



Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER

Визначення інтегрованого маршруту догляду

Версія	2.0
Автор	Національний інститут охорони здоров'я (Італія)
Завдання	5.4
Дата отримання результату	27 травня 2026
Тип результату	Звіт



Co-funded by
the European Union

Ця спільна дія співфінансується Програмою охорони здоров'я Європейського Союзу в межах Грантової угоди №101162928



Co-funded by
the European Union

1. Властивості документа

Назва проєкту	Mental Health Together
Акронім проєкту	MENTOR
Номер проєкту	1011622928
Тема	Звіт з обміну знаннями (Knowledge exchange report)
Автор документа	Національний інститут охорони здоров'я (Італія)
Період охоплення (тривалість)	18.06.2025 - 27.02.2026

1.1. Історія редагування документа

Версія	Дата	Автори / учасники	Коментарі
1.0	18.11.2025	ISS	Перший чернетковий варіант
1.1	29.01.2026	ISS/ Держави-члени	Редагування
1.2	05.02.2026	ISS/ Держави-члени	Редагування
1.2	13.02.2026	ISS/ Держави-члени	Переклад
2.0	26.02.2026	ISS/ Держави-члени/ Зацікавлені сторони	Фінальна версія
2.0	27.02.2026	ISS	Переклад українською мовою
2.0	23.04.2026	PHC	перевірка перекладу

1.2. Заява про оригінальність

Зміст цього результату оригінальний і створений виключно учасниками проєкту JA MENTOR.

1.3. Зміст

1. Властивості документа.....	2
1.1. Історія редагування документа.....	2
1.2. Заява про оригінальність	2
1.3. Зміст	3
1.4. Скорочення та аббревіатури	5
2. Проєкт MENTOR.....	7
2.1. Мета цього документа	8
2.2. Завдання 5.4.....	9
2.2.1. Опис завдання.....	9
2.2.2. Структура завдання	11
2.2.3. Підготовка завдання	11
2.3. Контактні дані	11
2.3.1. Контактні дані координатора.....	11
2.3.2. Основні учасники та контактні особи Завдання 5.4	12
D5.4.1. Звіт з обміну знаннями	13
3. Європейський інтегрований маршрут індивідуалізованого догляду для сприяння соціальній інклюзії та підвищення якості життя людей із розладами психічного здоров'я	14
3.1. Передумови	14
3.2. Досвід застосування методології Бюджету Здоров'я	16
3.3. Європейська практика застосування моделі персонального Бюджету Здоров'я.....	19
3.4. Перехід від стандартизованих пакетів послуг до персоналізованої підтримки	20
4. КЛЮЧОВІ КОМПОНЕНТИ інтегрованого маршруту догляду	21
4.1. Мультидисциплінарна команда	21
4.2. Багатовимірна оцінка та інструменти	23
4.2.1. Визначення персонального Бюджету Здоров'я через підхід спільного планування та спільного управління.....	23
4.3. Персоналізоване та інтегроване втручання	25
4.4. Визначення персонального Бюджету Здоров'я	27
4.4.1. Виклики в розробці персонального Бюджету Здоров'я	27
4.5. Визначення кейс-менеджера	28



4.5.1. Сучасна література про кейс-менеджера: ключові функції і ролі.....	29
4.5.2. Основні функції кейс-менеджера	30
4.6. Підписання документації і моніторинг	30
4.6.1. Визначення показників для моніторингу персонального Бюджету Здоров'я або європейського пілотного дослідження	30
5. ФОРМАТ Інтегрованого Маршруту Допомоги	32
6. Бібліографія	38
7. Наступний крок: пілотне впровадження та моніторинг інтегрованого маршруту допомоги	39
7.1. Синергії	39

1.4. Скорочення та аббревіатури

EU (ЄС)	European Union (Європейський Союз)
JA	Joint Action (Спільна дія)
MENTOR	Mental Health Together (Психічне здоров'я разом)
WP	Work package (Робочий пакет)

Список скорочень – учасники WP5.4	
ASL of Turin	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (Місцеве управління охорони здоров'я міста Турин, Італія)
BIOSISTEMAK	Asociación Instituto De Investigación En Sistemas De Salud-Biosistemak (Асоціація «Інститут досліджень систем охорони здоров'я», Іспанія)
FFIS	Fundacion para la Formacion e Investigacion Sanitarias de la Region de Murcia (Фундація навчання та досліджень у сфері охорони здоров'я регіону Мурсія, Іспанія)
FRCB-IDIBAPS/HCB	Fundació Recerca Clínic Barcelona-IDIBAPS/ Hospital Clínic de Barcelona (Фундація клінічних досліджень Барселони/ Клінічна лікарня Барселони, Іспанія)
FUNDESALUD	Fundacion para la Formacion e Investigacion de los Profesionales de la Salud de Extremadura Fundesalud (Фундація навчання та досліджень для фахівців галузі охорони здоров'я Естремадури, Іспанія)
GENCAT	Departament de Salut - Generalitat de Catalunya (Департамент охорони здоров'я уряду Каталонії, Іспанія)
ICO	Institut Català d'Oncologia (Каталонський інститут онкології, Іспанія)
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla (Інститут досліджень імені Маркеса де Вальдесілья, Іспанія)
ISS	Istituto Superiore di Sanità (Національний інститут охорони здоров'я, Італія)
Lombardy Region	Regione Lombardia (Регіон Ломбардія, Італія)
MOSA	Sotsiaalministeerium (Міністерство соціальних справ, Естонія)
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog (Національний центр психічного здоров'я та боротьби з наркотиками, Румунія)
NHF	National Health Fund (Національний фонд охорони здоров'я, Польща)
PHC	State Institution Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine (Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»)
PHCI	Primary Healthcare of the Capital Area (Первинна медична допомога столичного регіону, Ісландія)
ProMIS	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale (Місцеве управління охорони Венето Орієнтале, Італія)



RDS	Southern Region of Denmark (Періон Південна Данія)
SAS	Servicio Andaluz de Salud (Андалузька служба охорони здоров'я, Іспанія)
SHSO-MHS	Organismos Kratikon Ypiresion Ygeias (Організація державних служб охорони здоров'я, Греція)
SMS	Servicio Murciano de Salud (Служба охорони здоров'я Мурсії, Іспанія)
UNIMIBI	Università degli Studi di Milano-Bicocca (Міланський університет «Біокка», Італія)



2. Проєкт MENTOR

MENTOR має на меті сприяти зміцненню психічного здоров'я шляхом обміну досвідом на різних рівнях формування та реалізації політик — від політичних ініціатив до професійної клінічної практики. Він охоплює найкращі доказові практики й адаптує заходи для забезпечення стійкості в довгостроковій перспективі, підвищуючи рівень психічного здоров'я та добробуту як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях.

Персональний бюджет (Personal Budget) — фінансові та організаційні ресурси, що надаються для підтримки реалізації людиноорієнтованого маршруту підтримки.

Індивідуальний Життєвий Проєкт — персоналізований та індивідуалізований процес планування, що розробляється спільно з людиною та враховує її життєвий контекст, прагнення, ресурси та системи підтримки.

Цілі MENTOR:

1. Забезпечити ефективне поширення інформації про діяльність і результати MENTOR.
2. Сприяти сталості та впровадженню результатів MENTOR у різних системах охорони психічного здоров'я в Європейському регіоні.
3. Посилити рівень психічної грамотності шляхом розробки рекомендацій із формування політики та інструментів втручання, спрямованих на вразливі групи, а також боротьби зі стигмою.
4. Сприяти розширенню доступу до доказових практик та інноваційних підходів до моніторингу й промоції психічного здоров'я та профілактики психічних розладів на рівні громад.
5. Удосконалити систему моніторингу психічного здоров'я для підвищення обізнаності про проблеми психічного здоров'я та забезпечення раннього виявлення осіб групи ризику, а також ухвалення рішень на основі даних.
6. Зменшити соціальну нерівність серед населення, зокрема серед осіб із психічними розладами.
7. Сприяти розвитку методів оцінювання та впровадження підходу МНІАР («Психічне здоров'я в усіх політиках») на національному та регіональному рівнях.

8. Визначити доказові втручання для промоції психічного здоров'я та профілактики психічних розладів серед вразливих груп і загального населення.
9. Підтримувати практики, орієнтовані на відновлення та інклюзивність, у догляді за людьми з порушеннями психічного здоров'я.
10. Запроваджувати персоналізовані та комплексні підходи до охорони психічного здоров'я.

2.1. Мета цього документа

Цей документ є звітом про обмін знаннями для результату 5.4.2 «Визначення інтегрованого маршруту догляду» в межах спільної дії Mental Health Together – MENTOR (Завдання 5.4). На основі даних, зібраних у D.5.4.1 та представлених у Звіті з обміну знаннями (доступному за посиланням: <https://ja-mentor.eu/index.php/resources/>), у документі детально викладені ключові елементи інтегрованого маршруту догляду у сфері психічного здоров'я. Це, зокрема:

1. члени мультидисциплінарної команди, відповідальні за первинну оцінку;
2. інструменти тестування й опитувальники, що використовуються для оцінювання клінічних і особистісних результатів;
3. стандартизований формат для планування та моніторингу інтегрованих медико-соціальних втручань.

Цей звіт з обміну знаннями містить інформацію, зібрану в країнах-учасницях залучених до виконання завдання.

Проект цього документа буде розміщено на сайті Спільної дії (JA). Зацікавлені сторони — такі як центри психічного здоров'я, люди з життєвим досвідом розладів психічного здоров'я, громадські організації, громади тощо — будуть запрошені надати свої відгуки та пропозиції. Усі зауваження будуть ретельно розглянуті Панеллю для можливих коригувань, після чого документ буде фіналізовано. Після затвердження кінцева версія документа буде перекладена всіма мовами країн-учасниць Європейського Союзу, щоб забезпечити ширшу доступність і розуміння.



2.2. Завдання 5.4

2.2.1. Опис завдання

Інтегрований маршрут догляду для сприяння соціальній інклюзії та підвищення якості життя людей із психічними розладами

Персоналізований підхід є ключовим елементом політики охорони здоров'я, що підкреслюється Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Він ґрунтується на концепції системи охорони здоров'я, орієнтованої на принципи та права людини, такі як рівність, участь, самовизначення та відсутність дискримінації. Це означає надавати допомогу на засадах індивідуалізованого підходу, уважно прислухатися до потреб людини, визнавати її можливості та свободу ухвалювати рішення щодо власного здоров'я. Такий підхід дає змогу різним секторам співпрацювати, використовуючи доступні ресурси та компетенції, щоб відповідати на потреби людини.

Завдання 5.4 допомагає залученим партнерам визначати та впроваджувати інтегровані маршрути догляду для людей із розладами психічного здоров'я у їхніх країнах та готувати рекомендації для сприяння інтеграції у сфері здоров'я та соціальних послуг. Державна політика, різні джерела фінансування, медичні, освітні й соціальні служби, а також професійні ресурси співпрацюватимуть у тісній інтеграції та партнерстві. Метою цього синергійного втручання є відновлення та повна інклюзія людей розладами психічного здоров'я в суспільство. Завдяки інноваційній методології Персонального бюджету медичні та соціальні служби працюють разом, щоб забезпечити інтегровані втручання в таких чотирьох сферах:

- здоров'я,
- житло,
- працевлаштування,
- емоційно-афективна сфера / соціальна взаємодія / життєві навички та міжособистісне спілкування.

Кожна людина отримує допомогу в межах Індивідуального Життєвого Проєкту, розробленого відповідно до її конкретних потреб і вподобань із використанням доступних державних, приватних і особистих ресурсів. Автономія особи

забезпечується її повним залученням і згодою на кожному етапі обговорення й ухвалення рішень.

У процесі визначення потреб особи та її Персонального бюджету враховується наявність або відсутність економічних/матеріальних ресурсів (житло, дохід, пенсія, зарплата, соціальні виплати), а також неформальних ресурсів (освіта, підтримка сім'ї, соціальні зв'язки, особисті навички). Персональний бюджет визначається як набір ресурсів, доступних людині та її оточенню, а також перелік послуг/втручань, що забезпечуються інтегрованими службами в межах Індивідуального Життєвого Проєкту. Проєкт підлягає регулярному моніторингу, періодичній оцінці та актуалізації.

У процесі реалізації завдання збираються та аналізуються дані щодо державної політики й організації послуг психічного здоров'я в країнах-учасниках. Люди з життєвим досвідом розладів психічного здоров'я активно залучаються до мультидисциплінарної команди, яка оцінює зібрані дані та визначає ключові компоненти інтегрованого маршруту медико-соціальної допомоги, що буде впроваджена у деяких країнах-учасниках.

Персональний бюджет вже був випробуваний у різних країнах, зокрема Великій Британії, Бельгії, Данії, Італії, Фінляндії, Австрії, Франції, Швеції, Німеччині, Австралії та США, у межах різних програм, які відрізнялися критеріями включення та рівнем автономії отримувача. Основною метою більшості програм було сприяння автономії та самостійному життю, решта більше зосереджувалися на вдосконаленні системи підтримки осіб, які забезпечують догляд.

Завдання 5.4 тісно співпрацює із Завданням 5.3 для підтримки впровадження такого інтегрованого підходу шляхом активного залучення різних секторів системи охорони здоров'я, соціальних і освітніх служб. Партнери проєкту поширюють досвід і знання, отримані в процесі роботи, серед інших держав-членів шляхом реалізації чотирьох ключових результатів:

- звіт з обміну знаннями (D.5.4.1), опублікований за посиланням: <https://ja-mentor.eu/index.php/recourses/>
- визначення інтегрованого маршруту догляду (ICP) (D.5.4.2) з фокусом на вразливі групи (поточний звіт);
- керівні принципи та навчальні матеріали (D.5.4.3) для фахівців із психічного здоров'я;

- рекомендації щодо формування політики (D.5.4.4) для національних органів влади.

2.2.2. Структура завдання

Завдання 5.4 у межах JA MENTOR складається з чотирьох підзавдань: поширення й аналіз опитування (5.4.1), визначення інтегрованого маршруту догляду (5.4.2), пілотне впровадження та моніторинг інтегрованого маршруту догляду (5.4.3), а також визначення та поширення політик психічного здоров'я на рівні громади (5.4.4).

Керівником Завдання 5.4 є Національний інститут охорони здоров'я Італії (ISS), який відповідає за досягнення результатів і цілей завдання. До виконання Завдання 5.4 залучені двадцять одна країна-учасниця.

2.2.3. Підготовка завдання

Завдання 5.4 має широке географічне охоплення по всій Європі (22 установи в 10 країнах): Кіпр (SHSO-MHS), Данія (RSD), Естонія (MOISA), Німеччина, Ісландія (PHCI), Італія (ISS, ProMIS, ASL Турина, UNIMIBI, регіон Ломбардія), Польща (NHF), Румунія (NCMHFAD), Іспанія (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) і Україна (PHC).



Усі країни, окрім Ісландії, Німеччини й Данії, беруть активну участь у робочому пакеті, що дає змогу провести глибший аналіз поточної ситуації та пов'язаних викликів.

Кожна залучена установа та країна/регіон роблять цінний внесок у виконання Завдання. Партнери мають потрібні навички, кваліфікацію та ресурси для ефективного провадження діяльності в межах Завдання, а також відповідні юридичні та технічні повноваження для реалізації заходів на національному рівні.

2.3. Контактні дані

2.3.1. Контактні дані координатора

Ім'я та прізвище	Роль у проєкті	Електронна пошта
Maria Luisa Scattoni	Керівниця завдання 5.4	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2. Основні учасники та контактні особи Завдання 5.4

Ім'я та прізвище	Установа	Електронна пошта
Martina Micai	ISS	martina.micai@iss.it
Francesca Fulceri	ISS	francesca.fulceri@iss.it
Mara Sabbioni	ISS	mara.sabbioni@iss.it
Angela Caruso	ISS	angela.caruso@iss.it
Letizia Gila	ISS	letizia.gila@iss.it
María del Pilar López Acuña	FFIS	mpla1204@gmail.com
Giulio Castelpietra		
Giuseppe Quintavalle	ASL Roma 1	Giuseppe.Quintavalle@aslroma1.it
Doriana Vallone	ASL Roma 1	doriana.vallone@aslroma1.it
Ana Bermejo Martínez	SMS	ana.bermejo@carm.es
Rosa Ayesa Arriola	IDIVAL	rosa.ayesa@idival.org
Claudia Parás Gutiérrez	IISPV	claudia.paras@iispv.cat
Laura Florea	NCMHFAD	florea.laura@cnsn.org.ro
Ane Fullaondo	Biosistemak	ANE.FULLAONDOZABALA@bio-sistemak.eus
Lola Verdoy	Biosistemak	DOLORES.VERDOYBERASTEGUI@bio-sistemak.eus
Juan de la Torre	Biosistemak	JUAN.DELATORREPARDOS@bio-sistemak.eus
Ane Rodríguez	Biosistemak	ANE.RODRIGUEZBODERO@bio-sistemak.eus
Jose Guzman Parra	SAS	jgp00004@gmail.com
Irene López Armenteros	SAS	ireloar@gmail.com

Jonathan Joseph Dawood Hristova	SAS	Jonathanjosepd@gmail.com
Jessica Marian Goodman Casanova	SAS	jmariangoodman@gmail.com
Silvia Matrai	FRCB-IDIBAPS/HCB	smatrai@recerca.clinic.cat
Fleur Braddick	FRCB-IDIBAPS/HCB	fmbooth@recerca.clinic.cat
Hugo López-Pelayo	FRCB-IDIBAPS/HCB	hlopez@clinic.cat
Jörg Utschakowski	Senate of Bremen/Health Ministry	joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de
Francisco Gil	ICO	fgil@iconcologia.net
Anna Casellas Grau	ICO	acgrau@iconcologia.net
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de
Iryna Ivanchuk	PHC	i.ivanchuk@phc.org.ua
Mariia Rosol	PHC	m.rosol@phc.org.ua

D5.4.1. Звіт з обміну знаннями

Цей звіт з обміну знаннями узагальнює роботу Панелі, до складу якої входять представники міністерств, державних установ, фахівці у сфері психічного здоров'я та соціальної роботи, представники муніципалітетів, а також люди з життєвим досвідом розладів психічного здоров'я із країн-учасниць, виконану протягом першого року Спільної дії MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR).

3. Європейський інтегрований маршрут індивідуалізованого догляду для сприяння соціальній інклюзії та підвищення якості життя людей із розладами психічного здоров'я

3.1. Передумови

Психічне здоров'я є одним із головних пріоритетів європейських політик і фінансування, а головною метою сучасної та ефективної системи охорони здоров'я є визначення максимально результативних методології і інструментів.

Належне управління тяжкими розладами психічного здоров'я також суттєво зменшує соціальний і економічний тягар, який ці стани накладають на систему.

Наукові дані доводять важливість належних втручань у межах громади для людей із тяжкими розладами психічного здоров'я. Такий підхід запобігає непотрібним госпіталізаціям і перебуванню в спеціалізованих установах, що часто не вирішує проблему, особливо якщо триває довгий час. Щоб ефективно реагувати на складність потреб у сфері психічного здоров'я, потрібно створювати структурні умови та інноваційні контексти, що інтегрують політики та ресурси в царині охорони здоров'я з тими, що надаються соціальними й громадськими службами.

У цьому контексті ключове значення має спроможність громади забезпечувати рішення, що поєднують потреби у сфері охорони здоров'я з потребами у сфері освіти, зайнятості, житла та участі у житті громади. Пріоритетним напрямом є впровадження інтегрованих і персоналізованих шляхів соціальної інклюзії для людей із тяжкими розладами психічного здоров'я, які часто зазнають маргіналізації на ринку праці, житловому ринку та в соціально-культурному середовищі.

У Європі інтегровані соціальні й медичні інтервенції регулюються національним і регіональним законодавством та стратегічними рамками, що охоплюють допомогу неповнолітнім із нейропсихіатричними розладами, особам із розладами психічного здоров'я, людям з інвалідністю, залежностями, ВІЛ/СНІДом і розладами аутистичного спектра. Це гарантовані права громадян, спрямовані на відновлення та (або) підтримку й посилення особистої автономії, протидію інституціоналізації та сегрегації, а також запобігання перекладанню відповідальності за догляд на третіх осіб, сприяючи активному залученню особистості та громади.

Останніми роками зростає інтерес до практик територіальної інтеграції, що реалізуються через організаційну модель «Бюджет Здоров'я» (Health Budget). Це одна з передових і найбільш інноваційних моделей інтеграції медичних і громадських служб у сфері психічного здоров'я в Європі.

Поняття Бюджету Здоров'я поєднує економічні, професійні, людські та соціальні ресурси, потрібні для формування підтримувальних сімейних, соціальних і міжособистісних контекстів, що зміцнюють соціальну інклюзію. Це інструмент, який підтримує Індивідуальні Життєві Проєкти, забезпечуючи право на здоров'я через високо інтегровані та гнучкі медико-соціальні інтервенції. Модель також трансформує мережу послуг, спрямовує перерозподіл ресурсів, протидіє новим формам утримання в спеціалізованих закладах і визначає можливості соціально-економічної та житлової інтеграції.

Нині модель Бюджету Здоров'я поширюється в різних регіонах Італії, проте нерівномірно, оскільки цей досвід відрізняється за технічними, професійними, адміністративними аспектами, способами фінансування, масштабом і тривалістю впровадження.

Головною метою моделі є зміцнення й оновлення територіальної допомоги у сфері психічного здоров'я, що передбачає використання громади як основи, захист прав та гідності осіб із проблемами психічного здоров'я, заохочення інклюзивної та орієнтованої на участь пацієнта допомоги там, де це можливо, а також підвищення якості й безпеки послуг для пацієнтів, їхніх сімей і фахівців.

Ці стратегічні рекомендації можна застосовувати — з відповідними адаптаціями й коригуваннями — до всіх проєктів, спрямованих на осіб зі складними соціальними та медичними потребами, яким потрібні заходи, що сприяють розширенню можливостей і розвитку.

Один із національних прикладів, розроблений в Італії (Strategic Guidelines: Designing the Health Budget with a Person-Centered Approach – Proposal of Qualifying Elements), який містить адміністративні та операційні рекомендації щодо впровадження підходу Бюджету здоров'я, було перекладено та опубліковано на веб-сайті JA MENTOR, де він доступний за посиланням:

<https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>

3.2. Досвід застосування методології Бюджету Здоров'я

Для ознайомлення з темою було проведено огляд міжнародної літератури, а також зібрано документацію від регіонів і автономних провінцій із метою визначення «найкращих практик» у межах підготовки до національної Конференції з досягнення консенсусу.

Систематичний огляд міжнародної літератури виявив 29 публікацій, присвячених темі Бюджету Здоров'я в контексті психічного здоров'я, із застосуванням як якісних, так і кількісних методів. У цих роботах узагальнено сучасні доказові дані щодо втручань, результатів і економічної ефективності концепції Бюджету Здоров'я для осіб із психічними розладами. З-поміж 29 вибраних досліджень, які охопили приблизно 11 541 користувачів, членів сімей і фахівців, 11 було проведено у Великій Британії, 11 — у США, 6 — в Італії і 1 — в Австралії у період із квітня 2013 по вересень 2021 року.

Дослідження, включені до систематичного огляду, показали певні обмеження, які ускладнюють узагальнення результатів. По-перше, країни, охоплені дослідженнями, здебільшого належать до західного світу. Бюджети Здоров'я в різних країнах складно порівнювати через суттєві відмінності в системах охорони здоров'я. По-друге, значна частина досліджень мали невеликі розміри вибірки, переважно якісний дизайн, не використовували валідизовані інструменти оцінювання, а якість досліджень іноді була недостатньою. По-третє, вибірки не завжди були репрезентативними та часто не містили повного опису характеристик пацієнтів. Насамкінець, інформація про економічні ресурси, використані в межах Бюджету Здоров'я, часто була відсутня.

З огляду на ці обмеження можна зробити кілька загальних висновків. Підтверджено позитивні результати застосування концепції Бюджету Здоров'я для осіб із розладами психічного здоров'я, зокрема в контексті можливості вибору та контролю над процесом відновлення. Бюджет Здоров'я забезпечував різні переваги: підвищення автономії користувачів, збільшення залученості стейкхолдерів, участь персоналу у визначенні Бюджету Здоров'я, своєчасний і відповідний доступ до лікування. Кілька досліджень також показали високий рівень задоволеності користувачів упровадженням Бюджету Здоров'я.



В Італії підхід на основі Бюджету Здоров'я покращив клінічні результати, якість життя, залучення до оплачуваної праці, досвід працевлаштування та самостійного життя. Позитивний ефект поширювався також на сім'ї та мережі підтримки. Докази свідчать, що цей інструмент сприяв раціональнішому використанню ресурсів і більш персоналізованим втручанням, що дало змогу заощадити кошти і родин, і національної системи охорони здоров'я.

Однак у низці досліджень висловлено занепокоєння щодо практичного застосування Бюджету Здоров'я. Родини вважали процедури складними й стресовими, а реалізацію за участі фахівців такою, що іноді зменшує їхню участь у догляді за близькими. У деяких дослідженнях, фахівці розглядали управління Бюджетом Здоров'я як додаткове навантаження у своїй роботі.

Накопичений досвід показав широкий спектр практик і підходів Бюджету Здоров'я, що обумовлено культурними й контекстуальними особливостями, а також історичним розвитком систем психічного здоров'я, зокрема в контексті закриття психіатричних лікарень. Водночас аналіз досвіду засвідчив потребу в активнішому просуванні моделі Бюджету Здоров'я, щоб стимулювати міжсекторальні організаційні зміни в системі соціального забезпечення.

З погляду регуляторних вимог виникла потреба координувати й інтегрувати положення Кодексу публічних закупівель і Кодексу третього сектору з адміністративними практиками, здатними досягати цілей Бюджету Здоров'я. Медичні й соціальні практики повинні бути гнучкими й давати змогу реорганізовувати послуги для підвищення персоналізації, забезпечувати оцінку ризиків і переваг, а також інноваційно використовувати ресурси послуг і громади, орієнтуючись на потреби конкретної особи.

Отже, потрібно визначити адміністративні процедури, які забезпечують гнучкість та інноваційність у застосуванні цієї моделі. Стратегія проєкту спрямована на те, щоб зробити поняття Бюджету Здоров'я зрозумілим, поширеним та інтегрованим у практики надання послуг, сприяючи його належному використанню на регіональному рівні.

Спільна дія MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) має на меті сприяти психічному здоров'ю та добробуту шляхом обміну досвідом у широкому діапазоні — від державної політики до клінічної і професійної практики. Ініціатива охоплює найкращі доказові

практики й адаптує їх для довгострокової стійкості, щоб покращувати результати на рівні як окремої людини, так і населення загалом.

У межах цієї ініціативи окреме завдання присвячене **Інтегрованому Маршруту Догляду Для Сприяння Соціальній Інклюзії Та Підвищення Якості Життя Людей Із Розладами Психічного Здоров'я**. У цьому контексті було підготовлено **Звіт З Обміну Знаннями** (доступний за посиланням: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), головною метою якого було оцінити потреби населення, доступні послуги й відповідні політики. Комплексну оцінку наявних рамок і послуг провела мультидисциплінарна Панель у складі представників міністерств, державних установ, фахівців у сфері психічного здоров'я та соціальної роботи, органів місцевого самоврядування та людей із життєвим досвідом розладів психічного здоров'я.

Підготовці звіту передувала детальна оцінка потреб, послуг і політик у сфері психічного здоров'я в країнах і регіонах-учасниках. Панель, до складу якої входили представники і державного, і приватного секторів, керувала всебічним оглядом чинних нормативних рамок і послуг, що забезпечують підтримку осіб із розладами психічного здоров'я.

Ключовим елементом цього процесу стало спільне розроблення опитувальника, метою якого було зібрати важливу інформацію в трьох напрямках:

1. потреби, пропозиції та виклики, вказані місцевими громадами;
2. характеристики соціальних і медичних служб для осіб із розладами психічного здоров'я;
3. наявні національні політики щодо інтегрованих соціально-медичних маршрутів догляду.

Усі активні учасники та спостерігачі розробили й удосконалили **«Опитувальник щодо визначення інтегрованого маршруту догляду для сприяння соціальній інклюзії та підвищення якості життя осіб із розладами психічного здоров'я»**. Опитувальник було створено англійською мовою і адаптовано українською, італійською, іспанською та польською.

Опитувальник містив такі розділи:

- Частина 1 — організація медичних і соціальних служб/систем психічного здоров'я та соціальної допомоги



- Частина 2 — типи проведених інтервенцій
- Частина 3 — переваги та механізми фінансування
- Частина 4 — інформаційні системи у сфері психічного здоров'я та соціального захисту
- Частина 5 — персональний Бюджет Здоров'я: політики та локальний досвід
- Частина 6 — структура Бюджету Здоров'я
- Частина 7 — локальний досвід упровадження моделі Бюджету Здоров'я та інтегрованих медико-соціальних інтервенцій
- Частина 8 — сильні сторони та виклики поточної системи.

Загалом в опитуванні взяли участь 401 особа, з яких 67% (n = 268) заповнили його повністю або частково. Відповіді було отримано з таких країн:

- 176 — з України;
- 39 — з Італії;
- 34 — з Іспанії;
- 12 — з Польщі;
- по 1 — з Естонії, Німеччини, Румунії і Латвії.

Оцінка потреб, послуг і політик психічного здоров'я в країнах та регіонах-учасниках, а також результати опитування, представлені у Звіті з обміну знаннями, стали основою цього документа.

3.3. Європейська практика застосування моделі персонального Бюджету Здоров'я

Персональний Бюджет Здоров'я — це інноваційна методологія, за якою медичні й соціальні служби співпрацюють для забезпечення інтегрованих втручань у таких сферах:

- емоційно-афективна сфера / соціальна взаємодія / життєві та міжособистісні навички;
- освіта / навчання / працевлаштування;
- житло.



Кожну людину супроводжують у межах Індивідуального Життєвого Проєкту, розробленого відповідно до конкретних потреб і вподобань із використанням доступних державних, приватних і особистих ресурсів.

Автономію людини слід підтримувати через її залучення та інформовану згоду на кожному етапі з належною підтримкою, що забезпечує змістовну участь, особливо коли процес ухвалення рішень є складним.

3.4. Перехід від стандартизованих пакетів послуг до персоналізованої підтримки

Особи з розладами психічного здоров'я беруть участь у спільній розробці персоналізованих, спрямованих на відновлення планів догляду й обирають послуги, що відповідають їхнім потребам, уподобанням і життєвим цілям. Цей процес супроводжується координованими діями на мікро-, мезо- та макрорівнях, що сприяє зміцненню автономії та інклюзії в громаду.

Дії спрямовані на те, щоб відповідати **потребам, уподобанням і прагненням** людини, які постійно змінюються, з урахуванням її індивідуального функціонального профілю, контексту середовища й особистих цілей.

Інтеграція клінічних, освітніх, соціальних і міжособистісних втручань потребує узгодженості між службами та забезпечення безперервності підтримки в часі.

Це — динамічний інструмент, який формує персоналізовану траєкторію догляду, посилює участь і сприяє **автономії та підвищенню якості життя** протягом усього життєвого шляху.

4. КЛЮЧОВІ КОМПОНЕНТИ інтегрованого маршруту догляду

Нижче наведено ключові елементи, що визначають персональний Бюджет Здоров'я, а також операційні елементи, включно з відповідними адміністративними процедурами та інструментами. Обидві сфери мають працювати узгоджено. Для забезпечення цілісності процесу й повноцінного впровадження маршрутів Бюджету Здоров'я потрібно створити точки узгодженості між клінічно-доглядовим і адміністративним компонентами.

4.1. Мультидисциплінарна команда

Бюджет Здоров'я орієнтований на осіб, які перебувають під наглядом мережі територіальних служб охорони здоров'я та мають складні соціальні й медичні потреби¹. У центрі Бюджету Здоров'я – людина, яка розглядається в контексті своєї громади з урахуванням усіх її ресурсів, соціальних і медичних потреб, стосунків та життєвих цілей, щодо яких вона може реалізовувати своє право на самовизначення. Бюджет Здоров'я підтримує реалізацію Індивідуальних Життєвих Проєктів, спрямованих на забезпечення проживання особи у вибраному нею житлі, із залученням різних зацікавлених сторін на рівні громади.

Бюджет Здоров'я має публічне управління й координацію, щоб забезпечити реальну інтеграцію медичних і соціальних послуг. Запит на активацію Бюджету Здоров'я, який також може ініціювати сама особа та (або) її законний представник, має бути поданий відповідним фахівцем сфери охорони здоров'я, соціально-медичних або соціальних послуг. Метою є посилення можливостей людини, повна реалізація її прав і виконання громадянських обов'язків. Служби охорони здоров'я та соціальні служби працюють спільно відповідно до національних і регіональних нормативних вимог. Служби охорони здоров'я забезпечують надання клінічної допомоги та безперервність лікування, тоді як соціальні служби гарантують доступ до соціальних прав, пільг і послуг підтримки на рівні громади. Мультидисциплінарна команда виступає операційним механізмом для спільної оцінки потреб, спільного планування та моніторингу. Координацію цього процесу здійснює кейс-менеджер. Соціальний компонент гарантує дотримання прав і виконання обов'язків громадянина, а медичний компонент гарантує право на здоров'я; обидва компоненти сприяють

¹ Комплексні соціально-медичні потреби стосуються ситуацій, у яких клінічна тяжкість стану та/або супутні захворювання поєднуються з порушенням функціонування та суттєвою соціальною вразливістю (наприклад, нестабільність житлових умов, безробіття, економічні труднощі, соціальна ізоляція). Отже, комплексність є багатовимірною і потребує координованих, мультидисциплінарних та міжсекторальних втручань.



реалізації права на автономію. Кожна служба дотримується власних нормативних положень під час здійснення втручань. Соціально-медична команда, до складу якої входять щонайменше один медичний працівник, один фахівець із соціально-медичної допомоги та один фахівець із соціальної роботи, має враховувати думку самої особи, думку призначеного опікуна (відповідно до його повноважень), а також — за запитом особи — інших значущих для неї людей.

Такий підхід забезпечує активну участь особи в оцінюванні потреб і наявних ресурсів та реалізацію її права на самовизначення в межах спільного планування допомоги й визначення Індивідуального Життєвого Проєкту, у який вона може свідомо інвестувати свої ресурси, зокрема фінансові.

Склад мультидисциплінарної команди:

- **Медичний компонент:** щонайменше один медичний або соціально-медичний працівник, відповідальний за догляд за особою з урахуванням супутніх станів.
- **Соціальний компонент:** соціальний працівник органу місцевого самоврядування, а також інші освітні або соціальні фахівці, залучені до підтримки особи.

У межах опитування MENTOR 5.4 у відповідь на запитання: «Чи є у Вас мультидисциплінарна команда для оцінювання психосоціального функціонування та розробки плану догляду?» більшість країн підтвердили наявність таких команд. Найчастіше до них входять психіатри, психологи, медсестри, соціальні працівники, лікарі загальної практики, ерготерапевти, фахівці з реабілітації та інші.

До складу мультидисциплінарної команди має входити щонайменше один представник медичного компонента й один представник соціального компонента.

Згідно з рекомендаціями звіту, для медичного компонента доцільно залучати психіатра, психолога й медсестру, а для соціального — соціального працівника.

Особа з психічними розладами ЗАВЖДИ повинна бути ключовим членом команди, ухвалювати рішення відповідно до власних уподобань; опікуни залучаються лише за бажанням особи й у тому обсязі, який вона визначає. Участь забезпечується через спільне ухвалення рішень, попереднє планування, управління своїм станом за підтримки фахівців і персоналізований підхід, орієнтований на відновлення.



4.2. Багатовимірна оцінка та інструменти

Підхід, орієнтований на посилення автономії особи, має на меті побудувати довірчі стосунки для проведення багатопрофільної та багатовимірної оцінки потреб і ресурсів, а також визначення Бюджету Здоров'я. Оцінка повинна здійснюватися через співпрацю та діалог з особою з використанням валідованих і стандартизованих інструментів. Охоплюються такі сфери:

- клінічна сфера;
- психосоціальне функціонування;
- особисті та громадські потреби й ресурси;
- якість життя.

Після встановлення діагнозу та визначення плану лікування кожній особі слід запропонувати розроблення Індивідуального Життєвого Проєкту, адаптованого до всіх відповідних сфер. Якщо особа дає згоду, фахівець має розпочати визначення плану лікування та організувати зустріч за участю самої особи й мультидисциплінарної команди (щонайменше одного медичного та одного соціального фахівців).

Інтегрований маршрут догляду має базуватися на вподобаннях особи. Процес починається з оцінки клінічного стану та функціонального профілю, після чого команда оцінює потреби й уподобання людини. Потім команда визначає втручання в обраних сферах (здоров'я, житло, навчання/освіта/зайнятість, навчання/соціальна взаємодія/емоційно-афективна сфера) відповідно до визначених особою пріоритетів.

Маршрут також має враховувати, що кризи психічного здоров'я впливають на сімейні й соціальні стосунки, тому соціальні втручання повинні підтримувати людину у виконанні сімейних і соціальних ролей.

Потрібно визначити кейс-менеджера і оцінити особисті й громадські ресурси людини з урахуванням клінічного профілю й доступних у країні послуг. На цьому етапі може бути сформовано персональний Бюджет Здоров'я.

4.2.1. Визначення персонального Бюджету Здоров'я через підхід спільного планування та спільного управління

До цільової групи входять особи віком від 18 років; у перехідний період можна охопити осіб молодшого віку, якщо є такий запит, а також клінічна або психосоціальна потреба.



Особа з розладом психічного здоров'я бере участь у зустрічі мультидисциплінарної команди, щоб оцінити її:

- клінічний стан;
- профіль функціонування;
- рівень якості життя.

Після зустрічі відбувається спільний процес планування, який складається з таких етапів:

1. З'ясування потреб і вподобань людини.
2. Людина визначає потрібні втручання в конкретних сферах, таких як здоров'я, житло, навчання/зайнятість, освіта, соціалізація та емоційно-афективна сфера.
3. Визначення втручань у сферах, обраних або запропонованих особою (спільне планування).
4. Виявлення доступних особистих і громадських ресурсів.
5. Визначення кейс-менеджер у найбільш важливій сфері.
6. Визначення персонального Бюджету Здоров'я та підписання документації.

Для підтримки процесу оцінки та спільного планування було використано набір стандартизованих інструментів. Інструменти були підібрані таким чином, щоб вони були безкоштовними, доступними кількома мовами (за можливості) і такими, що вже застосовувалися в клінічній практиці країн-учасниць.

Наукова література рекомендує такі інструменти для оцінювання клінічного стану, психічного здоров'я та психосоціального функціонування (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS; HoNOS secure, HoNOS-ABI, HoNOS-LD, HoNOS 65+)

Для оцінювання глобального функціонування, рівня інвалідності та функціональних обмежень (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- GAF (Global Assessment of Functioning)

Для оцінювання якості життя наукова література рекомендує такий інструмент (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- WHOQoL-Bref (World Health Organization Quality of Life) — доступний кількома мовами: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Персоналізоване та інтегроване втручання

Потрібно визначити втручання у сферах, обраних або запропонованих для кожної окремої особи з урахуванням її індивідуальних потреб і вподобань:

- здоров'я;
- житло;
- навчання / освіта / зайнятість;
- навчання / соціальна взаємодія / емоційно-афективна сфера.

Слід визначити головну мету втручань (короткострокову й довгострокову), дні/години, залучених фахівців, доступні ресурси та показники моніторингу.

Наведені нижче втручання були визначені переважно на основі опитування MENTOR 5.4 (Частина 2: *Типи здійснюваних втручань*), яке відобразило поточні практики в державах-учасниках/регіонах. Результати опитування були уточнені під час обговорень панелі та впорядковані у чотири домени персоналізованого Бюджету Здоров'я. Втручання слід обирати з наведеного нижче списку.

Медичне втручання	Втручання у сфері забезпечення житлом	Втручання у сфері навчання / працевлаштування	Втручання у сфері навчання / соціалізації / емоційно-афективної сфери
Амбулаторне лікування	Житло із соціальною підтримкою або адаптовані умови проживання	Послуги підтримки в працевлаштуванні	Програми допомоги з працевлаштування
Стаціонарна психіатрична допомога	Тренінги з опанування навичок самостійного життя	Програми професійного навчання	Тренінги з опанування соціальних навичок
Контроль / моніторинг медикаментозного лікування	Програми забезпечення тимчасовим житлом	Супровід у працевлаштуванні та забезпечення зайнятості	Підтримка для доглядальників

Психологічне втручання	Заклади довгострокового проживання	Майстерні розвитку навичок	Житлова допомога або проживання з підтримкою
Культурна та творча терапія	Невідкладна житлова допомога	Програми підтримки в навчанні	Групи взаємної підтримки
Психологічна підтримка	Програма Housing First	Стажування або практика з підтримкою психічного здоров'я	Програми інтеграції в громаду
Денний стаціонар	Інше	Кооперативи та соціальні підприємства	Програми розвитку особистої автономії
Програма реабілітації в громаді	—	Програми дозвілля в асоційованій формі	Програми тайм-банкінгу або волонтерства
Промоція психічного здоров'я в громаді	—	Програми наставництва або професійного коучингу	Культурна програма на базі громади
Моніторинг фізичного здоров'я	—	Програми переходу для молоді	Інше
Служба кризового втручання	—	Інше	—
Сімейні втручання	—	—	—
Програми запобігання суїцидам	—	—	—
Цільові втручання для окремих груп	—	—	—
Інше	—	—	—

Бюджет Здоров'я інтегрує індивідуальну траєкторію догляду людини з її Індивідуальним Життєвим Проєктом. На основі оцінок, проведених у всіх сферах втручання (житло/середовище проживання, освіта/робота, соціалізація та навчання/самовираження/комунікація), разом з особою розробляється

“Індивідуалізований проєкт терапевтичної реабілітації”, який враховує її вподобання. Індивідуалізований проєкт терапевтичної реабілітації визначає заходи та цілі для кожної сфери і, як орієнтований на відновлення маршрут догляду, розвивається відповідно до Індивідуального Життєвого Проєкту людини.

4.4. Визначення персонального Бюджету Здоров'я

Є різні способи подання отриманих результатів, тому мультидисциплінарна команда повинна окреслити ці варіанти та визначити найбільш відповідний підхід, щоб забезпечити людині максимальні переваги й доступ до фінансування. Фахівці повинні визначити доступні ресурси в громаді, а якщо є певні пільги чи можливості — надати людині потрібну інформацію. Разом з особою слід проаналізувати бар'єри доступу.

Наявність кейс-менеджера може полегшити процес подання заявки на фінансування, проте для деяких людей складно зрозуміти, як подати запит на призначення такого кейс-менеджера.

Мультидисциплінарна команда складається з **медичного фахівця зі служби психічного здоров'я** та **соціального працівника з органу місцевого самоврядування**. Команда повинна:

- **визначити доступні ресурси** (професійні, особисті, економічні тощо);
- **обрати** разом з особою найбільш відповідні варіанти отримання послуг та **забезпечити їй доступ до них**.

4.4.1. Виклики в розробці персонального Бюджету Здоров'я

Як зазначено у Звіті з обміну знаннями, основні виклики в розробці персоналізованих Бюджетів Здоров'я тісно пов'язані з відмінностями в **контекстах, джерелах фінансування та системах охорони здоров'я і соціального захисту**. Наприклад, в Італії та Іспанії персональні Бюджети Здоров'я мають функціонувати в межах громадських центрів психічного здоров'я, соціальних служб і органів місцевого самоврядування, кожен із яких має власні правила й пріоритети, що ускладнює координацію між різними середовищами.

В Україні, Польщі, Румунії та Латвії спостерігається подібна фрагментація, яка додатково посилюється слабко розвинутою громадською інфраструктурою; у таких умовах персональні Бюджети Здоров'я змушені поєднувати медичні послуги,

недостатньо розвинену систему соціального догляду та, часто, неформальну підтримку з боку сімей.

Відрізняються й фінансові механізми: у деяких регіонах Італії та Іспанії ресурси надходять переважно з регіональних бюджетів охорони здоров'я та муніципалітетів, а в таких країнах, як Польща, Румунія чи Україна, потрібно поєднувати соціальні виплати, пенсії з інвалідності та епізодичні проєктні кошти, що створює невизначеність і нерівність у доступі. У Німеччині й Естонії можна відзначити ще один рівень складності, де персональні Бюджети Здоров'я (або аналогічні інструменти) мають інтегруватися в системи, що значною мірою базуються на медичному страхуванні та окремих схемах соціального страхування, і потребують узгодження між страховими організаціями, соціальними службами й органами місцевої влади.

Загалом, в Україні, Італії, Іспанії, Польщі, Естонії, Німеччині, Латвії і Румунії основні труднощі використання персональних Бюджетів Здоров'я пов'язані не так із самою ідеєю, як із потребою поєднувати дуже різні середовища надання послуг, узгоджувати численні й нестабільні джерела фінансування та маневрувати в різних системах охорони здоров'я і соціального захисту — від моделей, що фінансуються з податків, до страхових.

JA MENTOR буде сприяти міждержавному порівняльному аналізу з метою виявлення рішень, які можна перенести на інші країни/регіони з подібними системами охорони здоров'я та соціального захисту, розробляючи практичні варіанти, які можуть допомогти іншим країнам у масштабуванні персонального Бюджету Здоров'я.

4.5. Визначення кейс-менеджера

Для того, щоб Бюджет Здоров'я набув чинності, необхідна згода особи, яка оформлюється шляхом підписання відповідної угоди. У цій угоді визначено цілі та зобов'язання всіх залучених сторін. Така угода є невід'ємною частиною Бюджету Здоров'я.

На етапі впровадження Бюджет Здоров'я підлягає постійному моніторингу та періодичному перегляду соціально-медичною командою щонайменше один раз на рік за активної участі самої особи. Координацію процесу моніторингу та перегляду здійснює кейс-менеджер, визначений на етапі планування. Під час перегляду також враховуються показники результативності.

Щоб забезпечити можливість застосування Бюджету Здоров'я, гарантувати якість процесу та сприяти його впровадженню на всіх територіях, слід розробити широкий і всеохопний стратегічний план, заснований на кваліфікаційних і операційних елементах, погоджених Робочою групою. Цей план повинен також містити відповідну підбірку ключової стратегічної інформації.

Зокрема, необхідно поширити стратегічний документ, що містить необхідні рекомендації, шляхом укладання формальної угоди в межах Об'єднаної конференції із зобов'язанням регіонів і автономних провінцій ухвалити його положення через власні нормативні акти та(або) плани впровадження. Крім того, має бути створена національна система регулярного моніторингу із застосуванням структурованих методів оцінювання впровадження на основі показників якості процесів і результатів, зокрема щодо якості життя.

- а) Призначається в тому секторі, де зосереджена більшість втручань (охорона здоров'я або соціальна сфера).
- б) Чітко визначає свою роль, інформуючи особу про доступні пільги та полегшуючи доступ до них; використовує підхід мотиваційного інтерв'ю для посилення залучення й активної участі.

4.5.1. Сучасна література про кейс-менеджера: ключові функції і ролі

Кейс-менеджери надають різні види підтримки, зокрема у сфері міжособистісних відносин, послідовності дій, підтвердження досвіду особи, соціальних зв'язків, повсякденного життя та професійної/трудової діяльності. Ці форми підтримки адаптовані до унікальних потреб користувачів послуг у сфері психічного здоров'я з особливим акцентом на побудову стосунків, підтвердження цінності людини й послідовну взаємодію, які є основними функціями (Fitzgerald et al., 2024).

Крім того, кейс-менеджери виступають як координатори послуг, допомагаючи клієнтам орієнтуватися в складних системах для отримання доступу до житла, соціальних виплат, медичних послуг і соціальної підтримки, часто працюючи в громадах (Kim et al., 2020).

4.5.2. Основні функції кейс-менеджера

Кейс-менеджери для людей із потребами у сфері психічного здоров'я відповідають за різні види допомоги й підтримки, зокрема:

- Координацію реалізації плану догляду між медичними, соціальними та громадськими службами, щоб забезпечити пацієнтам своєчасну й належну підтримку.
- Побудову терапевтичних стосунків, що сприяють довірі, підтвердженню цінності та прийняттю — це має вирішальне значення для залучення пацієнта та процесу одужання.
- Захист інтересів пацієнта, включно з отриманням доступу до житла, фінансової допомоги та соціальних послуг, а також підтримкою в орієнтуванні в складних системах.
- Надання практичної і емоційної підтримки, як-от допомоги в повсякденному житті, працевлаштуванні та налагодженні соціальних зв'язків.
- Моніторинг і оцінювання потреб, щоб виявляти зміни в стані психічного здоров'я та за потреби скеровувати людину до спеціаліста.
- Сприяння автономії і відновленню шляхом надання людині можливості брати участь у плануванні догляду та підтримки її незалежності.

4.6. Підписання документації і моніторинг

4.6.1. Визначення показників для моніторингу персонального Бюджету Здоров'я або європейського пілотного дослідження

Ці показники збирають у такі моменти часу:

- **T0 (базовий рівень):** на момент початку лікування чи вступу до програми;
 - **T1 (подальше спостереження):** під час виписки або після заздалегідь визначеного періоду спостереження (наприклад, через 6 або 12 місяців після T0).
1. Кількість і загальна тривалість примусових медичних заходів / недобровільних госпіталізацій.
 2. Кількість і загальна тривалість госпіталізацій.
 3. Клінічні та функціональні результати.
 4. Інструменти оцінювання за віком:



- Дорослі (>18 років): HoNOS, GAF, WHO QoL-BREF
 - Діти й підлітки (<18 років): HoNOSCA
5. Період впливу лікування.
 6. Тип втручання та інтенсивність лікування (години/дні).

5. ФОРМАТ Інтегрованого Маршруту Допомоги

ПРИЗВИЩЕ	ІМ'Я	ДАТА НАРОДЖЕННЯ

ДАТА ПЕРШОГО ВІЗИТУ _____ ДАТА ОСТАННЬОГО ОЦІНЮВАННЯ/ФОЛОУ-АПУ _____

Коди діагнозів за МКХ _____

РІВЕНЬ ТЯЖКОСТІ

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Дата заповнення: _____

ІМ'Я: _____ ПРИЗВИЩЕ: _____

ДАТА ПОЧАТКУ: з моменту затвердження _____ ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ: _____

РІВЕНЬ ІНТЕНСИВНОСТІ:

СПІВКООРДИНАТОРИ:

ПЕРЕГЛЯД: щоквартально _____ раз на 6 міс. _____ інше _____

ПЕРСОНАЛЬНА ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА	
Місце й дата народження	
Стать	
Національність	
Адреса проживання (укажіть, якщо це місце реєстрації)	
Номер телефону	
Електронна пошта	
ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ	
Визнання цивільної непрацездатності та %	
Оцінка статусу втрати працездатності	
Рівень освіти	



Зайнятість	
Інші важливі дані	
РЕСУРСИ	
Пенсія / пенсія у зв'язку з інвалідністю	
Допомога для покриття догляду	
Використовувані засоби транспорту	
Інші джерела доходу (тип/сума)	

БАГАТОВИМІРНЕ ОЦІНЮВАННЯ

ЧЛЕНИ СІМ'Ї / РЕФЕРЕНТНІ ОСОБИ			
ІМ'Я	ПРИЗВИЩЕ	ТИП СТОСУНКІВ	СПІЛЬНЕ ПРОЖИВАННЯ так/ні

ІСТОРІЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я / ХВОРОБ / ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ	
Узяття під супровід (дата та служба)	
Сімейний анамнез	
Особистий анамнез	
Попередні медичні втручання	
Попередні соціальні втручання	

ОСОБИСТИЙ ДОГЛЯД		
Аспекти для оцінювання	Опис виявленої ситуації	Пріоритетні потреби
Приклад	Низька прихильність, відмова від лікування, часткова або повна прихильність, не застосовується	
Дотримання плану фармакологічного лікування		
Дотримання терапевтичних схем		

Дотримання плану спеціалізованого лікування		

ДІАГНОЗ	МКХ-10	ОПИС ЗА МКХ-10
Основний діагноз		
Вторинний діагноз		

ОЦІНЮВАННЯ ПРОФІЛЮ ФУНКЦІОНУВАННЯ

ОЦІНЮВАННЯ		
Тест (напр., HONOS, GAF, WHO QoL BREF)	Дата проведення	Результати (будь ласка, вкажіть загальний бал та бали за окремими шкалами для кожного тесту, якщо вони є)

Короткий опис: _____

ОЦІНКА ПРІОРИТЕТНИХ ПОТРЕБ У КОЖНІЙ СФЕРІ

Аспекти, що оцінюються		Опис ситуації	Пріоритетні потреби
Здоров'я			
Приклад	Приймання медикаментів	Нестабільна прихильність до антипсихотичної терапії	Моніторинг приймання ліків і можливих побічних ефектів
1a			
2a			
3a			
Навчання / соціалізація / емоційно-афективна сфера			
Приклад	Соціальна взаємодія	Соціальна ізоляція	Розвиток значущих стосунків
1b			
2b			
3b			

Навчання / освіта / зайнятість

Приклад	Зайнятість	Проходить стажування з низьким рівнем задоволеності	Змістовні та задовільні професійні можливості
1c			
2c			
3c			

Житло

Приклад	Самостійне проживання	Проживає з батьками, які не надають підтримки	Самостійне проживання
1d			
2d			
3d			

РЕЗЮМЕ, ЦІЛІ ТА СПІЛЬНЕ ПЛАНУВАННЯ

а. Сфера здоров'я

Графік лікування (дні/год.)	Залучені фахівці (напр., психіатр, психолог, медсестра, соц. працівник)	Доступні ресурси	Середньострокові цілі (до 6 місяців)	Індикатори процесу	Довгострокові цілі (від 6 до 12 місяців)
1b					
2b					
3b					

б. Сфера навчання / комунікації / емоційно-афективної сфери

Графік лікування (дні/год.)	Залучені фахівці (напр., психіатр, психолог, медсестра, соц. працівник)	Доступні ресурси	Середньострокові цілі (до 6 місяців)	Індикатори процесу	Довгострокові цілі (від 6 до 12 місяців)
1b					
2b					
3b					

с. Сфера навчання / освіти / зайнятості

Графік лікування (дні/год.)	Залучені фахівці (напр., психіатр, психолог, медсестра, соц. працівник)	Доступні ресурси	Середньострокові цілі (до 6 місяців)	Індикатори процесу	Довгострокові цілі (від 6 до 12 місяців)
1b					
2					
b					
3					
b					

d. Сфера житла

Графік лікування (дні/год.)	Залучені фахівці (напр., психіатр, психолог, медсестра, соц. працівник)	Доступні ресурси	Середньострокові цілі (до 6 місяців)	Індикатори процесу	Довгострокові цілі (від 6 до 12 місяців)
1b					
2					
b					
3					
b					



ВТРУЧАННЯ

Заплановані дії	ВІД..... ДО.....	Людські ресурси та рівень інтенсивності (загальна кількість годин на місяць)	Місячна вартість втручання
-----------------	---------------------	--	-------------------------------

ПІДПИСИ

Роль	Ім'я та прізвище	Підпис
Бенефіціар / власник проєкту		
Батько / мати		
Опікун		
Адміністратор підтримки		
Інше		
Координатор (укажіть професійну спеціалізацію)		
Психіатр		
Психолог		
Соціальний працівник		
Медсестра / медбрат		
Ерготерапевт / педагог		
Інше		

ТРЕТІЙ СЕКТОР

Назва організації		
Законний представник		

Дата, _____

6. Бібліографія

1. Arya, D. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>.
2. Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2025). The Meaning of Social Support for Mental Health Service-Users: The Case Managers' Perspective. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 314-328. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>.
3. Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13-ii27.
4. Kim, H., Oh, H., & Lee, H. (2020). Experiences of Case Managers Who Provide Residential Services to People with Mental Disorders Living in Independent Housing. *Stress*. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.4.221>. Seo, M., & Kim, Y. (2022). Effects of Human Rights Sensitivity of case managers on the working relationships with people suffering from mental illness mediated by empathy. *European Psychiatry*, 65, S303 - S303. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.773>.

7. Наступний крок: пілотне впровадження та моніторинг інтегрованого маршруту допомоги

На основі даних, зібраних у D.5.4.1, будуть деталізовані ключові елементи інтегрованого маршруту допомоги в галузі психічного здоров'я (ПЗ), із залученням:

1. членів мультидисциплінарної команди для початкового оцінювання;
2. тестових інструментів і опитувальників для оцінки клінічних та індивідуальних результатів;
3. стандартизованого формату для планування й моніторингу інтегрованих соціально-медичних втручань.

Узгоджений документ буде розміщено на веб-сайті Спільної дії (Joint Action), щоб отримати відгуки та пропозиції від зацікавлених сторін, таких як клінічні центри психічного здоров'я, люди з життєвим досвідом розладів психічного здоров'я, громадські організації (ГО), громади тощо. Панель розгляне всі отримані відгуки, за потреби відкоригує документ і зрештою його фіналізує. Завершений документ буде перекладено всіма європейськими мовами, щоб забезпечити ширшу доступність і розуміння.

7.1. Синергії

Спільна розробка «Визначення інтегрованого маршруту допомоги» (Підзавдання 5.4.2) сприяла формуванню цінних синергій між партнерами проєкту та зовнішніми зацікавленими сторонами.

1. Обмін передовим досвідом між країнами

Регулярні зустрічі двічі на місяць і постійні дискусії сприяли обміну інформацією про національні й регіональні політики, керівні настанови та стратегії, пов'язані з інтегрованою системою охорони психічного здоров'я. Це сприяло процесу взаємного навчання та дало змогу врахувати різні точки зору в змісті опитування, що забезпечило його релевантність для різних систем охорони здоров'я.

2. Міждисциплінарна співпраця

Залучення міністерств, державних установ, служб психічного здоров'я, соціального забезпечення та сектору зайнятості, а також людей із життєвим досвідом розладів

психічного здоров'я і організацій третього сектору (ГО, волонтерських груп і неприбуткових організацій) посилило міжсекторальний підхід.

3. Посилення мереж для майбутніх дій

Процес поширення опитування зміцнив зв'язки між різними установами й зацікавленими сторонами, заклавши основу для майбутньої співпраці поза межами початкових цілей проєкту. Очікується, що ці взаємини сприятимуть реалізації спільних ініціатив, розробці політик та проведенню досліджень щодо інтегрованих маршрутів допомоги та стратегій соціальної інтеграції.

4. Узгодження з політичними та науковими рамками

Зібрані дані сприяють не лише виконанню завдань проєкту, а й ширшим європейським і національним дискусіям щодо покращення послуг у сфері психічного здоров'я, соціальної інтеграції та моделей інтегрованої допомоги. Знання, отримані в рамках цієї ініціативи, узгоджуються з чинними рамками ЄС і можуть слугувати орієнтиром для майбутніх досліджень і політичних рекомендацій.

Ці синергії — як заплановані, так і непередбачені — посилили загальний вплив проєкту, сприяючи впровадженню координованого та сталого підходу до охорони психічного здоров'я на місцевому, регіональному, національному та європейському рівнях.



Визначення інтегрованого маршруту догляду

Автор	Національний інститут охорони здоров'я (Італія)
Завдання	5.4
Дата отримання результату	30 травня 2026
Керівниця завдання	Marialuisa.Scattoni@iss.it
5.4	



Co-funded by
the European Union

Ця спільна дія співфінансується
Програмою охорони здоров'я
Європейського Союзу в межах
Грантової угоди №101162928

Фінансується Європейським Союзом. Висловлені погляди та думки належать виключно авторам і не обов'язково відображають позицію Європейського Союзу або Європейського виконавчого агентства з питань охорони здоров'я та цифрових технологій (HaDEA). Ні Європейський Союз, ні орган, що надав фінансування, не несуть відповідальності за їх зміст.