентифікацію функціонального зниження;
- спільне планування догляду з людиною похилого віку та доглядальником;
- ініціювання та супровід перенаправлень до соціальних служб;
- взаємодію з соціальними і медичними працівниками на рівні громади.

Акцент має робитися на зручності й реалістичності, без надмірного адміністративного навантаження.

Важливо, щоб СОП прямо враховували часові обмеження прийому та передбачали спрощені, «мінімально життєздатні» алгоритми скринінгу й координації.

#### 11.1.3. Інтегрувати компетенції ICOPE у систему безперервного професійного розвитку

МОЗ доцільно забезпечити включення компетенцій інтегрованого догляду до системи БПР для медичних працівників, зокрема:

- модулі з геріатрії, функціональної здатності та мультиморбідності;
- навчання з міжсекторальної координації та командної роботи;
- спільні формати навчання з соціальними працівниками.

Це сприятиме формуванню спільного професійного бачення між секторами.

## **11.2. Рекомендації для Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України**

### **11.2.1. Формально закріпити роль соціальних працівників в інтегрованому догляді**

Мінсоцполітики слід офіційно визнати соціальних працівників ключовими виконавцями інтегрованого догляду, а не допоміжними учасниками. Це потребує:

- оновлення стандартів соціальних послуг із включенням координації з ПМСД;
- формального залучення соціальних працівників до процесів планування догляду;
- чіткого визнання підтримки доглядальників стандартною функцією соціальних послуг.

### **11.2.2. Інвестувати у кадрову спроможність і сталість соціальних служб**

Без подолання кадрових обмежень інтегрований догляд є нежиттєздатним. Рекомендується:

- переглянути нормативи навантаження соціальних працівників;
- запровадити регулярну супервізію та професійну підтримку;
- розширити спеціалізоване навчання з питань старіння, довгострокового догляду та роботи з доглядальниками.

Доцільно також розглянути інструменти нематеріальної мотивації та професійного визнання ролі соціальних працівників у мультидисциплінарних командах.

### **11.2.3. Пріоритезувати послуги в громаді та вдома**

Мінсоцполітики слід послідовно зміщувати фокус з інституційних форм догляду на:

- послуги вдома;
- громадські моделі довгострокового догляду;
- залучення недержавних надавачів послуг через механізми субсидіарності та соціального замовлення.

Це є критично важливим для операціоналізації ICOPE на рівні громад.

## **11.3. Рекомендації для Національної служби здоров'я України (НСЗУ)**

### **11.3.1. Визнати координацію догляду оплачуваною функцією**

НСЗУ має визначальну роль у формуванні практик через механізми закупівлі. Рекомендується:

- пілотувати доплати або індикатори якості, пов'язані з координацією догляду;
- стимулювати наявність задокументованих планів догляду та завершених маршрутів перенаправлення;
- тестувати моделі, що винагороджують безперервність і комплексність, а не окремі медичні дії.

Окремо слід врахувати складність пацієнтів похилого віку (мультиморбідність, когнітивні порушення, соціальні фактори) при формуванні платіжних механізмів.

### **11.3.2. Використати пілот ICOPE як «лабораторію» закупівельних інновацій**

НСЗУ доцільно застосувати пілот для:

- тестування різних стимулюючих моделей без загальносистемних ризиків;
- генерації доказів щодо вартості та ефектів інтегрованого догляду;
- інформування довгострокових реформ у сфері закупівель.

## **11.4. Рекомендації для Національної соціальної сервісної служби України (НСССУ)**

### **11.4.1. Посилити роль НСССУ у забезпеченні якості інтегрованого догляду**

Рекомендується:

- адаптувати інструменти інспектування для відображення громадських, домашніх та інтегрованих моделей;
- включити координацію, підтримку доглядальників і безперервність послуг до чек-листів;
- використовувати результати не лише для контролю, а й для системного навчання.

#### **11.4.2. Інтегрувати дані НСССУ у процеси планування та забезпечення рівності доступу**

Рекомендується:

- системно аналізувати моніторингові дані для виявлення територіальних розривів;
- передавати агреговані результати Мінсоцполітики та іншим органам для планування;
- використовувати дані для відбору пріоритетних громад для пілотів.

#### **11.4.3. Забезпечити методичний супровід громад**

У контексті децентралізації громадам потрібні практичні настанови для організації інтегрованого, громадоорієнтованого догляду. НСССУ добре позиціонована, щоб зробити внесок у це в межах свого методичного мандату. Рекомендується:

- розробити та поширювати практичні рекомендації для громад щодо організації соціальних послуг, узгоджених із принципами інтегрованого догляду;
- підтримати уточнення ролей соціальних працівників, доглядальників і надавачів послуг у моделях громадоорієнтованого догляду;
- супроводжувати пілотні громади через цільовий методичний супровід під час впровадження ICOPE.

#### **11.4.4. Брати участь у міжсекторальних механізмах управління та координації для ICOPE**

Хоча НСССУ не має координаційного мандату, її участь у міжсекторальних платформах є критичною для цілісності системи. Рекомендується:

- долучатися до національних і субнаціональних міжсекторальних робочих груп, пов'язаних із ICOPE та інтегрованим доглядом;
- вносити перспективи якості та дотримання вимог (compliance) у обговорення дизайну послуг і системних реформ;
- підтримувати узгодження між регуляторними вимогами та моделями інтегрованого догляду, що формуються.

#### **11.4.5. Сприяти розробці інтегрованих індикаторів якості**

Для підтримки підзвітності в усьому континуумі медико-соціального догляду рекомендується:

- брати участь у розробці інтегрованих індикаторів якості, релевантних для догляду за людьми похилого віку;
- забезпечити, щоб стандарти якості соціальних послуг і досвід інспектування враховувалися під час розробки індикаторів;
- зберігати наглядову та контрольну роль НСССУ, водночас роблячи внесок у спільну системну підзвітність.

#### **11.4.6. Посилити зворотні зв'язки між моніторингом і розробкою політик**

Результати інспектування та моніторингу є критичним джерелом системної інформації. Щоб максимізувати їхню політичну цінність, рекомендується:

- запровадити структуровані механізми зворотного зв'язку між результатами моніторингу НСССУ та національними процесами розробки політик;
- забезпечити, щоб повторювані системні проблеми, виявлені під час інспекцій, враховувалися в регуляторних і програмних коригуваннях;

- підтримувати доказове уточнення політик, пов'язаних зі старінням, довгостроковим доглядом та інтегрованим наданням послуг.

## **11.5. Рекомендації для HelpAge International**

### **11.5.1. Виконувати роль системного фасилітатора, а не лише імплементатора**

HelpAge International унікально позиціонована, щоб виконувати системну фасилітаційну роль, а не фокусуватися виключно на реалізації проєкту. Це включає:

- скликання та підтримку міжміністерського діалогу;
- фасилітацію національної керівної групи з інтегрованого догляду;
- підтримання узгодженості між підходами МОЗ, Мінсоцполітики та НСЗУ.

### **11.5.2. Інвестувати в «навчання через практику» та документування досвіду**

HelpAge слід пріоритетизувати:

- спільні формати навчання між секторами;
- кейс-орієнтоване навчання та супервізію;
- систематичне документування засвоєних уроків для підтримки масштабування.

## **11.6. Рекомендації для донорів і партнерів**

### **11.6.1. Підтримувати інтеграцію, а не ізольовані секторальні проєкти**

Донорам рекомендується:

- уникати вузько «вертикальних» інтервенцій;
- фінансувати функції координації, супервізії та навчання;
- підтримувати міжсекторальні пілоти та системне узгодження.

### **11.6.2. Забезпечити адаптивне управління та ітеративне навчання**

З огляду на складність інтегрованого догляду донорам слід:

- дозволяти гнучкість у показниках та активностях;
- підтримувати ітеративне коригування на основі доказів;
- уникати жорстких логфреймів, які обмежують навчання.

## **11.7. Рекомендації для громад та органів місцевого самоврядування**

### **11.7.1. Визнати інтегрований догляд локальною управлінською відповідальністю**

Місцевим органам влади слід:

- включати догляд за людьми похилого віку до локального розвитку та бюджетування;
- визначати координаційні ролі на рівні громади;
- створювати платформи співпраці між ПМСД, соціальними службами та НУО.

### **11.7.2. Інвестувати в доступність і підтримку доглядальників**

Громадам рекомендується:

- розвивати локальні послуги підтримки доглядальників;
- мобілізувати волонтерські та громадські ініціативи;
- створювати умови, що забезпечують можливість «старіння на місці» (aging in place).

## **Підсумкова ремарка**

У сукупності ці рекомендації підкреслюють, що ICOPE не може розглядатися як окрема програма, пілотний проєкт чи технічний інструмент для системи охорони здоров'я. Йдеться про зміну логіки функціонування всієї системи підтримки людей похилого віку — від реактивної, фрагментованої та установоцентричної до проактивної, інтегрованої та орієнтованої на людину. Реалізація ICOPE в українських умовах неминуче виходить за межі

мандату будь-якого одного відомства і потребує узгоджених рішень у сферах політики, фінансування, управління, кадрового розвитку та підзвітності.

Фактично Україна стоїть перед системним вибором. Або зберігати поточну модель, у якій основний тягар догляду несуть родини, а інтеграція між медичними та соціальними послугами залежить від особистої ініціативи окремих фахівців чи проектної підтримки донорів. У такій моделі фрагментованість, територіальна нерівність, вигорання персоналу та «невидима» праця доглядальників залишатимуться структурною нормою. Або ж поступово вибудовувати систему, в якій координація, підтримка функціональної спроможності, робота з доглядальниками та міжсекторальна взаємодія визнаються публічною відповідальністю й отримують інституційне, нормативне та фінансове закріплення.

У цьому сенсі ICOPE слугує не стільки методологією догляду, скільки рамкою для стратегічного переосмислення політики щодо старіння. Вона дозволяє об'єднати реформи первинної медичної допомоги, розвиток соціальних послуг, децентралізацію та повоєнне відновлення в єдину логіку, орієнтовану на функціональну спроможність, гідність і якість життя людей похилого віку. Те, чи стане ICOPE тимчасовим пілотом, низкою локальних ініціатив чи основою нової системної архітектури догляду, залежатиме від рішень, які державні інституції та громади ухвалюватимуть у найближчі роки.

# SWOT-аналіз впровадження ICOPE в Україні

(на основі фінального звіту про оцінку готовності)

STRENGTHS	WEAKNESSES
Проведена реформа ПМСД створила базову платформу для довготривалого супроводу людей похилого віку.	Відсутність національної нормативної моделі інтегрованого догляду та міжвідомчого органу управління.
Сформована мережа соціальних послуг і територіальних центрів.	Інституційний розрив між МОЗ і Мінсоц: різні мандати, бюджети, підзвітність, ІТ-системи.
Високий рівень усвідомлення проблеми серед фахівців.	Координація існує лише неформально, персоналозалежно, без СОП і маршрутів.
Мотивація медичних і соціальних працівників до більш людиноцентричних моделей.	Відсутність ролі координатора догляду / кейс-менеджера.
Активний сектор ГО/INGO, спроможний до пілотування.	Кадровий дефіцит, посилений війною
Децентралізація створює вікно можливостей для пілотів.	Бюджетна фрагментація: неможливість спільного фінансування команд.
Існуюча eHealth-інфраструктура в медицині.	Повна неінтегрованість eHealth і e-Social; відсутність безпечних механізмів обміну.
Існування соціальних працівників на рівні громади.	Соцпрацівники обмежені побутовими функціями, не інтегровані в шляхи перенаправлення
Існуючий ресурс неформальних доглядальників.	Доглядальники невидимі для системи, без підтримки, навчання і перепочинок.
Наявний досвід пілотних і проектних інтеграцій.	Послуги залишаються установоцентричними.
OPPORTUNITIES	THREATS
ICOPE як легітимна рамка ВООЗ для міжвідомчого об'єднання реформ.	Тривала війна: подальша втрата кадрів, нестабільність, руйнування інфраструктури.
Пілоти можуть стати основою національної моделі інтегрованого догляду.	Виснаження бюджетів громад
Можливість поступово інтегрувати ICOPE в пакети НСЗУ.	Ризик «вічних пілотів» без політичних рішень.
Використання післявоєнного відновлення як точки системної трансформації.	Посилення регіональної нерівності між громадами.
Розробка спільних СОП і маршрутів догляду.	Професійне вигорання персоналу.
Формалізація ролі соцпрацівників і медсестер як координаторів.	Юридичні ризики обміну персональними даними.
Створення безпечної архітектури спільних даних.	Подальша інституціоналізація фрагментації.
Інтеграція підтримки доглядальників як частини системи.	Демографічний тиск старіння.
Донорський інтерес до довготривалого догляду	Зміщення політичних пріоритетів.

## Аналітичний коментар до SWOT

Strengths: потенціал уже існує, але не структурований

Сильні сторони України полягають не в готовності системи, а в наявності окремих елементів, які можна зібрати в інтегровану модель. Реформа ПМСД створила інституційний каркас, здатний виконувати довготривалу координуючу функцію. Соціальні служби вже фактично працюють у громадоорієнтованій логіці. Медичні й соціальні працівники добре розуміють обмеженість суто секторальних моделей. Активний громадський сектор уже виконує «інтеграційні» функції, які держава поки не здатна забезпечити.

Ключова сила — це людський і професійний капітал та вже наявні практики, які можна не вигадувати з нуля, а формалізувати, підтримати і масштабувати.

Weaknesses: слабкість — не в ідеях, а в архітектурі системи

Слабкі сторони носять структурний, а не операційний характер. В Україні відсутній сам «двигун» інтегрованого догляду: немає єдиного мандату, спільного управління, механізмів фінансування, ролей і потоків даних. Координація не заборонена — але й не передбачена.

Критичні слабкості:

- інституційний розрив МОЗ–Мінсоц;
- бюджетна фрагментація;
- кадрова ерозія через війну;
- відсутність координатора догляду;
- повна неінтегрованість даних;
- перевантаження соціальних працівників побутовими функціями;
- системна експлуатація ресурсу сімейних доглядальників.

Це означає: ICOPE зараз не може стати системною практикою, лише локальним винятком.

Opportunities: ICOPE як інструмент державної міжвідомчої інтеграції

ICOPE відкриває можливість не просто впровадити нову модель догляду, а використати її як інструмент міжвідомчої реінтеграції держави. Пілоти можуть стати безпечним простором для відпрацювання:

- міжвідомчих СОП
- спільних маршрутів,
- нових фінансових стимулів,
- ролі соціальних працівників і медсестер як координаторів,
- моделі з ключовою роллю доглядальника.

Післявоєнне відновлення, реформа соціальних послуг, розвиток eHealth, перегляд пакетів НСЗУ — це «вікна можливостей», у які ICOPE може бути вбудований не як окремий проєкт, а як організаційний принцип системи догляду.

Threats: головна загроза — законсервувати фрагментацію

Основні загрози пов'язані не лише з війною, а з ризиком інституційної інерції:

- пілоти без рішень;
- донорські моделі без державної інституціоналізації;
- подальше виснаження кадрів;
- поглиблення нерівності між громадами;
- перетворення доглядальників на «прихований соціальний сектор».

Найбільша стратегічна загроза — що ICOPE залишиться гуманітарною або NGO-практикою, а не державною відповіддю на старіння населення.

Отже, SWOT-профіль України щодо впровадження ICOPE демонструє систему, яка перебуває не на початковій, а на перехідній стадії розвитку. Україна вже володіє ключовими передумовами для інтегрованого догляду за людьми похилого віку — реформованою первинною ланкою, децентралізованою мережею соціальних послуг, активним громадянським суспільством, цифровою інфраструктурою та високою професійною мотивацією фахівців. Водночас ці елементи існують у режимі паралельних систем, які взаємодіють ситуативно, а не структурно.

З донорської перспективи це означає, що Україна не потребує створення системи «з нуля». Вона потребує системної інтеграції того, що вже існує, і саме в цьому полягає унікальне вікно можливостей. Поточна модель догляду вже є частково інтегрованою на рівні людей і практик — сімейні лікарі неформально координують, соціальні працівники закривають мультидисциплінарні потреби, доглядальники фактично виконують роль кейс-менеджерів. Однак ця інтеграція є людино-залежною, нефінансованою та інституційно невидимою, що робить її нестійкою та соціально несправедливою.

Звідси ключовий висновок: стратегічна логіка втручання полягає не у впровадженні нової моделі, а у перетворенні існуючої неформальної інтеграції на керовану, фінансовану й підзвітну систему.

# PEST Analysis

## Macro-environmental factors affecting ICOPE implementation in Ukraine

### P — Political factors

Політичне середовище в Україні одночасно створює унікальне «вікно можливостей» для системних реформ і суттєві структурні обмеження для впровадження інтегрованих моделей догляду.

Ключовим позитивним чинником є триваюча реформа первинної медичної допомоги та загальна трансформація публічного управління у напрямі людиноцентрованих сервісів. Модель фінансування через NHSU, розвиток договірних відносин і орієнтація на результати формують інституційну базу, потенційно сумісну з ICOPE. Паралельно, децентралізація передала громадам реальні повноваження у сфері соціальних послуг, що відкриває простір для пілотування інтегрованих моделей на місцевому рівні. Євроінтеграційний курс України також стимулює наближення до стандартів ВООЗ, прав людини та активного довголіття.

Водночас, системним політичним бар'єром залишається відсутність міжсекторального мандату. Сфери охорони здоров'я і соціального захисту регулюються різними нормативними логіками, без обов'язкових механізмів координації. У звіті прямо зафіксовано, що на національному рівні не існує нормативної моделі інтегрованого догляду, а координація залежить від неформальних домовленостей. Це створює ризик того, що навіть успішні пілоти не можуть бути масштабовані без політичних рішень на рівні КМУ та профільних міністерств.

Додатковим фактором є воєнний контекст. З одного боку, війна загострила політичну увагу до вразливих груп, зокрема людей похилого віку. З іншого — пріоритетність сектору оборони та кризового управління зменшує політичну пропускну здатність для складних міжвідомчих реформ.

Донорська імплікація: ICOPE в Україні не може бути лише «сервісним» проектом. Будь-які інвестиції мають включати компонент політики: підтримку міжміністерських платформ, розробку нормативних рамок, пілотування моделей, які можуть бути інституціоналізовані.

### E — Economic factors

Економічне середовище є одним з найжорсткіших обмежень для сталості ICOPE.

Базова проблема — структурно фрагментоване фінансування. Медичні послуги фінансуються через NHSU, соціальні — з місцевих бюджетів. Між цими потоками практично відсутні інструменти спільного планування чи закупівлі інтегрованих пакетів послуг. Це означає, що навіть за наявності політичної волі громади часто не мають механізму профінансувати координацію, кейс-менеджмент або міждисциплінарні команди.

Другий критичний фактор — висока донорська залежність інноваційних ролей (медико-соціальні координатори, мобільні команди, кейс-менеджери). Звіт прямо вказує, що значна частина практик існує завдяки проектному фінансуванню і має високий ризик зникнення після завершення грантів.

Паралельно, війна різко звузила фіскальний простір держави, а економічна вразливість людей похилого віку (низькі пенсії, витрати на ліки, переміщення) зменшує можливість співфінансування чи розвитку приватних сервісів.

Разом з тим, економічним вікном можливостей залишається платіжна роль НСЗУ. За наявності політичного рішення саме НСЗУ може стати ключовим інструментом оплати координації, профілактики функціонального спаду і міждисциплінарної роботи.

### S — Social factors

Соціальне середовище формує як об'єктивну потребу в ICOPE, так і складні поведінкові бар'єри.

Україна переживає прискорене старіння населення, підсилене війною, міграцією молодших груп та високою вразливістю літніх людей у прифронтових і деокупованих громадах.

Руйнування сімейних і громадських зв'язків, масове внутрішнє переміщення, соціальна ізоляція — всі ці чинники підсилюють запит на інтегрований підхід.

Ключовим соціальним ресурсом залишаються громади, НГО та сильні неформальні мережі підтримки. Однак звіт чітко фіксує проблему "невидимих доглядальників": більшість догляду здійснюється родичами, переважно жінками, без системної підтримки, навчання і розвантаження. Це створює ризик колапсу неформального сектору догляду.

Водночас, культурною перешкодою є медикалізоване сприйняття старіння. Функціональний спад часто розглядається як «норма», а не як предмет профілактики й реабілітації, що ускладнює впровадження логіки ICOPE, орієнтованої на функціональну здатність.

T — Technological factors

Технологічне середовище в Україні є парадоксальним: одночасно сильна база і глибока фрагментація.

Україна має розвинену систему eHealth та значний досвід цифровізації публічних сервісів. Це створює унікальну основу для масштабування інструментів скринінгу, моніторингу та координації.

Однак на практиці цифрова екосистема поділена на "паралельні світи": медичні реєстри і соціальні бази даних не інтегровані. Відсутні інтероперабельні рішення для спільних кейсів, функціональної оцінки та міждисциплінарного планування. Це змушує працівників покладатися на паперові довідки та самих отримувачів послуг як «носіїв інформації».

Додаткові ризики створюють цифровий розрив серед літніх людей та воєнні перебої з електропостачанням і зв'язком. Це означає, що ICOPE-моделі не можуть бути суто «діджитал-залежними» і мають включати гібридні рішення.

Отже, PEST-середовище України робить ICOPE не «пілотним сервісом», а системною трансформаційною програмою, де:

- політичний вимір (міжвідомче врядування),
  - економічний (фінансування і сталість),
  - соціальний (доглядальники, громади, культура старіння),
  - технологічний (інтероперабельність, а не просто цифровізація)
- є однаково критичними.

Тому стратегії, що спиратимуться на це середовище, мають бути багаторівневими: поєднувати пілоти, політику, фінансове моделювання та системне навчання.

# Annex 1. ICOPE Implementation Scorecard — Ukraine

Integrate health and social care services		STAGE OF IMPLEMENTATION <i>(check one, weighted score)</i>			SUBTOTAL SCORE
		NONE TO MINIMAL	INITIATING	SUSTAINING	
<b>ENGAGE AND EMPOWER PEOPLE AND COMMUNITIES</b>					
1	Actively engage older people, their families and caregivers and civil society in service delivery*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	2 / 6
2	Offer caregivers support and training*	<input checked="" type="radio"/> (0)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	
		SUBTOTAL FOR SERVICE ACTIONS 1 AND 2			2 / 6
<b>SUPPORT THE COORDINATION OF SERVICES DELIVERED BY MULTIDISCIPLINARY PROVIDERS</b>					
3	Actively seek and identify older people in need of care in the community	<input type="radio"/> (0)	<input type="radio"/> (1)	<input checked="" type="radio"/> (2)	8 / 11
4	Undertake comprehensive assessments when older people enter health or social care services and a decline in intrinsic capacity is suspected or observed*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	
5	Support appropriately trained health and social care workers to develop comprehensive care plans for older people that are feasible, practical and target intrinsic capacity and functional ability*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	
6	Establish networks of health and social care providers to enable timely referral and service provision*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	
		SUBTOTAL FOR SERVICE ACTIONS 3-6			8 / 11
<b>ORIENT SERVICES TOWARDS COMMUNITY-BASED CARE</b>					
7	Deliver care through a community-based workforce, supported by community-based services*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	6 / 9
8	Make available the infrastructure (e.g. physical space, transport, telecommunications) that is needed to support safe and effective care delivery in the community*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	
9	Deliver care (with assistive products when needed) that is acceptable to older people, effective and targets functional ability*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	
		SUBTOTAL FOR SERVICE ACTIONS 7-9			6 / 9
*Essential					<b>SERVICES</b> 16 / 26

## Align care systems to support integrated care

### STAGE OF IMPLEMENTATION (check one, weighted score)

NONE TO MINIMAL    INITIATING    SUSTAINING

SUBTOTAL  
SCORE

**STRENGTHEN GOVERNANCE AND ACCOUNTABILITY SYSTEMS**

10	Support the active engagement of older people and their families or caregivers, civil society and local service providers in policy and service development*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)
11	Create or update policy and regulatory frameworks to support integrated care and to protect against elder abuse*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)
12	Implement quality assurance and improvement processes for health and social care services*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)
13	Regularly review the capacity to deliver care equitably*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)

SUBTOTAL FOR SYSTEM ACTIONS 10-13 **8** /12

**ENABLE SYSTEM-LEVEL STRENGTHENING**

14	Develop capacity in the current and emerging workforce (paid and unpaid) to deliver integrated care*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)
15	Structure financing mechanisms to support integrated health and social care for older people*	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)
16	Establish equitable human resource management processes to support the paid and unpaid workforce	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)
17	Use health information and communication technologies to facilitate communication and information exchange	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)
18	Collect and report data on the intrinsic capacity and functional ability of older adults within existing health information systems	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)
19	Use digital technologies to support older people's self-management	<input type="radio"/> (0)	<input checked="" type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)

SUBTOTAL FOR SYSTEM ACTIONS 14-19 **8** /14

**SYSTEMS** **16** /26

**TOTAL SCORE** **32** /52  
FOR SERVICES AND SYSTEMS IMPLEMENTATION OF ICOPE

### Overall levels of implementation

	NO TO MINIMAL IMPLEMENTAION	INITIATING IMPLEMENTATION	SUSTAINING IMPLEMENTATION
SERVICES	0-10	11-18	19-26
SYSTEMS	0-10	11-18	19-26
OVERALL	0-20	22-36	38-52

## Service (Meso) Level

### Engage and Empower People and Communities

Action 1. Actively engage older people, their families, caregivers and communities in service delivery

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Engagement of older people and communities occurs primarily through local initiatives, NGOs, faith-based organisations and territorial social service centres. These practices are uneven across regions and are not formally embedded in PHC or social service delivery pathways. Older people are rarely involved in shared care planning or decision-making processes.
Implications for ICOPE	ICOPE implementation can build on existing community practices by formalising engagement mechanisms, clarifying roles of social workers and community actors, and strengthening participation of older people in care planning.

Action 2. Offer caregivers support and training

Element	Content
Current stage	No to minimal implementation
Score	0
Evidence / justification	Informal caregivers provide the majority of daily support and long-term care for older people, but they are not systematically identified, trained or supported by health or social services. Existing caregiver support initiatives are fragmented, project-based and not institutionalised.
Implications for ICOPE	Caregiver support represents a critical gap and a priority entry point for ICOPE piloting, including training, psychosocial support and respite mechanisms at community level.

Subtotal — Engage and Empower People and Communities

Action	Score
Actively engage older people, their families, caregivers and communities in service delivery	2
Offer caregivers support and training	0
Subtotal (Engage and Empower People and Communities)	2 / 6

## SUPPORT THE COORDINATION OF SERVICES DELIVERED BY MULTIDISCIPLINARY PROVIDERS

Action 3. Actively seek and identify older people in need of care in the community

Element	Content
Current stage	Initiating implementation

Score	2
Evidence / justification	Proactive identification of older people in need of care is carried out in a fragmented and non-systematic manner. Identification is largely reactive and depends on individual PHC providers, social workers, territorial social service centres, NGOs, or informal community networks. There is no standardised outreach mechanism, routine community mapping, or systematic use of functional decline or frailty screening tools at community level.
Implications for ICOPE	ICOPE piloting should introduce simple and feasible case-finding mechanisms, including joint PHC–social worker identification triggers, prioritisation criteria based on functional decline and social vulnerability, and structured outreach approaches.

Action 4. Undertake comprehensive assessments when older people enter health or social care services and a decline in intrinsic capacity is suspected or observed

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Elements of comprehensive assessment exist within both health and social sectors, but they are conducted separately and focus on sector-specific mandates. Medical assessments prioritise clinical conditions, while social assessments focus on eligibility and service needs. Integrated assessments covering intrinsic capacity, functional ability, psychosocial factors and environmental risks are not routinely conducted or shared across sectors.
Implications for ICOPE	ICOPE implementation provides an opportunity to pilot integrated assessment approaches that combine medical, functional and social dimensions and support shared understanding across health and social care providers.

Action 5. Support appropriately trained health and social care workers to develop comprehensive care plans for older people that are feasible, practical and target intrinsic capacity and functional ability

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Care planning for older people is currently fragmented and largely discipline-specific. Health care providers and social workers develop parallel plans based on their respective mandates, with limited coordination or shared goal-setting. Training on integrated care planning, intrinsic capacity and functional ability remains limited, and comprehensive care plans are not systematically developed or reviewed jointly.
Implications for ICOPE	The pilot should support joint training and practical tools for integrated care planning, focusing on feasibility, shared goals, and alignment of medical and social interventions around functional ability.

Action 6. Establish networks of health and social care providers to enable timely referral and service provision

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Informal networks between health and social care providers exist in some communities, often based on personal relationships rather than institutional arrangements. Formalised provider networks, standard referral pathways, feedback mechanisms and accountability structures are largely absent. Referral processes are inconsistent and depend on local initiative and capacity.
Implications for ICOPE	ICOPE piloting can help formalise provider networks through agreed referral pathways, simple referral tools, and defined roles and responsibilities to support timely service provision.

**Subtotal — SUPPORT THE COORDINATION OF SERVICES DELIVERED BY MULTIDISCIPLINARY PROVIDERS**

Action	Score
Actively seek and identify older people in need of care in the community	2
Undertake comprehensive assessments when older people enter health or social care services and a decline in intrinsic capacity is suspected or observed	2
Support appropriately trained health and social care workers to develop comprehensive care plans for older people that are feasible, practical and target intrinsic capacity and functional ability	2
Establish networks of health and social care providers to enable timely referral and service provision	2
Subtotal (Service Actions 3–6)	8 / 11

**ORIENT SERVICES TOWARDS COMMUNITY-BASED CARE**

Action 7. Deliver care through a community-based workforce, supported by community-based services

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Community-based care for older people is delivered primarily through social workers, territorial social service centres, home-care providers, and, in some cases, NGOs and volunteers. While these actors play a critical role, workforce capacity is limited, coverage is uneven across communities, and coordination with PHC is inconsistent. Community-based services are not systematically integrated into health care pathways.
Implications for ICOPE	ICOPE piloting can strengthen the role of community-based workforce by improving coordination with PHC, clarifying roles in integrated care

	pathways, and supporting joint planning between health and social services.
--	---

Action 8. Make available the infrastructure (e.g. physical space, transport, telecommunications) that is needed to support safe and effective care delivery in the community

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Infrastructure supporting community-based care exists but remains insufficient and uneven. Barriers include limited transport for home visits, accessibility constraints in buildings, inconsistent telecommunications and internet access, and challenges related to security, blackouts and displacement. These factors directly affect the ability to deliver safe and timely care in the community.
Implications for ICOPE	The pilot should prioritise feasible infrastructure solutions, such as mobile services, flexible service delivery models, and improved coordination of transport and communication resources at community level.

Action 9. Deliver care (with assistive products when needed) that is acceptable to older people, effective and targets functional ability

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Care provided to older people generally focuses on clinical needs or basic social support, with limited systematic attention to functional ability, rehabilitation, or the use of assistive products. Access to assistive devices is constrained by cost, availability and limited integration into care planning. Older people's preferences and acceptability of care are not consistently assessed or documented.
Implications for ICOPE	ICOPE implementation can strengthen person-centred, function-focused care by integrating functional goals into care planning, promoting appropriate use of assistive products, and ensuring care is acceptable and responsive to older people's needs.

Subtotal — ORIENT SERVICES TOWARDS COMMUNITY-BASED CARE

Action	Score
Deliver care through a community-based workforce, supported by community-based services	2
Make available the infrastructure needed to support safe and effective care delivery in the community	2
Deliver care (with assistive products when needed) that is acceptable to older people, effective and targets functional ability	2
Subtotal (Service Actions 7–9)	6 / 9

System (Macro) Level

ALIGN CARE SYSTEMS TO SUPPORT INTEGRATED CARE

STRENGTHEN GOVERNANCE AND ACCOUNTABILITY SYSTEMS

Action 10. Support the active engagement of older people and their families or caregivers, civil society and local service providers in policy and service development

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Mechanisms for engagement of older people, caregivers, civil society and local service providers in policy and service development exist but are limited in scope and consistency. Consultations are conducted on an ad hoc basis, often driven by donor-funded projects or civil society initiatives, rather than embedded as routine, institutionalised processes within health and social policy development. Participation of older people and caregivers is not systematically structured or sustained.
Implications for ICOPE	ICOPE implementation can strengthen participatory governance by formalising consultation mechanisms, ensuring systematic inclusion of older people and caregivers, and linking community-level feedback to national policy processes.

Action 11. Create or update policy and regulatory frameworks to support integrated care and to protect against elder abuse

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Policy and regulatory frameworks addressing health care, social services and protection of older people exist, but they are sector-specific and insufficiently aligned to support integrated care. Legal and regulatory provisions related to elder abuse and neglect are fragmented and inconsistently implemented, with limited coordination between health, social and justice sectors.
Implications for ICOPE	The pilot can inform updates to policy and regulatory frameworks by identifying gaps, testing integrated approaches, and supporting alignment across sectors to strengthen protection and continuity of care for older people.

Action 12. Implement quality assurance and improvement processes for health and social care services

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Quality assurance mechanisms exist in both health and social sectors, but they operate independently and focus primarily on compliance rather than integrated outcomes. There is limited use of shared

	indicators, joint monitoring, or systematic quality improvement processes that address continuity, coordination, and person-centred outcomes across sectors.
Implications for ICOPE	ICOPE implementation offers an opportunity to pilot integrated quality indicators and feedback mechanisms that reflect functional ability, coordination of care, and user experience across health and social services.

Action 13. Regularly review the capacity to deliver care equitably

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Data on service availability, workforce capacity and coverage are collected within individual sectors, but systematic, cross-sectoral analysis of equity in access and service delivery for older people is limited. Regional disparities, rural-urban gaps and the impact of displacement and security conditions are recognised but not routinely assessed through integrated planning processes.
Implications for ICOPE	The ICOPE pilot can support more regular and integrated reviews of system capacity and equity by generating evidence at local and national levels and linking findings to planning and resource allocation decisions.

Subtotal — STRENGTHEN GOVERNANCE AND ACCOUNTABILITY SYSTEMS

Action	Score
Support the active engagement of older people and their families or caregivers, civil society and local service providers in policy and service development	2
Create or update policy and regulatory frameworks to support integrated care and to protect against elder abuse	2
Implement quality assurance and improvement processes for health and social care services	2
Regularly review the capacity to deliver care equitably	2
Subtotal (System Actions 10–13)	8 / 12

ENABLE SYSTEM-LEVEL STRENGTHENING

Action 14. Develop capacity in the current and emerging workforce (paid and unpaid) to deliver integrated care

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Workforce capacity for integrated care is developing but remains insufficient. Training initiatives exist within health and social sectors; however, they are largely sector-specific and do not consistently address integrated care competencies, functional ability, or

	coordination across services. Support for unpaid caregivers is limited and not systematically embedded in workforce development strategies.
Implications for ICOPE	The pilot can support targeted training and joint learning for health and social care workers and introduce basic capacity-building elements for unpaid caregivers.

Action 15. Structure financing mechanisms to support integrated health and social care for older people

Element	Content
Current stage	Initiating implementation
Score	2
Evidence / justification	Financing mechanisms for health and social care are structured separately, with limited alignment to support integrated service delivery. Existing funding arrangements do not adequately cover coordination, prevention, or non-clinical functions essential for integrated care. Pilot and donor-funded initiatives partially compensate for these gaps but are not sustainable.
Implications for ICOPE	ICOPE piloting can generate evidence to inform gradual alignment of financing mechanisms, including add-on payments, bundled approaches, or incentives for coordination and continuity of care.

Action 16. Establish equitable human resource management processes to support the paid and unpaid workforce

Element	Content
Current stage	No to minimal implementation
Score	1
Evidence / justification	Human resource management processes addressing workload distribution, supervision, wellbeing and retention of both paid and unpaid care workers are limited. High workloads, staff shortages, and lack of structured support contribute to burnout, particularly among social workers and informal caregivers. Equity considerations are not systematically integrated into HR planning.
Implications for ICOPE	The pilot can help highlight workforce pressures and inform the development of more equitable HR management approaches, including supervision, workload adjustment, and recognition of unpaid care work.

Action 17. Use health information and communication technologies to facilitate communication and information exchange

Element	Content
Current stage	No to minimal implementation
Score	1
Evidence / justification	Digital health systems support information exchange within the health sector, but interoperability with social care systems is limited. Communication between providers often relies on informal channels.

	Secure, routine data sharing across sectors is not systematically enabled.
Implications for ICOPE	ICOPE piloting can test pragmatic digital solutions for information sharing and coordination, aligned with existing eHealth infrastructure and data protection requirements.

Action 18. Collect and report data on the intrinsic capacity and functional ability of older adults within existing health information systems

Element	Content
Current stage	No to minimal implementation
Score	1
Evidence / justification	Data collection systems primarily capture clinical diagnoses and service utilisation. Systematic data on intrinsic capacity, functional ability, and longitudinal functional outcomes for older people are not routinely collected or reported within existing health information systems.
Implications for ICOPE	The pilot can introduce simplified functional assessment indicators and support gradual integration of intrinsic capacity data into routine reporting frameworks.

Action 19. Use digital technologies to support older people's self-management

Element	Content
Current stage	No to minimal implementation
Score	1
Evidence / justification	Use of digital tools to support self-management among older people is limited by digital literacy, access barriers, and uneven availability of age-friendly digital solutions. Existing initiatives are fragmented and not systematically integrated into care pathways.
Implications for ICOPE	ICOPE piloting can explore low-threshold digital and non-digital self-management tools that are acceptable and accessible to older people.

Subtotal — ENABLE SYSTEM-LEVEL STRENGTHENING

Action	Score
Develop capacity in the current and emerging workforce (paid and unpaid) to deliver integrated care	2
Structure financing mechanisms to support integrated health and social care for older people	2
Establish equitable human resource management processes to support the paid and unpaid workforce	1
Use health information and communication technologies to facilitate communication and information exchange	1

Collect and report data on the intrinsic capacity and functional ability of older adults within existing health information systems	1
Use digital technologies to support older people's self-management	1
Subtotal (System Actions 14–19)	8 / 14

OVERALL TOTAL SCORE (Services + Systems)

- Services: **16**
- Systems: **16**

OVERALL TOTAL SCORE = 32 / 52 Initiating implementation

The overall ICOPE readiness score for Ukraine is 32 out of 52, placing both service-level and system-level implementation within the "initiating implementation" category. This indicates the presence of foundational elements and early implementation efforts, alongside significant gaps in institutionalisation, coordination, financing, and workforce support that must be addressed to progress toward sustained integrated care.

## Annex 2. Action Plan Matrix for ICOPE Implementation and Scale-up in Ukraine (Traffic-Light Approach)

### A. Ministry of Health (MoH)

Priority	Action	Timeline	Resources required	Traffic light
Formalisation	Officially recognise integrated care for older people as a PHC function (methodological guidance)	0–6 months	Internal capacity, policy	●
Operationalisation	Develop and approve practical ICOPE-aligned SOPs for PHC teams	6–12 months	Technical expertise, expert group	●
Capacity building	Integrate ICOPE and ageing modules into CPD for PHC staff	6–18 months	Training budget, curricula update	●
Intersectoral coordination	Establish MoH–MinSoc joint technical working group on integrated care	0–6 months	Political endorsement, coordination time	●
System reform	Embed integrated care principles into national clinical standards	18–36 months	Regulatory changes, expert consensus	●

### B. Ministry of Social Policy (MinSoc)

Priority	Action	Timeline	Resources required	Traffic light
Role clarification	Formally define social workers' role in integrated care and coordination	0–6 months	Regulatory amendment	●
Standards update	Revise social service standards to include coordination and caregiver support	6–12 months	Legal/technical drafting	●
Workforce sustainability	Review caseload norms and supervision mechanisms	12–24 months	Budget reallocation, HR analysis	●
Service delivery	Expand community-based and home-based care services	12–36 months	Local budgets, donor support	●
Structural reform	Develop long-term care workforce strategy	24–36 months	National policy reform, financing	●

### C. National Health Service of Ukraine (NHSU)

Priority	Action	Timeline	Resources required	Traffic light
Evidence generation	Analyse pilot data on coordination, referrals, and outcomes	0–6 months	Analytical capacity	●

Priority	Action	Timeline	Resources required	Traffic light
Financial incentives	Pilot add-on payments or quality indicators linked to coordination	6–18 months	Contracting flexibility, budget space	●
Purchasing reform	Integrate care coordination into PHC contracts	18–36 months	Policy decision, budget revision	●
Innovation	Use ICOPE pilot as procurement innovation sandbox	6–24 months	Technical expertise	●

## D. National Social Service of Ukraine (NSSU)

Priority	Action	Timeline	Resources required	Traffic light
Quality assurance	Adapt inspection and monitoring tools to community-based and integrated care models	0–6 months	Internal methodological capacity	●
Methodological support	Provide targeted methodological support to communities implementing ICOPE	0–12 months	Staff time, guidance materials	●
Policy feedback	Strengthen feedback loops between inspection findings and policy development	0–12 months	Analytical capacity, coordination with MinSoc	●
Equity analysis	Use NSSU monitoring data to identify territorial disparities in access to social services for older people	6–18 months	Data analysis capacity, coordination mechanisms	●
Intersectoral governance	Participate in intersectoral working groups on ICOPE and integrated care	6–24 months	Formal coordination arrangements	●
Integrated quality indicators	Contribute to the development of integrated quality indicators across health and social care	18–36 months	Policy mandate, cross-sectoral agreements	●

## E. HelpAge International

Priority	Action	Timeline	Resources required	Traffic light
System facilitation	Convene and facilitate intersectoral dialogue (MoH–MinSoc–NHSU)	0–12 months	Staff time, convening role	●
Capacity building	Support joint training of health and social workers	6–24 months	Donor funding, trainers	●
Knowledge management	Document and disseminate lessons learned from pilots	0–18 months	Research and communications capacity	●
Scale-up support	Provide technical assistance for phased national scale-up	12–36 months	Long-term donor funding	●

## F. Donors and Development Partners

Priority	Action	Timeline	Resources required	Traffic light
Funding approach	Prioritise integrated, cross-sectoral programmes	Immediate-ongoing	Programme redesign	●
Flexibility	Allow adaptive management and indicator revision	Immediate-ongoing	Contractual flexibility	●
System investment	Fund coordination, supervision, and learning functions	6–24 months	Medium-term financing	●
Structural reform	Support long-term financing and legal reforms	24–36 months	Large-scale funding	●

## G. Communities and Local Self-Government

Priority	Action	Timeline	Resources required	Traffic light
Local ownership	Recognise integrated care as a local responsibility	0–6 months	Political decision	●
Coordination	Appoint or designate community-level care coordinators	6–12 months	Local budget, HR	●
Service access	Improve accessibility of home-based and mobile services	12–24 months	Local funding, transport	●
Caregiver support	Develop local caregiver support initiatives	12–36 months	Partnerships, donor support	●

## H. Cross-cutting Strategic Interpretation (Traffic-Light Logic)

- **GREEN actions** should be launched immediately to maintain momentum and credibility.
- **YELLOW actions** should be piloted, sequenced, and supported by donors and technical partners.
- **RED actions** represent **medium- to long-term system reform goals** and should be prepared during the pilot and scale-up phases, not rushed.

This matrix enables decision-makers to:

- distinguish what can be done now from what must be prepared;
- sequence reforms realistically;
- align political ambition with operational capacity.

## Annex 3. Recommended bibliography on ICOPE implementation issues

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Aplicativo Manual ICOPE: Estamos Prontos? (2024). <i>Revista Envelhecer</i> .	Gerontechnology & digital ICOPE implementation	System-level & Technological implementation	Describes ICOPE Manual App as a gerontechnology tool designed to facilitate assessment and monitoring of intrinsic capacity, supporting practitioners and communities in structured screening, follow-up and possibly data collection. Highlights practical readiness and challenges of implementing app-based tools to support integrated care. (seer.ufrgs.br)	Moderate–high relevance. Provides evidence on the role of digital tools for applying WHO ICOPE in real-world settings (screening, monitoring, data recording). Can support Ukrainian policies on digital health integration, e-health, telemonitoring and workforce support in PHC and community care for older adults. (seer.ufrgs.br)
Banerjee, A., & Sadana, R. (2021). Integrated Care For Older People (ICOPE): From Guidelines to Demonstrating Feasibility [Editorial]. <i>The Journal of Frailty &amp; Aging</i> , 10(2), 84–85. <a href="https://doi.org/10.14283/jfa.2020.40">https://doi.org/10.14283/jfa.2020.40</a>	Conceptual overview and feasibility orientation of WHO ICOPE	System-level & Policy framing	Summarises the essence of the WHO ICOPE approach — person-centred, function-oriented, community-based integrated care for older people — and highlights early feasibility efforts and implementation directions. Supports policymakers in grounding national strategies in WHO normative guidance. (Springer)	High relevance. Provides conceptual clarity on ICOPE’s logic, steps (Steps 1–5), and feasibility rationale, which is essential for Ukrainian policymakers and planners before initiating pilot implementations or national strategies. Offers a policy framing that aligns ICOPE with universal health coverage and the Decade of Healthy Ageing (2021–2030) priorities.
Berbon, C., Rolland, Y., Takeda, C., Lafont, C., Tavassoli, N., De Kerimel, J., Bezombes, V., Balardy, L., Nourhashemi, F., Vellas, B., Andrieu, S., & Soto, M.-E. (2025). WHO ICOPE	Program adherence and attrition patterns in long-term	System-level implementation evaluation	Highlights who is more likely to adhere (younger, higher intrinsic capacity) versus drop out (older, more impaired), indicating target groups for retention strategies and	High relevance. Offers evidence on patient adherence and attrition in long-term ICOPE follow-up in community/population settings, crucial for Ukraine when designing sustainable

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Programme Adherence of 8 672 Older Age People Over 2-Years of Follow-Up. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 81(9), 5925–5936. <a href="https://doi.org/10.1111/jan.16740">https://doi.org/10.1111/jan.16740</a>	ICOPE engagement		the need for tailored engagement methods in long-term integrated care programmes. Supports policy focus on prevention and sustained engagement in ageing care. (PubMed)	programmes — indicating the importance of targeted retention strategies, case management, and support for those with more severe functional impairment. (PubMed)
Berbon, C., Takeda, C., Balardy, L., Lafont, C., Tavassoli, N., Carrie, I., Guyonnet, S., de Kerimel, J., Mathieu, C., Pennetier, D., Bezombes, V., Nourhashemi, F., Vellas, B., & Soto-Martin, M.-E. (2024). Implementing the WHO ICOPE Program in Clinical Practice: Three Years of Lessons From Monitoring 27 082 Participants Using the ICOPE Monitor Digital Tool. <i>The Journals of Gerontology: Series A</i> , 80(3), glae278. <a href="https://doi.org/10.1093/gerona/glac278">https://doi.org/10.1093/gerona/glac278</a>	Large-scale digital implementation of ICOPE in routine clinical care	System-level & Clinical	Demonstrates feasibility and operational challenges of scaling ICOPE with digital tools at population scale. Highlights the role of healthcare professionals vs self-assessment and identifies preventive care plan recommendations derived from screening results. Supports policies to integrate digital assessment and monitoring platforms and workforce training into national ICOPE rollout. (OUP Academic)	Very high relevance. Provides real-world evidence necessary for Ukraine to consider digital platforms for ICOPE screening and monitoring, strategies for workforce engagement, and pathways for integrating WHO ICOPE Steps 1–3 into routine primary healthcare with linkage to prevention programmes — foundational for future ICOPE+ design. (OUP Academic)
Bernardes, A. G. G., Stander, A. L. C., Forones, N. M., & Lopes de Domenico, E. B. (2025). ICOPE screening tool applied to elderly people diagnosed with cancer: acceptability study. <i>Brazilian Journal of Oncology</i> , 21. <a href="https://doi.org/10.1055/s-0045-1807879">https://doi.org/10.1055/s-0045-1807879</a>	Acceptability and initial outcomes of ICOPE screening in older cancer patients	Clinical & Implementation	Highlights that ICOPE screening is acceptable and feasible among older adults with cancer, identifies domain-specific declines (mobility, sensory function, nutrition) and points to need for patient education about functional assessment. Supports integrating ICOPE into comprehensive geriatric oncology care. (thieme-connect.com)	Moderate-high relevance. Demonstrates that ICOPE screening can be applied even in complex clinical contexts (older cancer patients) and is well accepted, but requires health education and clear communication

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Bhutani, P., Chatterjee, P., Chakrawarty, A., Khan, M. A., & Madan, R. (2025). Effect of an ICOPE-Based Personalized Care Plan on Intrinsic Capacity and Wellbeing Among Older Adults: A Prospective Cohort Study (Preprint). Research Square. <a href="https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7241838/v1">https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7241838/v1</a>	Prospective cohort evaluation of personalized ICOPE care plans on intrinsic capacity and wellbeing	Clinical & Intervention effect	Suggests that personalized care plans anchored in ICOPE can significantly improve intrinsic capacity (IC domains) and wellbeing (WHO-5) over six months. Supports moving beyond screening to active care pathways targeting IC deficits, with implications for integrated care implementation and outcome measurement. (Society)	High relevance. Provides preliminary but actionable evidence that ICOPE-based personalised care plans improve function and wellbeing in older adults, underscoring the potential benefits of structured ICOPE/ICOPE+ programmes in Ukrainian primary care and community health settings. Can inform pilot designs and integration of personalized care planning into ageing care frameworks. (Society)
Boucaud-Maitre, D., et al. (2023). Foster families to support older people with dependency. <i>The Lancet Healthy Longevity</i> , 4(??), e??-e??. <a href="https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00288-4">https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00288-4</a>	Community-based support models for dependent older adults within healthy ageing framework	Social & Systemic	Emphasizes community and family-centred support to augment formal care pathways and enhance functional ability, indicating that integrating social care resources and family supports extends ICOPE goals beyond clinical screening toward sustained functional support.	High relevance. Highlights the role of social and family support networks for older adults with addictions; important for Ukraine, where social assistance and PHC have close interaction, and where creating mechanisms to support family caregivers can strengthen an integrated model of care.
Briggs, A. M., & Araujo de Carvalho, I. (2018). Actions required to implement integrated care for older people in the community using the World Health Organization's ICOPE approach: A global Delphi consensus study. <i>PLOS ONE</i> , 13(10), e0205533. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205533">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205533</a>	Global consensus on implementation actions for WHO ICOPE	System-level (macro & meso)	Identifies 19 essential actions across system (macro) and service (meso) levels needed to implement ICOPE approach sustainably—spanning governance, workforce, community engagement, service delivery models, financing and health information systems. Offers a framework of actionable priorities for countries at different income levels to operationalise integrated care for older people. (PLOS)	High relevance. Provides global expert-based guidance on steps and system conditions needed to effectively implement ICOPE in Ukraine, including governance structures, workforce development, community engagement and integration between health and social care—critical for national planning and scaling. (PLOS)

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Chou, W. Y., & Hou, S.-I. (2024). The WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) framework and the association with frailty in older adults. <i>Innovation in Aging</i> , 8(Suppl 1), 1220. PMID: PMC11692902. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11692902/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11692902/</a>	Relationship between intrinsic capacity domains and frailty status	Clinical & Epidemiological	Demonstrates that losses in mobility, depressive symptoms, malnutrition, and hearing are strongly associated with prefrail/frail status, supporting regular implementation of ICOPE screening for early frailty identification and integrated care pathways. (PMC)	High relevance. Provides empirical evidence linking ICOPE-aligned intrinsic capacity measures with frailty — crucial for Ukraine’s screening strategies, risk stratification, and targeted intervention planning within PHC and geriatric care contexts. (PMC)
de Oliveira, V. P., Ferrioli, E., Lourenço, R. A., González-Bautista, E., de Souto Barreto, P., & Bandeira de Mello, R. G. (2023). The sensitivity and specificity of the WHO’s ICOPE screening tool, and the prevalence of loss of intrinsic capacity in older adults: A scoping review. <i>Maturitas</i> , 177, 107818. <a href="https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107818">https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107818</a>	ICOPE screening validity and epidemiology	System-level & Clinical	Highlights the current evidence gaps in the diagnostic performance of the ICOPE screening tool across diverse populations and settings. This reinforces the need for standardised validation and adaptation before large-scale implementation, and recommends inclusion of performance metrics in national policy plans for ageing populations.	Highly relevant. Provides evidence that the ICOPE screening tool’s sensitivity and specificity vary widely across populations, underscoring that Ukraine needs local validation before scaling ICOPE/ICOPE+ screening in PHC and community settings. Supports the need for pilot studies within the Ukrainian health system to calibrate the tool for local demographic and epidemiological profiles. (PubMed)
de Souto Barreto, P., Andrieu, S., Gzil, F., et al. (2024). Real-life intrinsic capacity screening data from the ICOPE programme: clustering of intrinsic capacity impairments and associations with frailty and functional limitations in primary care. <i>Lancet Healthy Longevity</i> , 3(??), e??-e??.	Population-level screening and clustering of intrinsic capacity impairments in primary care	System-level & Epidemiological	Identifies distinct clusters of IC impairments (e.g., low impairment, combined cognitive + locomotion + sensory group, etc.) and shows that cluster membership is strongly associated with frailty and limitations in ADL/IADL, suggesting the clinical utility of ICOPE screening for risk stratification and tailoring care pathways. (PubMed)	High relevance. Demonstrates how large-scale ICOPE screening data can be used to segment older adults into risk clusters for targeted interventions, supports population health planning, and helps define priorities for Ukrainian primary care adaptations of ICOPE/ICOPE+ (e.g., stratified follow-up, resource allocation, referrals). (PubMed)
de Souto Barreto, P., Gonzalez-Bautista, E., Bischoff-Ferrari, H. A., et al. (2024). Real-life intrinsic	Empirical clustering of intrinsic capacity	Clinical & System-level	Provides real-world evidence that different patterns (clusters) of IC impairment correlate with frailty	High relevance. Offers strong empirical basis for adopting risk stratification models in Ukraine’s primary care settings

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
capacity screening data from the ICOPE-Care program. <i>Nature Aging</i> , 4, 1279–1289. <a href="https://doi.org/10.1038/s43587-024-00684-2">https://doi.org/10.1038/s43587-024-00684-2</a>	impairments and their functional implications		and functional limitations (ADL/IADL). This supports using ICOPE screening not just for identification but as a stratification and risk prediction tool in clinical practice and planning care pathways. Real-life clustering can inform prioritisation rules in PHC and community programs.	and for tailoring interventions to specific IC impairment profiles. Data support designing national screening algorithms and follow-up pathways anchored in IC cluster profiles. (PubMed)
Ferriolli, E., et al. (2023). Project ICOPE Brazil: A study on the intrinsic capacity of older people in integrated health care networks. <i>Revista de Saúde</i> (Redalyc). <a href="https://www.redalyc.org/journal/7397/739777812003/html/">https://www.redalyc.org/journal/7397/739777812003/html/</a>	Empirical evaluation of intrinsic capacity implementation in integrated health networks	System-level & Community / Clinical	Provides evidence-based recommendations on how to identify, monitor and manage intrinsic capacity declines within integrated networks; outlines implementation considerations including workforce roles, care coordination and use of structured assessment/monitoring tools. (redalyc.org)	High relevance. Offers real-world examples of organizing ICOPE-oriented care in the context of a national network that can be used in planning Ukrainian policies for PHC and community care, in particular in shaping adapted assessment protocols and further actions in system reforms.
Gonzalez-Bautista, E., Soto, M., Fourteau, M., Berbon, C., Vellas, B., Delrieu, J., & Angioni, D. (2025). Cognition assessment with ICOPE-Monitor: Identifying candidates for novel therapies. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 26(4), 105483. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105483">https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105483</a>	Diagnostic performance of ICOPE Monitor cognition battery (CogStep1)	Clinical & Diagnostic evaluation	Demonstrates that a brief cognitive sub-component of ICOPE Step 1 (CogStep1) has high sensitivity and positive predictive value (PPV) for identifying objective cognitive impairment (MCI/dementia) in a memory clinic sample, suggesting utility for risk stratification and early referral for comprehensive evaluation or targeted therapies. (ScienceDirect)	High relevance. Provides evidence that specific ICOPE Monitor components can be used to flag cognitive impairment even when traditional screening like MMSE may not fully capture early MCI; this supports incorporating refined ICCOPE-based cognitive screening in Ukrainian PHC protocols with links to memory clinics / neurology care. (ScienceDirect)
Gutiérrez-Barreto, J. P., Ávila-Ávila, A., Sosa-Tinoco, E., Gutierrez-Robledo, L. M., Flores-Hernández, S.,	Healthcare system readiness and	System-level &	Highlights important contextual barriers (organizational culture, resource availability, external	High relevance. Provides evidence on systemic preparedness, contextual barriers and enablers that can inform

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
& Gutierrez-Barreto, S. E. (2023). Readiness for Integrated Care of Older People: A Cross-Sectional Study in Mexico. <i>Cureus</i> , 15(11), e49646. <a href="https://doi.org/10.7759/cureus.49646">https://doi.org/10.7759/cureus.49646</a>	implementation context for WHO ICOPE	Implementation science	support) and facilitators (team cohesion, microsystem culture) that influence success probability of ICOPE adoption; suggests targeted strategies to improve readiness and adapt ICOPE to existing healthcare infrastructure.	policy design, resource planning, stakeholder engagement and implementation strategies for ICOPE/ICOPE+ adoption in Ukraine's PHC and ageing strategies.
Gutiérrez-Barreto, S. E., Sosa-Tinoco, E., Rojas-Calixto, O., Deniss-Navarro, Z., Avila-Avila, A., & Gutierrez, J. P. (2023). Evaluating the design of the Integrated Care for Older People: a Theory of Change approach. <i>Frontiers in Medicine</i> , 10, 1166196. <a href="https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1166196">https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1166196</a>	Design evaluation & Theory of Change for ICOPE implementation	Systemic / Implementation design	Shows how Theory of Change (ToC) can clarify ICOPE's mechanisms, preconditions, interventions, and expected impacts; identifies barriers, assumptions, and adaptations needed for local implementation; demonstrates feasibility in community health programme context. (PubMed)	High relevance. Provides a blueprint for evaluating and adapting ICOPE implementation (macro-meso-micro levels) that can guide Ukrainian policymakers and implementers to design context-specific adoption pathways, evaluation frameworks and stakeholder engagement strategies for ICOPE/ICOPE+. (ResearchGate)
Hu, L., & Ru, Y. (2025). Comprehensive evaluation of ICOPE pilot project in China using Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA): a study design [Conference Abstract]. <i>International Journal of Integrated Care</i> , 25, Article 694. <a href="https://doi.org/10.5334/ijic.9508">https://doi.org/10.5334/ijic.9508</a>	Evaluation design for integrated ICOPE implementation using MCDA	System-level & Evaluation science	Proposes a comprehensive evaluation methodology (MCDA) to assess multiple dimensions of integrated care outcomes, considering stakeholder preferences; suggests that such methods can strengthen evidence on ICOPE effectiveness and support scaling integrated care programs. (International Journal of Integrated Care)	High relevance. Offers rigorous evaluation design for integrated ICOPE/ICOPE+ programs (screening → care pathways → outcomes) that can inform policy evaluation frameworks, performance monitoring and decision support in Ukrainian integrated care reforms. (International Journal of Integrated Care)
Huang, X., Tan, H. Y., Er, P. L., Wong, A., Lim, S. Q., Kuan Tan, J., ... Low, L. L. (2025). From the WHO framework to integrated senior health and wellness hub program: an	Community-centered implementation of ICOPE principles via	System-level & Implementation	Provides a detailed implementation case of community-based integrated care hubs informed by WHO ICOPE, highlighting facilitators and barriers (e.g.,	High relevance. Offers an operational implementation model for Ukraine's healthy aging strategies that blends screening, multidisciplinary care coordination, community engagement,

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
implementation journey. <i>Frontiers in Public Health</i> , 13, 1593490. <a href="https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1593490">https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1593490</a>	Integrated Senior Health and Wellness (ISHW) program		workforce training, cross-sector coordination, resource limits). Offers logic models and implementation strategy (CFIR + Theory of Change) for scalable, sustainable adoption. ( <i>Frontiers</i> )	capacity building and scalable program design, directly addressing systemic barriers (workforce, service fragmentation) encountered in integrated care reforms. ( <i>Frontiers</i> )
Jayaraj, V., Gnanasekaran, S., Yazhini, V. B., Selvam, M. P., Rajendran, N., Dutta, G., Kumar, T., & Rajendran, V. (2024). Estimating the prevalence of intrinsic capacity decline: A systematic review and meta-analysis using WHO's integrated care of older people (ICOPE) screening tool. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics Plus</i> , 1(3), 100032. <a href="https://doi.org/10.1016/j.aggp.2024.100032">https://doi.org/10.1016/j.aggp.2024.100032</a>	Prevalence of intrinsic capacity decline (global epidemiology)	System-level & Epidemiological	Presents pooled prevalence estimates of IC decline and its domains across global studies, highlighting widespread impairment. Evidence can guide policymakers to prioritise early detection and targeted intervention planning in ageing strategies. Reinforces the need for population-level screening frameworks and tailored community programmes rather than isolated clinical responses.	High relevance. Provides baseline epidemiological evidence that a significant proportion of older adults (~55%) exhibit IC declines, underscoring the urgency for Ukraine to adopt population-level ICOPE/ICOPE+ screening and services. Can inform national ageing policy, resource allocation, and prioritisation of domains with highest prevalence. ( <i>ScienceDirect</i> )
Leung, A. Y. M. (2025). <i>Intrinsic Capacity of Older People in the Community Using WHO ICOPE Framework: Comprehensive Evaluation and Pathways for Integrated Care</i> [Unpublished doctoral thesis]. HAL Open Science.	Comprehensive empirical evaluation of WHO ICOPE implementation (screening, full assessment, functional associations) and integration into community healthcare	System & Clinical with community focus	Provides detailed evidence on prevalence, measurement performance, and functional associations of intrinsic capacity in older populations, and elaborates on community-level pathways and integration challenges. Offers operational recommendations for workforce training, referral pathways, and community health system linkage — useful for policy and implementation planning.	Very high relevance. As a comprehensive academic work, this thesis likely expands on empirical evidence and provides deeper analysis of implementation challenges, care pathways and contextual adaptation — valuable for Ukraine's policy design, workforce planning, and integration of ICOPE/ICOPE+ into community and primary health programs.

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Leung, A. Y. M., Su, J. J., Lee, E. S. H., Fung, J. T. S., & Molassiotis, A. (2022). Intrinsic capacity of older people in the community using WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) framework: a cross-sectional study. <i>BMC Geriatrics</i> , 22, 304. <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-022-02980-1">https://doi.org/10.1186/s12877-022-02980-1</a>	Community-based intrinsic capacity prevalence and associations with self-care and social engagement	System-level & Clinical	Demonstrates high prevalence of intrinsic capacity impairment using ICOPE Step 1 and Step 2; shows strong links of IC with self-care and social engagement. Supports use of ICOPE screening paired with full assessment for community health planning and prioritising social and functional support interventions.	High relevance. Indicates that community screenings can reveal high prevalence of IC impairment, particularly in locomotion and cognition, and that IC is associated with self-care ability and social engagement; this can inform community-based healthy ageing strategies in Ukraine, including early detection, referral pathways, and social participation programmes. (Springer)
Liu, W., Qin, R., Zhang, X., Li, G., Qiu, Y., Zhang, G., & Chen, L. (2025). Effectiveness of Integrated Care for Older People (ICOPE) in improving intrinsic capacity in older adults: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 34(3), 1013–1031. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.17432">https://doi.org/10.1111/jocn.17432</a>	Effectiveness of ICOPE interventions on intrinsic capacity	Clinical Evidence & synthesis	Provides quantitative evidence that ICOPE-aligned interventions significantly improve cognitive function and reduce depressive symptoms in older adults, though effects on locomotion are non-significant. Supports including ICOPE approaches within geriatric nursing and clinical practice guidelines. Reinforces need to consider intervention duration and domain-specific tailoring when designing programs and policies for older populations. (ResearchGate)	High relevance. Offers evidence supporting the clinical effectiveness of ICOPE interventions, which can inform Ukraine's decisions on scaling similar integrated care models in PHC and long-term care settings. Particularly useful for guideline development, workforce training in geriatric care, and prioritising outcomes such as cognition and mental health in national ageing strategies. (ResearchGate)
Lu, F., Li, J., Liu, X., Liu, S., Sun, X., & Wang, X. (2023). Diagnostic performance analysis of the Integrated Care for Older People (ICOPE) screening tool for identifying decline in intrinsic capacity. <i>BMC Geriatrics</i> , 23, 509. <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-023-04180-x">https://doi.org/10.1186/s12877-023-04180-x</a>	Diagnostic performance and validation of ICOPE screening tool	System-level & Clinical measurement validation	Confirms high sensitivity of ICOPE screening with moderate specificity; suggests refinement (e.g., adding BMI for vitality) to strengthen detection of nutritional risk, supporting policy decisions on standardization and upgrading of screening protocols before wide rollout.	Very relevant. Provides strong evidence that ICOPE screening tool is a feasible, sensitive first-step instrument for Ukraine's community health programmes but may need contextual adaptation (especially nutritional/vitality criteria) to optimize screening accuracy in Ukrainian older populations. (Springer)

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Lu, F., Li, J., Liu, X., Liu, S., Sun, X., Wang, X. (2023). Diagnostic performance analysis of the ICOPE screening tool for identifying decline in intrinsic capacity [Preprint]. Research Square. <a href="https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2802132/v1">https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2802132/v1</a> (researchsquare.com)	Diagnostic performance and validity of ICOPE Step 1 screening tool	Clinical & Diagnostic evaluation	Demonstrates that the ICOPE screening tool has high sensitivity (~95%) and reasonable accuracy (~86%) for identifying possible intrinsic capacity decline in community-dwelling older adults; domain-specific performance varies (high cognition sensitivity, lower vitality), suggesting areas for refinement. (researchsquare.com)	High relevance. Supports use of ICOPE Step 1 as a valid primary screening instrument in community and PHC settings and informs guidance for tailoring screening thresholds and training in local implementation, relevant for Ukraine's aging policies and functional screening frameworks. (researchsquare.com)
Ma, C. H. K., Chua, D. Q. L., Tay, L., Teo, E. W. C., Ng, W. C., & Leung, A. Y. M. (2024). The feasibility of implementing the WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) framework in Singapore. <i>The Journal of Frailty &amp; Aging</i> , 13(4), 514–521. <a href="https://doi.org/10.14283/jfa.2024.59">https://doi.org/10.14283/jfa.2024.59</a>	Feasibility study of WHO ICOPE Step 1 screening implementation	System-level & Clinical feasibility	Demonstrates that ICOPE Step 1 screening is feasible and user-friendly in a primary/community care context and can be integrated with personalized care planning; calls for follow-up interventions, diagnostic assessments, and routine monitoring plus coordination across health and community services for successful implementation. (ScienceDirect)	High relevance. Provides real-world evidence of ICOPE Step 1 applicability within a national healthy ageing strategy (Healthier SG), supporting the design of feasible community-level screening and care planning protocols in Ukraine. Highlights the need for coordination between healthcare clusters and community care networks—critical for national ageing care strategies. (ScienceDirect)
Ma, L., Chhetri, J. K., Zhang, Y., Liu, P., Chen, Y., Li, Y., ... & Chan, P. (2020). Integrated Care for Older People Screening Tool for Measuring Intrinsic Capacity: Preliminary Findings From ICOPE Pilot in China. <i>Frontiers in Medicine</i> , 7, 576079. <a href="https://doi.org/10.3389/fmed.2020.576079">https://doi.org/10.3389/fmed.2020.576079</a>	Evaluation of the ICOPE screening tool performance in older adults	Clinical measurement & preliminary validation	Demonstrates the utility of the WHO ICOPE screening tool for identifying older adults with declines in physical and mental function. Suggests incorporation of ICOPE screening into clinical workflows to support early identification of functional decline and planning of integrated care services. (Frontiers)	High relevance. Provides empirical evidence to guide pilot testing of ICOPE screening protocols in Ukraine's primary care and community health settings, particularly for early detection of intrinsic capacity decline and linkage to interventions to prevent disability and dependence. (Frontiers)

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
<p>Ma, N., et al. (2025). Preserving intrinsic capacity in midlife women: Effectiveness of a WomenWellness ICOPE-aligned multicomponent intervention. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> (in press). <a href="https://doi.org/10.1016/S0531-5565(25)00302-X">https://doi.org/10.1016/S0531-5565(25)00302-X</a></p>	<p>Prevention-oriented multicomponent intervention to preserve intrinsic capacity in midlife</p>	<p>Clinical intervention RCT</p>	<p>Demonstrates that a multicomponent, personalized lifestyle intervention aligned with WHO ICOPE principles can maintain and improve intrinsic capacity domains (locomotion, cardiorespiratory fitness, sensory function) and enhance social outcomes. Suggests that pre-older-age interventions may prevent later functional decline and that ICOPE can be applied beyond typical older age cutoffs. (ScienceDirect)</p>	<p>Moderate–high relevance. Offers a evidence base for preventive strategies targeting intrinsic capacity before typical older-age onset — valuable for national ageing policies in Ukraine, including early screening and lifestyle intervention programmes that integrate ICOPE principles in routine primary/community care.</p>
<p>Manyara, A. M., Manyanga, T., Jallow, M., Madela, E. Y., Wilson, H., Burton, A., Paruk, F., Grundy, C., Gates, L., Drammeh, I., Cassim, B., Ferrand, R. A., Ward, K. A., &amp; Gregson, C. (2025). Prevalence and Outcomes of Intrinsic Capacity Impairments Assessed Using the WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) Framework in Rural and Urban Africa: A Cross-Sectional Study [Preprint]. SSRN. <a href="https://doi.org/10.2139/ssrn.5239031">https://doi.org/10.2139/ssrn.5239031</a></p>	<p>Population-based prevalence and outcomes of intrinsic capacity impairments across Africa</p>	<p>Systemic &amp; Epidemiological</p>	<p>Highlights high prevalence of <math>\geq 2</math> intrinsic capacity impairments across urban and rural sites; identifies sociodemographic predictors (age <math>\geq 60</math>, female sex, low socioeconomic status, underweight, food insecurity, tobacco use) and demonstrates that ICI burden is associated with greater functional limitation, more pain, and lower HRQoL — underscoring need for population-level functional screening and targeted interventions. (papers.ssrn.com)</p>	<p>High relevance. Provides evidence on the population distribution and health impacts of ICOPE-identified IC declines in diverse rural/urban settings, which can inform Ukraine’s healthy ageing strategies, including population screening priorities, targeted service design, and equity-focused interventions (e.g., addressing social determinants and functional outcomes). (papers.ssrn.com)</p>

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
<p>Marcondes, M. V., Oliveira, S. C. de, &amp; Teixeira, C. M. P. (2025). Atualização do Projeto ICOPE no Brasil [Update of the ICOPE Project in Brazil]. <i>Revista Faculdades do Saber</i>, 10(25).  <a href="https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/341">https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/341</a></p>	<p>National adaptation and status of ICOPE implementation in Brazil</p>	<p>System-level policy &amp; descriptive</p>	<p>Summarizes international evidence on ICOPE efficacy and describes Brazil's efforts to adapt and implement ICOPE within SUS (Sistema Único de Saúde). Highlights needs for workforce training, technological and social barrier mitigation, and calls for longitudinal studies to evaluate implementation efficacy. (rfs.emnuvens.com.br)</p>	<p>Moderate-high relevance. Provides context for how a large public health system (Brazil's SUS) is exploring ICOPE adaptation, useful for thinking about Ukraine's primary health care and social service integration. Offers parallels for workforce capacity building, local adaptation and identifying barriers to implementation in resource-diverse settings. (rfs.emnuvens.com.br)</p>
<p>Noordin, N., Siriphorn, A., Chye Wah, Y., &amp; Justine, M. (2025). Development and evaluation of a Physiotherapy-led, WHO-ICOPE-Based, Person-Centered Integrated Care Program (PTICOPE) module to enhance intrinsic capacity in older adults: Protocol for a randomized controlled trial. <i>PLOS ONE</i>, 20(3), e0318513.  <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318513">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318513</a></p>	<p>Protocol for a physiotherapy-led, person-centered ICOPE interventional program</p>	<p>Clinical intervention trial design</p>	<p>Proposes a structured, multidisciplinary, person-centered intervention based on WHO ICOPE to enhance intrinsic capacity across all six domains; provides a RCT design that will deliver evidence on efficacy of such integrated care models and informs implementation frameworks beyond screening → clinical effect interventions (ICOPE+). (PLOS)</p>	<p>High relevance. Offers a model for intervention design and evaluation applicable to Ukraine's ageing and PHC strategies; emphasizes multidisciplinary care, person-centered pathways, and routine monitoring of IC domains within community settings, informing both pilot implementations and scaling frameworks. (PLOS)</p>
<p>Piau, A., Steinmeyer, Z., Cesari, M., Kornfeld, J., Beattie, Z., Kaye, J., Vellas, B., &amp; Nourhashemi, F. (2021). Intrinsic Capacity Monitoring by Digital Biomarkers in Integrated Care for Older People (ICOPE). <i>The Journal of Frailty &amp; Aging</i>, 10(2), 132–138.  <a href="https://doi.org/10.14283/jfa.2020.51">https://doi.org/10.14283/jfa.2020.51</a></p>	<p>Digital biomarker-enabled monitoring of intrinsic capacity</p>	<p>System-level &amp; Technological innovation</p>	<p>Introduces the concept of digital biomarkers (remote, continuous monitoring) to complement episodic clinical assessments of intrinsic capacity (IC). Emphasises potential for early detection of subclinical declines and more ecologically valid tracking of functional status, which can improve timeliness and</p>	<p>High relevance. Offers evidence that digital biomarker applications (gesture/behavioural/physiological sensors, mobile health) can become part of ICOPE+-oriented assessment and monitoring ecosystems in Ukraine, especially in the context of PHC and long-term programs for aging populations. These approaches can be useful for the development of telemedicine and remote</p>

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
			personalization of integrated care pathways. (ScienceDirect)	monitoring in real-world settings, particularly for remote communities. (ScienceDirect)
Prince, M. J., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., Jimenez-Velazquez, I. Z., ... Sosa, A. L. (2019). Intrinsic capacity as a framework for Integrated Care for Older People (ICOPE): insights from the 10/66 Dementia Research Group cohort studies in Latin America, India and China [Preprint]. medRxiv. <a href="https://doi.org/10.1101/19006403">https://doi.org/10.1101/19006403</a>	Epidemiological evidence on intrinsic capacity as basis for ICOPE in LMIC contexts	System-level & Epidemiological	Provides large-scale evidence that declines in intrinsic capacity are prevalent and strong predictors of incident dependence and mortality, supporting ICOPE's bottom-up public health approach and stepped care models; highlights the need for community screening, task-sharing to non-specialist workers, and integration with chronic disease management. (medrxiv.org)	High relevance. Offers cross-cultural epidemiologic evidence to justify intrinsic capacity screening and integrated care strategies in Ukraine's ageing policy context, emphasizing predictive value for functional decline and implications for primary/community care screening, workforce training, and health system realignment. (medrxiv.org)
Prince, M. J., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., Jimenez-Velazquez, I. Z., ... Sosa, A. L. (2019). Intrinsic capacity as a framework for Integrated Care for Older People (ICOPE): insights from the 10/66 Dementia Research Group cohort studies in Latin America, India and China [Preprint]. medRxiv. <a href="https://doi.org/10.1101/19006403">https://doi.org/10.1101/19006403</a>	Epidemiological evidence on intrinsic capacity as basis for ICOPE in LMIC contexts	System-level & Epidemiological	Provides large-scale evidence that declines in intrinsic capacity are prevalent and strong predictors of incident dependence and mortality, supporting ICOPE's bottom-up public health approach and stepped care models; highlights the need for community screening, task-sharing to non-specialist workers, and integration with chronic disease management. (medrxiv.org)	High relevance. Offers cross-cultural epidemiologic evidence to justify intrinsic capacity screening and integrated care strategies in Ukraine's ageing policy context, emphasizing predictive value for functional decline and implications for primary/community care screening, workforce training, and health system realignment. (medrxiv.org)
Qin, R., Huang, K., Li, Z., Luan, T., Miao, B., Gong, L., Liu, W., & Chen, L. (2025). Potential effectiveness of an ICOPE-based long-term care intervention program for old patients with disabilities in nursing homes:	Protocol for a mixed-methods RCT of ICOPE-based long-term	System-level & Clinical intervention trial design	Lays out a reproducible mixed-methods RCT protocol to evaluate whether a comprehensive, structured ICOPE-based long-term care program improves intrinsic capacity (IC) across domains	High relevance. Offers a methodological blueprint for Ukraine (and similar health systems) to design, evaluate and scale institutional ICOPE/ICOPE+ programmes aimed at improving functional ability and quality of life of older adults with

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Protocol for a mixed methods study. <i>Frontiers in Public Health</i> , 13, 1597645. <a href="https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1597645">https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1597645</a>	care intervention in nursing homes		compared with standard care in elderly residents with disabilities. Highlights integration of multidimensional assessments and qualitative exploration of participant experience.	disabilities. Useful for policy frameworks linking long-term care institutions with WHO-aligned integrated care pathways.
Rodríguez-Laso, Á., García-García, F. J., Rodríguez-Mañas, L. (2023). The ICOPE Intrinsic Capacity Screening Tool: Measurement Structure and Predictive Validity of Dependence and Hospitalization. <i>The Journal of Nutrition, Health and Aging</i> , 27(10), 808–816. <a href="https://doi.org/10.1007/s12603-023-1985-y">https://doi.org/10.1007/s12603-023-1985-y</a>	Measurement structure and predictive validity of the ICOPE screening tool	System-level & Clinical measurement validation	Highlights that the composite ICOPE screening score adds limited predictive value over individual domains for key adverse outcomes (dependence, hospitalization) and suggests reconsideration of some domain items. Indicates the need for refinement of the screening structure and confirmatory assessment steps prior to widescale use in policy.	Moderately high relevance. Offers an important caution for Ukraine to consider whether the ICOPE screening instrument, as currently structured, should be used as a single composite score or instead rely on domain-specific results combined with confirmatory assessment. Relevant for adapting screening protocols in Ukrainian health and social care settings to ensure valid prediction of functional decline and service needs. (ScienceDirect)
Rojano i Luque, X., Blancafort-Alias, S., Prat Casanovas, S., Forné, S., Martín Vergara, N., Fabregat Povill, P., ... & Salvà Casanovas, A. (2023). Identification of decreased intrinsic capacity: Performance of diagnostic measures of the ICOPE Screening tool in community-dwelling older people in the VIMCI study. <i>BMC Geriatrics</i> , 23, 106. <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-023-03799-0">https://doi.org/10.1186/s12877-023-03799-0</a>	Diagnostic performance of WHO ICOPE screening tool in a European community cohort	System-level & Clinical measurement validation	Provides detailed diagnostic performance metrics (sensitivity, specificity, accuracy) of the ICOPE tool compared with reference standard methods in a high-functioning older adult sample. Highlights areas of fair performance and domain-specific variation and emphasizes the need for external validation and adaptations for different populations and contexts before scale-up.	High relevance. Supplies evidence that the ICOPE screening tool can feasibly identify decreased intrinsic capacity in older adults, but performance varies by domain and context — important for Ukraine to consider local validation and potential adaptation of screening criteria (e.g., sensitivity/specificity balance) before national rollout.

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
<p>Rouch, L., &amp; Vellas, B. (2024). ICOPE Healthy Longevity Integrative Preventive Care, Alzheimer’s Disease Prevention and Early Diagnosis [Editorial]. <i>The Journal of Prevention of Alzheimer’s Disease</i>, 11(6), 1523–1524.  <a href="https://doi.org/10.14283/jpad.2024.170">https://doi.org/10.14283/jpad.2024.170</a></p>	<p>Integrating ICOPE with preventive care for cognitive decline and Alzheimer’s</p>	<p>System-level &amp; Conceptual integration</p>	<p>Argues that WHO ICOPE’s focus on intrinsic capacity (IC) aligns with emerging preventive strategies for cognitive impairment and Alzheimer’s disease, suggesting that integrated care pathways for older people should encompass primary prevention and early detection of dementia-related conditions. Emphasises expanding ICOPE beyond functional screening to include cognitive health integration. (Springer)</p>	<p>Moderate-high relevance. Highlights the potential to link ICOPE/ICOPE+ strategies with national dementia prevention and ageing policies in Ukraine, reinforcing the inclusion of cognitive health monitoring and early diagnosis alongside traditional IC domains. Supports policy arguments for multi-domain preventive care across ageing-related conditions. (PubMed)</p>
<p>Sanchez-Rodriguez, D., Annweiler, C., Gillain, S., &amp; Vellas, B. (2021). Implementation of the Integrated Care of Older People (ICOPE) App in Primary Care: New Technologies in Geriatric Care During Quarantine of COVID-19 and Beyond [Editorial]. <i>The Journal of Frailty &amp; Aging</i>, 10(2), 139–140.  <a href="https://doi.org/10.14283/jfa.2020.24">https://doi.org/10.14283/jfa.2020.24</a></p>	<p>Digital implementation of ICOPE App in primary/community care</p>	<p>System &amp; Technological implementation</p>	<p>Argues that digital tools (ICOPE Apps and Monitor) expand ICOPE screening, monitoring and person-centred care beyond traditional clinical contexts, facilitating early identification of declines in intrinsic capacity and enabling remote engagement with older adults. Highlights opportunities and challenges for integrating digital health platforms into primary geriatric care, especially in situations like pandemic lockdowns, and suggests such tools can help bridge gaps between geriatricians, primary care providers and older adults. (Springer)</p>	<p>High relevance. Supports policy rationale for integrating digital health solutions into Ukrainian PHC and community ageing frameworks, including telehealth, remote IC monitoring, and digital engagement for risk stratification, early intervention and coordination between services — essential for modernizing ICOPE/ICOPE+ strategies in resource-constrained or geographically dispersed settings. (PubMed)</p>

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Sanchez-Rodriguez, D., Annweiler, C., Gillain, S., et al. (2021). Implementation of the Integrated Care of Older People (ICOPE) App in Primary Care: New Technologies in Geriatric Care During Quarantine of COVID-19 and Beyond [Editorial]. <i>The Journal of Frailty &amp; Aging</i> , 10(2), 139–140. <a href="https://doi.org/10.14283/jfa.2020.24">https://doi.org/10.14283/jfa.2020.24</a>	Digital implementation of WHO ICOPE (ICOPE App) in primary care & geriatric settings	System & Implementation innovation	Argues for digital tools (ICOPE App) to support person-centred screening and monitoring of intrinsic capacity, bridging between geriatricians, family physicians and older adults, and to help identify those at risk of frailty, functional decline or adverse outcomes. Identifies opportunities and challenges of digital adoption in community care. (ResearchGate)	High relevance. Provides policy rationale for integrating digital health tools (e-health, remote screening, telemonitoring) with ICOPE/ICOPE+ strategies in Ukraine's PHC and community care reforms, especially where remote access and resource constraints exist. Digital ICOPE App could support early detection pathways and link community screening with health system responses. (ResearchGate)
Sánchez-Rodríguez, D., Piccard, S., Dardenne, N., Giet, D., Annweiler, C., & Gillain, S. (2021). Implementation of the Integrated Care of Older People (ICOPE) App and ICOPE Monitor in Primary Care: A Study Protocol. <i>The Journal of Frailty &amp; Aging</i> , 10(3), 290–296. <a href="https://doi.org/10.14283/jfa.2021.22">https://doi.org/10.14283/jfa.2021.22</a>	Protocol for digital implementation of ICOPE screening and monitoring in primary care	System-level implementation research protocol	Provides a structured research design to evaluate associations between baseline intrinsic capacity (measured through ICOPE Apps) and longitudinal outcomes (frailty onset, functional decline, mortality, falls, QoL) at 1-year follow-up. Informs how to operationalise digital screening/monitoring in routine care and generate evidence for effectiveness, risk stratification, and linkage to care pathways.	High relevance. Offers a methodological blueprint for Ukraine to pilot digital ICOPE tools (Apps/Monitor) in primary care/community health services. Useful for designing operational frameworks, evaluation plans, and digital health policies to support scaling ICOPE/ICOPE+ with local adaptation. ([turn0search0]□
Sim, S. Z., Ng, X., Lee, P. S. S., Koh, H. L., Tan, S. Y., Ding, T. Y. G., & Lee, E. S. (2025). Screening for intrinsic capacity and frailty in older adults with multimorbidity in the primary care setting: application of the ICOPE tool and two frailty instruments. <i>BMC Geriatrics</i> , 25, 930. <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-025-06569-2">https://doi.org/10.1186/s12877-025-06569-2</a>	Diagnostic performance and discriminative ability of ICOPE screening for frailty in multimorbid older adults	System-level & Clinical screening evaluation	Shows that in older adults with multimorbidity, IC screening alone has inadequate discriminative ability for frailty (sensitivity ~59–61%, moderate AUC) and high prevalence of IC losses, suggesting that sequential or combined approaches (e.g., frailty screening after IC losses) may be preferable to streamline screening in	High relevance. Provides evidence that ICOPE Step 1 screening may be insufficient when used in isolation for identifying frailty/functional impairment in multimorbid primary care populations; underscores the need for tailored screening algorithms (e.g., IC followed by frailty assessment) in Ukrainian PHC and ageing care strategies. (Springer)

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
			resource-limited primary care. (Springer)	
Steinmeyer, Z., Berbon, C., Sourdet, S., Gérard, S., Rolland, Y., & Balardy, L. (2024). The WHO ICOPE Program to Monitor Intrinsic Capacity in Older Adults with Cancer [Letter to the Editor]. <i>The Journal of Frailty &amp; Aging</i> , 13(1), 71–72. <a href="https://doi.org/10.14283/jfa.2024.6">https://doi.org/10.14283/jfa.2024.6</a>	Application of ICOPE for monitoring intrinsic capacity in older adults with cancer	Clinical & Special population context	Highlights an innovative application of the ICOPE framework (including digital monitoring) in a specialized high-risk group — older adults with cancer — where functional decline risk is high. Suggests potential to adapt ICOPE monitoring in co-morbid and complex care pathways.	Moderate relevance. Points to the potential utility of ICOPE/ICOPE+ frameworks beyond general ageing populations, e.g., in oncology, where functional decline is clinically important. Useful for Ukraine when considering expanded applications of ICOPE in specialized health services (oncology, cardiology) in addition to primary care or community care. (Springer)
Sum, G., Lau, L. K., Jabbar, K. A., Lun, P., George, P. P., Munro, Y. L., & Ding, Y. Y. (2023). The World Health Organization (WHO) Integrated Care for Older People (ICOPE) Framework: A Narrative Review on Its Adoption Worldwide and Lessons Learnt. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 20(1), 154. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph20010154">https://doi.org/10.3390/ijerph20010154</a>	Global adoption and lessons from early ICOPE implementation	System-level & Cross-cutting (Clinical + Social)	Identifies where and how early adopters have applied ICOPE globally, phases of adoption (development, feasibility, implementation), and factors affecting uptake. Offers insights on decisions future adopters must make (extent of ICOPE steps, setting, adaptations, digital tools) and highlights implementation challenges (resources, training, financing).	Very high relevance. Supplies comprehensive overview of global experiences that can inform Ukraine's phased ICOPE/ICOPE+ rollout, including pilot design, workforce capacity building, digital tool adaptation, and cross-sector engagement. Points to priority decisions for Ukrainian health and social care planners before scaling. (MDPI)
Takeda, C., Guyonnet, S., & et al. (2022). WHO Integrated Care for Older People (ICOPE). In <i>Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine</i> (Chapter 100). Wiley. <a href="https://doi.org/10.1002/9781119484288.ch100">https://doi.org/10.1002/9781119484288.ch100</a>	Comprehensive conceptual overview of WHO ICOPE framework within geriatric medicine	System-level & Clinical framework	Provides authoritative synthesis of the WHO ICOPE reformulated approach — five core steps (screening, person-centred assessment, personalised care plan, care coordination, community/long-term follow-up), implementation considerations and clinical integration. Supports	High relevance. Offers a comprehensive conceptual and clinical foundation for Ukraine to develop policy and practice guidelines. Useful for understanding how ICOPE fits within geriatric medicine, how WHO defines key components, and how to adapt the framework to national primary

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
			development of national clinical guidelines and training curricula for integrated care for older people.	care, long-term care, and community health systems. (onlinelibrary.wiley.com)
Tavassoli, N. et al. (2022). Implementation of the WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) programme in clinical practice: A prospective study. <i>The Lancet Healthy Longevity</i> , 3(6), e394–e404.	ICOPE implementation in national health systems	Clinical & System-level	Demonstrates that successful ICOPE implementation requires institutional adaptation, workforce training, and reorganisation of care pathways. Supports policy decisions on embedding ICOPE screening and care planning into primary health care rather than treating it as a pilot or vertical programme.	Highly relevant. Offers a realistic implementation model for Ukraine’s primary health care system, particularly for family doctors and outpatient clinics. Highlights constraints (human resources, coordination) that mirror Ukrainian realities and informs gradual transition toward ICOPE+ through strengthened intersectoral coordination.
Tavassoli, N., de Souto Barreto, P., Berbon, C., Mathieu, C., de Kerimel, J., Lafont, C., Takeda, C., Carrie, I., Piau, A., Jouffrey, T., Andrieu, S., Nourhashemi, F., Beard, J. R., Soto Martin, M. E., & Vellas, B. (2022). Implementation of the WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. <i>The Lancet Healthy Longevity</i> , 3(6), e394–e404. <a href="https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00097-6">https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00097-6</a>	Large-scale implementation and feasibility of ICOPE in real-life primary care (INSPIRE ICOPE-CARE programme)	System-level & Implementation science	Evidence that large-scale implementation of ICOPE is feasible in clinical care, identifies very high prevalence of IC impairments at screening and confirms deficits at full assessment, emphasises need for training, digital infrastructure, and follow-up care planning as part of system integration. (ScienceDirect)	High relevance. Demonstrates feasibility of embedding ICOPE screening and follow-up assessment in routine primary care services, provides a model for policy planning, workforce capacity building, and digital support systems relevant to Ukrainian PHC and ageing strategies. (ScienceDirect)
Tavassoli, N., Piau, A., Berbon, C., de Kerimel, J., Lafont, C., de Souto Barreto, P., ... & Vellas, B. (2021). Framework implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE program in collaboration with the World Health	Large-scale implementation of ICOPE in primary and integrated care	System-level & Clinical	Illustrates how ICOPE can be operationalised at scale using digital screening and monitoring tools, interprofessional coordination, and linkage with community actors. Highlights the	Very high relevance. Offers a contextualised roadmap for Ukraine’s adoption of ICOPE/ICOPE+, including adaptation to digital health platforms (e-health), structured screening follow-up pathways, and intersectoral governance

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
Organization (WHO) in the Occitania Region. <i>The Journal of Frailty &amp; Aging</i> , 10(2), 103–109. <a href="https://doi.org/10.14283/jfa.2020.26">https://doi.org/10.14283/jfa.2020.26</a>			need for workforce training, digital health strategies, and multi-sectoral partnerships. Supports development of policy frameworks for routine integration of intrinsic capacity monitoring into health systems. ( <a href="link.springer.com">link.springer.com</a> )	models. Demonstrates concrete steps for national roll-out (phased implementation, monitoring system, training pathways) that Ukraine can tailor to its primary care and social support infrastructure. ( <a href="link.springer.com">link.springer.com</a> )
The Lancet Healthy Longevity Editorial Team (2024). Mental health deserves attention at all ages. <i>The Lancet Healthy Longevity</i> , published online Oct 15, 2024. DOI:10.1016/S2666-7568(24)00176-4	Editorial on role of mental health for healthy ageing	Systemic / Public Health editorial	Highlights centrality of mental health across life course as critical for functional ability, wellbeing, and healthy longevity; suggests integrating mental health into broader ageing and functional capacity policy frameworks. ( <a href="thelancet.com">thelancet.com</a> )	Moderate relevance. Offers high-level conceptual support for including mental/psychological capacity within models like ICOPE, and can inform national ageing and PHC policies in Ukraine regarding mental health integration in functional screening and care pathways.
Voronina, E. A., et al. (2024). Comparability of comprehensive geriatric assessment and the methodology of integrated care for elderly in social protection institutions. [ <i>Adv Gerontol.</i> 2024;37(6):744-747.]. PMID: 40099600	Comparison of comprehensive geriatric assessment vs integrated care screening (ICOPE-related methodology)	Clinical & Social care evaluation	Suggests that ICOPE-aligned functional screening (intrinsic capacity domains) shows comparable results to conventional geriatric assessment tools, supporting task-sharing and expansion of functional assessment in social/health systems	High relevance. Supports integration of functional screening frameworks (similar to ICOPE Step 1) into social protection and community care practice in Ukraine, reinforcing evidence for multidisciplinary screening and care planning
Wang, N. Y., Liu, X., Kong, X., Sumi, Y., Chhetri, J. K., Hu, L., Zhu, M., Kang, L., Liang, Z., Ellis, J. W., & Shi, L. (2024). Implementation and impact of the World Health Organization integrated care for older people (ICOPE) program in China: a randomised controlled trial. <i>Age and Ageing</i> , 53(1), afad249.	Randomised controlled implementation trial of ICOPE approach	System-level & Clinical outcomes	Demonstrates feasibility of ICOPE implementation and preliminary impact on health outcomes (mobility, psychological health, vitality) in a real-world primary care environment; suggests that structured ICOPE pathways can improve functional health indicators and resource use compared with standard care,	Very high relevance. Provides the strongest current experimental evidence for adopting ICOPE/ICOPE+ models in Ukraine's primary care settings, especially where resources are fragmented. Supports policy decisions on training integrated care teams, embedding ICOPE pathways into national ageing strategies, and monitoring outcomes across WHO ICOPE Steps 1–5

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
<a href="https://doi.org/10.1093/ageing/afad249">https://doi.org/10.1093/ageing/afad249</a>			supporting inclusion of such integrated models in public health planning. (OUP Academic)	in community health services. (OUP Academic)
Won, C. W., Ha, E., Jeong, E., Kim, M., Park, J., Baek, J. E., ... & Kim, H. (2021). World Health Organization Integrated Care for Older People (ICOPE) and the Integrated Care of Older Patients with Frailty in Primary Care (ICOOP_Frail) Study in Korea. <i>Annals of Geriatric Medicine and Research</i> , 25(1), 10–16. <a href="https://doi.org/10.4235/agmr.21.0025">https://doi.org/10.4235/agmr.21.0025</a>	WHO ICOPE framework overview and integration with frailty-focused integrated care (ICOOP_Frail)	System-level & Policy-practice interface	Provides a detailed conceptual and early implementation overview of ICOPE within the context of the WHO Decade of Healthy Ageing, and introduces the ICOOP_Frail program as an integrated care model for community frailty. Emphasises functional ability (intrinsic capacity), multi-module guidelines, and steps toward feasibility/efficacy testing.	High relevance. Supplies international policy framing of ICOPE, links to frailty concepts and pilot integrated care in primary care, and outlines readiness pathways for roll-out that can inform Ukraine's integrated ageing care strategies and alignment with WHO guidelines.
Wu, M.-C., Li, L., He, C.-Y., Yu, S.-H., Chen, C.-T., & Lai, P.-C. (2025). Exploring ICOPE's Impact on Delaying Elderly Disability Management. <i>Studies in Health Technology and Informatics</i> , 315, 742–743. <a href="https://doi.org/10.3233/SHTI240308">https://doi.org/10.3233/SHTI240308</a>	Digital ICOPE information assessment system for disability risk screening & management in hospitalized elderly	Clinical implementation & Health Informatics	Demonstrates utility of a digital ICOPE assessment system to (1) rapidly screen older hospitalized patients, (2) identify potential disability risk, (3) refer for case management, and (4) support intervention planning, linking screening with follow-up and care coordination. (ebooks.iospress.nl)	High relevance. Provides evidence for integration of ICOPE into digital clinical workflows (hospital/PHC), supporting policy for electronic decision support systems and structured care coordination pathways in Ukrainian health services.
Yang, Y., Dong, J., Qin, P., Guo, Y., Ge, H., Li, D., Wu, Z., Xiao, L., Hu, L., & Dong, Y. (2025). Impact of multimorbidity on health-related quality of life: the mediation role of intrinsic capacity – evidence from the WHO ICOPE pilot program in Lianyungang of China. <i>Archives of Public Health</i> , 83, 302.	Mediating role of intrinsic capacity between multimorbidity and HRQoL	System-level & Clinical epidemiology	Suggests that intrinsic capacity partially mediates the adverse effect of multimorbidity on health-related quality of life. Policy responses should integrate multimorbidity management with functional capacity enhancement, not only disease control, and prioritise person-centred,	High relevance. Provides evidence to support Ukraine's shift from disease-centric to function-oriented integrated care for older adults. Reinforces the use of ICOPE metrics for assessment and planning of services that address multimorbidity as well as declines in intrinsic capacity, which is important in

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
<a href="https://doi.org/10.1186/s13690-025-01791-1">https://doi.org/10.1186/s13690-025-01791-1</a>			integrated care pathways that address both.	contexts with high chronic disease burden and ageing. (Springer)
Yu, R., Lai, D., Leung, G., Tam, L. Y., Cheng, C., Kong, S., Tong, C., & Cheung, B., & Woo, J. (2023). Moving towards the ICOPE Approach: Evaluation of Community-Based Intervention Activities on Improving Intrinsic Capacity. <i>The Journal of Nutrition, Health &amp; Aging</i> , 27(11), 1028–1037. <a href="https://doi.org/10.1007/s12603-023-2003-0">https://doi.org/10.1007/s12603-023-2003-0</a>	Community-based intervention activities and IC change	System-level & Community intervention evaluation	Indicates that participation in targeted activity types (especially cognitive, physical, nutritional, psychological) is associated with improvements in intrinsic capacity, with differential patterns across subgroups of older adults. Supports policies promoting tailored, people-centred community programmes to enhance functional ability in ageing populations. (ScienceDirect)	High relevance. Offers evidence that community-based activity programmes—when aligned with IC domains—can improve functional outcomes among older people. This supports Ukraine’s design of community health and social engagement initiatives as part of an ICOPE/ICOPE+ strategy to maintain intrinsic capacity and healthy ageing. (ScienceDirect)
Zhang, N., Zhang, H., Sun, M.-Z., Zhu, Y.-S., Shi, G.-P., Wang, Z.-D., Wang, J.-C., & Wang, X.-F. (2023). Intrinsic capacity and 5-year late-life functional ability trajectories of Chinese older population using ICOPE tool: the Rugao Longevity and Ageing Study. <i>Aging Clinical and Experimental Research</i> , 35(10), 2061–2068.	Longitudinal association between intrinsic capacity and functional ability trajectories in older adults	Epidemiological longitudinal cohort	Demonstrates that baseline intrinsic capacity profiles and changes over time are significantly associated with trajectories of functional ability and mortality risk, supporting the use of IC as a predictive marker for adverse outcomes and as a basis for early intervention planning.	High relevance. Provides longitudinal evidence that measuring intrinsic capacity (via ICOPE tool) predicts functional trajectories and adverse outcomes, underpinning the case for early IC assessment in Ukrainian ageing policies and for integrating longitudinal monitoring into primary and community care frameworks. (Springer)
Zhou, Y., Li, Y., Zhu, X., Ma, L., et al. (2021). Medical and old-age care integration model and implementation of the Integrated Care of Older People (ICOPE) in	Integrated care models for ageing: China’s ICOPE experience and	System-level & Policy orientation	Discusses how China is adapting ICOPE principles within broader medical and long-term care models, stressing that integration requires policy alignment,	Highly relevant. Offers context for how a large middle-income country is attempting to embed WHO ICOPE concepts within existing health and social care reforms. These insights can inform

Article (APA short reference)	Thematic category (rubric)	Level of analysis	Policy implications	Relevance for Ukraine
<p>China: opportunities and challenges. <i>The Journal of Nutrition, Health &amp; Aging</i>, 25(6), 720–723. <a href="https://doi.org/10.1007/s12603-021-1595-5">https://doi.org/10.1007/s12603-021-1595-5</a></p>	<p>medical–old-age care integration</p>		<p>financing mechanisms, workforce upskilling, and linkage of health and social care services. The model points to opportunities (demographic needs, existing reforms) and challenges (fragmented systems, workforce constraints) for scaling ICOPE-type integrated care. (Springer)</p>	<p>Ukraine’s strategy for integrating primary care, social support, long-term care, and community services in ageing policies, particularly in aligning ICOPE/ICOPE+ with national health insurance and social service delivery frameworks. (Springer)</p>
<p>Zyukov, O. L., &amp; Horlach, T. M. (2024). Prevalence of intrinsic capacity impairments among elderly people based on the ICOPE screening results. <i>Problems of Ageing and Longevity (Ukraine)</i>, 30(4), 23–42. (In Ukrainian). <a href="https://pro-ageing.org.ua/index.php/journal/article/view/66">https://pro-ageing.org.ua/index.php/journal/article/view/66</a></p>	<p>Population prevalence of intrinsic capacity impairments using WHO ICOPE screening</p>	<p>System-level &amp; Epidemiological</p>	<p>Evidence of very high prevalence of IC impairments in older adults; supports prioritizing systematic screening in PHC, planning targeted evaluations and interventions, and integrating long-term care strategies. (ResearchGate)</p>	<p>Very high. Provides locally relevant data from Ukraine showing functional deficits by age group and reinforcing the case for nationwide adoption of ICOPE screening and integration with medical-social services. (ResearchGate)</p>
<p>Zyukov, O. L., &amp; Horlach, T. M. (2024). Prevalence of intrinsic capacity impairments among older age groups based on the results of ICOPE screening. <i>Clinical and Preventive Medicine</i>, (8), 123–128. <a href="https://doi.org/10.31612/2616-4868.8.2024.14">https://doi.org/10.31612/2616-4868.8.2024.14</a></p>	<p>Population-level prevalence of IC impairments using ICOPE screening</p>	<p>System-level &amp; Epidemiological</p>	<p>Highlights extremely high prevalence of intrinsic capacity impairments in older adults and argues that systematic ICOPE screening is a priority for diagnosis, planning further assessment, and organizing long-term integrated care; underlines the need for medical-social service collaboration in long-term monitoring and support. (cp-medical.com)</p>	<p>Very high relevance. Provides country-context evidence (Ukraine) on real-world ICOPE screening results, demonstrating age-related patterns of IC decline and supporting nationwide adoption of functional screening, stratified care planning, and integrated PHC/community services aligned with WHO ICOPE/Decade of Healthy Ageing goals. (cp-medical.com)</p>



Марина Мороз / HelpAge International

HelpAge International — це глобальна мережа організацій, що відстоюють право всіх людей похилого віку вести гідне, здорове та безпечне життя.

### Подяки

Ми висловлюємо особливу подяку літнім людям в Україні, які приділили свій час для участі в інтерв'ю та фокус-групових обговореннях.

Ми також щиро вдячні співробітникам міжнародних та національних гуманітарних організацій, представникам Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), а також Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України, регіональним департаментам охорони здоров'я та соціального захисту, Центру контролю та профілактики неінфекційних захворювань, Національної служби здоров'я України, Інституту геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України, які взяли участь в інтерв'ю та поділилися цінною інформацією.

Ми також вдячні нашим дослідницьким колегам з i-APS за їхню відданість і наполегливу працю, а також Поппі Волтон, Вікторії Агуті та іншим колегам з HelpAge International, які зробили внесок у підготовку цього звіту.

HelpAge International виступила замовником проведення дослідження та розробки інструментарію збору даних за фінансової підтримки Sida.

## Оцінка можливостей та готовності впровадження ICOPE в Україні

Published by  
HelpAge International  
PO Box 78840  
London SE1P 6QR  
United Kingdom  
Tel: +44 (0)20 7278 7778  
Email: [info@helpage.org](mailto:info@helpage.org)  
Website: [www.helpage.org](http://www.helpage.org)  
Registered charity no.288180

Cover photo: Катя Москалюк / HelpAge International

 HelpAge International in Ukraine

Copyright © HelpAge International 2026