UDC: 614.2:364.4-054.73:368.9:616-082
https://doi.org/10.31612/2616-4868.3.2026.03

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ: РОЛЬ ГРОМАД, СТРАХОВИХ МЕХАНІЗМІВ І ПРІОРИТЕТІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Іван С. Червинський, Наталія Ю. Кондратюк

Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Резюме

Мета. Науково обґрунтувати та описати концептуальну функціонально-структурну модель інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам із визначенням ролі територіальних громад, залученням страхових механізмів, впровадженням інформаційного регулювання та пріоритетів збереження психічного здоров'я.
Матеріали та методи. Дослідження виконано як організаційно-методологічне. Використано системний підхід, бібліосемантичний аналіз, структурно-функціональний аналіз, концептуальне моделювання та логіко-узагальнювальний метод. Інформаційним підґрунтям стали нормативно-правові документи та наукові публікації з питань внутрішньо переміщених осіб, територіальних громад, доступності медичних послуг, інтегрованої медичної допомоги, психічного здоров'я та організації медико-соціального супроводу вразливих груп населення.
Результати. Розроблено концептуальну функціонально-структурну модель інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. Модель включає три взаємопов'язані блоки: стратегічний, тактичний та інформаційний. Стратегічний блок визначає мету, принципи, суб'єктів, об'єкт, ресурси та очікуваний системний результат. Тактичний блок описує практичний шлях внутрішньо переміщеної особи у системі допомоги: первинний вхід, скринінг потреб, стратифікацію ризику, формування індивідуального маршруту, надання медичної, психологічної, реабілітаційної та соціальної допомоги. Інформаційний блок забезпечує збір, аналіз і використання даних про потреби внутрішньо переміщених осіб, бар'єри доступу, маршрутизацію, навантаження на систему охорони здоров'я та результати допомоги.
Висновки. Запропонована концептуальна функціонально-структурна модель дозволяє перейти від фрагментарного реагування на окремі звернення внутрішньо переміщених осіб до сталої інтегрованої системи медико-соціального супроводу. Її впровадження може сприяти підвищенню доступності медичної допомоги, зменшенню переривання лікування, ранньому виявленню психічних розладів, посиленню фінансового захисту та оптимізації ролі територіальних громад у забезпеченні допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Ключові слова: **територіальна громада, інтегрована медична допомога, модель організації медичної допомоги, громадське здоров'я, якість медичної допомоги, маршрут пацієнта, інформаційне регулювання**

ВСТУП

Повномасштабна війна в Україні спричинила масштабне внутрішнє переміщення населення та сформувала нові виклики для системи охорони здоров'я, соціального захисту і територіальних громад. Внутрішньо переміщені особи є неоднорідною групою населення. Їхні медичні потреби формуються під впливом втрати житла, зміни місця проживання, порушення звичного доступу до сімейного лікаря, переривання лікування, фінансової нестабільності, психологічної травматизації, зміни соціального середовища та нерівномірної спроможності громад, що приймають ВПО.

Сучасні українські наукові публікації актуалізують необхідність окремого аналізу внутрішньо переміщених осіб як вразливої групи населення. У контексті досліджень, пов'язаних із внутрішньо переміщеними особами, підкреслюється значення доступності, якості, етичних принципів, регуляторних документів, методологічних і соціально-демографічних бар'єрів [1]. Ці положення є важливими не лише для наукових досліджень, а й для організації медичної допомоги. Внутрішньо переміщені особи потребують окремого врахування у системі маршрутизації, комунікації, моніторингу потреб, забезпечення безперервності лікування та захисту прав пацієнта.

Проблема медичного забезпечення внутрішньо переміщених осіб не може розглядатися лише на рівні окремого закладу охорони здоров'я. В умовах децентралізації та зростання навантаження на приймаючі громади саме територіальна громада стає базовим середовищем виявлення потреб, організації доступу до допомоги, соціального супроводу та збереження здоров'я населення. У сучасних дослідженнях обґрунтовано можливості територіальних громад у забезпеченні населення умовами щодо збереження та зміцнення здоров'я [2]. Це дає підстави розглядати громаду не лише як адміністративну одиницю, а як організаційну платформу для формування здоров'язберігаючого середовища.

Додаткове значення для обґрунтування ролі громад мають дослідження щодо умов забезпечення населення територіальної громади медичною допомогою. У них акцентовано увагу на доступності первинної, долікарської, екстреної, спеціалізованої медичної допомоги та аптечної мережі в умовах конкретної територіальної громади [3]. Для цього дослідження зазначені положення є важливими, оскільки інтегрована медична допомога внутрішньо переміщеним особам має враховувати не лише клінічні потреби, а й територіальну доступність, кадрову спроможність, логістику, наявність аптечної інфраструктури та локальні організаційні ресурси громади.

Питання доступності медичної допомоги є важливою складовою громадського здоров'я. У дослідженнях, присвячених епідеміологічним і організаційним аспектам медичної допомоги, доступність медичних послуг розглядається як чинник своєчасного виявлення захворювань, обліку, маршрутизації та результатів медичної допомоги [4]. Це дозволяє підкреслити, що доступність допомоги є не лише клінічною, а й організаційною, управлінською та ресурсною характеристикою системи охорони здоров'я.

Важливим компонентом інтегрованої допомоги є врахування соціально-психологічних чинників. Вимушене переміщення, досвід війни, втрата житла, невизначеність майбутнього та розрив соціальних зв'язків створюють додаткові ризики для здоров'я пацієнтів. Йдеться не лише про психічне здоров'я як окремий напрям, а про комплексний вплив соціальних, психологічних, поведінкових і медичних чинників на стан здоров'я внутрішньо переміщених осіб. Значення соціально-психологічних чинників у формуванні медико-соціальних станів підтверджує необхідність їх урахування при організації допомоги вразливим групам населення [5].

Міжнародні підходи до інтегрованої, пацієнт-орієнтованої медичної допомоги передбачають перехід від систем, організованих навколо окремих захворювань або інституцій, до систем, орієнтованих на комплексні потреби людини та громади [6]. Для груп населення, які постраждали від надзвичайних ситуацій і вимушеного переміщення, особливого значення набувають міжсекторальна координація, психосоціальна підтримка, скринінг медико-соціальних ризиків, безперервність лікування та залучення різних суб'єктів до організації допомоги [7, 8].

В Україні правовою основою захисту внутрішньо переміщених осіб є законодавство щодо забезпечення їхніх прав і свобод [9]. Організаційною основою медичної допомоги залишаються Програма медичних гарантій, електронна система охорони здоров'я, електронні направлення, електронні рецепти та програма реімбурсації «Доступні ліки» [10, 11]. Водночас для ефективного супроводу внутрішньо переміщених осіб потрібне не лише формальне право на отримання послуги, а й чітка локальна модель виявлення потреб, маршрутизації, контролю якості допомоги, фінансового покриття, соціального супроводу та моніторингу результатів.

Окремого значення набуває питання фінансового захисту пацієнтів. В умовах воєнних дій і післявоєнного відновлення державні гарантії медичного обслуговування мають поєднуватися з додатковими фінансовими механізмами, які дозволяють зменшити прямі витрати пацієнта, забезпечити стабільність фінансування та підтримати якість медичної допомоги. У цьому контексті поетапне впровадження загальнообов'язкового медичного страхування може стати важливим інструментом посилення фінансової спроможності моделі, особливо для вразливих груп населення, до яких належать внутрішньо переміщені особи.

Отже, сучасні українські та міжнародні джерела підтверджують потребу в переході від фрагментарного реагування на окремі звернення внутрішньо переміщених осіб до інтегрованої системи медико-соціального супроводу. Така система має поєднувати збереження здоров'я населення, доступність і якість медичної допомоги, роль територіальних громад, інформаційне регулювання, фінансово-страхові

механізми, соціальний супровід і безперервність лікування. У цьому контексті актуальним є наукове обґрунтування функціонально-структурної моделі інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам, здатної функціонувати під час воєнних дій та в період післявоєнного відновлення.

МЕТА

Метою дослідження є наукове обґрунтування концептуальної функціонально-структурної моделі інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам, спрямованої на збереження здоров'я населення, забезпечення доступності, безперервності та якості медичної допомоги, посилення ролі територіальних громад і визначення місця загальнообов'язкового медичного страхування у реалізації такої моделі в умовах воєнних дій та післявоєнного відновлення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження виконано як організаційно-методологічне з використанням системного підходу та концептуального моделювання. Предметом аналізу були організаційні, функціональні, клініко-маршрутні, медико-соціальні, інформаційні та фінансово-страхові компоненти медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Для досягнення мети використано системний підхід, бібліосемантичний аналіз, структурно-функціональний аналіз, концептуальне моделювання та логіко-узагальнювальний метод. Системний підхід застосовано для розгляду медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам як цілісної системи, що поєднує медичні, соціальні, фінансові, психологічні, управлінські та інформаційні компоненти. Бібліосемантичний аналіз використано для вивчення наукових і нормативних джерел щодо внутрішньо переміщених осіб, територіальних громад, громадського здоров'я, доступності медичних послуг, якості медичної допомоги, інтегрованої допомоги та фінансового захисту пацієнтів. Структурно-функціональний аналіз дав змогу визначити основні блоки моделі, їхні функції, взаємозв'язки та очікувані результати. Концептуальне моделювання використано для побудови функціонально-структурної моделі інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Методологічною основою моделі є поєднання принципів громадського здоров'я, інтегрованої первинної медичної допомоги, міжсекторальної взаємодії, ризик-орієнтованого управління, доказового менеджменту, соціальної справедливості, пацієнт-орієнтованості, безперервності медичної допомоги, управління якістю та фінансового захисту населення.

РЕЗУЛЬТАТИ

У результаті проведеного організаційно-методологічного аналізу розроблено функціонально-структурну модель інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. Модель є системою організації, координації, фінансування, маршрутизації, контролю якості та моніторингу допомоги ВПО. Її цільова спрямованість полягає у збереженні здоров'я населення, забезпеченні рівного доступу до якісних медичних послуг, безперервності лікування, фінансового захисту та раннього виявлення медико-соціальних ризиків.

Особливістю моделі є те, що внутрішньо переміщені особи розглядаються як група підвищеного медико-соціального ризику. До пріоритетних груп у межах моделі належать діти, особи літнього віку, люди з інвалідністю, пацієнти з хронічними неінфекційними захворюваннями, вагітні та породіллі, особи з порушеннями психічного здоров'я, а також особи, які втратили документи, житло, роботу або соціальну підтримку.

Узагальнена структура моделі представлена на рисунку 1.

Функціонально-структурна модель інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам включає три основні взаємопов'язані блоки: стратегічний, тактичний та інформаційний. Стратегічний блок визначає загальний напрям функціонування моделі. Тактичний блок забезпечує практичну реалізацію допомоги на рівні пацієнта, громади та закладу охорони здоров'я. Інформаційний блок забезпечує керованість моделі через збір, аналіз і використання даних.

Стратегічний блок визначає довгострокову спрямованість функціонально-структурної моделі. Його сутність полягає у переході від фрагментарного реагування на окремі потреби внутрішньо переміщених осіб до сталої, інтегрованої, фінансово захищеної та пацієнт-орієнтованої системи допомоги. До змісту стратегічного блоку належать стратегічна мета, принципи, об'єкт, суб'єкти управління, нормативно-правове забезпечення, освітньо-компетентнісний компонент, фінансово-страховий компонент, механізми управління якістю та очікуваний системний результат.

Стратегічна мета концептуальної моделі полягає у формуванні цілісної системи медичного супроводу ВПО, спрямованої на збереження здоров'я населення, забезпечення доступності, безперервності та якості медичної допомоги. Стратегічними принципами моделі є рівність доступу, міжсекторальність, пацієнт-орієнтованість, безперервність, фінансова захищеність, доказовість, управління якістю, травма-інформований підхід і адаптивність до умов воєнних дій та післявоєнного відновлення.

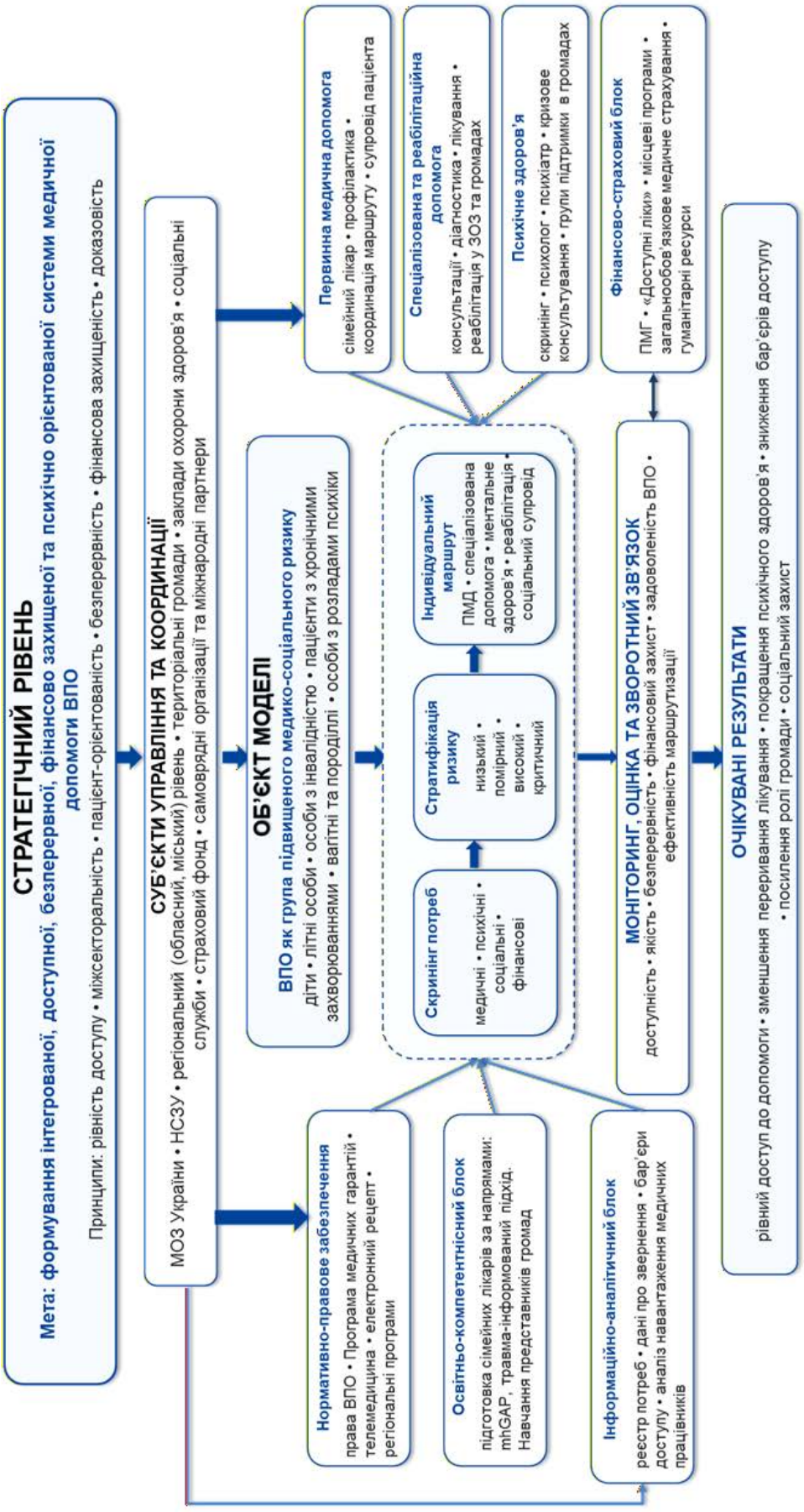

Рисунок 1. Узагальнена концептуальна функціонально-структурна модель інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Стратегічним об'єктом є ВПО як група підвищеного медико-соціального ризику. Стратегічними суб'єктами є інституції, які забезпечують управління, координацію, фінансування та організацію допомоги: МОЗ України, НСЗУ, регіональний рівень, територіальні громади, заклади охорони здоров'я, соціальні служби, страхові організації, самоврядні організації та міжнародні партнери.

Фінансово-страховий компонент стратегічного блоку має особливе значення. На базовому рівні модель спирається на державні гарантії медичного обслуговування, Програму медичних гарантій, програму реімбурсації лікарських засобів, місцеві програми підтримки та гуманітарні ресурси. Водночас поетапне впровадження загальнообов'язкового медичного страхування може підсилити фінансову спроможність моделі. Такий механізм здатний забезпечити додаткову стабільність фінансування, зменшити прямі витрати пацієнтів, підвищити передбачуваність оплати медичних послуг і сприяти підтриманню якості медичної допомоги під час воєнних дій та у період післявоєнного відновлення.

Тактичний блок забезпечує практичне впровадження стратегічних положень моделі. Його завданням є переведення загальної мети та принципів у конкретний маршрут допомоги для конкретної внутрішньо переміщеної особи. Тактичний блок передбачає первинний вхід у систему, скринінг потреб, стратифікацію ризику, формування індивідуального маршруту, реалізацію маршруту допомоги, фінансово-страхове забезпечення, моніторинг якості та корекцію маршруту.

Первинний вхід у систему може відбуватися через сімейного лікаря, центр первинної медико-санітарної допомоги, соціальну службу, центр надання адміністративних послуг, мобільну бригаду, онлайн-звернення, громадську організацію або пункт тимчасового проживання. Після входу в систему проводиться скринінг потреб. Він охоплює медичні потреби, соціальні ризики, потребу в лікарських засобах, реабілітації, психологічній підтримці, фінансовому захисті та відновленні безперервності лікування.

За результатами скринінгу здійснюється стратифікація ризику. ВПО розподіляються на групи низького, помірного, високого та критичного ризику. На основі стратифікації формується індивідуальний маршрут допомоги, який може включати первинну медичну допомогу, спеціалізовану консультацію, діагностику, реабілітацію, психологічну підтримку, соціальний супровід або кризове втручання з можливою госпіталізацією.

У **тактичному блоці** центральне місце займає первинна медична допомога. Сімейний лікар виконує функцію першого контакту, первинної оцінки стану здоров'я, профілактики, координації маршруту та подальшого супроводу пацієнта. Саме на цьому рівні доцільно виявляти хронічні захворювання, порушення психічного здоров'я, потребу в лікарських засобах, реабілітації, соціальній підтримці та спеціалізованій допомозі.

Компонент психічного здоров'я у моделі не є самостійним домінуючим пріоритетом, а входить до ширшої системи збереження здоров'я пацієнтів. Він забезпечує раннє виявлення психоемоційного дистресу, тривожних і депресивних станів, порушень сну та інших станів, які можуть погіршувати загальний стан здоров'я, прихильність до лікування та якість життя ВПО. Тому психічне здоров'я розглядається як важливий, але не єдиний компонент інтегрованої медичної допомоги.

Інформаційний блок, або блок інформаційного регулювання, є ключовим елементом керованості моделі. Він забезпечує збір, обробку, аналіз, передачу та використання інформації, необхідної для управління допомогою ВПО. Інформаційне регулювання поєднує стратегічний і тактичний блоки в єдину керовану систему. На стратегічному рівні воно забезпечує планування ресурсів, визначення пріоритетів, оцінку навантаження на систему охорони здоров'я, контроль якості та формування місцевих і регіональних програм. На тактичному рівні воно забезпечує скринінг потреб, стратифікацію ризику, формування індивідуального маршруту, контроль його виконання, оцінку якості допомоги та корекцію подальшого супроводу ВПО.

Блок інформаційного регулювання виконує облікову, аналітичну, прогностичну, координаційну, контрольну, оцінювальну та регуляторну функції. Облікова функція забезпечує фіксацію кількості ВПО, їхніх потреб, звернень і маршрутів. Аналітична функція дозволяє оцінити структуру потреб, бар'єрів доступу та показників якості медичної допомоги. Прогностична функція дає змогу визначити майбутню потребу у фахівцях, лікарських засобах, діагностиці, реабілітації, психологічній підтримці та фінансових ресурсах. Контрольна функція дозволяє перевірити, чи отримала ВПО необхідну допомогу, чи виконано направлення, чи завершено індивідуальний маршрут і чи досягнуто очікуваного результату.

Логіку взаємозв'язку між трьома основними блоками моделі наведено в таблиці 1.

Таким чином, взаємозв'язок блоків забезпечує керованість моделі. Стратегічний блок формує цілі, принципи, ресурси та вимоги до якості. Тактичний блок забезпечує практичне виконання. Інформаційний блок збирає й аналізує дані, необхідні для оцінки результатів, контролю якості та корекції управлінських рішень.

Таблиця 1

Логіка взаємозв'язку між стратегічним, тактичним та інформаційним блоками функціонально-структурної моделі інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам

Рівень / блок моделі	Що визначає	Як реалізується	Логіка зв'язку з іншими блоками
Стратегічний блок	Визначає мету, принципи, суб'єктів, об'єкт, ресурси, механізми фінансового захисту, вимоги до якості та очікуваний системний результат функціонально-структурної моделі інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам.	Через управління, координацію, нормативно-правове забезпечення, навчання кадрів, фінансово-страхові механізми, управління якістю та визначення пріоритетів медико-соціального супроводу ВПО.	Стратегічний блок задає загальний напрям функціонування моделі. Він формує управлінські, організаційні, правові, кадрові та ресурсні умови для реалізації тактичного блоку. Його рішення мають ґрунтуватися на даних інформаційного блоку.
Тактичний блок	Визначає практичний шлях ВПО у системі інтегрованої медичної допомоги. Він описує, як конкретна внутрішньо переміщена особа входить у систему допомоги, проходить оцінку потреб, отримує необхідний супровід і зберігає безперервність лікування.	Через первинний вхід у систему, скринінг потреб, стратифікацію ризику, формування індивідуального маршруту, надання первинної, спеціалізованої, реабілітаційної, психологічної та соціальної допомоги.	Тактичний блок переводить стратегічні положення моделі у практичні дії. Він забезпечує реалізацію допомоги на рівні пацієнта, громади та закладу охорони здоров'я. Результати тактичного блоку передаються до інформаційного блоку для подальшого аналізу.
Інформаційний блок / блок інформаційного регулювання	Визначає порядок збору, обробки, аналізу та використання інформації про потреби ВПО, маршрутизацію, бар'єри доступу, якість медичної допомоги, навантаження на систему охорони здоров'я та результати допомоги.	Через реєстр потреб, дані про звернення, аналіз бар'єрів доступу, оцінку навантаження медичних працівників, моніторинг маршрутів, показники якості, аналітичну звітність і зворотний зв'язок.	Інформаційний блок поєднує стратегічний і тактичний блоки в єдину керовану систему. Він отримує дані з тактичного рівня, аналізує їх і повертає результати на стратегічний рівень для корекції управлінських рішень, ресурсного планування, контролю якості та удосконалення моделі.
Зворотний зв'язок як механізм взаємодії трьох блоків	Забезпечує безперервне оновлення моделі на основі фактичних даних про потреби ВПО, ефективність маршрутизації, доступність, якість і результати надання допомоги.	Через регулярний моніторинг доступності, якості, безперервності, фінансового захисту, задоволеності ВПО та результативності медико-соціального супроводу.	Зворотний зв'язок не є окремим самостійним блоком. Він виступає механізмом взаємодії між стратегічним, тактичним та інформаційним блоками. Саме він забезпечує динамічність моделі та можливість її постійного удосконалення.

ДИСКУСІЯ

Запропонована функціонально-структурна модель має кілька принципових відмінностей від фрагментарних підходів до організації допомоги внутрішньо переміщеним особам. Насамперед вона розглядає ВПО не лише як отримувача окремої медичної послуги, а як пацієнта з комплексом медичних, соціальних, психологічних, реабілітаційних і фінансових потреб. Такий підхід узгоджується з науковими даними щодо необхідності врахування специфічних етичних, регуляторних, методологічних і соціально-демографічних бар'єрів, пов'язаних із внутрішнім переміщенням населення [1].

Важливою перевагою моделі є активна роль територіальної громади. Громада виступає координаційною платформою, яка забезпечує виявлення потреб, маршрутизацію, соціальний супровід, інформаційну підтримку та моніторинг бар'єрів доступу. Така логіка відповідає сучасним підходам, у яких територіальна громада розглядається як базовий рівень забезпечення умов для збереження і зміцнення здоров'я населення [2]. Крім того, дослідження умов забезпечення населення медичною допомогою в територіальній громаді підтверджують, що просторові, кадрові, організаційні та інфраструктурні чинники безпосередньо впливають на доступність допомоги [3].

У моделі акцент зроблено не на окремому напрямі допомоги, а на загальному збереженні здоров'я населення, забезпеченні доступності, безперервності та якості медичної допомоги. Це важливо, оскільки потреби внутрішньо переміщених осіб не обмежуються одним видом послуг. Вони можуть одночасно включати лікування хронічних захворювань, відновлення перерваного лікування, доступ до лікарських засобів, реабілітацію, психологічну підтримку, соціальний супровід і фінансовий захист.

Психічне здоров'я в межах запропонованої моделі розглядається як важливий компонент загального здоров'я пацієнтів. Воно не замінює інші напрями медичної допомоги, а інтегрується в ширшу систему медико-соціального супроводу. Значення соціально-психологічних чинників у формуванні медико-соціальних станів підтверджує доцільність включення психосоціальної оцінки до загального маршруту допомоги [5]. Міжнародні рекомендації щодо підтримки населення в умовах надзвичайних ситуацій також наголошують на необхідності міжсекторальної координації, оцінки потреб, підтримки громад, захисту прав людини та інтеграції психосоціальної допомоги у загальні медичні послуги [7, 8].

Фінансово-страховий компонент моделі спрямований на зменшення прямих витрат пацієнта та поєднання різних джерел покриття послуг. Базовим рівнем залишаються державні гарантії медичного обслуговування та Програма медичних гарантій. Водночас для забезпечення стійкості моделі в умовах воєнних дій та післявоєнного відновлення доцільним є розгляд поетапного впровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Такий механізм може посилити фінансову передбачуваність системи, забезпечити додаткові джерела покриття медичних послуг, зменшити ризик прямих витрат пацієнтів і підтримати якість медичної допомоги для ВПО та інших вразливих груп населення.

Значення доступності медичних послуг як управлінської характеристики системи охорони здоров'я підтверджується дослідженнями, у яких доступність допомоги розглядається як чинник своєчасного виявлення захворювань, обліку та результатів медичної допомоги [4]. Наявність електронних інструментів, електронного рецепта, електронного направлення та програми реімбурсації створює організаційну основу для зменшення частини бар'єрів доступу [10, 11]. Однак ці інструменти потребують інтеграції з локальними маршрутами пацієнта, інформаційним супроводом і роботою територіальних громад.

Інформаційне регулювання в моделі визначено як системоутворювальний компонент. Воно не обмежується технічним обліком даних. Його функція полягає у перетворенні даних про потреби, звернення, бар'єри, якість і результати допомоги в управлінські рішення. Це відповідає сучасній логіці інтегрованих, людино-орієнтованих медичних послуг, у якій система має бути організована навколо потреб людини, координована впродовж континууму допомоги та здатна реагувати на кризові ситуації [6].

Практичне значення моделі полягає в тому, що вона може бути використана на рівні територіальних громад для організації медико-соціального супроводу ВПО. Її можна адаптувати для громад із різною кількістю ВПО, різною кадровою спроможністю, різною доступністю спеціалізованої допомоги, різними можливостями соціальної підтримки та різним рівнем готовності до впровадження фінансово-страхових механізмів.

Обмеження дослідження

Дослідження має концептуально-методологічний характер. Запропонована модель потребує подальшої апробації у конкретних територіальних громадах. Необхідним є визначення кількісних індикаторів ефективності, проведення експертної оцінки, пілотне впровадження та подальше порівняння результатів у громадах із різним рівнем навантаження ВПО. Окремого вивчення потребують фінансово-економічні умови поетапного впровадження загальнообов'язкового медичного страхування як механізму підтримки такої моделі.

ВИСНОВКИ

У дослідженні науково обґрунтовано функціонально-структурну модель інтегрованої медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. Запропонована модель поєднує медичний, соціальний, реабілітаційний, психологічний, фінансово-страховий, інформаційний, освітній та управлінський компоненти. Її зміст спрямований на перехід від фрагментарного реагування на окремі звернення ВПО до сталої системи медико-соціального супроводу, інтегрованої у діяльність територіальної громади.

Структура моделі включає три взаємопов'язані блоки. Стратегічний блок визначає мету, принципи, об'єкт, суб'єктів управління, нормативно-правові, кадрові, фінансово-страхові, інформаційні та якісні умови функціонування інтегрованої допомоги ВПО. Тактичний блок забезпечує практичний маршрут пацієнта: від первинного входу в систему і скринінгу потреб до стратифікації ризику, формування індивідуального маршруту та отримання первинної, спеціалізованої, реабілітаційної, психологічної та соціальної допомоги. Інформаційний блок забезпечує керованість моделі шляхом збору, аналізу та використання даних про потреби ВПО, звернення, бар'єри доступу, якість допомоги, навантаження на систему охорони здоров'я та результати медико-соціального супроводу.

Територіальна громада у запропонованій моделі виступає ключовою координаційною платформою. Її роль полягає у виявленні потреб внутрішньо переміщених осіб, організації маршрутизації пацієнтів, забезпеченні соціального супроводу, інформаційної підтримки, локального моніторингу результатів і взаємодії між медичним, соціальним та адміністративним секторами. Такий підхід дозволяє наблизити допомогу до місця фактичного проживання ВПО та врахувати реальну спроможність громади,

кадрові ресурси, транспортну доступність, аптечну інфраструктуру і наявні місцеві програми підтримки.

Ключовим результатом впровадження моделі має стати не лише покращення окремих маршрутів пацієнта, а й збереження здоров'я населення, підвищення доступності та якості медичної допомоги, зменшення переривання лікування, посилення фінансового захисту і забезпечення безперервності медико-соціального супроводу. Психічне здоров'я в межах моделі розглядається як важлива складова загального здоров'я пацієнтів, але не як єдиний або домінуючий пріоритет. Воно інтегрується у ширшу систему оцінки медико-соціальних ризиків, профілактики ускладнень і підтримки якості життя.

Поетапне впровадження загальнообов'язкового медичного страхування може стати важливим фінансово-організаційним механізмом реалізації запропонованої моделі під час воєнних дій та у період післявоєнного відновлення. Такий механізм здатний посилити фінансову стабільність системи, розширити можливості покриття медичних послуг, зменшити прямі витрати пацієнтів і створити додаткові передумови для забезпечення якості, доступності та безперервності медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Запропонована функціонально-структурна модель може бути використана як організаційна основа для планування інтегрованої медичної допомоги ВПО на рівні громади, регіону та держави. Її практичне впровадження потребує розроблення локальних маршрутів пацієнта, системи індикаторів якості, механізмів інформаційного регулювання, фінансово-страхових інструментів і подальшої апробації у територіальних громадах із різним рівнем міграційного навантаження.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямом подальших досліджень є апробація концептуальної функціонально-структурної моделі інтегрованої медичної допомоги ВПО у територіальних громадах із різним рівнем міграційного навантаження. Доцільним є розроблення інструментарію для скринінгу потреб ВПО, оцінки медико-соціального ризику, моніторингу маршрутизації, вимірювання якості медичної допомоги та оцінки ефективності впровадження моделі. Окремим напрямом має стати аналіз можливостей поетапного впровадження загальнообов'язкового медичного страхування як інструменту фінансової підтримки інтегрованої допомоги в умовах воєнних дій та післявоєнного відновлення.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Дослідження має концептуально-методологічний характер і не передбачало втручання у стан здоров'я людини, використання персональних медичних даних або проведення клінічного експерименту. У зв'язку з цим окреме схвалення комісії з питань етики не вимагалося. Під час підготовки статті дотримано принципів академічної доброчесності, коректного використання наукових джерел і недопущення ідентифікації персональних даних.

ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Статтю підготовано в ході реалізації завдань науково-дослідної роботи наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» ДУС «Медико-соціальне обґрунтування, розробка та запровадження моделі «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» на основі триєдності науки, освіти та практики в роботу багатопрофільного закладу охорони здоров'я і визначення її ролі у формуванні єдиного медичного простору» (термін виконання 2025-2029 рр., № державної реєстрації **0125U0000318**).

Первинні дані та матеріали. Первинні персоніфіковані дані у дослідженні не використовувалися. Матеріалами дослідження були наукові джерела, нормативно-правові документи, міжнародні рекомендації та авторські структурно-функціональні узагальнення щодо організації інтегрованої медичної допомоги ВПО.

Заява про використання штучного інтелекту. Під час підготовки рукопису інструменти штучного інтелекту могли використовуватися для мовно-стилістичного редагування, структурування тексту, узагальнення матеріалів і підготовки окремих формулювань. Остаточний зміст, наукова інтерпретація, висновки та відповідальність за достовірність матеріалів належать авторам.

ВНЕСОК АВТОРІВ

Червинський І. С.[A, B, C, D, F]

Кондратюк Н. Ю.[B, E, F]

REFERENCES

1. Elektronna systema okhorony zdorovia. (n.d.). Elektronna systema okhorony zdorovia v Ukraini [Electronic health care system in Ukraine]. https://ehealth.gov.ua/

2. Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC guidelines for mental health and psychosocial support in emergency settings. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007
3. Kobrynska, N. Ya., Voronenko, Yu. V., & Detsyk, O. Z. (2025). Zakhvoriuvanist ta smertnist vid raku shchytopodibnoi zalozy v Ukraini [Incidence and mortality from thyroid cancer in Ukraine]. Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organization of Ukraine, (3), 45-50. https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.3.15638
4. Liubinets, O. V., & Kachmarska, M. O. (2025). Problemy klinichnykh doslidzhen v Ukraini, poviazani z vnutrishno peremishchenymy osobamy [Problems of clinical research in Ukraine related to internally displaced persons]. Reproductive Health of Woman, (8), 15-18. https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2025.349093
5. Myroniuk, I. S., Slabkyi, H. O., & Bilak-Lukianchuk, V. Y. (2025). Mozhlyvosti terytorialnykh hromad u zabezpechenni naselennia umovamy shchodo zberezhennia ta zmitsnennia zdorovia [Capabilities of territorial communities in ensuring conditions for preserving and strengthening public health]. Intermedical Journal, (3), 117-121. https://doi.org/10.32782/2786-7684/2025-3-19
6. Myroniuk, I. S., Slabkyi, H. O., Bilak-Lukianchuk, V. Y., & Markovych, V. P. (2025). Umovy zabezpechennia naselennia terytorialnoi hromady hirskoi heohrafichnoi zony medychnoiu dopomohoiu [Conditions for providing medical care to the population of a territorial community in a mountainous geographical area]. Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organization of Ukraine, (3), 147-151. https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.3.15660
7. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. (n.d.). Medical guarantees program. https://nszu.gov.ua/
8. Trishch, V. I., & Detsyk, O. Z. (2025). Vyvchennia sotsialno-psykholohichnykh chynnykiv, asotsiiovanykh iz seksualnymy dysfunktsiiamy u cholovikiv [Study of socio-psychological factors associated with sexual dysfunctions in men]. Ukraine. Health of the Nation, (3), 39-45. https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3/05
9. Verkhovna Rada Ukrainy. (2014). Zakon Ukrainy «Pro zabezpechennia prav i svobod vnutrishno peremishchenykh osib» vid 20.10.2014 No. 1706-VII [Law of Ukraine «On ensuring the rights and freedoms of internally displaced persons» dated October 20, 2014 No. 1706-VII]. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18
10. World Health Assembly. (2016). Strengthening integrated, people-centred health services (WHA69.24). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-en.pdf
11. World Health Organization, & United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). mhGAP humanitarian intervention guide: Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. https://iris.who.int/handle/10665/162960

Abstract

CONCEPTUAL MODEL OF INTEGRATED MEDICAL CARE FOR INTERNALLY DISPLACED PERSONS: THE ROLE OF COMMUNITIES, INSURANCE MECHANISMS, AND MENTAL HEALTH PRESERVATION PRIORITIES

Ivan S. Chervynskyy, Nataliia Yu. Kondratiuk

State Institution of Science «Center of innovative healthcare technologies» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Aim. To scientifically substantiate and describe a conceptual functional-structural model of integrated medical care for internally displaced persons. The model defines the role of territorial communities, the involvement of insurance mechanisms, the implementation of information governance, and priorities for mental health preservation.

Materials and methods. The study was conducted as an organizational and methodological study. A systems approach, bibliosemantic analysis, structural and functional analysis, conceptual modelling, and the logical generalization method were used. The information basis included legal and regulatory documents and scientific publications on internally displaced persons, territorial communities, accessibility of medical services, integrated medical care, mental health, and the organization of medical and social support for vulnerable population groups.

Results. A conceptual functional-structural model of integrated medical care for internally displaced persons was developed. The model includes three interrelated blocks: strategic, tactical, and informational. The strategic block defines the aim, principles, subjects, object, resources, and expected systemic outcome. The tactical block describes the practical pathway of an internally displaced person within the care system. It includes initial entry, needs screening, risk stratification, development of an individual pathway, and provision of medical, psychological, rehabilitation, and social care. The informational block ensures the collection, analysis, and use of data on the needs of internally displaced persons, access barriers, patient routing, the burden on the health care system, and care outcomes.

Conclusions. The proposed conceptual functional-structural model enables a transition from fragmented responses to individual requests of internally displaced persons to a sustainable integrated system of medical and social support. Its implementation may improve access to medical care, reduce treatment interruption, support early detection of mental disorders, strengthen financial protection, and optimize the role of the territorial community in providing care to internally displaced persons.

Keywords: **territorial community, integrated medical care, model of medical care organization, public health, quality of medical care, patient pathway, information regulation**

Received: 30.01.2026
Accepted: 03.04.2026