

DOI 10.29254/2077-4214-2025-3-178-483-498

UDC 614.23:614.253-053.9

Zyukov O. L., Horlach T. M.

SUBSTANTIATION OF A CONCEPTUAL MODEL FOR ENHANCING THE ORGANIZATION OF AMBULATORY HEALTH SERVICES FOR OLDER POPULATION GROUPS

State Institution of Science "Center of innovative healthcare technologies" State Administrative
Department (Kyiv, Ukraine)

gorlachdoc@gmail.com

Chronic non-communicable diseases remain the leading cause of morbidity and mortality among older adults, highlighting the need to transform outpatient care based on integrated, patient-centered models. In Ukraine, these objectives are outlined in the National Health Care Strategy until 2030 and the Medical Guarantees Program. The aim of the study was to provide scientific justification and to develop a conceptual model for the organization of outpatient care for elderly people, taking into account WHO international recommendations, national regulatory documents, and current challenges facing the health care system.

The research base was the outpatient medical care system of the State Institution of Science "Center of innovative healthcare technologies" State Administrative Department during 2015-2024. Biblisemantic analysis, a system-structural approach, and the method of conceptual modeling were applied, which made it possible to assess morbidity, functional disorders, and organizational efficiency. The study was conducted in accordance with the provisions of the Declaration of Helsinki.

A high prevalence of chronic conditions and functional impairments among older adults was established, particularly cardiovascular, respiratory, cognitive, and sensory disorders, as well as depressive states. The identified problems concern limited access to services, workforce shortages, insufficient technical resources, and the absence of effective patient routing.

The proposed conceptual model integrates medical, rehabilitative, and social components, is based on a multidisciplinary approach, the use of digital technologies, and systematic health monitoring. Its implementation will contribute to maintaining the functional independence of elderly individuals, improving quality of life, and strengthening the resilience of the health care system.

Key words: organization of outpatient care, elderly people, conceptual model, integrated approach, individualized annual dynamic monitoring program.

Connection of the publication with planned research works.

This study is part of the research project conducted by the Scientific Department of Medical Care Organization of the State Institution of Science "Center of innovative healthcare technologies" State Administrative Department, Kyiv, Ukraine: "Medical and social justification, development, and implementation of the 'Center for Innovative Health Care Technologies' model based on the triad of science, education, and practice in the work of a multidisciplinary health care facility, and determination of its role in the formation of a unified medical space", state registration number 0125U000318.

Introduction.

Non-communicable diseases (NCDs) among older age groups remain the leading cause of morbidity and mortality worldwide, necessitating improvements in the organization of outpatient medical care. In accordance with the WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2030 [1], as well as the WHO European Strategy for Healthy and Active Ageing [2], countries are expected to develop integrated, patient-centered models of care, with emphasis on accessibility, efficiency, and coordination both within the health sector and beyond, through intersectoral cooperation.

In Ukraine, the strategic framework for health system development is defined by the National Health Care

Strategy of Ukraine until 2030 [3], which envisages the implementation of modern approaches to health care delivery based on European standards. Regulatory support for outpatient medical care for older age groups is provided, in particular, by the Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 19, 2018, No. 504 "On Approval of the Procedure for the Provision of Primary Health Care" [4], as well as the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On Approval of the Medical Guarantees Program" [5].

At the same time, health care financing reform, decentralization of governance, and the digitalization of medical services require adaptation of organizational models for providing outpatient care to older populations in line with current challenges.

The aim of the study.

To provide scientific justification and develop a conceptual model for improving the organization of outpatient medical care for older age groups in Ukraine, taking into account international standards, current regulatory frameworks, and research findings.

Object and research methods.

The object of the study was the system of outpatient medical care for older age groups in a multidisciplinary health care facility – the clinic of the State Institution of Science "Center of innovative healthcare technologies" State Administrative Department, during the period 2015-2024.

The methodological basis of the study included the bibliosemantic method, system and structural-logical analysis, as well as conceptual modeling.

The study was approved by the Institutional Ethics and Bioethics Committee and conducted in accordance with written informed consent of participants, following the principles of bioethics set out in the Declaration of Helsinki "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects" and the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UNESCO).

The applied methodological approach made it possible to determine the most appropriate directions for improving the organization of outpatient care for older populations. The use of integrated systems analysis ensured both the scientific validity and the practical significance of the research, creating a foundation for implementing the obtained results into real-world health care practice.

Research results and their discussions.

The health status of the population of older age groups is one of the key challenges for the modern health care system of Ukraine, given the high prevalence of chronic diseases and associated functional disorders, which constitute the main causes of mortality and disability. Among the leading pathologies in this population category, cardiovascular diseases, neoplasms, and respiratory diseases predominate, which complicate the demographic situation, especially under socio-economic difficulties [6]. According to the data of the State Institution "D.F. Chebotaryov Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine," on average, 43% of elderly individuals require periodic medical supervision and annual preventive-rehabilitation measures, 41% require active supervision and restorative treatment, 10% require intensive hospital therapy with subsequent rehabilitation, and 6% require long-term or palliative care, which necessitates a systemic rethinking of the mechanisms for organizing medical services [6].

The outpatient care system in Ukraine faces a number of challenges associated with the high prevalence of chronic diseases among older people, combined with limited access to quality medical services and specialized rehabilitation support [7]. Analysis of morbidity dynamics from 2015-2024 showed a general trend of increasing prevalence of chronic pathologies in older age groups, despite fluctuations associated with the influence of external factors, in particular the COVID-19 pandemic. The most pronounced increases were recorded for diseases of the respiratory, digestive, and nervous systems, as well as neoplasms, indicating a gradual complication of the medical-demographic situation [7].

The obtained results also confirm a high prevalence of functional impairments among elderly people. Vision deterioration was recorded in the majority of examined individuals, especially among women aged 75-89 years; the frequency of depressive disorders consistently exceeded 60%, reaching 100% among respondents in the 90+ age group. At the same time, with age, the proportion of cognitive impairments increases significantly (from 9.1% in the 60-74 age group to 55.6% in the 90+ group), predominantly among women [8]. An increase in the prevalence of hearing loss was also observed (up to 55.6% in the 90+ age group) and a significant decrease in physical activity in the oldest cohorts [8]. These changes

correlate with natural aging processes, the accumulation of comorbid conditions, and an increase in the level of functional limitations, which determines the need for integrative models of medical care for elderly people [9].

Thus, the results of the study demonstrate a high prevalence of both chronic diseases and functional impairments among older age groups, emphasizing the relevance of implementing programs for early diagnosis, systematic screening, timely correction of impairments, and strengthening psychosocial support. Particular importance is given to the organization of regular ophthalmologic and audiologic examinations, as well as the identification and treatment of depressive disorders, which are important factors in maintaining quality of life and social activity among elderly people [8].

In the context of these results, special relevance is given to the orientation towards international recommendations of the World Health Organization (WHO), which define an integrated approach to medical care for older age groups. The WHO emphasizes that a key tool for increasing the effectiveness of the health care system in the context of population aging is the transition from narrowly specialized to integrated care models focused on patient needs [10]. This approach is implemented, in particular, in the ICOPE (Integrated Care for Older People) concept, which provides for monitoring the functional status of elderly people, maintaining their vitality, and preventing the loss of independence [9].

Annual observation of chronic diseases in older age groups is appropriate given the identified trends, as it allows for early diagnosis of complications, timely adjustment of therapeutic and preventive measures, and improved effectiveness of secondary prevention. Regular monitoring helps reduce the risk of disability, maintain quality of life, and optimize the use of health care system resources. Thus, institutionalizing annual dynamic observation is a scientifically justified and practically necessary tool for improving medical care for the elderly population.

Implementation of the integrated care model based on ICOPE involves systematic monitoring of sensory and cognitive functions, organizing regular ophthalmologic and audiologic examinations, developing psychotherapeutic and psychosocial support programs, as well as applying a multidisciplinary approach in managing cognitive and psycho-emotional disorders. An additional direction should be the active involvement of patients in physical rehabilitation programs and regular physical activity, which contributes to maintaining mobility and preventing dependence on external care [10].

Comprehensive observation of the health status of older age groups is appropriate given the dual vector of medical and social needs of this category. On the one hand, monitoring the course of chronic diseases in remission under the application of primary and secondary preventive measures, including rational pharmacotherapy, ensures control over the progression of pathologies, reduces the risk of exacerbations and complications, and optimizes therapeutic-diagnostic resources. On the other hand, systematic assessment of functional vitality and self-care capacity under the influence of rehabilitation measures and care services allows timely detection of loss of functional independence, adjustment of rehabilitation programs, and maintenance of the social activity level of elderly individuals.

The combination of medical and social-rehabilitation components within comprehensive observation creates a foundation for implementing an integrated care model, which is aimed not only at disease control but also at maintaining quality of life and functional autonomy of older adults, corresponding to contemporary global WHO guidelines and becoming a strategic direction in transforming the national health care system [10].

To ensure universal access to high-quality medical services for the entire population of Ukraine, including the elderly, a large-scale transformation of the health-care system was initiated in 2018, despite limited state resources. As of today, the scope and composition of outpatient medical care for the elderly population are regulated by Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 504 of 19 March 2018 [4] and detailed in the packages of the Medical Guarantees Programme, which is financed by the National Health Service of Ukraine (NHSU) based on contracts concluded with healthcare institutions. In accordance with the provisions of the Medical Guarantees Programme, the basic capitation rate is UAH 844.40 per year. For patients over 65 years of age, an adjustment factor of 1.3 is applied, which increases the rate to UAH 1097.72 per year. This increased factor is intended to account for the growing medical and social needs of the older population [5].

Furthermore, since 2021, within the framework of the State Medical Guarantees Program, the package "Mobile Palliative Medical Care for Adults and Children" has been implemented, aimed at improving the quality of medical care for elderly individuals [11].

Despite some results achieved during the transformation of Ukraine's health care system, a significant part of the problems related to ensuring access to adequate outpatient care for older age groups remains unresolved.

One of the key problems is the lack of standardized approaches to assessing the functional status of patients, which reduces the effectiveness of early detection of vitality impairments. Preventive measures are mostly fragmented, and screening results are insufficiently integrated into the formation of individual observation and care programs.

A significant challenge for the health care system was the COVID-19 pandemic, which limited the availability of planned outpatient medical services, including preventive services, and complicated coordination of medical care across levels, most noticeably affecting the quality of life of older adults.

The existence of structural and organizational problems is also indicated by the results of the analysis of state policy in the field of active longevity. In particular, during 2020-2021, the Ministry of Health of Ukraine, in fulfillment of subparagraph 4, paragraph 2 of the Action Plan for Implementing the State Policy Strategy on Healthy and Active Longevity of the Population until 2022, approved by the Cabinet of Ministers of Ukraine on September 26, 2018, No. 688 [12], developed a draft resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On Approval of the Procedure for Organizing Medical Care for Elderly Citizens at Their Place of Residence/Stay." However, the document was never adopted, slowing down the implementation of a comprehensive system of outpatient care for elderly people [6].

Contemporary challenges in the health care sector, in particular the lack of effective patient routing, insuffi-

cient coordination between primary, specialized, and rehabilitation care, limited access to preventive programs, as well as the negative consequences of the COVID-19 pandemic, significantly complicate the provision of timely and comprehensive medical support for older age groups [7, 13-14].

In these conditions, an integrative approach to organizing outpatient medical care becomes especially important, allowing the combination of medical, social, and rehabilitation components while ensuring orientation to the individual needs of elderly patients. An integrative model based on the principles of accessibility, continuity, and patient-centeredness can become an effective tool for overcoming existing systemic limitations.

The development of a conceptual model for improving outpatient medical care should be based on the following key provisions:

1. Adaptation of WHO and EU international recommendations to Ukrainian realities, taking into account resource capabilities and national priorities;

2. Integration of geriatric care into the structure of primary and specialized outpatient care to ensure continuity and uninterrupted observation;

3. Implementation of innovative approaches, including digital technologies and remote monitoring, which increase the efficiency and accessibility of services;

4. Focus on maintaining functional independence and quality of life of elderly individuals through a combination of preventive, therapeutic, and social-rehabilitation measures.

The proposed conceptual model should serve as a methodological basis for improving the organization of outpatient care for older age groups, meeting their comprehensive needs and enhancing the resilience of the national health care system to modern challenges [15].

The strategic goal of the model is to ensure high-quality, accessible, and integrated outpatient care for the elderly population. It aims to maintain patients' functional autonomy and improve quality of life through prevention, early diagnosis, and treatment; equitable access to medical care through improved patient routing; increased availability and quality of medical services through the integration of geriatric care into the primary care system and the application of a multidisciplinary approach to medical service provision [9, 10].

Additionally, important tasks for improving the organization of outpatient medical care for older age groups include strengthening the preventive direction through regular screenings and monitoring of chronic diseases [6, 9], as well as creating favourable conditions for active longevity and social integration; implementing digital technologies, including telemedicine and integration of information systems; adapting the system to demographic changes and population needs, epidemiological trends, as well as the challenges of war and post-war recovery [15]. Achieving these goals is ensured through the implementation of an integrative approach that combines medical, social, and rehabilitation components within a single model of outpatient medical care for elderly people.

A key stage in developing the model for improving outpatient care for the elderly was the alignment of the strategic goals of state policy in the field of health care with the objectives presented in the provisions of the Cabinet of Ministers of Ukraine Resolution of January

17, 2025, No. 34-r "On Approval of the Health Care System Development Strategy for the Period until 2030 and Approval of the Operational Plan of Measures for Its Implementation in 2025–2027" [3] and the functions of the primary health care system defined by the Ministry of Health of Ukraine Order of March 19, 2018, No. 504 "On Approval of the Procedure for Providing Primary Health Care" [4].

The process structure of the proposed model provides for the integration of primary health care with consultative-diagnostic centers, geriatric health care institutions and units, as well as the establishment of interagency interaction with social services. This approach allows for comprehensive medical and social support for older age group patients and creates a single platform for coordinating outpatient medical care based on primary health care centers.

Special attention in the conceptual model is given to patient-centeredness of the improved system of outpatient medical care for older age groups, which involves developing effective communication and feedback channels. In this context, the implementation of a digital platform for monitoring patients' health status is of significant importance, which will include telemedicine tools, patient registries, mobile applications, and electronic patient portals. Such a technological solution will contribute to increased accessibility of medical services, timely response, and individualized monitoring of elderly patients.

Aligning strategic goals with the process structure of the model creates the foundation for forming an effective, accessible, and innovative system of outpatient medical care for older age groups, which in turn defines the basis for its sustainable development and adaptation to modern challenges, including demographic changes, the increasing prevalence of non-communicable diseases, and resource limitations (table 1).

Taking into account the defined strategic goal, the model is aimed at creating conditions for maintaining functional autonomy and improving the quality of life of elderly patients, which is achieved through a combination of preventive measures, early diagnosis and

treatment, improvement of patient routing, integration of geriatric care into the primary care system, and the involvement of multidisciplinary teams, ensuring continuity and comprehensiveness of medical care.

The foundation for forming an effective system of comprehensive outpatient medical care for older adults is based on the improvement of the process and organization of annual dynamic monitoring of their health and care. The main functions of the model have been defined, structurally consisting of the following components: organizational foundation, functional stages of the medical service process, monitoring and correction tools, mechanisms for integrating medical, rehabilitation, and social services, digital support, and analytical support.

Different forms of medical care are envisaged: visits to outpatient facilities, home nursing care, mobile clinic trips with multidisciplinary teams, day hospitals, as well as health monitoring using remote technologies and telemedicine. Such multi-component design ensures system flexibility and adaptation to the individual needs of elderly patients.

Considering that the object of improvement within the model is the organization of outpatient medical care as one of the basic management functions, the model's architecture is based on the management cycle – planning, organization, coordination, control, and reporting – synchronized with the annual cycle of outpatient medical care in terms of its proactive component – primary, secondary, and tertiary prevention.

The architecture of the model for improving outpatient medical care for elderly people is built on the principle of a multi-level organization while simultaneously integrating the management cycle as a tool to ensure its systematization, continuity, and adaptability. This approach allows combining the structural elements of medical care with a clear mechanism for managing processes oriented to the needs of older patients.

The organizational level involves the creation of a network of medical service providers based on interaction between primary care centers, consultative-diagnostic units, mobile multidisciplinary teams, social

Table 1 – Strategic goals and tools for their achievement in the conceptual model for improving the organization of outpatient medical care for older age groups (developed by the authors)

Strategic goal	Tools for achievement
Strengthening prevention	- Integration of primary, secondary, and tertiary prevention measures, including rehabilitation services, into the primary care system (MOH Order No. 504); - Annual health monitoring; - Information and educational campaigns promoting a healthy lifestyle.
Effective early diagnosis of chronic diseases and impairments of vital system functions	- Implementation of screening programs; - Use of modern laboratory and instrumental diagnostic methods; - Digital health monitoring platform for patients by telemedicine functions.
Expansion of access to specialized medical care and rehabilitation within the outpatient care segment to ensure comprehensive medical services.	- Optimization of patient routing between different types of medical care; - Improvement of coordination between primary care centers, consultative-diagnostic centers, and rehabilitation facilities; - Use of digital tools for care coordination; - Creation of a unified platform for outpatient care coordination; - Integration of geriatric care and multidisciplinary teams; - Development of consultative-diagnostic centers.
Integration of social support	- Integration of healthcare institutions with social services and local government authorities; - Creation of mechanisms for interagency cooperation; - Inclusion of care and palliative services.
Increasing accessibility and patient-centeredness	- Development of patient electronic portals; - Improvement of communication and feedback between doctor and patient; - Implementation of remote medical technologies for older adults.

Table 2 – Architecture of the model for improving the organization
of outpatient medical care for older adults

Level of model architecture	Role / content	Relation with the management cycle
Organizational	Formation of Infrastructure: primary care centers, consultative-diagnostic units, mobile multidisciplinary teams, social services, day hospitals, telemedicine services. Ensuring various forms of service delivery (clinic visits, home nursing visits, mobile clinics, remote monitoring).	Planning – identification of needs and resources; Organization – allocation of functions and construction of patient pathways; Coordination – interaction between medical and social structures.
Functional	Logic of the medical care process: screening for chronic diseases, ICOPE screening, dynamic monitoring, assessment of vital functions, prevention (primary, secondary, tertiary), rehabilitation and care. Focused on maintaining functional autonomy and quality of life.	Planning – development of individual care programs; Coordination – harmonization of actions of multidisciplinary teams; Control – assessment of the effectiveness and efficiency of interventions.
Instrumental	Monitoring and correction tools: digital clinical decision support systems, electronic medical records, telemedicine, integration of medical, social, and rehabilitation services.	Planning – use of analytics for the next cycle; Coordination – real-time access to medical data; Control – monitoring of patient indicators and condition; Reporting – data analysis and creation of a knowledge base.

services, and day hospitals. This infrastructure ensures accessibility of services in various forms of medical care organization: outpatient facility visits, home nursing care, mobile clinic visits, day hospitals, remote health monitoring, and telemedicine consultations.

The functional level of the model reflects the sequence of medical care stages, including screening for chronic diseases, ICOPE screening, dynamic monitoring of disease progression, assessment of functional viability, implementation of primary, secondary, and tertiary prevention measures, rehabilitation interventions, and provision of care. At each of these stages, specific outcomes are formed, which collectively create the foundation for achieving the main functional-level result – maintaining a stable health status, preserving functional autonomy, and ensuring an adequate quality of life for older adults.

The instrumental level combines tools for monitoring and correcting patients' health status, electronic medical records, patient registries, and other digital decision-support systems, a telemedicine consultation platform, as well as mechanisms for integrating medical, social, and rehabilitation services, such as a unified electronic patient database, a routing and coordination system between types and levels of care. It ensures operational access to medical data, timely response to changes in patients' health status, and effective coordination among all participants in the medical care process.

At the same time, each of these levels operates within the management cycle, implemented through five interconnected management functions. The planning function involves setting goals, forecasting patient needs based on annual screening results, and developing individual monitoring and care programs. The organization function covers task distribution among system participants, patient route construction, implementation of digital solutions, and logistical mechanisms. The coordination function ensures alignment of activities among healthcare facilities, multidisciplinary teams, and social services to integrate medical and social services. The control function aims to assess the quality, effectiveness, and continuity of care provision and to monitor indicators of patients' functional autonomy. The final function is reporting, which includes documenting results, forming databases, and creating feedback mechanisms to improve subsequent management cycles.

Thus, the architecture of the model combines a multi-level organization of processes with the management cycle, ensuring integrity, adaptability, and sustainability of outpatient care for older adults. It provides the basis for a systematic approach to preserving health and improving the quality of life of the elderly population (table 2).

The proposed model for improving outpatient medical care for older age groups provides a clear sequence of the following stages: formation of an individual program for annual dynamic monitoring and care; formation of a clinical route for implementing the individual program; calendar planning and coordination of program implementation; continuous monitoring and final evaluation, which ensure continuity, comprehensiveness, and individualization of medical care (fig.).

First stage – development of an individual program for annual dynamic monitoring.

The annual dynamic monitoring program for the health status of older adults is aimed at a comprehensive assessment and monitoring of the medical and social status of elderly patients. Its goals are the early detection of pathology, control of existing chronic diseases, maintenance of functional independence, and improvement of quality of life.

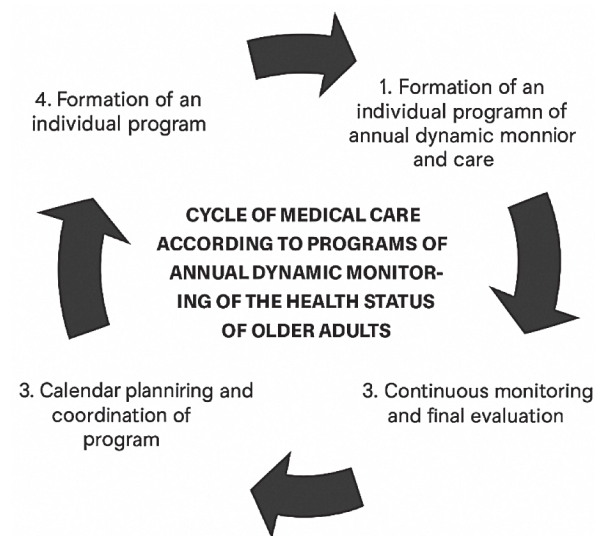


Figure – Scheme of the functional steps of the functional stages of the medical care process within the conceptual model for improving the organization of outpatient medical care for the elderly population.

Table 3 – Stratification of elderly patients by risk categories and corresponding types of clinical pathway

Patient category	Criteria	Clinical pathway type
A – independent, low medical risk	Preserved ability to perform activities of daily living (high Barthel Index), low Charlson Comorbidity Index, and available social support.	Preventive-monitoring type pathway: remote dynamic monitoring using telemedicine; annual in-person visit for comprehensive health assessment; focus on preventive measures, vaccination, maintaining physical activity, and risk factor modification.
B – moderate dependence, medium risk	Partial loss of ability for self-care, moderate comorbidity, limited social support.	Combined monitoring type pathway: a combination of remote health monitoring (phone calls, telemedicine consultations) and scheduled in-person visits at least twice a year; regular therapy adjustments; inclusion of physical and cognitive rehabilitation programs; involvement of social services to support daily living needs.
C – high risk of complete dependence, lack of care	Severe impairment of self-care ability (low Barthel Index), high Charlson Comorbidity Index, lack of adequate social support.	Intensive care and outpatient monitoring pathway: regular home visits by healthcare and social service providers; monitoring by a multidisciplinary team (physician, nurse, rehabilitation specialist, social worker, psychologist); provision of maintenance therapy and palliative care as needed; coordination with mobile clinics and day hospitals.

Key components of the program include:

1. Screening for chronic diseases.
2. ICOPE screening (Integrated Care for Older People).
3. Dynamic monitoring of the course of existing chronic diseases.
4. Assessment and control of vital functions.
5. Secondary prevention and maintenance therapy.
6. Rehabilitation activities and care organization.

Thus, the annual dynamic monitoring program for older adults' health represents an integrated model of medical and social support, combining primary and secondary prevention, rehabilitation, and care. Implementation of this program ensures early detection of chronic diseases and functional impairments, monitoring of disease progression, maintenance of functional capacity, and improvement of quality of life in the elderly population.

Second stage – formation of a clinical pathway for implementing the individual program.

The formation of a clinical pathway for elderly patients within the framework of the annual dynamic monitoring program involves determining the scope and content of medical care according to the individual program, as well as specifying the location, schedule, and providers of medical services. An innovative element of this model is the use of patient stratification by risk categories, which ensures universal access to medical services while optimizing healthcare system resources.

Stratification is based on a comprehensive analysis of medical, functional, and social factors, including the patient's ability to perform activities of daily living (assessed using the Barthel Index) [16], the severity of chronic pathology (Charlson Comorbidity Index) [17], level of social support, and accessibility of remote health monitoring technologies. This approach allows identification of three main patient categories (table 3).

The choice of clinical pathway type is made according to the patient's risk category and combines various forms of medical care: outpatient visits, home visits, mobile clinic deployments with multidisciplinary teams, day hospital care, as well as health monitoring using remote technologies and telemedicine.

Thus, stratification serves as a key tool for personalizing and enhancing the effectiveness of outpatient medical care for elderly patients. It ensures that the scope and forms of medical services correspond to the individual needs of the patient, improves the quality of care, and optimizes the use of healthcare system resources.

Third stage – scheduling the coordination of program implementation.

The development of an activity calendar is based on the defined clinical pathway, with clearly outlined deadlines for each program component and allocation of responsibilities among the implementers. Coordination relies on the coordinated interaction of physicians, nursing staff, multidisciplinary teams, and social services, ensuring continuity and comprehensiveness of care.

A key element at this stage is the corrective action mechanism, which involves systematic monitoring of the individual program's implementation and timely adjustments in response to changes in the patient's health status. Such adjustments may include adaptation of visit frequency, revision of the scope of medical services, engagement of additional specialists, or transition from outpatient to home-based or inpatient monitoring. Corrective actions are taken in cases of chronic disease exacerbation, acute medical events, or diagnosis of new chronic conditions that may require intensive treatment or palliative support. This ensures flexibility and adaptability of the model, aligning it with the individual needs of older adults while maintaining a balance between medical and social aspects of care.

Fourth stage – continuous monitoring and final evaluation of individual program implementation.

At this stage, continuous monitoring of the individual program's execution is carried out, and all changes and corrections made during its implementation are recorded. The outcome is the preparation of individual reports summarizing the effectiveness of interventions and identifying directions for further optimization. Based on these reports, the individual program for the following year is developed, ensuring cyclicity and continuity in the improved medical care process.

In parallel, an aggregated report is prepared for the entire cohort of patients in the relevant age group. It contains summarized data on conducted preventive measures, trends in the health status of the elderly population, identified issues, and approaches to addressing them. This information forms an analytical basis for adjusting outpatient care strategies, improving quality, and optimizing resource utilization through forward-looking planning.

Conclusions.

Thus, the proposed conceptual model for improving the organization of outpatient medical care for the elderly population is considered as a system of comprehensive medical services, with its architectural foundation

being the cycle of annual monitoring and patient care. A key element of this process is the individual program of dynamic health monitoring, which includes measures for secondary and tertiary prevention and care. The model also provides that in the event of chronic disease exacerbation, the emergence of new chronic or acute conditions (including injuries or infectious diseases), the patient receives care under special medical service programs that ensure continuity and timeliness. A similar approach is applied to palliative care, which is integrated into the overall outpatient medical care system for the elderly but delivered according to a separate program.

The developed model for improving the organization of outpatient medical care for the elderly includes:

- existing elements of the outpatient care system: healthcare professionals and specialists from primary care centers and consultative-diagnostic centers, operating within territorial clusters of the regional hospital district;

- enhanced elements through optimization of outpatient care processes and structure, including improved patient routing, integration of multidisciplinary teams into the outpatient care system, implementation of digital monitoring technologies, and ensuring feedback between patients and the outpatient care system;

- completely new elements: stratification of elderly patients by risk categories for loss of ability to perform activities of daily living, creation of a unified information platform for coordinating medical and social support, implementation of technologies for forming patient clinical pathways, patient registries, development of mobile

health monitoring services, establishment of geriatric outpatient clinics, and integration of social services into the outpatient care system. These measures ensure accessibility, improve quality, and maintain continuity of outpatient care for the elderly through a comprehensive and integrative approach to organizational improvement.

Prospects for further research.

An in-depth study of the effectiveness of the proposed conceptual model for improving outpatient medical care for elderly patients under real-world healthcare system conditions, particularly in the context of integration with social services and implementation of digital health monitoring technologies for this age group.

It is also advisable to assess the economic feasibility of the model, analyze its impact on reducing emergency medical service calls and urgent hospitalizations, decrease the burden on inpatient care, and increase the duration of active longevity among the elderly. Another focus area is the development of innovative tools for personalized monitoring and care, including telemedicine services, electronic registries, multidisciplinary team operations, and methods of clinical routing.

Advancing these directions will allow the creation of a more effective, sustainable, and accessible system for organizing outpatient medical care for elderly patients, contributing to the preservation of functional capacity, enhancement of medical and social support, and improvement of the overall quality of life for this population.

DOI 10.29254/2077-4214-2025-3-178-483-498

УДК 614.23:614.253-053.9

Зюков О. Л., Горlach Т. М.

ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

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

gorlachdoc@gmail.com

Хронічні неінфекційні захворювання залишаються головною причиною захворюваності та смертності серед осіб похилого віку, що актуалізує потребу у трансформації амбулаторної допомоги на основі інтегрованих, пацієнт-орієнтованих моделей. В Україні ці завдання визначені Національною стратегією охорони здоров'я до 2030 року та Програмою медичних гарантій. Мета дослідження – здійснити наукове обґрунтування та сформувати концептуальну модель організації амбулаторної допомоги людям літнього віку з урахуванням міжнародних рекомендацій ВООЗ, вітчизняних нормативно-правових документів і сучасних викликів системи охорони здоров'я.

Базою дослідження була система амбулаторної медичної допомоги ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» ДУС у 2015-2024 рр. Використано бібліосемантичний аналіз, системно-структурний підхід та метод концептуального моделювання, що дало можливість оцінити захворюваність, функціональні порушення та організаційну ефективність. Дослідження проведено з дотриманням положень Гельсінської декларації.

Встановлено високу поширеність хронічних патологій та функціональних розладів серед людей похилого віку, зокрема серцево-судинних, респіраторних, когнітивних і сенсорних порушень, а також депресивних станів. Виявлені проблеми стосуються обмеженого доступу до послуг, дефіциту кадрів, нестачі технічних ресурсів і відсутності ефективної маршрутизації пацієнтів.

Запропонована концептуальна модель поєднує медичні, реабілітаційні та соціальні складові, ґрунтується на мультидисциплінарному підході, використанні цифрових технологій і систематичному моніторингу стану здоров'я. Її впровадження сприятиме підтриманню функціональної незалежності літніх осіб, підвищенню якості життя та зміцненню стійкості системи охорони здоров'я.

Ключові слова: організація амбулаторної допомоги, особи старших вікових груп, концептуальна модель, інтегрований підхід, індивідуальна програма щорічного динамічного спостереження.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Науково-дослідна робота наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами, Київ, Україна «Медико-соціальне обґрунтування, розробка та запровадження моделі «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» на основі триєдності науки, освіти та практики в роботу багатoproфільного закладу охорони здоров'я і визначення її ролі у формуванні єдиного медичного простору», номер державної реєстрації 0125U000318.

Вступ.

Неінфекційні захворювання населення старших вікових груп залишаються основною причиною захворюваності та смертності в усьому світі, що зумовлює необхідність удосконалення системи організації амбулаторної медичної допомоги. Відповідно до Глобального плану дій ВООЗ щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2013-2030 роки [1], а також Європейської стратегії ВООЗ із підтримки здорового та активного старіння [2], країни мають розвивати інтегровані моделі надання медичної допомоги, орієнтовані на пацієнта, з акцентом на доступність, ефективність і взаємодію як у межах сфери охорони здоров'я, так і поза нею шляхом міжвідомчої співпраці.

В Україні стратегічні засади розвитку системи охорони здоров'я визначені Національною стратегією охорони здоров'я України на період до 2030 року [3], що передбачає впровадження сучасних підходів до надання медичної допомоги на основі європейських стандартів. Нормативно-правове регулювання амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп здійснюється, зокрема, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [4], а також постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження програми медичних гарантій» [5].

Водночас реформа фінансування охорони здоров'я, децентралізація управління та цифровізація медичних послуг вимагають адаптації організаційних моделей надання амбулаторної допомоги населенню старших вікових груп відповідно до сучасних викликів.

Мета дослідження.

Наукове обґрунтування та розробка концептуальної моделі удосконалення організації амбулаторного медичного обслуговування населення старших вікових груп в Україні, яка враховує міжнародні стандарти, чинні нормативно-правові акти та результати наукових досліджень.

Об'єкт і методи дослідження.

Об'єктом дослідження стала система організації амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп у багатoproфільному закладі охорони здоров'я – клініці Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами у період 2015-2024 рр.

Методологічна основа дослідження включала бібліосемантичний метод, методи системного та

структурно-логічного аналізу, а також концептуальне моделювання.

Дослідження було схвалено комісією з питань етики та біоетики установи та проведено відповідно до письмової інформованої згоди учасників, із дотриманням принципів біоетики, викладених у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» та «Загальній декларації про біоетику та права людини» (ЮНЕСКО).

Застосований методологічний підхід забезпечив можливість визначення найбільш доцільних напрямів удосконалення організації системи амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп. Використання інтегрованого системного аналізу надало дослідженню наукову обґрунтованість та практичну значущість, створивши основу для впровадження отриманих результатів у реальну практику охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення.

Стан здоров'я населення старших вікових груп є одним із ключових викликів для сучасної системи охорони здоров'я України, з огляду на високу поширеність хронічних захворювань та супутніх функціональних розладів, що формують основні причини смертності й інвалідності. Серед провідних патологій у цієї категорії населення домінують серцево-судинні захворювання, новоутворення та хвороби органів дихання, що ускладнюють демографічну ситуацію, особливо в умовах соціально-економічних труднощів [6]. За даними ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», у середньому 43% осіб літнього віку потребують періодичного медичного нагляду і щорічних профілактично-реабілітаційних заходів, 41% – активного нагляду та відновного лікування, 10% – інтенсивної госпітальної терапії з подальшою реабілітацією, а 6% – тривалої або паліативної допомоги, що вимагає системного переосмислення механізмів організації медичного обслуговування [6].

Система амбулаторної допомоги в Україні стикається з низкою викликів, пов'язаних із високим рівнем поширеності хронічних захворювань серед літніх людей, що поєднується з обмеженим доступом до якісних медичних послуг і спеціалізованої реабілітаційної підтримки [7]. Аналіз динаміки захворюваності у 2015-2024 рр. показав загальну тенденцію до зростання поширеності хронічних патологій у старших вікових групах, незважаючи на коливання, пов'язані з впливом зовнішніх факторів, зокрема пандемії COVID-19. Найбільш виражене зростання зареєстровано щодо захворювань органів дихання, травлення, нервової системи та новоутворень, що вказує на поступове ускладнення медико-демографічної ситуації [7].

Отримані результати також підтверджують високу поширеність порушень функціонального стану організму серед людей похилого віку. Погіршення зору фіксується у більшості обстежених осіб, особливо серед жінок віком 75-89 років; частота депресивних розладів стабільно перевищує 60%, досягаючи 100% серед респондентів у групі 90+ років. Водночас із віком суттєво зростає частка когнітивних порушень (від 9,1% у групі 60-74 років до 55,6% у групі 90+), при цьому вони були характерні переважно для жінок [8]. Спостерігається також зростання поширеності втрати

слуху (до 55,6% у віковій групі 90+ років) та значне зниження рухової активності у найстарших когорт [8]. Такі зміни корелюють із природними процесами старіння, накопиченням коморбідних станів та зростанням рівня функціональних обмежень, що обумовлює потребу в інтегративних моделях медичного обслуговування літніх людей [9].

Таким чином, результати дослідження демонструють високу поширеність як хронічних захворювань, так і функціональних порушень серед осіб старших вікових груп, що підкреслює актуальність впровадження програм ранньої діагностики, систематичного скринінгу, своєчасної корекції порушень та посилення психосоціальної підтримки. Особливого значення набуває організація регулярних офтальмологічних та сурдологічних обстежень, а також виявлення й лікування депресивних розладів, що є важливими чинниками збереження якості життя та соціальної активності літніх людей [8].

У контексті отриманих результатів особливої актуальності набуває орієнтація на міжнародні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), які визначають інтегрований підхід до медичного обслуговування населення старших вікових груп. ВООЗ наголошує, що ключовим інструментом підвищення ефективності системи охорони здоров'я в умовах старіння населення є перехід від вузько спеціалізованих до інтегрованих моделей допомоги, орієнтованих на потреби пацієнта [10]. Такий підхід реалізується, зокрема, у концепції ICOPE (Integrated Care for Older People), що передбачає моніторинг функціонального стану літніх людей, збереження їхньої життєздатності та профілактику втрати незалежності [9].

Щорічне спостереження за хронічними захворюваннями у людей старших вікових груп є доцільним з огляду на виявлені тенденції, адже воно дозволяє забезпечити ранню діагностику ускладнень, своєчасну корекцію лікувально-профілактичних заходів і підвищити ефективність вторинної профілактики. Регулярний моніторинг сприяє зменшенню ризику інвалідизації, підтриманню якості життя та оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я. Таким чином, інституціоналізація щорічного динамічного спостереження є науково обґрунтованим і практично необхідним інструментом удосконалення медичної допомоги населенню старшого віку.

Впровадження інтегрованої моделі обслуговування на основі ICOPE передбачає системний моніторинг сенсорних і когнітивних функцій, організацію регулярних офтальмологічних та сурдологічних обстежень, розвиток програм психотерапевтичної допомоги та психосоціальної підтримки, а також застосування мультидисциплінарного підходу у контролі когнітивних і психоемоційних розладів. Додатковим напрямом має стати активне залучення пацієнтів до програм фізичної реабілітації й регулярної рухової активності, що сприятиме підтриманню мобільності та профілактиці залежності від стороннього догляду [10].

Комплексне спостереження за станом здоров'я населення старших вікових груп є доцільним з огляду на подвійний вектор медико-соціальних потреб цієї категорії. З одного боку, моніторинг перебігу хронічних захворювань у фазі ремісії в умовах застосуван-

ня заходів первинної та вторинної профілактики, зокрема раціональної фармакотерапії, забезпечує контроль над прогресуванням патологій, зниження ризику загострень і ускладнень, а також оптимізацію лікувально-діагностичних ресурсів. З іншого боку, систематичне оцінювання функціонального стану життєздатності та спроможності до самообслуговування під впливом реабілітаційних заходів і послуг догляду дає можливість вчасно виявляти втрату функціональної незалежності, проводити корекцію реабілітаційних програм і підтримувати рівень соціальної активності літніх осіб.

Поєднання медичної та соціально-реабілітаційної складових у межах комплексного спостереження створює підґрунтя для реалізації інтегрованої моделі допомоги, яка орієнтована не лише на контроль захворюваності, але й на збереження якості життя та функціональної автономії людей старшого віку, що відповідає сучасним глобальним орієнтирам ВООЗ і має стати стратегічним напрямом трансформації національної системи охорони здоров'я [10].

З метою забезпечення універсального охоплення якісними медичними послугами всього населення України, зокрема осіб літнього віку, в умовах обмежених ресурсів державою з 2018 року започаткована масштабна трансформація системи охорони здоров'я. Станом на сьогодні обсяг та склад амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп нормативно визначено Наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 [4] та деталізовано у пакетах Програми медичних гарантій, що фінансується Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на основі укладених договорів із закладами охорони здоров'я. Відповідно до положень Програми медичних гарантій, базова капітаційна ставка становить 844,40 грн на рік. Для пацієнтів віком понад 65 років застосовується коригувальний коефіцієнт 1,3, що підвищує ставку до 1 097,72 грн на рік. Такий підвищений коефіцієнт покликаний враховувати зростання медичних та соціальних потреб населення старших вікових груп [5].

Крім того, з 2021 року у рамках Програми державних медичних гарантій упроваджено пакет «Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям», спрямований на підвищення якості медичного обслуговування осіб похилого віку [11].

Незважаючи на досягнуті певні результати під час трансформації системи охорони здоров'я України, значна частина проблем, пов'язаних із забезпеченням доступності належної амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп, залишається невирішеною.

Однією з ключових проблем є відсутність стандартизованих підходів до оцінки функціонального стану пацієнтів, що знижує ефективність раннього виявлення порушень життєздатності. Профілактичні заходи носять переважно фрагментарний характер, а результати скринінгу недостатньо інтегруються у формування індивідуальних програм спостереження та догляду.

Суттєвим викликом для системи охорони здоров'я стала пандемія COVID-19, яка обмежила доступність планових амбулаторних медичних послуг, у тому числі профілактичних та ускладнила координацію медичної допомоги між рівнями її надання, що

найбільш відчутно позначилося на якості життя населення старших вікових груп.

Про наявність структурних і організаційних проблем свідчать також результати аналізу державної політики у сфері активного довголіття. Зокрема, протягом 2020-2021 років Міністерством охорони здоров'я України, на виконання підпункту 4 пункту 2 Плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2018 року № 688 [12], було розроблено проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги громадянам похилого віку за місцем їх проживання/перебування». Однак документ так і не був прийнятий, що уповільнило впровадження цілісної системи організації амбулаторної допомоги особам літнього віку [6].

Сучасні виклики у сфері охорони здоров'я, зокрема відсутність ефективної маршрутизації пацієнтів, недостатня координація між первинною, спеціалізованою та реабілітаційною допомогою, обмежений доступ до профілактичних програм, а також негативні наслідки пандемії COVID-19, значно ускладнюють забезпечення своєчасного та комплексного медичного супроводу осіб старших вікових груп [7, 13-14].

У цих умовах особливої ваги набуває інтегративний підхід до організації амбулаторної медичної допомоги, який дозволяє поєднати медичні, соціальні та реабілітаційні компоненти, забезпечуючи орієнтацію на індивідуальні потреби пацієнтів літнього віку. Саме інтегративна модель, що базується на принципах доступності, наступності та пацієнтоорієнтованості, здатна стати ефективним інструментом для подолання існуючих системних обмежень.

Розробка концептуальної моделі удосконалення амбулаторного медичного обслуговування повинна ґрунтуватися на таких ключових положеннях:

1. адаптації міжнародних рекомендацій ВООЗ та ЄС до українських реалій з урахуванням ресурсних можливостей і національних пріоритетів;
2. інтеграції гериатричної допомоги у структуру первинної та спеціалізованої амбулаторної допомоги з метою забезпечення наступності та безперервності спостереження;
3. впровадженні інноваційних підходів, зокрема цифрових технологій і дистанційного моніторингу, що підвищують ефективність та доступність послуг;
4. орієнтації на збереження функціональної незалежності та якості життя осіб літнього віку шляхом поєднання профілактичних, лікувальних і соціально-реабілітаційних заходів.

Запропонована концептуальна модель має стати методологічним підґрунтям для удосконалення організації амбулаторної допомоги населенню старших вікових груп, забезпечуючи їхні комплексні потреби та підвищуючи стійкість національної системи охорони здоров'я до сучасних викликів [15].

Стратегічна мета моделі – забезпечення якісної, доступної та інтегрованої амбулаторної допомоги літньому населенню. Вона спрямована на збереження функціональної автономії пацієнтів та підвищення якості життя через профілактику, ранню діагностику та лікування; рівномірний доступ до медичної до-

помоги завдяки вдосконаленню маршрутизації пацієнтів; підвищення доступності та якості медичних послуг шляхом інтеграції гериатричної допомоги у систему первинної медичної допомоги та застосування мультидисциплінарного підходу до медичного обслуговування [9, 10].

Також, важливими завданнями удосконалення організації амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп є зміцнення профілактичного напрямку через регулярні скринінги та моніторинг хронічних хвороб [6, 9], а також створення сприятливих умов для активного довголіття та соціальної інтеграції; впровадження цифрових технологій, зокрема телемедицини та інтеграції інформаційних систем; адаптація системи до демографічних змін та потреб населення, епідеміологічних тенденцій, а також викликів війни та післявоєнного відновлення [15]. Досягнення мети забезпечується через реалізацію інтегративного підходу, що поєднує медичні, соціальні та реабілітаційні компоненти у межах єдиної моделі організації амбулаторного медичного обслуговування літніх людей.

Ключовим етапом розробки моделі удосконалення організації амбулаторної допомоги літнім людям стало співставлення стратегічних цілей державної політики у сфері охорони здоров'я із завданнями представлених у положеннях Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках» [3] та функціями системи первинної медичної допомоги, визначеними наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [4].

Процесна структура запропонованої моделі передбачає інтеграцію первинної медичної допомоги з консультативно-діагностичними центрами, гериатричними закладами охорони здоров'я та підрозділами, а також налагодження міжвідомчої взаємодії із соціальними службами. Такий підхід дозволяє забезпечити комплексний медико-соціальний супровід пацієнтів старших вікових груп і створити єдину платформу координації амбулаторного медичного обслуговування на базі центрів первинної медичної допомоги.

Особлива увага у концептуальній моделі приділяється пацієнтоорієнтованості удосконаленої системи організації амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп, що передбачає розвиток ефективних каналів комунікації та зворотного зв'язку. У цьому контексті вагоме значення має впровадження цифрової платформи моніторингу стану здоров'я пацієнтів, яка включатиме інструменти телемедицини, реєстри пацієнтів, мобільні додатки та електронні кабінети пацієнтів. Таке технологічне рішення сприятиме підвищенню доступності медичних послуг, своєчасності реагування та індивідуалізації спостереження за літніми пацієнтами.

Узгодження стратегічних цілей із процесною структурою моделі створює підґрунтя для формування ефективної, доступної та інноваційної системи амбулаторної медичної допомоги особам старших вікових груп, що у свою чергу, визначає основу для її сталого розвитку та адаптації до сучасних викликів,

Таблиця 1 – Стратегічні цілі та інструменти їх досягнення в концептуальній моделі удосконалення організації амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп (розроблена авторами)

Стратегічна ціль	Інструменти досягнення
Посилення профілактики	- інтеграція заходів первинної, вторинної, третинної профілактики, включаючи реабілітаційні послуги у систему первинної допомоги (наказ МОЗ №504); - щорічні програми спостереження за станом здоров'я; - інформаційно-просвітницькі кампанії щодо здорового способу життя.
Ефективна рання діагностика хронічних захворювань та порушень функцій систем життєздатності	- впровадження скринінгових програм; - застосування сучасних методів лабораторної та інструментальної діагностики; - цифрова платформа моніторингу стану здоров'я пацієнтів із функціями телемедицини.
Розширення доступності спеціалізованої медичної допомоги та реабілітації у сегменті амбулаторної допомоги для забезпечення комплексності медичного обслуговування	- оптимізація маршрутизації пацієнтів між видами медичної допомоги; - покращення координації центрів первинної допомоги з консультативно-діагностичними центрами та реабілітаційними установами; - використання цифрових інструментів для координації - створення єдиної платформи координації амбулаторного обслуговування; - інтеграція геріатричної допомоги та мультидисциплінарних команд; - розвиток консультативно-діагностичних центрів
Інтеграція соціальної підтримки	- взаємодія закладів охорони здоров'я з соціальними службами та місцевими органами влади; - створення механізмів міжвідомчої співпраці; - включення послуг догляду та паліативної допомоги.
Підвищення доступності та пацієнтоорієнтованості	- розвиток електронних кабінетів пацієнтів; - удосконалення комунікації та зворотного зв'язку між лікарем і пацієнтом; - впровадження дистанційних медичних технологій для осіб старших вікових груп.

зокрема демографічних змін, зростання поширеності неінфекційних захворювань та обмеженості ресурсів (табл. 1).

З урахуванням визначеної стратегічної мети, модель орієнтована на створення умов для збереження функціональної автономії та підвищення якості життя літніх пацієнтів, що досягається через поєднання профілактичних заходів, ранньої діагностики й лікування, удосконалення маршрутизації пацієнтів, інтеграцію геріатричної допомоги в систему первинної ланки та залучення мультидисциплінарних команд, що забезпечує безперервність та комплексність медичного обслуговування.

В основу формування ефективної системи комплексного амбулаторного медичного обслуговування літніх людей покладено удосконалення процесу та організації щорічного динамічного спостереження за станом їх здоров'я та догляду. Визначені основні функції моделі, які структурно складаються з таких складових: організаційна основа, функціональні етапи процесу медичного обслуговування, інструменти моніторингу та корекції, механізми інтеграції медичних, реабілітаційних і соціальних послуг, цифрова підтримка та аналітичний супровід.

Передбачено різні форми медичного обслуговування: відвідування амбулаторного закладу, патронаж удома, виїзди мобільної клініки з мультидисциплінарними бригадами, денний стаціонар, а також моніторинг стану здоров'я із застосуванням дистанційних технологій і телемедицини. Така багатокомпонентність забезпечує гнучкість системи та адаптацію до індивідуальних потреб літніх пацієнтів.

Враховуючи, що об'єктом удосконалення в рамках моделі є організація амбулаторної медичної допомоги як одна із базових функцій управління, в основу архітектури моделі покладено управлінський цикл – планування, організація, координація, контроль та звітність, синхронізований із щорічним циклом амбулаторного медичного обслуговування в частині його проактивної складової – первинної, вторинної та третинної профілактики.

Архітектура моделі удосконалення амбулаторної медичної допомоги літнім людям побудована за принципом багаторівневої організації та водночас інтегрує управлінський цикл як інструмент забезпечення її системності, безперервності та адаптивності. Такий підхід до побудови моделі дозволяє поєднати структурні елементи медичного обслуговування з чітким механізмом управління процесами, орієнтованими на потреби пацієнтів старших вікових груп.

Організаційний рівень передбачає створення мережі надавачів медичних послуг на основі взаємодії між центрами первинної медичної допомоги, консультативно-діагностичними нпідрозділами, мобільними мультидисциплінарними бригадами, соціальними службами та денними стаціонарами. Саме така інфраструктура забезпечує доступність послуг у різних формах організації медичного обслуговування: відвідування пацієнтом амбулаторного закладу, сестринський патронаж удома, виїзди мобільних клінік, денні стаціонари, дистанційний моніторинг стану здоров'я пацієнта і телемедичні консультації.

Функціональний рівень моделі відображає послідовність етапів медичного обслуговування, що охоплюють скринінг хронічних захворювань, ICOPE-скринінг, динамічне спостереження за перебігом патологій, оцінку функцій життєздатності, реалізацію заходів первинної, вторинної та третинної профілактики, проведення реабілітаційних втручань і забезпечення догляду. На кожному з цих етапів формується власний результат, який у сукупності створює підґрунтя для досягнення головного результату функціонального рівня – підтримки стабільного стану здоров'я, збереження функціональної автономії та забезпечення належної якості життя осіб старших вікових груп.

Інструментальний рівень об'єднує інструменти моніторингу та корекції стану здоров'я пацієнтів, електронні медичні картки, реєстри пацієнтів та інші цифрові системи підтримки прийняття клінічних рішень, платформу телемедичних консультацій, а також механізми забезпечення інтеграції медичних, соціальних і реабілітаційних послуг, такі як єдина

Table 2 – Архітектура моделі удосконалення організації амбулаторної медичної допомоги літнім людям

Рівень архітектури моделі	Роль / зміст	Взаємозв'язок з управлінським циклом
Організаційний	Формування інфраструктури: центри ПМД, консультативно-діагностичні підрозділи, мобільні мультидисциплінарні бригади, соціальні служби, денні стаціонари, телемедичні сервіси. Забезпечення різних форм обслуговування (відвідування амбулаторії, патронаж удома, мобільні клініки, дистанційний моніторинг).	Планування – визначення потреб та ресурсів; Організація – розподіл функцій і побудова маршрутів пацієнтів; Координація – взаємодія між медичними та соціальними структурами.
Функціональний	Логіка процесу медичного обслуговування: скринінг хронічних захворювань, ICOPE-скринінг, динамічне спостереження, контроль функцій життєздатності, профілактика (первинна, вторинна, третинна), реабілітація та догляд. Орієнтація на збереження функціональної автономії та якості життя.	Планування – формування індивідуальних програм; Координація – узгодження дій мультидисциплінарних команд; Контроль – оцінка результативності та ефективності заходів.
Інструментальний	Інструменти моніторингу та корекції: цифрові системи підтримки клінічних рішень, електронні медичні картки, телемедицина, інтеграція медичних, соціальних і реабілітаційних послуг.	Планування – використання аналітики для наступного циклу. Координація – оперативний доступ до медичних даних; Контроль – моніторинг показників та стану пацієнтів; Звітність – аналіз даних, формування бази знань;

електронна база даних пацієнтів, система маршрутизації та координації між видами медичної допомоги та рівнями її надання, Він забезпечує оперативний доступ до медичних даних, своєчасне реагування на зміни у стані здоров'я пацієнтів та ефективну координацію між усіма учасниками процесу медичного обслуговування.

Водночас кожен із зазначених рівнів функціонує у контексті управлінського циклу, який реалізується через п'ять взаємопов'язаних управлінських функцій. Функція планування передбачає визначення цілей, прогнозування потреб пацієнтів на основі результатів щорічного скринінгу та формування індивідуальних програм спостереження і догляду. Функція організації охоплює розподіл завдань між учасниками системи, побудову маршрутів пацієнтів, упровадження цифрових рішень і логістичних механізмів. Функція координації забезпечує узгодження діяльності закладів охорони здоров'я, мультидисциплінарних команд і соціальних служб з метою інтеграції медичних

та соціальних послуг. Функція контролю спрямована на оцінку якості, ефективності й безперервності надання допомоги та моніторинг показників функціональної автономії пацієнтів. Завершальною є функція звітності, яка включає документування результатів, формування бази даних і створення механізмів зворотного зв'язку, що забезпечують вдосконалення наступних циклів управління.

Таким чином, архітектура моделі поєднує багаторівневу організацію процесів із управлінським циклом, що дозволяє забезпечити цілісність, адаптивність і сталість амбулаторної допомоги літнім людям. Вона створює підґрунтя для системного підходу до збереження здоров'я та підвищення якості життя населення старших вікових груп (табл. 2).

Запропонована модель удосконалення амбулаторного медичного обслуговування населення старших вікових груп передбачає чітку послідовність наступних етапів: формування індивідуальної програми щорічного динамічного спостереження та догляду; формування клінічного маршруту реалізації індивідуальної програми; календарне планування та координація реалізації програми; безперервний моніторинг та підсумкова оцінка, що забезпечують безперервність, комплексність та індивідуалізацію медичної допомоги (рис.).

Перший етап – формування індивідуальної програми щорічного динамічного спостереження.

Програма щорічного динамічного спостереження за станом здоров'я літньої особи спрямована на комплексну оцінку та моніторинг медико-соціального статусу пацієнтів похилого віку з метою раннього виявлення патології, контролю перебігу наявних хронічних захворювань, підтримання функціональної незалежності та підвищення якості життя.

Ключовими компонентами програми є:

1. Скринінг хронічних захворювань.
2. ICOPE – скринінг (Integrated Care for Older People).
3. Динамічне спостереження за перебігом існуючих хронічних захворювань.
4. Контроль за функціями життєздатності.
5. Вторинна профілактика та підтримуюча терапія.

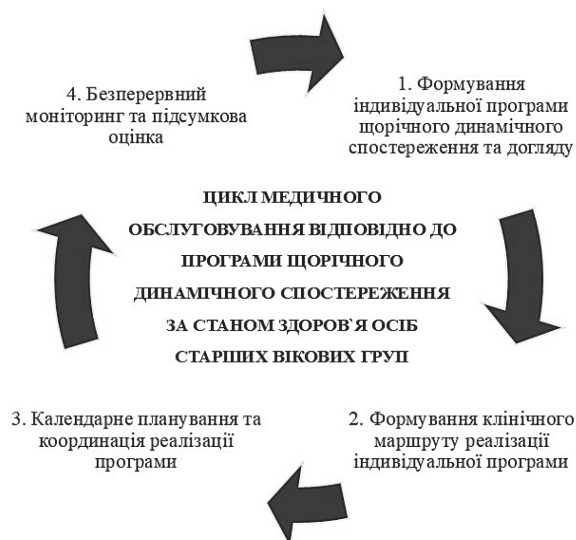


Рисунок – Схема функціональних етапів процесу медичного обслуговування у складі концептуальної моделі удосконалення організації амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп.

6. Реабілітаційні заходи та організація догляду.

Таким чином, програма щорічного динамічного спостереження за станом здоров'я літніх осіб є інтегрованою моделлю медико-соціального супроводу, що поєднує первинну та вторинну профілактику, реабілітацію та догляд. Реалізація цієї програми забезпечує раннє виявлення хронічних захворювань та функціональних порушень, контроль за перебігом хронічних захворювань, збереження життєздатності та підвищення якості життя осіб похилого віку.

Другий етап – формування клінічного маршруту реалізації індивідуальної програми

Формування клінічного маршруту пацієнта літнього віку в рамках програми щорічного динамічного спостереження передбачає визначення складу та обсягу медичної допомоги відповідно до індивідуальної програми, а також уточнення місця, режиму та суб'єктів надання медичних послуг. Інноваційним елементом цієї моделі виступає застосування стратифікації пацієнтів за категоріями ризику, що забезпечує універсальне охоплення медичними послугами при оптимізації ресурсів системи охорони здоров'я.

Стратифікація ґрунтується на комплексному аналізі медичних, функціональних і соціальних чинників, зокрема: здатності пацієнта виконувати активності повсякденного життя (оцінюваної за шкалою Бартел) [16], тяжкості хронічної патології (індекс Чарлсона) [17], рівня соціальної підтримки та доступності технологій дистанційного моніторингу стану здоров'я. Такий підхід дозволяє виділити три основні категорії пацієнтів (табл. 3).

Вибір типу клінічного маршруту здійснюється відповідно до категорії ризику та поєднує різні форми медичного обслуговування: відвідування амбулаторного закладу, патронаж удома, виїзди мобільної клініки з мультидисциплінарними бригадами, денний стаціонар, а також моніторинг стану здоров'я із застосуванням дистанційних технологій і телемедицини.

Таким чином, стратифікація виступає ключовим інструментом персоналізації та підвищення ефективності амбулаторного медичного обслуговування літніх пацієнтів. Вона дозволяє забезпечити відповідність обсягів і форм надання медичних послуг індивідуальним потребам пацієнта, підвищити якість медичної допомоги та раціоналізувати використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Третій етап – календарне планування та координація реалізації програми

Розроблення календаря заходів здійснюється на основі визначеного клінічного маршруту з чітким окресленням термінів виконання окремих компонентів програми та розподілом відповідальності між виконавцями. Координація процесу ґрунтується на узгодженій взаємодії лікарів, середнього медичного персоналу, мультидисциплінарних команд і соціальних служб, що забезпечує безперервність та цілісність надання допомоги.

Ключовим елементом на цьому етапі є механізм коригувальних дій, який передбачає систематичний моніторинг виконання індивідуальної програми та своєчасне внесення змін у відповідь на динаміку стану здоров'я пацієнта. До таких змін належать: адаптація частоти візитів, перегляд обсягу медичних послуг, підключення додаткових спеціалістів, перехід від амбулаторного до патронажного або стаціонарного спостереження. Корегуючі дії здійснюються у випадках загострення хронічних захворювань, виникнення гострих станів або діагностики нових хронічних захворювань, що можуть вимагати інтенсивного лікування чи паліативної підтримки. Завдяки цьому забезпечується гнучкість і адаптивність моделі, яка орієнтована на індивідуальні потреби літніх людей та зберігає баланс між медичними й соціальними складовими догляду.

Четвертий етап – безперервний моніторинг та підсумкова оцінка виконання індивідуальної програми

На цьому етапі здійснюється постійний моніторинг реалізації індивідуальної програми, фіксуються всі зміни та корекції, що вносяться у процесі її виконання. Завершальним результатом є підготовка індивідуальних звітів, у яких узагальнюється ефективність проведених заходів і визначаються напрями подальшої оптимізації. На основі цих звітів формується проєкт індивідуальної програми на наступний рік, що забезпечує циклічність і безперервність удосконалення процесу медичного обслуговування.

Паралельно складається агрегований звіт щодо всієї когорти пацієнтів відповідної вікової групи. Він містить узагальнені дані про проведені профілактичні заходи, динаміку стану здоров'я літнього населення, виявлені проблеми та шляхи їх подолання. Отримана

Таблиця 3 – Стратифікація пацієнтів літнього віку за категоріями ризику та відповідними типами клінічного маршруту

Категорія пацієнтів	Критерії	Тип клінічного маршруту
А – незалежні, низький медичний ризик	Збережена здатність до виконання активностей повсякденного життя (високий індекс Бартел), низький індекс коморбідності Чарлсона, наявна соціальна підтримка	Маршрут профілактично-спостережного типу дистанційне динамічне спостереження із застосуванням телемедицини; щорічний очний візит для комплексної оцінки стану здоров'я; акцент на профілактичних заходах, вакцинації, підтриманні фізичної активності та корекції факторів ризику.
В – помірна залежність, середній ризик	Часткова втрата здатності до самообслуговування, середній рівень коморбідності, обмежена соціальна підтримка	Маршрут комбінованого спостереження: поєднання дистанційного моніторингу стану (телефонні дзвінки, телемедичні консультації) та планових очних візитів не менше двох разів на рік; регулярна корекція терапії; включення програм фізичної та когнітивної реабілітації; залучення соціальних служб для підтримки побутових потреб.
С – високий ризик повної залежності, відсутність догляду	Виражене порушення здатності до самообслуговування (низький індекс Бартел), високий індекс Чарлсона, відсутність належної соціальної підтримки	Маршрут інтенсивного догляду та диспансерного спостереження: регулярний патронаж удома з боку медичних працівників і соціальних служб; спостереження мультидисциплінарною командою (лікар, медсестра, реабілітолог, соціальний працівник, психолог); проведення підтримуючої терапії та паліативної допомоги у разі потреби; координація з мобільними клініками та денними стаціонарами.

інформація формує аналітичну основу для корекції стратегій амбулаторного обслуговування, підвищення його якості та ефективності використання ресурсів шляхом перспективного планування.

Висновки.

Таким чином, запропонована концептуальна модель удосконалення організації амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп розглядається як система комплексного медичного обслуговування, архітектурною основою якої є цикл щорічного спостереження та догляду за пацієнтами. Ключовим елементом цього процесу виступає індивідуальна програма динамічного моніторингу стану здоров'я, що включає заходи вторинної й третинної профілактики та догляду. Модель також передбачає, що у разі загострення хронічних захворювань, виникнення нових хронічних чи гострих станів (зокрема травм або інфекційних захворювань) пацієнт отримує допомогу за спеціальними програмами медичного обслуговування, які забезпечують її безперервність та своєчасність. Аналогічний підхід застосовується і щодо надання паліативної допомоги, яка інтегрується в загальну систему амбулаторного медичного обслуговування осіб старших вікових груп, але надається за іншою програмою.

Розроблений моделі удосконалення організації амбулаторного медичного обслуговування осіб старших вікових груп притаманне включення до її складу:

- існуючих елементів системи амбулаторної медичної допомоги: медичних працівників і фахівців центрів первинної медичної допомоги та спеціалістів консультативно-діагностичних центрів, які функціонують у складі територіальних кластерів обласного госпітального округу;

- елементів, удосконалених за рахунок оптимізації процесу амбулаторного медичного обслуговування та його структури, що включають удосконалену маршрутизацію пацієнтів, інтеграцію у систему амбулаторного медичного обслуговування мультидисциплінарних команд, впровадження цифрових технологій моніторингу та забезпечення зворотного зв'язку між пацієнтами і системою амбулаторного медичного обслуговування;

- цілком нових елементів: стратифікацію пацієнтів старших вікових груп за категоріями ризику втрати здатності виконувати активності повсякденного життя, створення єдиної інформаційної платформи для координації медичного і соціального супроводу пацієнтів, впровадження технологій формування клінічних маршрутів пацієнтів, реєстрів пацієнтів, розвиток мобільних сервісів з дистанційного моніторингу стану здоров'я, формування мережі геріатричних амбулаторних кабінетів та інтеграція соціальних служб у систему амбулаторного обслуговування, що забезпечує доступність, підвищує якість і безперервність амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп на основі комплексного та інтегративного підходів до вдосконалення її організації.

Перспективи подальших досліджень.

Поглиблене вивчення ефективності запропонованої концептуальної моделі удосконалення організації амбулаторної медичної допомоги для осіб старших вікових груп у реальних умовах функціонування системи охорони здоров'я, зокрема в контексті її інтеграції з соціальними службами та впровадження цифрових технологій моніторингу стану здоров'я населення цієї вікової категорії.

Доцільним є також проведення оцінки економічної доцільності моделі, аналізу її впливу на зменшення викликів швидкої медичної допомоги та випадків ургентної госпіталізації, зниження рівня навантаження на стаціонарний сегмент медичної допомоги та підвищення тривалості активного довголіття осіб старших вікових груп. Окремим напрямом є розроблення інноваційних інструментів для персоналізованого спостереження та догляду, включно з сервісом телемедицини, електронних реєстрів, роботою мультидисциплінарних команд та методів клінічної маршрутизації.

Розвиток цих напрямків дозволить створити більш ефективну, стійку та доступну систему організації амбулаторного медичного обслуговування осіб старших вікових груп, що сприятиме збереженню їх функціональної спроможності, підвищенню рівня медико-соціальної підтримки та покращенню якості життя населення.

References / Література

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Ageing. Geneva: World Health Organization; Available from: <https://www.who.int/europe/health-topics/ageing>.
3. Kabinet Ministriv Ukrainy. Rozporiadzhennia KMU № 34-r Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u 2025-2027 rokakh. Kyiv: KMU; 2025. Dostupno: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-na-period-do-2030-roku-ta-zatverdzhennia-operatsiinoho-planu-zakhodiv-z-yii-realizatsii-u-20252027-rokakh-34r-170125>. [in Ukrainian].
4. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Nakaz №504 Pro zatverdzhennia Poriadku nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy. Kyiv: MOZ; 2018. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>. [in Ukrainian].
5. Kabinet Ministriv Ukrainy. Postanova №1503 Poriadok realizatsii prohramy derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia u 2025 rotsi. Kyiv: KMU; 2024. [in Ukrainian].
6. Ustinov OV. Rozrobleno Poriadok orhanizatsii nadannia medychnoi dopomohy hromadianam pokhyloho viku. Ukr Med J. 2021. Dostupno: <https://umj.com.ua/uk/novyna-220438-rozrobleno-poryadok-organizatsiyi-nadannya-medichnoyi-dopomogi-gromadyanam-pohyloho-viku>. [in Ukrainian].
7. Horlach TM. Dynamika zakhvoriuvanosti naselennia starshykh vikovykh hrup za period 2015-2022 rr. Klinichna ta profilaktychna medytsyna. 2023;2(24):102. [in Ukrainian].
8. Zyukov OL, Horlach TM. Prevalence of intrinsic capacity impairments among elderly people based on the ICOPE screening results. Klinichna ta profilaktychna medytsyna. 2024;8(38):123-128. DOI: [10.31612/2616-4868.8.2024.14](https://doi.org/10.31612/2616-4868.8.2024.14).
9. Zyukov OL, Horlach TM. Pidkhody do obgruntuvannia modeli kompleksnoi ambulatornoi medychnoi dopomohy naselenniu starshykh vikovykh hrup. Materialy Vseukrainskoi naukovopraktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu Hromadske zdorovia: vid analizu mynuloho do rozuminnia maibutnoho; 2024 Zhovt 10; Dnipro. Dnipro: DDMU; 2024. s. 94. [in Ukrainian].
10. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>.

11. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Nakaz №1853 Pro zatverdzhennia Zmin do Poriadku nadannia paliativnoi dopomohy. Kyiv: MOZ; 2024. [in Ukrainian].
12. Kabinet Ministriv Ukrainy. Stratehiia derzhavnoi polityky z pytan zdorovoho ta aktyvnoho dovolittia naselennia na period do 2022 roku: skhvaleno rozporiadzhenniam Kabinetu Ministriv Ukrainy № 10-r. Kyiv: KМУ; 2018. Dostupno: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/10-2018-%D1%80#Text>. [in Ukrainian].
13. Schäfer W, van den Berg M, Groenewegen P. Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioners and their patients. Br J Gen Pract. 2016;66(642):e759-e766. DOI: [10.3399/bjgp16X687601](https://doi.org/10.3399/bjgp16X687601).
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502. DOI: [10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x).
15. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019-monitoring-report>.
16. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud. 1988;10(2):61-3. DOI: [10.3109/09638288809164103](https://doi.org/10.3109/09638288809164103).
17. Drosowsky A, Gough K. The Charlson Comorbidity Index: problems with use in epidemiological research. J Clin Epidemiol. 2022;148:174-177. DOI: [10.1016/j.jclinepi.2022.03.022](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.03.022).

ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Зюков О. Л., Горлач Т. М.

Резюме. Неінфекційні захворювання є провідною причиною захворюваності та смертності серед осіб старших вікових груп, що вимагає вдосконалення амбулаторної допомоги на засадах інтегрованих моделей, орієнтованих на пацієнта. В Україні ці процеси регулюються Національною стратегією охорони здоров'я до 2030 року та Програмою медичних гарантій.

Мета – наукове обґрунтування та розробка концептуальної моделі організації амбулаторної допомоги літнім людям із урахуванням міжнародних рекомендацій ВООЗ, національних нормативних актів і сучасних викликів.

Об'єктом дослідження була система амбулаторної допомоги в клініці ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» ДУС у 2015-2024 рр. Використано бібліосемантичний аналіз, системно-структурний підхід та концептуальне моделювання. Дослідження проведено з дотриманням етичних принципів Гельсінської декларації.

Встановлено високу поширеність хронічних патологій і функціональних розладів серед літніх людей, що ускладнює демографічну ситуацію. Аналіз показав зростання захворюваності на серцево-судинні, респіраторні та онкологічні хвороби, а також поширення когнітивних, депресивних і сенсорних порушень. Система амбулаторної допомоги стикається з проблемами доступності, браком кадрових і технічних ресурсів та відсутністю ефективної маршрутизації.

Таким чином, запропонована концептуальна модель удосконалення організації амбулаторної медичної допомоги населенню старших вікових груп розглядається як система комплексного медичного обслуговування, архітектурною основою якої є цикл щорічного спостереження та догляду за пацієнтами. Ключовим елементом цього процесу виступає індивідуальна програма динамічного моніторингу стану здоров'я, що включає заходи вторинної й третинної профілактики та догляду. Модель також передбачає, що у разі загострення хронічних захворювань, виникнення нових хронічних чи гострих станів (зокрема травм або інфекційних захворювань) пацієнт отримує допомогу за спеціальними програмами медичного обслуговування, які забезпечують її безперервність та своєчасність. Аналогічний підхід застосовується і щодо надання паліативної допомоги, яка інтегрується в загальну систему амбулаторного медичного обслуговування осіб старших вікових груп, але надається за іншою програмою.

Ключові слова: організація амбулаторної допомоги, особи старших вікових груп, концептуальна модель, інтегрований підхід, індивідуальна програма щорічного динамічного спостереження.

SUBSTANTIATION OF A CONCEPTUAL MODEL FOR ENHANCING THE ORGANIZATION OF AMBULATORY HEALTH SERVICES FOR OLDER POPULATION GROUPS

Zyukov O. L., Horlach T. M.

Abstract. Noncommunicable diseases are the leading cause of morbidity and mortality in older adults and require improvement of outpatient care based on integrated, patient-centred models. In Ukraine, these processes are framed by the National Health Strategy to 2030 and the Programme of Medical Guarantees.

Aim – to provide a scientific rationale and develop a conceptual model for organising outpatient care for older adults in Ukraine, aligned with WHO recommendations, national regulations, and current system challenges.

The object of study was the outpatient care system at the State Institution of Science "Center of innovative healthcare technologies" State Administrative Department (2015-2024). Methods included bibliosemantic analysis, a systems-structural approach, and conceptual modelling. The study complied with the ethical principles of the Declaration of Helsinki.

A high prevalence of chronic pathologies and functional disorders among older people has been established, which complicates the demographic situation. Analysis has shown an increase in the incidence of cardiovascular, respiratory and oncological diseases, as well as the spread of cognitive, depressive and sensory disorders. The outpatient care system faces problems of accessibility, lack of human and technical resources, and lack of effective routing.

Thus, the proposed conceptual model for improving the organization of outpatient care for older adults is conceived as a comprehensive care system whose structural backbone is a yearly cycle of longitudinal follow-up and patient care. The key element of this process is an individualized program of dynamic health monitoring that encompasses measures of secondary and tertiary prevention and care. The model also stipulates that, in the event of

exacerbations of chronic diseases or the onset of new chronic or acute conditions (including injuries or infectious diseases), patients receive services through dedicated care programs that ensure continuity and timeliness. An analogous approach is applied to palliative care, which is integrated into the overall outpatient system for older adults but delivered under a separate program.

Key words: organization of outpatient care, elderly people, conceptual model, integrated approach, individualized annual dynamic monitoring program.

ORCID and contributionship / ORCID автора та його внесок до статті:

Zyukov O. L.: <https://orcid.org/0000-0003-1190-2571>^{AEF}

Horlach T. M.: <https://orcid.org/0009-0005-2511-3364>^{BCD}

Conflict of interest / Конфлікт інтересів:

The authors declare no conflict of interest / Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Corresponding author / Адреса для кореспонденції

Horlach Tetiana Mykolayivna / Горlach Тетяна Миколаївна

State Institution of Science "Center of innovative healthcare technologies" State Administrative Department
/ Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами

Ukraine, 01015, Kyiv, 5 Verkhnia str. / Адреса: Україна, 01015, м. Київ, вул. Верхня 5

Tel.: +380954979012 / Тел.: +380954979012

E-mail: gorchachdoc@gmail.com

A – Work concept and design, **B** – Data collection and analysis, **C** – Responsibility for statistical analysis, **D** – Writing the article, **E** – Critical review, **F** – Final approval of the article / **A** – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті.

Received 16.04.2025 / Стаття надійшла 16.04.2025 року
Accepted 13.08.2025 / Стаття прийнята до друку 13.08.2025 року