співпраця з німеччиною
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

KFW

unicef
для кожної дитини

ІБСЕД ІНСТИТУТ БЮДЖЕТУ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Краща практика:

Універсально-прогресивна модель домашніх візитів (патронажна послуга) для сімей з дітьми від 0 до 3 років в Андрушівській міській територіальній громаді



Проєкт «Посилення бюджетування, орієнтованого на потреби дітей, на субнаціональному рівні»

Цей документ підготовлено з метою інформування та поширення серед громад-партнерок Проєкту прикладу управлінського рішення щодо локального впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів до сімей з дітьми раннього віку. Описана практика не є оцінкою ефективності системи охорони здоров'я чи соціальних послуг Андрушівської міської територіальної громади та не містить оцінки повноти охоплення сімей, комплексного аналізу якості послуг чи детальних розрахунків вартості їх надання. Основним завданням документа є підвищення обізнаності органів місцевого самоврядування щодо можливих організаційних, нормативних, міжсекторальних і бюджетних підходів до впровадження універсально-прогресивної моделі, які можуть бути адаптовані іншими громадами з урахуванням їхніх потреб, ресурсів та місцевих умов.

1. Контекст і обґрунтування практики

Період від вагітності до перших трьох років життя є визначальним для фізичного, когнітивного, емоційного та соціального розвитку дитини. Саме в цей час формуються основи здоров'я, розвитку мозку, навчальних здібностей та закладається основа майбутнього благополуччя. Тому раннє виявлення ризиків, підтримка батьків та доступ до якісних медичних і соціальних послуг є важливими складовими політики у сфері охорони здоров'я дітей.

Ранній розвиток дитини є також ефективним напрямом інвестування в людський капітал громади. Інвестиції у профілактику, раннє виявлення ризиків і підтримку сімей забезпечують вищий соціальний та економічний ефект, ніж подолання наслідків проблем на пізніших етапах. Для громад це означає не лише покращення здоров'я та благополуччя дітей, а й можливість зменшити майбутні видатки на лікування, реабілітацію, спеціальну освіту та соціальну підтримку.

Відповіддю на ці виклики стала програма **«Турбота з народження вдома»**[1] - спільна ініціатива Міністерства охорони здоров'я України та Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), що впроваджує універсально-прогресивну модель домашніх візитів (далі - УПМ). Вона передбачає регулярний супровід сімей патронажною медичною сестрою від допологового періоду до досягнення дитиною трирічного віку. Для сімей із додатковими потребами або підвищеними ризиками передбачено більш інтенсивну підтримку із залученням інших фахівців.

На відміну від традиційного медичного патронажу, універсально-прогресивна модель поєднує медичну, психологічну та соціальну складові допомоги. Під час домашніх візитів оцінюються стан здоров'я і розвиток дитини, умови її виховання, грудне вигодовування, харчування, вакцинація, психоемоційний стан матері, безпека домашнього середовища, ризики порушень розвитку та соціальні ризики. За потреби сім'я скеровується до відповідних медичних, соціальних чи реабілітаційних послуг. Таким чином, домашній візит стає інструментом **комплексної та своєчасної підтримки сім'ї**, а не лише медичного спостереження за дитиною. Покроковий алгоритм домашніх візитів відображено на рис. 1.

Рис. 1

Алгоритм домашніх візитів до сімей з дітьми



Концептуально програма ґрунтується на переході від принципу **«виявити проблему та перенаправити»** до принципу **«своєчасно виявити ризики та запобігти їх розвитку»**. Такий підхід забезпечує раннє виявлення факторів ризику, підтримку позитивного батьківства, своєчасне надання необхідної допомоги та координацію між медичними і соціальними службами.

1 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.12.2024 № 2003 Про затвердження Порядків та періодичності проведення профілактичних медичних оглядів певних категорій дітей

Засади впровадження моделі на рівні громади

Водночас універсально-прогресивна модель не повинна розглядатися як окрема послуга, яку громада може просто запровадити без адаптації. Її ефективність залежить від того, наскільки вона інтегрована в наявну систему медичних, соціальних та інших послуг для дітей і сімей.

Тому громада, яка приймає рішення про впровадження УПМ, має **сформувати власний підхід до її організації**, виходячи з потреб дітей та сімей, демографічної ситуації, територіальної доступності послуг, наявних кадрових ресурсів, інфраструктури та фінансових можливостей.

Такий підхід передбачає не копіювання окремих елементів практики іншої громади, а **адаптацію універсально-прогресивної моделі до місцевих умов із збереженням її базових принципів** - охоплення всіх сімей з дітьми від народження до 3 років базовим пакетом домашніх візитів, раннього виявлення ризиків, прогресивності підтримки відповідно до потреб, сімейно орієнтованого підходу та міжсекторальної взаємодії.

На етапі підготовки громадам доцільно:

- оцінити потреби сімей з дітьми раннього віку та визначити основні групи ризику;
- проаналізувати наявні медичні, соціальні, психологічні, реабілітаційні та освітні послуги та можливості їх інтеграції;
- визначити заклади й установи, які можуть бути залучені до реалізації моделі;
- визначити кадрові та матеріально-технічні ресурси, необхідні для проведення домашніх візитів;
- визначити механізми взаємодії між медичними працівниками, фахівцями соціальної роботи, психологами, педагогами та іншими спеціалістами;
- забезпечити нормативне закріплення відповідних повноважень, процедур взаємодії та маршрутизації сімей;
- передбачити фінансування та систему моніторингу результатів.

Таким чином, **ключовим завданням громади є не лише запровадження домашніх візитів, а створення локальної системи ранньої підтримки дитини та сім'ї**, у якій домашній візит є точкою входу до необхідних медичних, соціальних, психологічних та інших послуг.

Актуальність впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів суттєво зросла в умовах демографічної кризи та наслідків війни. За даними Міністерства охорони здоров'я України, протягом останнього десятиліття рівень народжуваності в Україні знизився майже на 40%, а забезпечення доступу дітей раннього віку до якісних профілактичних медичних послуг визначено одним із пріоритетів Стратегії демографічного розвитку України до 2040 року[2].

Наразі програма **«Турбота з народження вдома»** впроваджується у більшості регіонів України. До її реалізації долучилися, зокрема, КНП «Менський центр первинної медико-санітарної допомоги» Менської міської ради, КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Коростенської міської ради та КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Андрушівської міської ради, досвід яких став основою методичної розробки цієї кращої практики.

Аналіз досвіду цих громад засвідчив спільні виклики, що зумовили необхідність впровадження нової моделі патронажної допомоги:

2 Розпорядження КМУ від 30.09.2024 № 922-р Про схвалення Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року

- необхідність раннього виявлення дітей із ризиками порушень розвитку та сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах;
- потреба у координації роботи первинної медичної допомоги, соціальних служб та інших фахівців, які працюють із сім'ями з маленькими дітьми;
- забезпечення рівного доступу до комплексної медико-соціальної підтримки незалежно від місця проживання сім'ї;
- посилення профілактичної роботи та переходу від реагування на наслідки до раннього попередження проблем розвитку дитини.

Впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів дозволяє громадам перейти від традиційного медичного патронажу до комплексної системи підтримки сімей з дітьми раннього віку, заснованої на міжсекторальній взаємодії, ранньому виявленні ризиків, профілактиці та своєчасному наданні необхідної медичної, соціальної й психологічної допомоги.

2. Суть кращої практики

Кращою практикою Андрушівської міської територіальної громади є локальна адаптація та інституціоналізація універсально-прогресивної моделі домашніх візитів у систему надання медичних і соціальних послуг сім'ям з дітьми раннього віку. Практика полягає не у запровадженні самої моделі УПМ, яка вже впроваджується в Україні, а у формуванні на рівні громади організаційних умов для її сталого функціонування.

В Андрушівській громаді модель інтегрується через поєднання програмного планування, нормативного закріплення, міжвідомчої взаємодії, підготовки мультидисциплінарної команди, організації домашніх візитів, оцінки потреб сімей, маршрутизації та подальшого супроводу.

Ключовими елементами практики є:

- **Інтеграція в систему місцевого планування.** Універсально-прогресивну модель включено до планування розвитку сфери охорони здоров'я громади. Це створює підстави для її розгляду не як тимчасового проєкту, а як складової системи місцевих послуг для дітей та сімей.
- **Нормативне та організаційне закріплення.** Для реалізації моделі громада визначила відповідальних суб'єктів, створила мультидисциплінарну команду, уклала Меморандум про співпрацю між закладом первинної медичної допомоги та Центром надання соціальних послуг і визначила механізми міжвідомчої взаємодії. Це забезпечує формалізацію співпраці та розподіл відповідальності між учасниками.
- **Мультидисциплінарний підхід.** До організації підтримки сімей у громаді залучаються фахівці медичної, соціальної, психологічної та педагогічної сфер. Така модель дозволяє розглядати потреби дитини не ізольовано від потреб сім'ї, а забезпечувати комплексну підтримку відповідно до виявлених ризиків і потреб.
- **Домашній візит як точка входу до системи підтримки.** Візит використовується не лише для медичного спостереження, а для комплексної оцінки потреб дитини та сім'ї. За результатами оцінювання визначається подальший маршрут підтримки та, за необхідності, залучаються інші фахівці й послуги.
- **Раннє виявлення та прогресивність підтримки.** Універсальний компонент забезпечує доступ сімей до базової підтримки, тоді як виявлення додаткових медичних, соціальних

або психологічних ризиків є підставою для посилення супроводу та залучення необхідних спеціалістів.

- **Міжсекторальна координація.** Практика поєднує ресурси первинної медичної допомоги, соціальних служб, фахівців психологічного та педагогічного профілю та інших суб'єктів відповідно до потреб сім'ї. Це дозволяє забезпечити послідовність допомоги та уникати фрагментарного реагування на окремі проблеми.
- **Моніторинг і використання результатів.** Облік проведених візитів, оцінок потреб, наданої підтримки та подальшого супроводу створює інформаційну основу для оцінювання результативності моделі та прийняття рішень щодо її подальшого розвитку.

Таким чином, **краща практика Андрушівської громади полягає у створенні локальної системи впровадження універсально-прогресивної моделі**, в якій домашній візит є не окремою медичною процедурою, а елементом комплексного маршруту підтримки дитини та сім'ї - від раннього виявлення потреб до залучення необхідних послуг і подальшого супроводу.

3. Етапи локального впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів

Створення локальної системи впровадження УПМ в Андрушівській міській територіальній громаді - від нормативного та організаційного забезпечення до практичної реалізації домашніх візитів, міжсекторального супроводу та моніторингу результатів - здійснювалося через послідовну реалізацію таких кроків:

Крок 1. Формування нормативної та організаційної основи для впровадження універсально-прогресивної моделі

Основою для впровадження моделі стали наступні нормативні документи та організаційні кроки:

- Програма розвитку та підтримки галузі охорони здоров'я Андрушівської міської територіальної громади на 2025-2027 роки, затверджена рішенням Андрушівської міської ради від 29.11.2024 № 13. Програмою на 2025 рік передбачено впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх медсестринських візитів (патронажу). Домашні візити визначаються як складова системи раннього розвитку дітей та передбачається їх реалізація у партнерстві з ЮНІСЕФ із використанням підходів раннього втручання.
- Розпорядження Андрушівського міського голови від 26.02.2024 № 42-ОД щодо створення мультидисциплінарної команди, до складу якої увійшли представники соціальної, медичної, психологічної та освітньої сфер. Координацію її роботи покладено на Комунальну установу «Центр надання соціальних послуг». Це важливий етап закріплення міжвідомчої взаємодії для організації послуг раннього втручання.
- Меморандум про співпрацю між КНП Центром первинної медико-санітарної допомоги та КУ Центром надання соціальних послуг, який визначив порядок проведення спільних домашніх візитів та взаємодію між фахівцями, розподіл відповідальності. Додатково наказом КУ Центру надання соціальних послуг визначено відповідальну особу за організацію спільних домашніх візитів.
- Рішення виконавчого комітету від 20.09.2024 № 245 Про затвердження Порядку міжвідомчої взаємодії з виявлення та організації надання соціальних послуг дітям та сім'ям, що належать

до вразливих категорій населення або перебувають у складних життєвих обставинах. Для забезпечення сталої міжсекторальної співпраці у документі визначено суб'єктів взаємодії, алгоритми виявлення дітей та сімей, оцінки їхніх потреб, формування міждисциплінарних команд, маршрутизації випадків, координації роботи між закладами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, службою у справах дітей, поліцією та іншими установами, а також механізми моніторингу ефективності міжвідомчої взаємодії.

Результат кроку: у громаді сформовано комплексну нормативну основу, яка забезпечила інтеграцію медичних, соціальних та освітніх послуг для сімей з дітьми раннього віку, сформувала міжвідомче партнерство та створила організаційні умови для впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів.

Крок 2. Підготовка спеціалістів

До початку повноцінної роботи громада забезпечила професійну підготовку фахівців.

Протягом 2024 року спеціалісти проходили навчання за програмою ЮНІСЕФ із впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів та раннього втручання. Загалом команда взяла участь у 21 навчальній сесії.

Одночасно громада отримала методичну підтримку та матеріально-технічне забезпечення: планшети, багатофункціональні пристрої, павербанки, спеціалізовану літературу, розвивальне обладнання для роботи з дітьми.

Результат кроку: сформовано підготовлену мультидисциплінарну команду, яка володіє методикою універсально-прогресивної моделі домашніх візитів та раннього втручання. Фахівці отримали необхідні знання, практичні навички, методичні матеріали й технічне забезпечення для проведення домашніх візитів та комплексної оцінки потреб дітей і сімей.

Крок 3. Організація впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів та міжсекторального супроводу сімей

Після завершення підготовчого етапу громада перейшла до практичного впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів.

Формування переліку сімей здійснюється КНП Центром первинної медико-санітарної допомоги. Домашні візити проводяться спільно медичними та соціальними працівниками відповідно до затвердженого механізму міжвідомчої взаємодії.

Під час кожного домашнього візиту проводиться комплексна оцінка потреб дитини та сім'ї, яка охоплює:

- фізичний та психоемоційний розвиток дитини;
- стан здоров'я матері;
- умови проживання та безпечність домашнього середовища;
- батьківські компетентності;
- наявність соціальних ризиків;
- потребу сім'ї у додаткових медичних, соціальних, психологічних чи реабілітаційних послугах.

За результатами оцінювання складається акт оцінки потреб сім'ї та визначається індивідуальний маршрут подальшої підтримки.

Залежно від виявлених потреб сім'я може отримувати:

- соціально-психологічну підтримку;
- соціальний супровід;
- консультації психолога, логопеда, лікаря та інших спеціалістів;
- направлення до відповідних медичних, соціальних або освітніх служб.

Результат кроку: у громаді запроваджено комплексний механізм домашніх візитів та міжсекторального супроводу сімей, який забезпечує раннє виявлення потреб дітей, своєчасне надання медичних, соціальних і психологічних послуг та індивідуальний супровід сімей відповідно до їхніх потреб.

Крок 4. Моніторинг результатів

У громаді запроваджено систему моніторингу універсально-прогресивної моделі, яка забезпечує облік охоплення сімей, результатів комплексної оцінки потреб, маршрутизації випадків, соціального супроводу та інших результативних показників. Дані моніторингу використовуються для планування розвитку послуги, оцінювання ефективності міжвідомчої взаємодії та прийняття управлінських рішень.

Результат кроку: створено систему моніторингу та оцінювання результатів універсально-прогресивної моделі домашніх візитів, яка дозволяє відстежувати охоплення сімей, своєчасність виявлення потреб, ефективність міжвідомчого супроводу та використовувати отримані дані для подальшого планування і розвитку послуги.

Покроковий алгоритм запровадження УПМ домашніх візитів в Андрушівській громаді схематично представлено на рисунку 2.

Рис. 2

Покроковий алгоритм впровадження УПМ в Андрушівській громаді



4. Орієнтація на дітей раннього віку

Універсально-прогресивна модель домашніх візитів спрямована на забезпечення своєчасної та комплексної підтримки дітей раннього віку та їх сімей, починаючи з допологового періоду та до досягнення дитиною трирічного віку.

Функціонування моделі дозволяє своєчасно виявляти ризики для здоров'я та розвитку дитини, потреби сім'ї та фактори, що можуть негативно впливати на її благополуччя. Особливе значення це має для дітей з додатковими потребами, дітей з інвалідністю та сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Під час домашніх візитів батьки отримують підтримку з питань догляду за дитиною, грудного вигодовування, харчування, вакцинації, позитивного батьківства, безпеки домашнього середовища та раннього розвитку. За потреби сім'я скеровується до медичних, соціальних, психологічних, реабілітаційних та інших необхідних послуг.

Таким чином, модель сприяє забезпеченню рівного доступу дітей раннього віку до необхідної підтримки незалежно від місця проживання чи соціального становища сім'ї, а також створює умови для раннього виявлення та попередження проблем розвитку.

Орієнтація на дитину раннього віку забезпечує перехід від реагування на вже сформовані проблеми до їх раннього попередження та підтримки сім'ї у створенні умов для найкращого розвитку дитини.

5. Рекомендації громадам щодо впровадження практики

5.1. Управлінські та організаційні кроки

Для практичного впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів громадам доцільно забезпечити організаційне оформлення моделі, визначити відповідальних виконавців, механізми міжвідомчої взаємодії та ресурсного забезпечення з урахуванням результатів попереднього оцінювання потреб і спроможності громади.

Зокрема, рекомендується:

- визначити відповідальних за впровадження та координацію моделі, розподілити функції між закладами охорони здоров'я, соціальними службами та іншими залученими установами;
- формалізувати порядок міжвідомчої взаємодії, зокрема механізми обміну інформацією, залучення фахівців, маршрутизації сімей та подальшого супроводу;
- забезпечити підготовку залучених фахівців відповідно до методичних підходів МОЗ України та ЮНІСЕФ, визначити порядок залучення додаткових спеціалістів залежно від потреб сімей;
- організувати ресурсне забезпечення домашніх візитів, зокрема визначити кадрове навантаження, потребу в транспорті, обладнанні та інших матеріально-технічних ресурсах;
- передбачити фінансове забезпечення функціонування моделі, включно з розрахунком орієнтовної вартості домашнього візиту, витрат на міжвідомчу взаємодію та можливостей фінансування після завершення донорської підтримки;

- запровадити механізм моніторингу та використання його результатів для коригування організації послуги, планування ресурсів і вдосконалення місцевих програм.

Для практичного оцінювання готовності громади до впровадження або масштабування універсально-прогресивної моделі домашніх візитів рекомендується використовувати орієнтовний чек-лист, наведений у Додатку 1. Він дозволяє визначити наявні організаційні, кадрові, ресурсні та фінансові передумови, виявити прогалини й сформувати перелік першочергових заходів.

Реалізація зазначених кроків сприятиме переходу від підготовки до практичного функціонування моделі, забезпеченню узгодженої роботи залучених фахівців та формуванню організаційних і фінансових передумов її сталості.

5.2. Нормативне, методичне та організаційне забезпечення

Впровадження універсально-прогресивної моделі рекомендується здійснювати з урахуванням чинної нормативно-правової та методичної бази Міністерства охорони здоров'я України.

Зокрема, громадам доцільно забезпечити виконання вимог:

- наказу МОЗ України від 03.12.2024 № 2003 «Про затвердження Порядку та періодичності проведення профілактичних медичних оглядів дітей від народження до 4 років»;
- наказу МОЗ України від 29.09.2025 № 1500 щодо методичних рекомендацій з оцінки розвитку дітей раннього віку;
- нормативних документів щодо катамнестичного спостереження дітей, які народилися у групі ризику;
- методичних рекомендацій ЮНІСЕФ та МОЗ щодо впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів і забезпечення сталості послуги раннього втручання.

На місцевому рівні рекомендується:

- передбачити впровадження моделі у місцевих цільових програмах;
- затвердити рішення про створення мультидисциплінарної команди;
- визначити координатора міжвідомчої взаємодії;
- затвердити порядок міжвідомчої взаємодії між закладами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та іншими суб'єктами, у тому числі інформування;
- визначити порядок проведення домашніх візитів, оцінювання потреб сім'ї та маршрутизації дітей і сімей.

5.3. Організація міжвідомчої взаємодії

Ефективність універсально-прогресивної моделі забезпечується чітким розподілом повноважень між усіма учасниками.

Доцільно визначити такі функції:

- **заклад первинної медичної допомоги** – організація домашніх візитів, медичне спостереження, раннє виявлення ризиків розвитку;
- **центр надання соціальних послуг** – оцінка соціальних потреб сім'ї, організація соціального супроводу та координація міжвідомчої взаємодії;

- **служба у справах дітей** – реагування у випадках порушення прав дитини;
- **заклади дошкільної освіти, інклюзивно-ресурсні центри та інші спеціалізовані установи** – психологічна, педагогічна та корекційна підтримка;
- **орган місцевого самоврядування** – нормативне забезпечення, координація, моніторинг та фінансування.

5.4. Підготовка фахівців та матеріально-технічне забезпечення

До початку практичного впровадження моделі необхідно забезпечити кадрову та матеріально-технічну готовність громади.

Рекомендується:

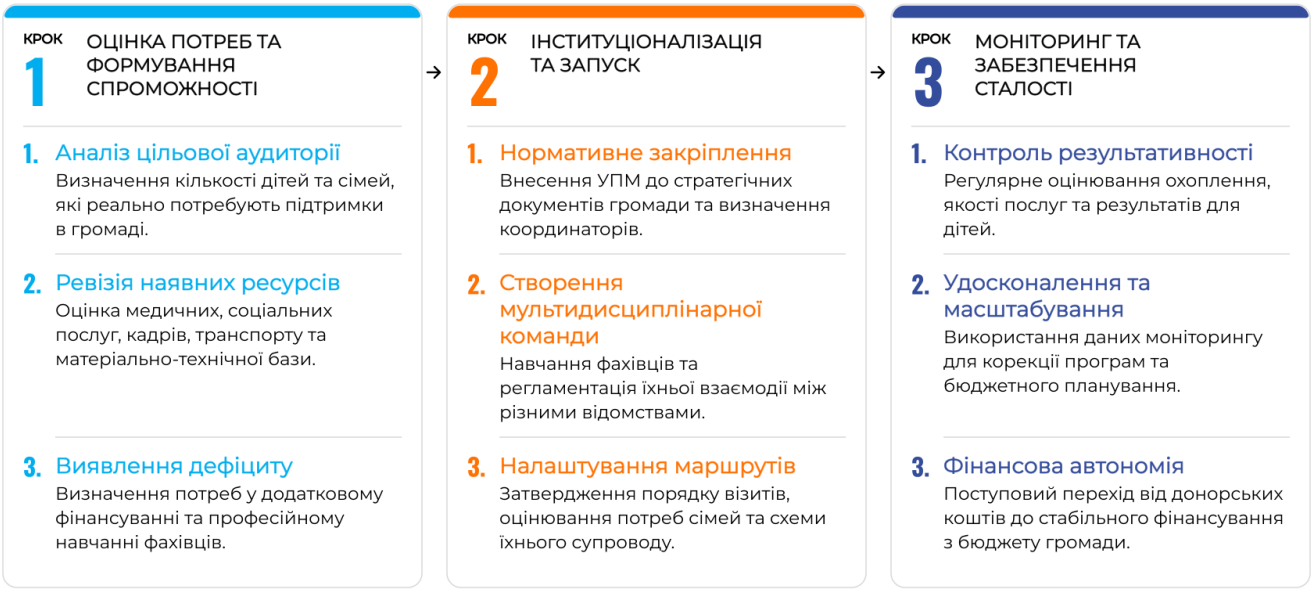
- організувати навчання сімейних лікарів, педіатрів, патронажних медичних сестер, соціальних працівників, психологів та інших членів мультидисциплінарної команди;
- використовувати можливості тренінгово-ресурсних центрів ЮНІСЕФ як регіональних центрів навчання, супервізії та методичної підтримки;
- забезпечити фахівців планшетами, методичними матеріалами, обладнанням для оцінки розвитку дітей, інформаційними матеріалами для батьків та іншими необхідними ресурсами;
- організувати систему безперервного професійного розвитку та обміну досвідом між громадами.

Таким чином, масштабування УПМ має розглядатися не як окремий проєкт із проведення домашніх візитів, а як послідовний процес створення локальної системи підтримки дітей раннього віку та їхніх сімей - від оцінки потреб і формування спроможності до інституціоналізації, надання послуг, оцінювання результатів та забезпечення їх довготривалості. Схематично шлях впровадження УПМ показано на рисунку 3.

Рис. 3

Кроки впровадження УПМ домашніх візитів в громаді

Поетапний процес впровадження універсально-прогресивної моделі (УПМ) як цілісної системи підтримки сімей. Створення локальної системи підтримки дітей раннього віку від аналізу спроможності до повної інституціоналізації та фінансової сталості.



5.5. Моніторинг отримувачів послуг та оцінка результативності

Громадам доцільно організувати систему обліку дітей та сімей, охоплених універсально-прогресивною моделлю, яка дозволяє відстежувати не лише обсяги наданих послуг, а й **зміни у доступності, якості та результативності підтримки, а також сталість моделі після завершення зовнішньої або донорської підтримки**.

Облік та моніторинг результатів доцільно здійснювати з дезагрегацією даних за статтю, віком дитини, місцем проживання та іншими характеристиками, що дозволяють оцінити рівність доступу до послуг. Гендерно та територіально дезагреговані дані щодо дітей, охоплених домашніми візитами, дають можливість виявляти відмінності у доступі та отриманні послуг і враховувати їх під час планування.

Система моніторингу має охоплювати такі показники:

- частка дітей віком 0–3 років, охоплених домашніми візитами, у загальній кількості дітей віком 0–3 років у громаді;
- частка дітей та сімей із віддалених населених пунктів, охоплених послугою, у загальній кількості дітей та сімей із віддалених населених пунктів;
- частка дітей та сімей із вразливих груп, які отримали необхідну підтримку, у загальній кількості дітей та сімей відповідної вразливої групи;
- співвідношення охоплення домашніми візитами дівчат і хлопців, а також дітей, які проживають у міській та сільській місцевості;
- частка сімей, для яких за результатами оцінки потреб визначено індивідуальний маршрут підтримки, у загальній кількості сімей, охоплених комплексною оцінкою;
- частка сімей, які отримали всі необхідні послуги відповідно до визначених потреб, у загальній кількості сімей, для яких сформовано індивідуальний маршрут підтримки;
- частка направлень, за якими сім'я фактично отримала відповідну послугу, у загальній кількості виданих направлень;
- частка випадків, у яких ризики порушень розвитку були своєчасно виявлені та забезпечені відповідним скеруванням, у загальній кількості виявлених випадків ризику;
- рівень задоволеності сімей якістю та доступністю отриманих послуг (за результатами опитування отримувачів послуг);
- частка сімей, у яких за результатами підтримки покращилися знання та навички щодо догляду, харчування, безпеки й розвитку дитини, у загальній кількості сімей, які завершили програму підтримки;
- частка сімей, які після завершення підтримки досягли стабілізації ситуації (не потребують інтенсивного супроводу або переведені на менш інтенсивний рівень підтримки), у загальній кількості сімей, що перебували під інтенсивним супроводом.

Особливу увагу доцільно приділяти довготривалим результатам, оскільки кількість проведених домашніх візитів сама по собі не свідчить про ефективність УПМ. Важливо відстежувати, чи призводить рання підтримка до своєчасного виявлення ризиків, підвищення спроможності батьків, покращення доступу до необхідних послуг та запобігання поглибленню проблем у сім'ї.

Для оцінки довготривалості результатів доцільно проводити **повторну оцінку через визначений період після завершення інтенсивної підтримки**, а також аналізувати, чи зберігається доступ сім'ї до необхідних послуг та чи не виникає потреба у поверненні до більш інтенсивного рівня супроводу.

Результати моніторингу доцільно використовувати для **коригування моделі, планування потреби у фінансових і кадрових ресурсах, удосконалення місцевих програм, бюджетного планування та прийняття управлінських рішень щодо подальшого масштабування УПМ**.

6. Планування та фінансування

Планування та фінансування впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів доцільно здійснювати в межах програмно-цільового методу бюджетування, забезпечуючи узгодження управлінських рішень, місцевих цільових програм, бюджетних програм та заходів у сфері охорони здоров'я, соціального захисту дітей і сімей.

Фінансування впровадження моделі може здійснюватися за рахунок різних джерел відповідно до повноважень та функцій залучених установ, зокрема коштів місцевого бюджету, коштів державного бюджету, міжнародної технічної допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством.

Планування видатків на впровадження та розвиток моделі може здійснюватися через:

- **місцеві цільові програми у сфері охорони здоров'я**, у яких визначаються заходи щодо забезпечення домашніх візитів, раннього виявлення ризиків розвитку дітей, підготовки фахівців та розвитку відповідної інфраструктури;
- **місцеві програми соціального захисту дітей та сімей**, у межах яких можуть передбачатися заходи із соціально-психологічної підтримки, соціального супроводу та інших соціальних послуг для сімей з дітьми;
- **бюджетні програми (КПКВК)**, у межах яких забезпечується діяльність закладів охорони здоров'я, центрів надання соціальних послуг та інших залучених установ;
- **інші джерела фінансування**, зокрема донорську та міжнародну технічну допомогу, яка може використовуватися для навчання персоналу, методичного супроводу, оснащення та розвитку інфраструктури.

У межах місцевих цільових програм доцільно передбачати заходи, сформульовані, зокрема, як:

- забезпечення функціонування універсально-прогресивної моделі домашніх візитів до сімей з дітьми раннього віку;
- організація та розвиток мультидисциплінарної взаємодії для підтримки дітей та сімей;
- підготовка та підвищення кваліфікації фахівців, залучених до реалізації моделі;
- забезпечення матеріально-технічних та транспортних потреб для проведення домашніх візитів;
- розвиток послуг раннього втручання та інших послуг, необхідних для комплексної підтримки дитини і сім'ї;
- проведення інформаційно-просвітницької роботи з батьками щодо раннього розвитку, здоров'я та позитивного батьківства.

У межах бюджетних програм доцільно визначати результативні показники, які дозволяють оцінювати обсяги та результати впровадження моделі (Додаток 2).

При формуванні результативних показників доцільно забезпечувати їх дезагрегацію за статтю, віком дитини, місцем проживання та, за можливості, іншими характеристиками, що дозволяють оцінювати рівність доступу до послуг.

Особливу увагу під час бюджетного планування необхідно приділяти **сталості фінансування**. Якщо на етапі запуску моделі громада використовує донорську підтримку для навчання фахівців, закупівлі обладнання або облаштування приміщень, доцільно заздалегідь визначити, які витрати після завершення такої підтримки мають бути інтегровані до місцевих бюджетних програм, з урахуванням потреб амортизації та необхідності періодичної заміни обладнання.

При цьому доцільно окремо оцінити **вартість одного домашнього візиту та потребу в ресурсах для його проведення**, зокрема витрати на робочий час фахівців, транспортне забезпечення, обладнання та інші необхідні ресурси. Такий розрахунок дозволить громаді визначити реальну потребу у фінансуванні та планувати масштабування послуги.

Таким чином, **поєднання програмного, бюджетного та ресурсного планування** дозволить забезпечити сталість універсально-прогресивної моделі домашніх візитів, прозорість фінансування, можливість оцінювання її результативності та поступове масштабування практики.

Додаток 1

Орієнтовний чек-лист оцінки готовності громади до впровадження та масштабування універсально-прогресивної моделі домашніх візитів

Мета чек-листа - допомогти громаді оцінити наявні передумови для впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів, визначити наявні ресурси та прогалини, а також сформувати перелік першочергових заходів для запуску або масштабування практики.

Чек-лист може використовуватися **до початку впровадження УПМ, під час її пілотування та для планування подальшого масштабування.** Результати оцінювання доцільно використовувати для прийняття управлінських рішень, визначення потреби у нормативному забезпеченні, кадрових і фінансових ресурсах та планування міжвідомчої взаємодії.

Як використовувати чек-лист

Рекомендується оцінити кожен критерій за трьома параметрами:

- **Є** - відповідний ресурс, механізм або рішення вже наявні та функціонують;
- **Частково** - передумови наявні, але потребують доопрацювання;
- **Немає** - необхідно створити відповідний ресурс, механізм або прийняти рішення.

№	Напрям оцінки	Що необхідно з'ясувати	Є	Частково	Немає	Що необхідно зробити
1.	**Потреба**					
1.1.	Кількість дітей	Визначено кількість дітей віком 0–3 роки, які проживають у громаді				
1.2.	Територіальне охоплення	Визначено розподіл дітей раннього віку між населеними пунктами громади				

1.3.	Доступність	Визначено населені пункти та сім'ї, для яких доступ до послуг є ускладненим				
1.4.	Вразливі групи	Визначено дітей та сім'ї, які можуть потребувати додаткової або більш інтенсивної підтримки				
1.5.	Потреби сімей	Проведено або заплановано оцінку основних потреб сімей з дітьми раннього віку				
2	**Кадри**					
2.1.	Відповідальні фахівці	Визначено заклад/установу та фахівців, відповідальних за реалізацію УПМ				
2.2.	Мультидисциплінарна команда	Визначено склад мультидисциплінарної команди та функції її учасників				
2.3.	Кадрове навантаження	Оцінено необхідну кількість фахівців та можливе навантаження залежно від кількості сімей				
2.4.	Навчання	Фахівці пройшли необхідне навчання з УПМ та раннього розвитку дітей				
2.5.	Безперервний розвиток	Визначено потреби у подальшому навчанні, супервізії та методичній підтримці				
3.	**Послуги та інфраструктура**					
3.1.	Первинна медична допомога	Визначено можливості закладу ПМД щодо організації домашніх візитів				
3.2.	Соціальні послуги	Визначено надавачів соціальних послуг та можливості їх залучення до супроводу сімей				
3.3.	Психологічна допомога	Визначено доступних фахівців та послуги психологічної підтримки				
3.4.	Раннє втручання	Визначено наявність послуг раннього втручання та/або можливості направлення до них				
3.5.	Реабілітаційні послуги	Визначено доступні реабілітаційні послуги та механізм направлення				
3.6.	Маршрутизація	Визначено порядок скерування сімей до необхідних послуг				
4.	**Логістика**					
4.1.	Транспорт	Визначено транспорт для здійснення домашніх візитів				

4.2.	Віддалені населені пункти	Визначено населені пункти, доступ до яких потребує додаткових ресурсів				
4.3.	Час на виїзд	Оцінено середній час на дорогу та проведення одного домашнього візиту				
4.4.	Планування маршрутів	Визначено порядок формування та оптимізації маршрутів виїздів				
4.5.	Матеріально-технічне забезпечення	Визначено потребу в планшетах, обладнанні, методичних та інформаційних матеріалах				
5.	**Фінанси**					
5.1.	Джерела фінансування	Визначено джерела фінансування медичної та соціальної складових моделі				
5.2.	Вартість візиту	Розраховано або визначено методику розрахунку орієнтовної вартості одного домашнього візиту				
5.3.	Ресурсна потреба	Визначено потребу у фінансових ресурсах для запуску та подальшого функціонування моделі				
5.4.	Матеріальні витрати	Визначено потребу у фінансуванні обладнання, транспорту, навчання та інших ресурсів				
5.5.	Сталість фінансування	Визначено, які витрати після завершення донорської підтримки мають фінансуватися з місцевого бюджету				
6.	**Дані та моніторинг**					
6.1.	Облік дітей і сімей	Визначено систему обліку дітей та сімей, охоплених домашніми візитами				
6.2.	Охоплення	Визначено показники кількості дітей та сімей, охоплених послугою				
6.3.	Результати	Визначено показники наданої підтримки та подальшої маршрутизації сімей				
6.4.	Якість	Визначено показники якості та результативності послуг				
6.5.	Дезагрегація даних	Передбачено збір даних за статтю, віком дитини, місцем проживання та іншими релевантними характеристиками				
6.6.	Моніторинг маршрутизації	Відстежується, чи отримала сім'я послугу, до якої її було скеровано				

6.7.	Використання результатів	Результати моніторингу використовуються для коригування практики та планування її масштабування				

Примітка: Результатом оцінювання має стати не формальна констатація готовності громади, а практичний план дій щодо створення або посилення локальної системи впровадження УПМ.

Чек-лист є орієнтовним інструментом самооцінювання та не замінює вимог чинного законодавства, нормативних документів МОЗ України та методичних матеріалів щодо впровадження універсально-прогресивної моделі домашніх візитів. Він може адаптуватися громадою залежно від структури її системи охорони здоров'я, соціальних послуг, територіальних особливостей та наявних ресурсів.

Додаток 2

ПРИКЛАД
формування результативних показників місцевої цільової/бюджетної програми

№ з/п	Найменування показника	Одиниця виміру	Значення (рік 1)	Значення (рік 2)	Значення (рік 3)
I. Показники затрат					
1.	Обсяг видатків, необхідних на професійне навчання та підвищення кваліфікації фахівців	грн			
2.	Обсяг видатків, необхідних на транспортне забезпечення домашніх візитів	грн			
3.	Обсяг видатків, необхідних на придбання та утримання обладнання, матеріалів і засобів для проведення домашніх візитів	грн			
4.	Кількість фахівців, які потребують спеціалізованого навчання	осіб			
5.	Кількість транспортних засобів, доступних для здійснення домашніх візитів	од.			
6.	Кількість дітей раннього віку, які потребують охоплення домашніми візитами, у тому числі	осіб			
	дівчат	осіб			
	хлопців	осіб			
	дівчат, які проживають у міській місцевості	осіб			

	хлопців, які проживають у міській місцевості	осіб			
	дівчат, які проживають у сільській місцевості	осіб			
	хлопців, які проживають у сільській місцевості	осіб			
7.	Кількість запланованих домашніх візитів	од.			
8.	Кількість сімей, які потребують соціально-психологічної підтримки	од.			
9.	Кількість сімей, які потребують соціального супроводу	од.			
II. Показники продукту					
10.	Кількість фахівців, які пройшли спеціалізоване навчання	осіб			
11.	Кількість транспортних засобів, залучених для здійснення домашніх візитів	од.			
12.	Кількість дітей раннього віку, охоплених домашніми візитами, у тому числі	осіб			
	дівчат	осіб			
	хлопців	осіб			
	дівчат, які проживають у міській місцевості	осіб			
	хлопців, які проживають у міській місцевості	осіб			
	дівчат, які проживають у сільській місцевості	осіб			
	хлопців, які проживають у сільській місцевості	осіб			
13.	Кількість проведених домашніх візитів	од.			
14.	Кількість сімей, яким надано соціально-психологічну підтримку	од.			
15.	Кількість сімей, взятих під соціальний супровід	од.			
16.	Кількість сімей, для яких за результатами домашнього візиту визначено індивідуальний маршрут подальшої підтримки.	од.			
III. Показники ефективності					
17.	Середні витрати на підготовку одного фахівця	грн/особа			
18.	Середні витрати на транспортне забезпечення одного домашнього візиту	грн			

19.	Середні витрати на матеріально-технічне забезпечення одного домашнього візиту	грн			
20.	Середні витрати на один домашній візит	грн			
21.	Середні витрати на охоплення однієї сім'ї домашніми візитами	грн			
22.	Середні витрати на надання соціально-психологічної підтримки одній сім'ї	грн			
23.	Середні витрати на соціальний супровід однієї сім'ї	грн			
IV. Показники якості					
24.	Частка дітей раннього віку, для яких домашні візити здійснювалися відповідно до визначеної періодичності та графіка, у загальній кількості дітей раннього віку, охоплених домашніми візитами	%			
25.	Частка сімей, для яких за результатами оцінки потреб визначено та здійснюється індивідуальний маршрут подальшої підтримки у загальній кількості сімей, які потребують індивідуального маршруту	%			
26.	Частка сімей із виявленими ризиками, охоплених відповідною додатковою підтримкою, у загальній кількості сімей, у яких за результатами оцінки потреб виявлено ризики	%			
27.	Частка дітей, у яких за результатами домашніх візитів виявлено ризики порушень розвитку на ранніх етапах та забезпечено відповідне скерування, у загальній кількості дітей, у яких під час домашніх візитів виявлено ризики порушень розвитку	%			
28.	Частка сімей, взятих під соціальний супровід, для яких здійснюється міжвідомчий супровід відповідно до індивідуального плану, у загальній кількості сімей, взятих під соціальний супровід	%			
29.	Частка сімей, які підтвердили покращення поінформованості та впевненості батьків у питаннях догляду і розвитку дитини, у загальній кількості сімей, які завершили програму підтримки та взяли участь в оцінюванні результатів	%			

Контакти ІБСЕД:

Наш сайт: *https://ibser.org.ua*

Facebook: *https://www.facebook.com/ibserinform*

LinkedIn: *https://www.linkedin.com/company/105946681/admin/dashboard/*