



Аналітична записка НС5/2013

Моделі інтеграції надання медичної допомоги вразливим групам пацієнтів

**Андрій Гук, Віталій Руденко, Валерія Лехан,
Валентина Очеретенко, Надія Жилка**

Резюме

Основні засади реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачають структурне розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги та створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їхнього ресурсного забезпечення. Велика увага приділяється подальшому розвитку інституту сімейної медицини на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги. В цій аналітичній записці представлено моделі інтеграції надання медичної допомоги вразливим групам пацієнтів (зокрема, ВІЛ-інфікованим, хворим на туберкульоз, пацієнтам, які потребують паліативної допомоги, хворим на діабет) на первинному рівні медичної допомоги. Також подано модель надання послуг з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. В цих моделях ключову роль відіграє сімейний лікар. Як свідчать обговорення цих моделей, ані пацієнти, ані лікарі не готові до їх негайного запровадження. Тому процес запровадження цих моделей повинен бути поступовим. Датою повного впровадження цих моделей може стати січень 2020 року.

Аналітичну записку було підготовлено в рамках проекту «Незалежний аналіз ходу реформування сектору охорони здоров'я України», який виконує Інститут економічних досліджень та політичних консультацій (ІЕД) за підтримки Міжнародного фонду «Відродження».

Автори:

Гук Андрій Петрович, кандидат медичних наук, Голова Правління ГО "Ініціативи в громадській охороні здоров'я", експерт Комітету медичних реформ, Голова Громадської ради при Державній службі протидії ВІЛ-інфекції, СНІДу, туберкульозу та інших соціально-небезпечних захворювань, *«Цільова модель надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією на первинному рівні»*

Руденко Віталій Володимирович, Голова правління Фундації "Громадський рух «Українці проти туберкульозу»", *«Цільова модель інтеграції протитуберкульозних послуг на первинному рівні»*

Лехан Валерія Микитівна, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської медичної академії, *«Цільова модель паліативної допомоги»*

Очеретенко Валентина Дмитрівна, голова правління Співки громадських організацій «Всеукраїнська асоціація захисту прав пацієнтів «Здоров'я нації», *«Цільова модель надання допомоги пацієнтам з діабетом на первинному рівні»*

Жилка Надія Яківна, доцент кафедри акушерства, гінекології та теринатології Національної Медичної Академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, докт.медичних наук, заслужений лікар, міжнародний експерт з питань репродуктивного здоров'я, *«Цільова модель з охорони репродуктивного здоров'я»*

Редактор: Олександра Бетлій, Координатор проекту «Незалежний аналіз ходу реформування сектору охорони здоров'я України», Інститут економічних досліджень та політичних консультацій

Представлені в цій роботі цільові моделі надання допомоги є баченням їх авторів і можуть не відповідати позиціям Міжнародного фонду «Відродження» та Інституту економічних досліджень і політичних консультацій.



Зміст

1.	Вступ	4
2.	Цільова модель надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією на первинному рівні	5
2.1	Вступ	5
2.2	Мета	5
2.3	Надання ВІЛ-сервісних послуг на первинному рівні	5
2.4	Умови реалізації цільової моделі інтеграції спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг на первинному рівні:.....	6
	Вставка: ВІЛ/СНІД	7
3.	Цільова модель інтеграції протитуберкульозних послуг на первинному рівні	8
3.1	Вступ	8
3.2	Мета	8
3.3	Надання профілактичних та лікувальних послуг з ТБ на первинному рівні	8
3.4	Умови реалізації цільової моделі інтеграції протитуберкульозних послуг на первинному рівні:.....	9
	Вставка: Туберкульоз	9
4.	Цільова модель надання паліативної допомоги	10
4.1	Вступ	10
4.2	Мета	10
4.3	Надання паліативної допомоги на первинному рівні	10
4.4	Умови реалізації цільової моделі паліативної допомоги на первинному рівні:	10
4.5	Філософія паліативної / хоспісної допомоги – це гідне життя до кінця	11
4.6	Рівні хоспісної допомоги	11
4.7	Групи хворих, що отримують допомогу у хоспісах	12
4.8	Часові рамки надання спеціалізованої хоспісної допомоги	12
4.8.1	Визначення потреби в хоспісній допомозі	12
4.8.2	Організація спеціалізованої паліативної / хоспісної допомоги	13
4.8.3	Персонал хоспісів	14
4.8.4	Фінансування хоспісу	14
	Вставка: Паліативна допомога – що це?	15
5.	Цільова модель надання допомоги пацієнтам з діабетом на первинному рівні	16
5.1	Вступ	16
5.2	Мета	16
5.3	Надання допомоги пацієнтам з діабетом на первинному рівні	16
5.4	Умови реалізації цільової моделі інтеграції спеціалізованих послуг для пацієнтів із діабетом на первинному рівні:	17
6.	Цільова модель з охорони репродуктивного здоров'я	18
6.1	Вступ	18
6.2	Мета	18
6.3	Надання послуг РЗ та ПС населенню на первинному рівні	18
6.4	Рекомендації	20
6.5	Умови реалізації цільової моделі інтеграції послуг з РЗ та ПС на первинному рівні:	21
7.	Висновки: бачення пацієнтів та лікарів	23
7.1	Зауваження щодо запровадження моделей	23
7.2	Моделі з надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на ТБ	24
7.2.1	Пацієнти:	24
7.2.2	Лікарі	24
7.3	Моделі з надання паліативної допомоги	25
7.3.1	Пацієнти	25
7.3.2	Лікарі	25
7.4	Моделі з надання допомоги хворим на діабет	26
7.4.1	Загальні зауваження	26
7.4.2	Пацієнти	26
7.4.3	Лікарі	26
7.5	Моделі з надання послуг з охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї	27
7.4.1	Пацієнти	27
7.4.2	Лікарі	29
7.6	Як підсумок	30

1. Вступ

Основні засади реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачають структурне розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги та створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їхнього ресурсного забезпечення. Велика увага приділяється подальшому **розвитку інституту сімейної медицини** на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги.

Модернізація галузі передбачає вирішення таких завдань:

- Поліпшення якості медичних послуг – це, насамперед, формування розвиненої системи сімейної медицини, створення ефективної системи екстреної медичної допомоги, лікарень інтенсивної допомоги. Найважливішим елементом процесу модернізації охорони здоров'я є зміна системи оплати медпрацівників - перехід на постійну та змінну частини оплати праці, коли обсяг заробітної плати залежить від обсягу та і складності та якості медичної допомоги. При цьому до якісних показників віднесено випадки пізньої діагностики туберкульозу і виявлення онкології.
- Збільшення доступності медичних послуг, за рахунок розмежування медичної допомоги за її видами та формування мережі лікувально-профілактичних підрозділів ПМСД наближених до місць проживання населення.
- Підвищення ефективності використання ресурсів.
- Створення умов для регулярного проходження медичних профілактичних оглядів громадянами та диспансеризації.
- Визначення місця і координуючої ролі сімейного лікаря у заходах протидії поширенню ВІЛ-інфекції та ТБ.
- Розширення повноважень сімейного лікаря щодо надання паліативної допомоги та лікування пацієнтів з діабетом.
- Забезпечити доступність послуг з охорони репродуктивного здоров'я і планування сім'ї широким верствам населення через розширення повноважень сімейного лікаря.

В цьому звіті пропонуються розроблені експертами цільові моделі надання первинної медичної допомоги лікарем загальної практики/сімейним лікарем таким групам пацієнтам:

1. ВІЛ-інфікованим пацієнтам (Розділ 2);
2. Хворим на туберкульоз (Розділ 3);
3. Хворим, які потребують паліативної допомоги (Розділ 4);
4. Хворим на діабет (Розділ 5).

Окремий розділ присвячено цільовій моделі з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї (Розділ 6).

В моделях йдеться саме про роль сімейного лікаря при наданні допомоги визначеним групам населення, оскільки під час реформи відповідальність сімейного лікаря буде розширюватись.

Потрібно зазначити, що впровадження цих моделей потребує час. Як свідчать результати обговорень моделей, ані пацієнти, ані лікарі не готові до негайного впровадження таких моделей (Розділ 6). **Повний перехід до обслуговування на первинному рівні на засадах сімейної медицини і, відповідно, запровадження моделі інтегрованої допомоги – процес етапний.** Його тривалість - до **01 січня 2020 року.**

2. Цільова модель надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією на первинному рівні

2.1 Вступ

Українська система реагування на ВІЛ створювалася як дуже вертикальна, коли медичні послуги при цьому захворюванні надаються спеціалізованими структурами, які мають свої бюджети та систему управління, що слабко інтегрована з загальною системою охорони здоров'я. Така вертикальна структура була необхідною для того, щоб бути впевненими в утримуванні епідемії в концентрованому вигляді та вчасному переведенні на препарати антиретровірусної терапії (АРВ) тих ВІЛ-позитивних осіб, які її потребують.

Сучасні світові тенденції укріплення систем охорони здоров'я включають інтеграцію спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг в систему надання загально медичної допомоги. При цьому ключова роль належить посиленню ролі первинної медичної допомоги в наданні ВІЛ-сервісних послуг.

2.2 Мета

Мета: забезпечення доступності ВІЛ-сервісних послуг широким верствам населення шляхом модернізації первинної медичної допомоги та розширення спектру ВІЛ-сервісних послуг, що надаються на цьому рівні.

2.3 Надання ВІЛ-сервісних послуг на первинному рівні

I. Заклади, що задіяні в наданні ВІЛ-сервісних послуг населенню на первинному рівні: амбулаторії Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)

II. Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ/СНІД, які повинні надаватися в закладах охорони здоров'я первинного рівня:

1. Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції серед населення на території
2. Перевірка ВІЛ-статусу прикріпленого населення
3. Передтестове добровільне консультування (ДКТ) на ВІЛ-інфекцію осіб відповідно до показань
4. Скринінг-тестування на наявність ВІЛ-інфекції відповідно до показань
5. За результатами ДКТ взяття зразків крові й доставка їх до регіональної лабораторії II рівня діагностики ВІЛ-інфекції¹
6. Скерування пацієнтів з позитивним результатом лабораторного дослідження до міських центрів, міських і районних відділень, кабінетів профілактики та лікування ВІЛ/СНІД хворих II рівня обслуговування для проведення післятестового консультування, остаточного встановлення діагнозу
7. Проведення післятестового консультування пацієнтів з негативними результатами обстеження
8. Підтримуюче післятестове консультування (при активному зверненні пацієнтів після первинного післятестового консультування в закладах вторинного рівня)
9. Скерування ВІЛ-позитивних пацієнтів до відповідних соціальних служб² за показаннями

¹ Результати дослідження можуть повернутися до ЦПМСД і за показаннями, коли можна лікувати ВІЛ-позитивних пацієнтів препаратами 1-го ряду, проводити таке лікування силами первинної ланки

² Йдеться про створені та функціонуючі регіональні соціальні служби. Так, на сьогодні в Україні більше 12000 соціальних працівників, які надають допомогу/ послуги особам з ВІЛ/СНІД. Також функціонує велика кількість НУО, які надають ВІЛ-сервісні послуги.

10. Надання загальної медичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам
11. Лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів АРВ-препаратами першого ряду
12. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції серед жінок фертильного віку, в т.ч. скерування після ДКТ ВІЛ-інфікованих вагітних до спеціалістів II рівня для проведення допологової профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції антиретровірусними препаратами
13. Сумісно зі спеціалістами 2-го рівня нагляд за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями та ВІЛ-інфікованими дітьми
14. Направлення дітей 1-го року життя, народжених ВІЛ-позитивними матерями до спеціалістів II рівня, для проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції
15. Направлення дітей у віці 18 місяців і старше, народжених ВІЛ-позитивними матерями, до спеціалістів II рівня для уточнення ВІЛ-статусу

2.4 Умови реалізації цільової моделі інтеграції спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг на первинному рівні:

1. Повний перехід до моделі надання ПМСД на засадах сімейної медицини
2. Високий рівень укомплектованості закладів ПМСД лікарями ЗП/СМ та сімейними медичними сестрами
3. Забезпечення підготовки лікарів ЗП/СМ в сфері ВІЛ/СНІДу, зокрема ДКТ та лікування АРВ-препаратами першого ряду
4. Забезпечення ЦПМСД скринінговими тест-системами на виявлення ВІЛ/СНІДу³
5. Централізоване забезпечення ЦПМСД АРВ-препаратами першого ряду, які потім розподіляються лікарем первинної ланки (в довгостроковому періоді препарати повинні надаватись в аптеці за рецептами)
6. Забезпечення мотивації працівників ЦПМСД закладів охорони здоров'я надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІД. Включення до переліку індикаторів якості ПМСД показників, що характеризують діяльність з профілактики ВІЛ/СНІДу
7. Забезпечення обміну необхідною інформацією між ЦПМСД та неспеціалізованими і спеціалізованими закладами охорони здоров'я різних рівнів стосовно ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.
8. Сумісна розробка та використання єдиних методичних керівництв/настанов для спеціалізованих служб ВІЛ/СНІДу та медичних закладів загального профілю.

³ Постачання відбуватиметься на рівень Центру, а потім розподілятиметься по необхідності між амбулаторіями.

Вставка: ВІЛ/СНІД

За даними Всесвітньої організації здоров'я (ВОЗ) поширюваність ВІЛ знижується в світі, тоді як кількість осіб з ВІЛ-позитивним статусом стрімко зростає в країнах Східної Європи, включаючи Україну (за офіційними даними в Україні 519 осіб (на 100 тис. осіб) є ВІЛ-позитивними порівняно із 263 в Європі. Тому питання надання допомоги ВІЛ-позитивним особам в Україні є надзвичайно важливим.

Відповідно до ВОЗ раннє виявлення статусу ВІЛ/СНІД є надзвичайно важливим, оскільки терапія за таких умов є більш ефективною. Профілактика набуває надзвичайно важливого значення. Більш того, часто пацієнти з ВІЛ статусом мають супутні хвороби, такі як туберкульоз та гепатит. Тому, зокрема, в Східній Європі очікують збільшення захворюваності на останні дві хвороби, від яких найчастіше помирають люди з ВІЛ. Тому, комплексний погляд на хворого на первинному рівні є важливим.

Найчастіше ВІЛ непропорційно більше стосується соціально граничних груп людей і людей, чия поведінка соціально засуджується або вважається кримінальною. Такі групи часто не мають доступ до послуг із профілактики, діагностики та отримання терапії при ВІЛ. Часто навіть наявні послуги обмежені і погано інтегровані в загальну систему охорони здоров'я.

Тому за рекомендацією ВОЗ Україні варто розробити чітку стратегію, що стосується боротьби із епідемією ВІЛ/СНІД. Вона повинна включати ефективні заходи з профілактики і діагностики ВІЛ на ранніх стадіях. Інтегральною частиною стратегії повинне бути надання терапії ВІЛ і лікування супутніх хвороб.

3. Цільова модель інтеграції протитуберкульозних послуг на первинному рівні

3.1 Вступ

Українська система протидії ТБ створювалася вертикальною, коли медичні послуги при цьому захворюванні надаються спеціалізованими структурами, які мають свої бюджети та систему управління, і яка слабо інтегрована з загальною системою охорони здоров'я. Така вертикальна структура була необхідною для того, щоб бути впевненими в утримуванні епідемії та вчасному забезпеченню протитуберкульозним препаратами хворих на ТБ.

Сучасні світові тенденції укріплення систем охорони здоров'я включають інтеграцію спеціалізованих медичних послуг хворим на ТБ в систему надання загальної медичної допомоги. При цьому ключова роль належить посиленню ролі первинної медичної допомоги в наданні медичних послуг хворим на ТБ.

3.2 Мета

Мета: сприяння використанню підходу, орієнтованого на пацієнта, шляхом посилення співпраці і узгодженості дій усередині медичних служб і між цими службами, поліпшення якості протитуберкульозних медичних послуг, їх доступності, а також забезпечення безперервності та контрольованості лікування туберкульозу в амбулаторних умовах.

3.3 Надання профілактичних та лікувальних послуг з ТБ на первинному рівні

I. **Заклади, що задіяні в наданні протитуберкульозних послуг населенню на первинному рівні:** амбулаторії Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи).

II. **Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ТБ, які повинні надаватися в закладах охорони здоров'я первинного рівня:**

1. Проведення профілактичних оглядів дитячого населення на туберкульоз з туберкулінодіагностикою.
2. Проведення вакцинації, ревакцинації БЦЖ. Формування, облік та щорічний перегляд груп ризику, які підлягають флюорографічному обстеженню.
3. Організація проведення профілактичних оглядів на туберкульоз (направлення, контроль виконання).
4. Активне виявлення осіб з підозрою на туберкульоз.
5. Організація, проведення збору мокротиння у осіб з підозрою на туберкульоз та забезпечення транспортування біоматеріалу до лабораторії відповідного закладу вторинного рівня. Взаємодія з закладами вторинного рівня щодо проведення профілактичних оглядів (флюорографія) та діагностики (мікроскопія, бактеріоскопія мазка харкотиння) населення з груп ризику на туберкульоз.
6. Направлення до фтизіатра хворих на туберкульоз і з підозрою на цю недугу.
7. Проведення контрольованої амбулаторної антимікобактеріальної терапії (хіміопрофілактики) за призначенням фтизіатра.
8. Обмін інформацією між спеціалістами амбулаторії та фтизіатрами щодо контингентів хворих на туберкульоз, результативності лікування та ін..

9. Проведення санітарно-освітньої роботи щодо туберкульозу.

3.4 Умови реалізації цільової моделі інтеграції протитуберкульозних послуг на первинному рівні:

1. Наявність спеціальних місць для збору мокротиння
2. Можливість умов для збору транспортування мокротиння (наявність спеціальних контейнерів, автотранспорту)
3. Підготовка медичного персоналу амбулаторій до збору мокротиння та проведення лікування визначених форм туберкульозу препаратами першого та другого ряду (тренінги з видачею відповідних сертифікатів)
4. Введення у нормативну базу для співробітників системи первинної медико-санітарної допомоги - сімейної медицини положення про порядок надання соціального захисту осіб, що піддаються ризику зараження мікобактерією туберкульозу при виконанні службових обов'язків, з віднесенням до категорії професійних захворювань.
5. Створення в країні бази даних фахівців ПМСД, підготовлених з питань профілактики та лікування туберкульозу.
6. Створення системи моніторингу отриманих знань, як в процесі навчання, так і по результатам їх використання на практиці фахівцями ПМСД.
7. Введення в практику навчання медпрацівників ПСМП каскадним способом, коли навчені фахівці передають свої знання з питань профілактики та лікування туберкульозу колегам.
8. Розробка науково обґрунтованих індикаторів роботи мережі ПМСД-сімейної медицини в сфері боротьби з туберкульозом.
9. Введення в практику ПМСД клінічного розбору занедбаних випадків туберкульозу, що проводиться спільно з державними органами санітарно-епідеміологічної служби, фтизіатричної служби з обов'язковим складанням Протоколу розбору і плану заходів.
10. Введення інституту стаціонарів на дому для хворих з не активними формами туберкульозу за участю у веденні хворих з боку персоналу ПМСД.
11. Нормативне розширення функції середнього медичного персоналу ПМСД з питань, пов'язаних із захворюваннями туберкульозом за умови відповідної підготовки.
12. Підвищення обсягу та рівня протитуберкульозної освіти в системі постійної післядипломної освіти.
13. Методичне забезпечення працівників первинної ланки з боку спеціалізованих протитуберкульозних центрів.

Вставка: Туберкульоз

В Україні за визначенням ВОЗ зафіксовано епідемію на туберкульоз (на сьогодні на диспансерному обліку перебувають півмільйона українців). Тому питання профілактики, діагностики та лікування ТБ набуває важливого значення. Хвороба перестала бути хворобою лише бідних або сегментованих груп населення і поширюється серед інших верств населення.

Поліпшенню ситуації може сприяти збільшення доступності медичної допомоги. Профілактика, яка є одним з основних обов'язків первинного рівня медичного допомоги, набуває при цьому великого значення. Водночас владі варто переглянути програми боротьби із ТБ відповідно до рекомендацій ВОЗ і виділити більше бюджетного фінансування на лікування ТБ.

4. Цільова модель надання паліативної допомоги

4.1 Вступ

Сучасна система паліативної/хоспісної допомоги передбачає її дворівневу організацію:

Перший – неспеціалізована допомога, яка надається переважно структурами первинної медико-санітарної допомоги і передбачає забезпечення знеболюванням за показаннями переважно пацієнтів з онкологічною патологією;

Другий – спеціалізована допомога, яка надається в хоспісах в цілодобовому або денному стаціонарі.

4.2 Мета

Мета: забезпечення доступності неспеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги пацієнтам з онкологічною патологією шляхом оптимізації системи надання невідкладної медичної допомоги на первинному рівні.

4.3 Надання паліативної допомоги на первинному рівні

I. **Заклади, що задіяні в наданні паліативної допомоги населенню на первинному рівні:** амбулаторії Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)

II. **Перелік медичних послуг з паліативної/хоспісної допомоги, які повинні надаватися закладами охорони здоров'я первинного рівня:**

1. Облік пацієнтів, які за призначенням спеціалістів в сфері онкологічної допомоги потребують перманентного знеболювання;
2. Введення знеболювальних препаратів з регулярністю, визначеною спеціалістами – онкологами;
3. Взаємодія з системою спеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги:
 - 3.1. Консультування з виїзною службою хоспісу;
 - 3.2. Направлення за показаннями (наявність симптомів нестерпного болю, коли у домашніх умовах біль зняти неможливо навіть великими дозами морфіну; наявність важких побічних явищ, пов'язаними з прийомом опіатів - нудотою, блюванням, запорами; при симптомах сильної задишки при плевритах, асцитах при двосторонніх ураженнях легень; приречені ракові хворі з верифікованим діагнозом, які з певних причин не можуть перебувати вдома: самотні, із неблагополучних сімей, з сімей з дуже низькими доходами тощо) хворих до стаціонарного хоспісу.
4. Взаємодія з системою екстреної медичної допомоги для забезпечення хворих в термінальному стані знеболюванням у неробочі часи амбулаторії (з 20-00 до 8-00).

4.4 Умови реалізації цільової моделі паліативної допомоги на первинному рівні:

1. Наявність у ЦПМСД, амбулаторіях як його відокремлених підрозділах ліцензії на здійснення діяльності з придбання, перевезення, зберігання, використання та знищення наркотичних засобів, їх аналогів або прекурсорів, замісників їх аналогів, прекурсорів, отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих засобів, психотропних речовин.
2. Наявність в закладі/підрозділі затвердженого графіку роботи з надання невідкладної допомоги силами фахівців первинної ланки на період з 8-00 до 20-00.
3. Забезпеченість амбулаторій автотранспортом для надання невідкладної допомоги.

4. Включення до індикаторів якості показників, що характеризують паліативну/хоспісну допомогу, зокрема: забезпечення контролю над болем.
5. Наявність у територіальних межах діяльності ЦПМСД аптечного закладу, що має ліцензію на здійснення діяльності з придбання, перевезення, зберігання, використання та знищення наркотичних засобів, їх аналогів або прекурсорів та здійснення відпуску за рецептурними бланками контрольованих препаратів.
6. Забезпечення обміну необхідною інформацією між ЦПМСД та хоспісними службами і службами екстреної медичної допомоги стосовно надання приписаним паліативної/хоспісної медичної допомоги.

Складовою частиною паліативної допомоги є хоспісна допомога – всеосяжна допомога хворому в кінці життя (найчастіше в останні 6 міс.) та людині, що вмирає.

Хоспіс– медичний (медико-соціальний) заклад / відділення, де команда професіоналів надає комплексну допомогу хворому, який потребує полегшення страждання - фізичного, психосоціального і духовного, пов'язаного із захворюванням, вилікувати яке неможливо, і воно неминуче має призвести до смерті в найближчому майбутньому (3-6 міс).

4.5 Філософія паліативної / хоспісної допомоги – це гідне життя до кінця

Цілями хоспісної / паліативної допомоги є надання найкращої можливої допомоги людям, що живуть з термінальними захворюваннями та помираючим від них, а також попередження і полегшення страждань і болю за допомогою надання практичної допомоги, емоційної і духовної підтримки з урахуванням задоволення індивідуальних потреб і вибору кожного пацієнта.

Паліативна / хоспісна допомога не ставить за мету додати кількість днів до життя хворого, але прагне поліпшити якість кожного дня, прожитого без болю і страждань, до самої смерті.

В Україні система паліативної / хоспісної допомоги до теперішнього часу не створена. Є лише окремі (по всій країні близько 20) організовані за ініціативи місцевих органів влади та / або громадських організацій спеціальні стаціонарні заклади –хоспіси. Умови для радикальної зміни ситуації склалися лише після прийняття в 2011р. змін до Основ законодавства про охорону здоров'я, де спеціальна стаття присвячена паліативної допомоги (врізка), визначено, що одним з закладів охорони здоров'я, що надає вторинну медичну допомогу, є хоспіс.

Вставка

Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»

Стаття 35-4. Паліативна допомога

На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

4.6 Рівні хоспісної допомоги

Визначення контингенту, що потребує спеціалізованої хоспісної / паліативної допомоги

Традиційно вважається, що спеціалізованої паліативної/хоспісної допомоги потребують переважно хворі з поширеними формами раку.

У той же час у багатьох пацієнтів із загрозливими для життя захворюваннями (зокрема з хронічними неврологічними, серцевими, цереброваскулярними, легеневими або ниркових захворюваннями, ВІЛ / СНІД) у фінальній стадії перебіг захворювання характеризується такою симптоматикою, що вони також потребують спеціалізованої паліативної допомоги. Переважна більшість цих пацієнтів страждають від болю, задишки та інших фізичних симптомів, або в міру прогресування захворювання їм потрібна психосоціальна і духовна підтримка.

На першому етапі реалізації проекту передбачається переважно надання хоспісної допомоги онкологічним хворим з подальшим розширенням за рахунок хворих неонкологічного профілю.

4.7 Групи хворих, що отримують допомогу у хоспісах

Хворих, що можуть отримувати допомогу у хоспісах можна розділити на три групи:

- Перша – пацієнти з симптомами нестерпного болю, яким у домашніх умовах біль зняти неможливо навіть великими дозами морфіну; пацієнтів з важкими побічними явищами, пов'язаними з прийомом опіатів – нудотою, блюванням, запорами; хворі з сильною задишкою при плевриті, асциті – двосторонніх ураженнях легень.
- Друга група хворих госпіталізується за соціальними показниками. Це приречені ракові хворі з верифікованим діагнозом, які з певних причин не можуть перебувати вдома: самотні, із неблагополучних сімей, з сімей з дуже низькими доходами і т.і.
- Третя група (не більше 5% ліжок) - хворі, які госпіталізуються в хоспіс для того, щоб дати родичам або людям, що доглядають за ними, можливість перепочити або самим пройти лікування (міжнародний термін «допомога вихідного дня» (*respitcare*)). Термін госпіталізації таких пацієнтів звичайно обговорюється заздалегідь.

4.8 Часові рамки надання спеціалізованої хоспісної допомоги

Хоспісна допомога надається «наприкінці життя». Допомога в кінці життя в широкому сенсі має на увазі надання допомоги протягом від 1 до 2 років, коли пацієнт / члени його сім'ї та медичний персонал знають про те, що захворювання призведе до смертельного результату; у вузькому сенсі - надання всебічної допомоги помираючим пацієнтам в останні кілька годин або днів життя.

В Україні передбачено обмеження часових рамок 6 місяцями.

4.8.1 Визначення потреби в хоспісній допомозі

Число пацієнтів, які потребують лікування на хоспісних ліжках, залежить від рівня захворюваності різними захворюваннями. Є розрахунки, що як мінімум 20% хворих на рак і 5% неонкологічних хворих в останній рік життя потребують спеціалізованої паліативної допомоги. В Україні за даними експертів паліативної допомоги потребує близько 1,5 млн. чоловік щорічно, у тому числі 480 тис. пацієнтів, решта - члени їхніх сімей, які беруть участь у догляді за термінальними хворими.

Відповідне число ліжок паліативної допомоги в регіоні залежить від рівня його демографічного і соціально-економічного розвитку. В Атласі паліативної допомоги в Європі, виданому Європейської асоціації паліативної допомоги (ЕАПП), число ліжок паліативної допомоги в країнах Західної Європи коливається від 10-20 (Португалія, Туреччина) до 50-75 на 1000000 населення (Швеція, Великобританія, Ірландія, Люксембург). У Казахстані встановлено нормативну кількість паліативних ліжок в кількості 30 ліжок на 400 000 населення або 75 ліжок на 1000000 населення.

За розрахунками, проведеними в Європі, потреба в ліжках паліативної та хоспісної допомоги становить 80-100 ліжок на 1000000 населення з урахуванням потреби в допомозі пацієнтів з неонкологічними захворюваннями. Якщо враховувати лише потреба в ліжках для хворих онкологічного профілю, то необхідна кількість ліжок становить 50 на 1000000 населення.



4.8.2 Організація спеціалізованої паліативної / хоспісної допомоги

Організаційна форма

Основною формою організації спеціалізованої служби є самостійний заклад - лікарня «Хоспіс». У разі неможливості відкриття лікарні "Хоспіс", у складі багатопрофільних лікарень або онкологічних диспансерів може бути створене відділення "Хоспіс".

Потужність хоспісу

За даними Європейської організації паліативної допомоги оптимальним за розміром є хоспіс / підрозділ потужністю 8-12 ліжок, отже, при цьому буде потрібно до 5 таких відділень на 1000000 населення⁴. В Росії оптимальною потужністю хоспісу вважається 30 ліжок, в Казахстані - 15-45 ліжок. Водночас є приклади організації значно потужніших структур. Так, хоспіс Святого Іоанна Лейквуді, штат Колорадо, США обслуговує до 200 осіб одночасно.

В Україні рекомендовано створювати хоспіси потужністю до 30 ліжок.

Структура хоспісу

До структури хоспісу будь-якої організаційної форми входить стаціонар (цілодобовий і денний) і виїзна служба.

Цілодобовий стаціонар

Приміщення стаціонару повинні бути організовані таким чином, щоб забезпечувати безпеку і комфорт, надавати можливість для приватних бесід і усамітнення. По можливості стаціонар повинен мати вихід у двір, власну територію і окремий в'їзд / виїзд.

У стаціонарі хоспісу має бути створена домашня атмосфера, всі приміщення повинні бути обладнані для людей з обмеженими можливостями.

Доцільно обладнання одномісних і двомісних палат із загальною чисельністю ліжок не менше восьми. У хоспісі також повинні бути обладнані кімнати для надання соціальної та терапевтичної допомоги. У кожній палаті має бути ванна кімната.

Необхідно передбачити наявність приміщення, де могли б залишитися навічродичі пацієнтів. Бажано, щоб була створена кімната для прощання з померлими і медитації та каплиця або молитовня кімната (для представників усіх конфесій).

Денний стаціонар

Денний стаціонар або денний хоспіс-підрозділи в хоспісі будь-якої організаційної форми, де пацієнтам надається переважно соціальна допомога, а також можливість реалізувати свої творчі можливості за допомогою участі в різних заходах в денний час за межами їх звичної обстановки. Основна мета соціальної та терапевтичної допомоги, що надається в денному хоспісі – позбавити пацієнта від соціальної ізоляції, а також зменшити навантаження на родичів і людей, що доглядають за пацієнтом.

Виїзна служба (хоспіс на дому)

Для організації обслуговування за показами пацієнтів вдома організовується виїзне відділення, що складається з виїзної бригади (виїзних бригад). Кількість бригад визначається наявним обсягом роботи.

Команда для надання паліативної допомоги вдома здійснює спеціалізовану паліативну допомогу пацієнтам вдома і підтримку членів їх сімей та осіб, які здійснюють догляд вдома у пацієнта. Члени

⁴ Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе: *часть 2* (White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2) // «Европейский журнал паллиативной помощи» (EJPC) в 2009 г., Том 16, № 6, С. 278-289 и в 2010 г., Том 17, № 1, С. 22-33.

команди також проводять консультування фахівців та лікарів загальної практики, сімейних лікарів та медсестер, які здійснюють лікування та догляд за пацієнтом в домашніх умовах. Найчастіше команда паліативної допомоги на дому має консультативні функції і здійснює наставництво, і використовує свій досвід в сфері терапії болю, купування симптомів, паліативної допомоги та психосоціальної підтримки.

4.8.3 Персонал хоспісів

А. Команда паліативної допомоги

За даними ЕАПП в основну команду паліативної допомоги повинні входити як мінімум лікарі та медичні сестри і, які мають спеціальну підготовку. Якщо є можливість, до складу команди включаються психологи, соціальні працівники та фізіотерапевти. У складі основної команди можуть бути й інші фахівці, але частіше вони залучаються в міру необхідності.

У роботі служб спеціалізованої паліативної допомоги повинні брати участь **волонтери**. Для ефективного виконання своєї ролі партнера при наданні допомоги необхідно, щоб волонтери були підготовлені і здійснювали роботу під керівництвом фахівця. У міждисциплінарній команді волонтери не замінюють нікого з членів команди, але доповнюють їх роботу.

Б. Штатні нормативи

Штати хоспісів в різних країнах дуже відрізняються. Наприклад, в Казахстані, де нормативи увібрали в себе досвід аналогічних структур у країнах Європи та Північної Америки посади лікарів відділень (палат) стаціонару встановлюються з розрахунку: одна посада лікаря терапевта - на 15 ліжок; лікаря онколога - на 30 ліжок; лікаря психотерапевта - одна на заклад. Посади медичних сестер (палатних) встановлюються з розрахунку 1 цілодобовий пост на 5 ліжок, та додатково 1 пост на 2-3 апалічних⁵ ліжка для коматозних хворих. Посади процедурної медсестри встановлюються з розрахунку 1 посада в кожному відділенні і 2 посади на виїзну бригаду (хоспіс на дому). Посада перев'язочної медсестри встановлюється в кожному відділенні. Посади лікарів виїзного відділення (хоспіс на дому) встановлюються з розрахунку на бригаду: лікар терапевт 1 посада; лікар онколог 1 посада.

В Україні затверджені настільки жорсткі нормативи, які не дозволяють приділити достатню увагу пацієнта в термінальних станах: посади лікарів-терапевтів встановлюються з розрахунку 1 посада на 25 ліжок; посади лікарів-психотерапевтів або психологів - 1 посада на 25 ліжок. Посади медичних сестер (палатних) встановлюються з розрахунку 1 цілодобовий пост на 15 ліжок; Посади медичних сестер з дієтичного харчування, процедурних та перев'язувальних встановлюються з розрахунку по 1 посаді на 50 ліжок. У приймальному відділенні встановлюється 1 посада медичної сестри⁶.

Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної медицини число медичних сестер має становити не менше 1,2 на одного пацієнта/ліжка. У хоспісі цілодобово повинен працювати лікар, який має спеціалізацію з паліативної допомоги. У забезпеченні допомоги повинні приймати участь працівники служб психосоціальної і духовної підтримки, а також волонтери. У денному хоспісі в години відвідування хворими повинні працювати дві медсестри, з розрахунку не менше однієї медсестри зі спеціалізацією з паліативної допомоги на кожні сім щоденних відвідувачів.

4.8.4 Фінансування хоспісу

Джерелами фінансування хоспісу можуть бути бюджетні кошти, кошти благодійних товариств, добровільні пожертвування громадян і організацій, а також інші джерела, незаборонені законодавчими актами України.

⁵ Апалічний синдром - патологічний стан, що характеризується байдужістю і повною втратою пізнавальної діяльності; є наслідком глибокого порушення функцій кори великого мозку.

⁶ Додаток 50 до наказу МОЗ України від 23 лютого 2000 р. N 33 «Штатні нормативи медичного, управлінсько-допоміжного персоналу міських лікарень "Хоспіс"»

Вставка: Паліативна допомога – що це?

В більшості країн світу спостерігається збільшення кількості хронічних захворювань серед населення різних вікових груп. На думку експертів, це сталося внаслідок зміни середньої тривалості життя, поширеності нездорового способу життя та незахищеності від впливу різних факторів ризику. Порівняно із іншими європейськими країнами, в Україні існує проблема зростання рівня хронічних захворювань, й підвищення захворюваності населення у молодому віці. Це призводить до передчасної смерті, переважно, чоловіків працездатного віку, що в свою чергу, змінює вікову та ґендерну структуру українського населення і має серйозні економічні та соціальні наслідки.

У цій ситуації є актуальним створення та розвиток системи надання паліативної допомоги, якої, за оцінками експертів, кожного року потребують більше ніж 500 тис. осіб. Серед найпоширеніших причин смертей в Україні визначають хвороби системи кровообігу, у тому числі хронічні хвороби серця (близько 489 тис. смертей на рік), онкологічні захворювання (біля 80 тис. смертей), респіраторні хвороби (28 тис. смертей), туберкульоз (10 тис. смертей), неврологічні розлади (6,5 тис. смертей), у тому числі хвороба Альцгеймера, ВІЛ/СНІД (близько 2,5 тис. смертей) та ін.

Паліативна допомога - вид медичної допомоги, який дозволяє покращити якість життя паліативного пацієнта та допомогти членам його родини шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини. Важливим аспектом для невиліковно хворих пацієнтів є потреба в отриманні кваліфікованої медичної допомоги за місцем проживання. Втім, структура медичних послуг ще слабо орієнтована на ці потреби. В той же час, Наказом МОЗ України № 41 від 21 січня 2013 року “Про організацію надання паліативної допомоги” чітко визначено, що загальна паліативна допомога надається вдома та в закладах охорони здоров’я, які надають первинну медичну допомогу.

Спеціалізована паліативна допомога надається мультидисциплінарною командою, до складу якої входять медичні працівники, психологи, соціальні працівники, представники релігійних організацій, волонтери та ін. Спеціалізована паліативна допомога надається вдома та в закладах вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги.

Заклади вторинного та третинного рівня, що мажуть надавати паліативну допомогу – це Хоспіси або ж відділення паліативної допомоги на базі спеціалізованих або ж загальнопрофільних стаціонарних медичних закладів.

Виїзна консультативна служба паліативної допомоги вдома “Хоспіс вдома” – створюється й функціонує як підрозділ стаціонарної лікарні Хоспіс або ж структурний підрозділ загальнопрофільної чи спеціалізованої лікарні, й в рамках своєї діяльності надає спеціалізовану паліативну допомогу вдома, консультує сімейних\дільничних лікарів за потребою.

5. Цільова модель надання допомоги пацієнтам з діабетом на первинному рівні

5.1 Вступ

В Україні допомога пацієнтам з діабетом у даний час надається ендокринологічною службою, до складу якої входять:

- *кабінети ендокринолога у дитячих та дорослих поліклініках (поліклінічних відділеннях);*
- *ендокринологічні відділення при обласних лікарнях;*
- *диспансери для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги;*
- *багатoproфільні ендокринологічні центри.*

Згідно Наказу МОЗ України №646 від 05.10.2011 р. наданням допомоги хворим з ендокринними захворюваннями займаються лікарі загальної практики-сімейної медицини (первинний рівень надання МСД) згідно затвердженого порядку медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги. Однак не має досконало прописаного алгоритму дій сімейного лікаря та переліку їх функціональних обов'язків щодо надання допомоги хворим на цукровий діабет.

5.2 Мета

Мета: забезпечення доступності діабетичної допомоги широким верствам населення шляхом модернізації первинної медичної допомоги та розширення спектру діабетичної допомоги, що надається на цьому рівні.

5.3 Надання допомоги пацієнтам з діабетом на первинному рівні

I. Заклади, що задіяні в наданні послуг населенню на первинному рівні: амбулаторії Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)

II. Перелік профілактичних та лікувальних з діабету, які повинні надаватися в закладах охорони здоров'я первинного рівня:

1. Інформаційно-просвітницька робота з профілактики діабету серед населення на території
2. Скринінг-тестування (за допомогою глюкометра) за наявністю ознак ризику діабету (відповідно до стандартів) за зверненням.
3. Скерування пацієнтів з підвищеними цукру крові за показниками експрес-аналізу до лабораторного дослідження і далі до ендокринолога міських центрів, міських і районних відділень, для проведення консультування, остаточного встановлення діагнозу.
4. Лікування пацієнтів з діабетом 2 типу відповідно до стандартів.
5. Скерування пацієнтів за показаннями до відповідних соціальних служб, шкіл терапевтичного навчання та соціальної адаптації, громадських об'єднань пацієнтів.
6. Надання загальномедичної допомоги пацієнтам з діабетом 1 та 2 типу. Направлення за консультацією до ендокринолога на вторинний рівень (спеціалізованої) медичної допомоги.
7. Консультування з пацієнтів з ожирінням з метою профілактики діабету та інших хронічних неінфекційних захворювань.
8. Роз'яснення необхідності проведення тесту на гестаційний діабет та направлення вагітних жінок до лабораторного дослідження та, за показаннями, до ендокринолога.



9. Скерування вагітних жінок з діабетом до спеціалістів II рівня для проведення допологової компенсації ЦД.
10. Сумісно зі спеціалістами 2-го рівня нагляд за дітьми групи ризику по діабету.

5.4 Умови реалізації цільової моделі інтеграції спеціалізованих послуг для пацієнтів із діабетом на первинному рівні:

1. Повний перехід до моделі надання ПМСД на засадах сімейної медицини.
2. Високий рівень укомплектованості закладів ПМСД лікарями ЗП/СМ.
3. Забезпечення підготовки лікарів ЗП/СМ щодо профілактики та лікування пацієнтів з діабетом типу 2.
4. Забезпечення ЦПМСД скринінговими тест-системами на виявлення діабету у групі ризику по діабету та для виміру рівня цукру крові у пацієнтів з діабетом за зверненням.
5. Централізоване забезпечення ЦПМСД препаратами глюкогону для ургентного виведення пацієнтів із діабетом із гіпоглікемічної коми.
6. Забезпечення мотивації працівників ЦПМСД закладів охорони здоров'я щодо надання послуг з профілактики та лікування діабету типу 2. Включення до переліку індикаторів якості ПМСД показників, що характеризують діяльність з профілактики ЦД.
7. Забезпечення обміну необхідною інформацією між ЦПМСД та неспеціалізованими і спеціалізованими закладами охорони здоров'я різних рівнів стосовно хворих на ЦД.
8. Сумісна розробка та координація єдиних методичних керівництв/настанов для спеціалізованої ендокринологічної служби та медичних закладів загального профілю.
9. Відпрацювання маршруту пацієнта із хронічними захворюваннями (зокрема пацієнтів з діабетом) і взаємодію у наданні діабетичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями надання загальної медичної допомоги.

6. Цільова модель з охорони репродуктивного здоров'я

6.1 Вступ

Українська система охорони репродуктивного здоров'я (РЗ) включає 3-рівневу систему надання акушерсько-гінекологічної допомоги та послуг з планування сім'ї.

Якщо вважати, що репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб репродуктивної системи або порушення її функцій (ВООЗ), то питання охорони РЗ мають включати не лише діагностично-лікувальні заходи, а й соціально обумовлені заходи з реалізації репродуктивного права кожним членом українського суспільства, що може забезпечити ефективна система планування сім'ї, яка за визначенням ВООЗ включає види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини в залежності від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей в сім'ї. Це поняття включає в себе інформацію про шляхи досягнення цих цілей, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів.

Профілактична складова діючої системи є слабкою та віддаленою від населення, а тому недоступною для більшості населення, оскільки послуги з питань РЗ забезпечуються централізованим підходом лише на районному рівні. Тому доступність сільського населення до профілактичних послуг обмежена, а лікар-акушер-гінеколог жіночої консультації не володіє інформацією щодо сімейного оточення пацієнтки, її життєвого анамнезу та умов формування репродуктивного здоров'я. Лікарі акушери-гінекологи, як надавачі послуг з РЗ, стикаються переважно з проблемами жіночого населення та їх вирішенням.

Питаннями ПС займаються спеціалісти кабінетів та центрів ПС, які розташовані переважно у міській місцевості і є недоступними для більшості населення. Система ПС є неперіоритетною сферою діяльності системи охорони здоров'я: не мають достатнього кадрового та матеріального забезпечення, щоб забезпечити населення кваліфікованими профілактичними послугами з питань ПС.

На первинному рівні діючої системи охорони здоров'я, найбільш доступному до населення, послуги з питань РЗ та ПС вкрай обмежені, оскільки дільничні терапевти, сімейні лікарі та фельдшери не мають достатньої підготовки.

Сучасні світові тенденції укріплення систем охорони здоров'я включають інтеграцію послуг з РЗ та ПС в систему первинної медичної допомоги, спрямованої на попередження виникнення проблем РЗ від самого народження людини шляхом формування та збереження РЗ.

6.2 Мета

Мета: забезпечення доступності послуг РЗ та ПС широким верствам населення шляхом модернізації первинної медичної допомоги.

6.3 Надання послуг РЗ та ПС населенню на первинному рівні

I. **Заклади, що задіяні в наданні послуг РЗ та ПС населенню на первинному рівні: амбулаторії Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)**

II. **Перелік профілактичних та лікувальних послуг з РЗ та ПС, які повинні надаватися в закладах охорони здоров'я первинного рівня:**

III. **Профілактичні заходи, за які відповідає лікар загальної практики – сімейної медицини:**

1. Проведення санітарно-освітньої роботи з питань формування репродуктивного здоров'я, здорового способу життя, статевих виховання, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом.

2. Організація та забезпечення контролю своєчасності і повноти профілактичних оглядів жіночого населення.
3. Оцінка соціальних та екологічних факторів, які впливають на стан репродуктивного здоров'я прикріпленого контингенту людей.
4. Виявлення і диспансеризація дівчаток, дівчат та жінок з факторами репродуктивного ризику.
5. Організація і проведення навчання сімей сучасним методам планування сім'ї.
6. Своєчасне виявлення вагітних жінок та проведення динамічного нагляду за ними.
7. Навчання вагітних раціональному режиму дня, харчування, підготовці до пологів, проведення психопрофілактики під час вагітності.
8. Навчання та консультування щодо заходів, які забезпечують гармонію в шлюбі.
9. Проведення заходів з профілактики ускладнень в післяпологовому періоді.

IV. Діагностичні заходи:

1. Визначення ступеня статевого розвитку.
2. Діагностика соматичних захворювань, захворювань жіночих статевих органів, молочної залози, хвороб, що передаються статевим шляхом, в тому числі за допомогою експрес-тестів.
3. Діагностика вагітності з визначенням її терміну, оцінка перебігу вагітності, виявлення ускладнень та екстрагенітальної патології.
4. Оцінка стану плода (тест рухів плода (ТРП) та інші суб'єктивні ознаки, частота серцевих скорочень (ЧСС). У разі виявлення порушень, скерування до лікаря акушера-гінеколога.
5. Динамічний нагляд породіль у післяпологовому періоді, діагностика ускладнень.
6. Діагностика невідкладних станів.
7. Організація та забезпечення консультації профільних спеціалістів.
8. Визначення показань для консультації профільних спеціалістів.
9. Проведення маніпуляцій: зовнішнє акушерсько-гінекологічне обстеження; бімануальне обстеження органів малого таза (вагінальне, ректовагінальне).
10. Визначення показань для невідкладної госпіталізації.
11. Цитологічний скринінг (забір біологічного матеріалу, фіксація та транспортування до централізованої цитологічної лабораторії)..

V. Лікувальні заходи

1. Динамічне спостереження вагітних із неускладненим загальним і акушерським анамнезом та неускладненим перебігом вагітності.
2. Первинна лікарська допомога при травмах зовнішніх статевих органів з наступною госпіталізацією.
3. Забезпечення термінової госпіталізації при маткових кровотечах, в т. ч. під час вагітності, гострих запальних захворюваннях статевих органів та інших невідкладних станах.
4. Первинна лікарська допомога та динамічний нагляд при легких формах запальних захворювань статевих органів у дівчаток, дівчат та жінок з обов'язковою консультацією профільних спеціалістів.
5. Динамічний нагляд та лікування патологічного клімаксу згідно рекомендацій профільних спеціалістів.
6. Динамічний нагляд та лікування вагітних після виписки із профільного стаціонару згідно з рекомендаціями лікаря акушера-гінеколога вторинного та третинного рівня при наступних станах:

- невиношування вагітності;
- екстрагенітальна патологія та патологія вагітності;
- ускладнення перебігу вагітності;
- з ускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом.

VI. Наступність у діяльності лікаря ЗПСМ та лікарів акушерів-гінекологів вторинного та третинного рівня.

Амбулаторна робота акушерки на I етапі, в основному, має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики – сімейної медицини/акушерки/ фельдшера, з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації центральної районної лікарні (далі-ЦРЛ) в 19-21 і 30 тижнів вагітності. У разі виникнення акушерських ускладнень, патології плода, загострення екстрагенітальної патології вагітна негайно передається під нагляд лікаря акушера-гінеколога.

6.4 Рекомендації

Лікарю загальної практики-сімейної медицини:

При виявленні у вагітних наступних патологічних станів вони підлягають консультації акушера-гінеколога:

- анемія вагітних середнього та тяжкого ступеня (гемоглобін менше 90 г/л);
- загроза переривання вагітності без кров'янистих виділень із статевих шляхів;
- загроза переривання вагітності після стаціонарного лікування;
- затримка росту плода (без порушення функціонального стану плода);
- набряки вагітних без наявності гемодинамічних порушень;

Стани, які вимагають невідкладної консультації лікаря акушера-гінеколога у I триместрі вагітності:

- Затримка менструації при позитивному тесті на вагітність і відсутності візуалізації плідного яйця на УЗД;
- Виявлення при УЗД ділянок відшарування хоріону, нечітка візуалізація ембріону;
- Блювання вагітних середнього та важкого ступеня з кетонурією;
- Періодичні тягнучі болі у нижній ділянці живота;
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Кров'янисті виділення із піхви.

Стани, які вимагають невідкладної консультації лікаря акушера-гінеколога у II триместрі вагітності:

- Періодичні тягнучі болі унизу живота;
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота;
- Зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви
- Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин);
- Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв.;
- Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну;

- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія).

Стани, які вимагають невідкладної консультації лікаря акушера-гінеколога у III триместрі вагітності:

- Періодичні тягучі болі унизу живота;
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви
- Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин);
- Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультації – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв.;
- Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну
- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія);
- Головний біль при поєднанні з підвищенням АТ;
- Неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- Поява або прогресування змін на очному дні;

Показання до негайної госпіталізації:

- кров'янисті виділення зі статевих шляхів;
- відходження навколоплодових вод;
- підвищення температури тіла вище 38;
- діастолічний АТ >110 ммрт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100·10⁹/л);
- будь-які стани що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій.

Лікар акушер-гінеколог вищого рівня визначає подальше спостереження за вагітністю.

У таких випадках лікар ЗПСМ в рамках своїх функціональних обов'язків відмічає у медичній документації подальший план спостереження.

6.5 Умови реалізації цільової моделі інтеграції послуг з РЗ та ПС на первинному рівні:

1. Повний перехід до моделі надання ПМСД на засадах сімейної медицини
2. Високий рівень укомплектованості закладів ПМСД лікарями ЗП/СМ
3. Забезпечення підготовки лікарів ЗП/СМ та медичних сестер у сфері РЗ та ПС, зокрема з питань формування РС, статевого виховання, профілактики ІПСШ та небажаної вагітності, планування

народження бажаних у сім'ї дітей, догляду за дитиною, скринінгу патології шийки матки та вакцинопрофілактики, в тому числі раку шийки матки.

4. Забезпечення ЦПМСД скринінговими тест-системами на виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом та матеріалами для проведення цитологічного скринінгу (сучасні технологічні матеріали для забору, фіксації та транспортування цитологічних мазків).

5. Централізоване забезпечення контрацептивами для визначених категорій пацієнтів (ВІЛ-інфікованих жінок та жінок з тяжкими соматичними хворобами, які є протипоказаннями для виходжування та народження дитини).

6. Забезпечення мотивації працівників ЦПМСД закладів охорони здоров'я надання послуг з РЗ та ПС. Включення до переліку індикаторів якості ПМСД показників, що характеризують діяльність з профілактики розладів РЗ (рівень захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, показник абортів, використання контрацепції).

7. Забезпечення обміну необхідною інформацією між ЦПМСД та неспеціалізованими і спеціалізованими закладами охорони здоров'я різних рівнів стосовно вагітних та пацієнтів із розладами РЗ.

8. Сумісна розробка та використання єдиних методичних керівництв/настанов для служб РЗ і ПС та медичних закладів загального профілю.

7. Висновки: бачення пацієнтів та лікарів

7.1 Зауваження щодо запровадження моделей

Для оцінки дієздатності і ефективності запропонованих експертами моделей надання допомоги вразливим групам пацієнтів було проведення обговорення з пацієнтами відповідних груп і лікарями первинної ланки в формі фокус-групи. Ці обговорення відбувались в пілотних регіонах: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська області та в м.Києві.⁷

В цілому, обговорення показали, що пацієнти і лікарі ще не готові до негайного впровадження цих моделей. При цьому, пацієнти більш схвально ставились до моделей, як до ідеалу, але найбільшою пересторогою для них був брак достатньої кваліфікації в сімейних лікарів. Це, звичайно, є проблемою, зважаючи на те, що більшість сьгоднішніх сімейних лікарів ще рік тому (а хто і менше) були терапевтами і педіатрами і надавали достатньо вузький спектр допомоги. Ще одна з загальних пересторог пацієнтів полягає в побоюванні пацієнтів втратити конфіденційність, що особливо є важливим для ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Лікарі також не відчують себе готовими до виконання обов'язків, передбачених в моделях. Водночас аналіз обговорень наштовхують на висновок, що лікарі не сприймають реформу охорони здоров'я з кількох причин:

- недостатня обізнаність, як про нормативне забезпечення діяльності лікаря на сьогодні, так і під час реформування системи охорони здоров'я;
- небажання лікарів підвищувати свою обізнаність;
- хибність уявлень про задоволення потреб населення у медичних послугах;
- застарілі погляди на охорону репродуктивного здоров'я, зважаючи на незадовільні показники стану репродуктивного здоров'я населення;
- відчувається намагання скинути із себе відповідальність.

При цьому, вони відчують, що на них хочуть перекласти великий спектр допомоги без забезпечення: 1) достатніх вмінь, 2) можливостей надавати цю допомогу, 3) достатньої мотивації. При цьому, коли йдеться про мотивацію, лікарі включають до неї як рівень оплати праці, який залишається низьким, так і можливості отримувати додаткові знання. Без цього, лікарі не готові брати на себе більше зобов'язань, оскільки це означає як більше відповідальності, так і більше контролю.

Тому, важливо зазначити, що розроблені **моделі є цільовими**. Тобто **датою їх повного запровадження повинен стати січень 2020 року**. До того, органам державної та місцевої влади необхідно докласти зусиль щодо:

- підготовки більшої кількості сімейних лікарів, яких готують в вищих навчальних закладах;
- фінансуванню відокремлених і добре оснащених амбулаторій;
- збільшенню мотивації лікарів до надання якісної медичної допомоги.

Нижче подано більш чіткі зауваження пацієнтів і лікарів до моделей.

⁷ Для ефективності обговорення було проведено по дві групи в кожному з пілотних регіонів: 1) для обговорення моделей надання допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на ТБ, 2) з надання паліативної допомоги, допомоги хворим на діабет та послуг з репродуктивного здоров'я.

7.2 Моделі з надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на ТБ

7.2.1 Пацієнти:

Більшість тривог та пересторог, які висловлюють пацієнти на початковому етапі розвитку сімейної медицини, є обґрунтованими.

Це стосується, по-перше, **кваліфікації лікарів**. Тому передбачається передача таких функцій лише за умови проходження лікарями відповідних неформальних тренінгів зі здачею заліку та отриманням сертифікату на розширення компетенцій. Цьому сприятиме те, що з 2014-2015 років перепідготовка сімейних лікарів припиняється і буде здійснюватися лише спеціалізація у 2-річній інтернатурі, що повинно позитивно вплинути на кваліфікаційний рівень цієї категорії спеціалістів.

По-друге, **конфіденційність інформації**. Пацієнти слабо поінформовані про те, що, наприклад, консультування з ВІЛ/СНІДу є добровільним і може проводитись в тих закладах, які обирає пацієнт (наприклад, кабінетах довіри в консультативно-діагностичних центрах вторинного рівня). Примусити пацієнта проходити ДКТ лише на первинному рівні ніхто не може, тобто на його стереотипи перехід до інтегрованої моделі не зазіхає, оскільки обов'язків скринінг не пропонується до впровадження.

Водночас, запровадження вільного вибору пацієнтами лікаря первинної ланки пов'язане з оплатою праці останнього (виходячи з досвіду країн, які такий механізм запровадили) і передбачає поступове формування довіри до лікаря, спонукає лікаря як до підвищення свого кваліфікаційного рівня, так і до **більш суворого ставлення до конфіденційності інформації про пацієнта**.

Пацієнти також висловили стурбованість щодо можливого збільшення **неформальних платежів** (хабарів). Разом з тим, це є загальнодержавною і первинної ланки стосується найменшою мірою порівняно з вторинною та третинною допомогою. Реформа, зокрема завдяки вільному вибору сімейного лікаря, може призвести до зниження, а в довгостроковому періоді до усунення таких платежів.

7.2.2 Лікарі

Мотивація: Оплата праці лікарів загальної практики сімейної медицини в пілотних регіонах, а потім і по всій країні, включатиме не лише обсяг, але й якість медичної допомоги. Тому отримувати заробітну плату за присутність на роботі в найближчому майбутньому стане неможливим. Заробітна плата стане достатньо диференційованою, залежно від обох складових (обсягу та якості роботи, що виконується). Лікарі будуть вимушені змінювати свою позицію – від отримання гарантованої маленької зарплати відповідно до займаної посади до заробляння залежно від інтенсивності та якості роботи. Крім того, можуть бути розглянуті рекомендовані міжнародними експертами спеціальні надбавки за проведення ДКТ та інші нові компетенції.

Лікарі **не відчують, що вони мають достатньо кваліфікації** для надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на ТБ. Але передбачене підвищення їх кваліфікації та участь в навчальних тренінгах, які сьогодні розробляються, допоможе їм до 2020 року отримати достатньо вмінь для цього.

Лікарі стурбовані можливістю перетинання потоків, коли пацієнти з ВІЛ і ТБ будуть приходити на прийом разом з іншими пацієнтами. Цей аргумент можна розглядати або як відсутність достатнього професійного світогляду (оскільки при зверненні пацієнтів довідка про відсутність у них будь-яких інфекційних захворювань, в т.ч. й ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, не потрібна і де-факто пацієнти з такими захворюваннями відвідували і продовжують відвідувати лікарів потрібних їм спеціальностей⁸), або як спробу замаскувати небажання займатися додатковою роботою (див. п. «мотивація»).

⁸ Про це під час обговорень зазначали самі пацієнти з ВІЛ та ТБ.

Лікарі також оцінили моделі як **«занадто широкі повноваження»** (неможливо знати все) - причини таких побоювань такі ж, як і в попередньому пункті (перетинання потоків). Загальна практика – сімейна медицина - спеціальність, яка має чітко визначені межі. Йдеться не про всю медицину, а про визначені початкові або завершальні стадії захворювання при найбільш поширених та простих захворюваннях та станах.

Надання допомоги пацієнтам з ВІЛ або ТБ означає **ще більше паперової роботи, що справді є великою проблемою**. Оптимізація документообігу та запровадження сучасних технологій для його ведення потребують термінового опрацювання.

Необхідність законодавчих змін - поряд з системою заходів щодо захисту прав медичних працівників та їх мотивації вноرمувати критерії відповідальності управлінського та медичного персоналу за надання безпечної, якісної та безперебійної медичної допомоги, для чого рекомендується внести відповідні зміни до «Основ законодавства України про охорону здоров'я».

7.3 Моделі з надання паліативної допомоги

7.3.1 Пацієнти

Модель надання паліативної допомоги виглядає найменш суперечливою. **Більшість пацієнтів підтримують думку щодо можливості отримувати допомогу в сімейних лікарів**. Вони позитивно оцінюють профілактичну складову роботи лікарів щодо роз'яснення питань, дотичних до онкологічних захворювань, та оглядів, що може сприяти частішому виявленню онкології на ранніх стадіях.

Пацієнти (та їх родичі) говорять про важливість отримувати рецепти на знеболювальні препарати, що полегшить доступність паліативної допомоги. Опитування також свідчить про те, що наявність хоспісів є важливою, хоча наголошують про необхідність можливості отримувати допомогу вдома. Цьому сприятиме більша доступність до знеболювальних препаратів і їх отримання за рецептами в аптеках.

7.3.2 Лікарі

Лікарі переважно підтримали цільову модель надання паліативної допомоги. Фактично всі учасники обговорень вважають, що **сімейні лікарі** центрів первинної медико-санітарної допомоги **повинні надавати паліативним пацієнтам за місцем проживання широкий спектр профілактичних та лікувальних послуг**, якщо не потрібне стаціонарне лікування. За свідченням респондентів бажано надати аптекам на рівні районного центру ліцензії для зберігання та відпуску наркотичних засобів, їх аналогів або прекурсорів. Водночас деякі респонденти наголосили про можливість надавати право сімейним лікарям невикористані наркотичні засоби передавати іншим пацієнтам, враховуючи що на сьогодні їх необхідно знищувати, навіть якщо вони придбані за власний кошт родичів пацієнта, що є досить суперечним питанням (зокрема, багато експертів, які займаються цим питанням, вважають за необхідне знищувати невикористані ампули без додаткового контролю).

Лікарі наголошують на важливості відкриття аптек, в яких можна по рецепту отримати сильні знеболювальні (наркотичні) препарати в кожному районі області. При цьому препарати повинні надаватись пацієнтам на безоплатній основі. При цьому, лікарі зазначили важливість того, щоб знеболювальне пацієнт міг отримати за потреби, а не коли прийде лікар – відповідно, зокрема родичі повинні мати право на здійснення ін'єкцій. Можливість застосування таблетованого морфіну сприятиме доступності паліативної допомоги для пацієнтів не тільки з онкологією, але й з іншими хворобами.

Разом з тим, **багато лікарів висловлювали неготовність надавати допомогу за цільовою моделлю через відсутність необхідних знань і кваліфікації**. Ще одна причина полягає в **надмірному контролі за їх роботою (особливо з боку правоохоронних органів)**, якщо вони відповідають за виписування наркотичних препаратів і їх ін'єкціями.

7.4 Моделі з надання допомоги хворим на діабет

7.3.1 Загальні зауваження

Перед розглядом певних пересторог щодо моделі з боку пацієнтів і лікарів, варто зробити кілька загальних зауважень:

По-перше, повний перехід до обслуговування на первинному рівні на засадах сімейної медицини і, відповідно, запровадження моделі інтегрованої допомоги пацієнтам з діабетом 2 типу, планується до 01.01.2020 року.

По-друге, цільова модель побудована відповідно до «Уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної медичної допомоги при цукровому діабеті (ЦД) 2-го типу, призначеного для лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-спеціалістів та медичного персоналу, який бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ЦД 2-го типу».

7.3.2 Пацієнти

Пацієнти, які проявили себе як найбільш зацікавлена та конструктивна аудиторія, позитивно оцінили модель діабетичної допомоги, тверезо зазначивши, «якщо модель запрацює не знадобиться занадто часто звертатися на 2-ий рівень».

Високий ступень схвалення отримали **введення шкіл терапевтичного навчання та залучення громадських організацій** для реалізації інформативної функції щодо населення та пацієнтів із ЦД.

«Якщо все це втілиться в життя, то безперечно покращиться якість надання допомоги».

Підтримано ідею **вільного вибору** лікаря для проходження лікування/консультування, але висловлена недовіра несумлінним лікарям. При чому з недовірою можуть ставитися не обов'язково до сімейних лікарів, але й до лікарів вузько спеціальності.

Перехід з первинного на вторинний та третинний рівень. Ризики та побоювання, які висловлюються пацієнтами є обґрунтованими.

«У сімейних лікарів визначена кількість людей, це його гроші, його капітал тобто відправлення пацієнта до спеціаліста - мінус для бюджету».

Разом з тим, такі побоювання є дещо передчасними, оскільки фінансування вузьких спеціалістів відбувається з обласних бюджетів, а не за рахунок первинної ланки. Слід відпрацювати критерії переходу на вторинний та третинний рівень та умови виконання стандартів.

Головні вимоги до сімейного лікаря з боку пацієнта можна сформулювати так: Увага до людей. Освіта - перш за все. Держава має контролювати кваліфікацію лікарів.

Пацієнти зазначають **необхідність законодавчих змін**, яких будуть дотримуватись: «Закони не виконуються, і закони готують під інтереси чийсь».

Слід забезпечити залучення пацієнтів та громадських організацій пацієнтів до законодавчих ініціатив в сфері охорони здоров'я (з огляду на 56 статтю Політичної декларації прийнятої Генеральною Асамблеєю ООН 19 вересня 2011 року та на Директиву Європейського парламенту та Ради Європи з прав пацієнтів 2011/24/EU, прийняту 9 березня 2011).

Поінформованість стосовно прав пацієнтів залишається на низькому рівні:

«Необхідно щоб ми дізнавалися про наші права. Дуже погано, що ми не відстоюємо наші права...»

7.3.3 Лікарі

Більшою частиною лікарів позиції запропонованої моделі надання допомоги пацієнтам з ЦД на первинному рівні **схвалена**. Було наголошено, що лікарі загальної практики на сьогодні надають певний спектр профілактичних та лікувальних послуг. Проте, деякі учасники обговорення, звернули

увагу, що **важко визначити, як нова модель спрацює в майбутньому**, тому що недостатньо часу для однозначних висновків.

«Один ендокринолог не потягне все. Звичайно, що ми будемо лікувати. Та й консультація буде, яка по стандартах належить – раз в квартал чи раз на півроку пацієнт повинен проконсультуватися у ендокринолога. Але практично ми будемо їх все рівно вести».

Лікарі зазначають, що **систему підготовки і перенавчання лікаря потрібно змінювати**. При цьому потрібно було з цього починати

Разом з тим, лікарі відзначають **занадто велике навантаження**. Слід ретельно вивчити та визначити оптимальне навантаження на лікаря.

«Визначене навантаження на прийом з 8:00 до 13:00 – 25 осіб. Але талони то йдуть без часу... Реальний прийом у лікаря - 33-35 осіб за пів дня (70, якщо повний день). Якість дуже страждає. До поки у нас не буде укомплектовано нормальними кадрами – у нас буде все страждати»

Як і лікарі першої групи, лікарі зазначили проблемою **великий обсяг документування**. Оптимізація документообігу та запровадження сучасних технологій для його ведення потребують термінового опрацювання. В реальному житті на роботу з пацієнтами витрачається 50% робочого часу, 50% виконує функції писарчука та бюрократа.

При обговоренні профілактичних заходів щодо цукрового діабету і інших хвороб, лікарі виявили необхідність з тим, що таке **профілактична складова роботи сімейного лікаря**. Неможливість (недоцільність) виконання цієї роботи висловлена частиною опитуваних лікарів: «У нас спеціальність інша, *«врачевание»*, ми не лекторами чи публічними людьми, люди к нам приходять по за медичну допомогу, наше завдання не по вухах їздити, а виявити захворювання та прийняти правильне рішення»

Відповідно до класифікації WONCA (Всесвітня організація з сімейно медицини) майже 60% робочого часу в ПМСД слід приділяти профілактиці, головним чином, вторинній чи ранньому виявленню захворювань та лише 40% часу – роботі із хворими.

Тому **варту ввести до курсу сімейної медицини профілактичну складову**.

7.5 Моделі з надання послуг з охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї

7.4.1 Пацієнти

Пацієнти висловили **недовіру сімейним лікарям з питань РЗ**, пов'язану з недосконалою їх підготовкою у порівнянні з лікарем акушером-гінекологом. Але це, найімовірніше, пов'язано із тим, що у пацієнтів недостатньо інформації щодо вітчизняної системи підготовки лікарів. Лікарі будь-якої спеціальності проходять навчання протягом 5 років з питань лікувальної справи, що включає питання абсолютно усіх видів захворювань. І лише на 6 курсі та в інтернатурі лікарі навчаються спеціальності, зокрема питанням надання медичної допомоги з акушерства та гінекології. Тому застороги щодо того, що лікарі-гінекологи навчаються 5 років, а сімейні лікарі менше, а тому менш кваліфіковані не обґрунтовані.

Для виконання обсягу функцій, які визначені у Моделі з охорони РЗ для сімейного лікаря, **достатньо рівня підготовки будь-якого лікаря з лікувальної справи**. Фахова підготовка сімейного лікаря протягом 6 курсу та інтернатури або спеціалізації включає підготовку щодо особливостей питань репродуктивного здоров'я.

У населення **недостатньо інформації щодо того, що сімейний лікар не замінює лікаря акушера-гінеколога, а наближає послуги саме з питань охорони репродуктивного здоров'я**, щоб не відбулося його порушення. У разі виникнення порушень репродуктивного здоров'я, лікуванням буде займатись лікар акушер-гінеколог.

Жінки також висловили *пересторогу, яка пов'язана із їх сором'язливістю у разі огляду сімейним лікарем чоловічої статі*. Найчастіше ж досвід свідчить про те, що така сором'язливість не має підтвердження у практичних відносинах лікар-пацієнт.⁹ По-перше фаховість сімейного лікаря, в тому числі деонтологія поведінки, буде сприяти довірливим відносинам з пацієнтками і викоріненню хибного уявлення щодо сором'язливості жінки перед лікарем чоловічої статі. По-друге, протягом тисячоліть професіонали акушери-гінекологи чоловічої статі надають медичну допомогу жінкам і вони не мають недостатньої кількості у пацієнтках. По-третє, якщо сімейний лікар буде приймати участь у формуванні репродуктивного здоров'я дівчинки, то у дорослому віці вона буде довіряти найбільше своєму сімейному лікарю.

Пацієнти також виявились *скептично налаштовані до заходів, які забезпечують гармонію у шлюбі, які має проводити сімейний лікар*. Функції сімейного лікаря щодо забезпечення гармонії у шлюбі не носять характер духовного наставника, хоча духовність і моральність у виконанні заходів щодо охорони РЗ не включаються. Основними завданнями сімейного лікаря щодо забезпечення гармонії у шлюбі є попередження чинників розладу РЗ шляхом навчання членів кожної сім'ї на його дільниці здоровому способу життя, безпечній статевій поведінці, фізіології статевих стосунків для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, абортів, тютюнопаління, алкоголізму, порушень харчування. Саме ці фактори відіграють провідну роль у підтриманні гармонії у шлюбі.

Населення має зрозуміти, що сімейний лікар не може за них виконувати функції підтримки здоров'я та гармонії життя. Його призначення надати своєчасну у відповідності віку інформацію та вчасну пораду у попередженні виникнення хвороб або невідкладну допомогу у разі захворювання.

Окрім цього, *населенню на сьогодні є незрозумілим, що питання РЗ відносяться не лише до жінок, а й до чоловіків*. А стан РЗ чоловіків відіграє важливе значення як у гармонії шлюбу, так і в здоров'ї дітей.

Жінки були дуже *занепокоєні скасуванням скасування жіночих консультацій* (що, зокрема, відбулось в Дніпропетровській області). Разом з тим, обговорення показують, що для них не таким важливим є існування жіночих консультацій, а можливість отримання послуг фахового спеціаліста з акушерства та гінекології. Ці види допомоги будуть надавати ті ж лікарі акушери-гінекологи у клініко-діагностичних центрах, відділень лікарень планового лікування, кабінетів та центрів планування сім'ї у разі необхідності.

Водночас було *висловлено занепокоєння щодо забезпечення сімейним лікарем послуг з питань репродуктивного здоров'я жінок у старшому віці*. Застереження щодо більшої кількості проблем РЗ у жінок більш старшого віку в певній мірі обґрунтовані. Проте, необхідно знати, що проблеми РЗ виникають частіше від нездорового способу життя у молодому віці, спричиняючи тяжкі хронічні захворювання репродуктивної сфери. Завдання сімейного лікаря полягає в тому, що у своїй діяльності сім'ї надається інформація щодо попередження основних причин, які викликають у подальшому серйозні хвороби, зокрема пухлинні.

Розподіл функцій між сімейними лікарями та лікарями акушерами-гінекологами, перш за все, надає можливість кожному із спеціалістів зосередитись на своїх питаннях, сімейному лікарю – більше на профілактично-діагностичних, акушеру-гінекологу – на діагностично-лікувальних. Це буде сприяти більш кваліфікованій медичній допомозі.

Пацієнти висловили сумніви щодо наявності достатнього часу на профілактичну роботу у сімейного лікаря. Функції сімейного лікаря визначені таким чином, що кожна його професійна дія включає надання профілактичної допомоги шляхом надання інформації щодо попередження розладу РЗ. Наприклад, післяпологовий патронаж включає надання інформації щодо особливостей поведінки матері, грудного вигодовування та профілактики небажаної або несвоечасної вагітності.

⁹ Разом з тим, така пересторога видається поширенішою в сільській місцевості і в невеликих містах, де кожен знає один одного. Тому, питання конфіденційності набуває більшого значення.

7.4.2 Лікарі

Сімейні лікарі часто висловлювали неготовність щодо обстеження жінок. Разом з тим, потрібно зауважити, що функціями сімейного лікаря щодо профілактичного огляду жінки з метою діагностики можливої пухлинної патології та захворювань, що передаються статевим шляхом, є фізикальне обстеження, навички якого отримують студенти лікувального факультету вищих медичних навчальних закладів на 4 курсі. Отримані навички студенти підкріплюють під час літньої практики у лікувальних закладах.¹⁰ Окрім цього, подібні навички лікарі отримують під час перепідготовки лікарів до спеціальності із загальної практики та сімейної медицини.

Гінекологічний огляд у дзеркалах, бімануальне обстеження, забір біологічного матеріалу для цитологічного та бактеріоскопічного дослідження, обробка шийки матки розчином Люголю (проба Шиллера) не є складними для виконання, проте цінними для профілактики та діагностики численної кількості хвороб репродуктивних органів. Наприклад, гіперемія слизової вагіни або шийки матки націлює сімейного лікаря на те, що є якийсь запальний процес. У подібних випадках сімейний лікар має здійснити заходи щодо поглибленого обстеження пацієнтки і її партнера у лікаря акушера-гінеколога вторинного рівня, а також проконтролювати це обстеження, його результати та лікувальний процес, що дасть можливість попередити виникнення серйозних захворювань репродуктивних органів як у жінки, так і в чоловіка.

Лікарі сумніваються, що пацієнти захочуть приходити на обстеження з питань планування сім'ї до сімейних лікарів, які декілька років тому працювали терапевтом або окулістом. Якщо сімейний лікар не підготовлений з питань планування сім'ї, методів контрацепції та безпечних статевих стосунків, що є елементом культури кожного лікаря, як громадянина, звичайно, до такого лікаря пацієнти не будуть звертатися. Сімейний лікар має бути підготовлений у цих питаннях та постійно підвищувати свій фах шляхом самоосвіти, що підвищує кваліфікацію та авторитет у пацієнтів.

Щодо невідкладної допомоги, до прикладу, під час акушерської кровотечі, сімейні лікарі повинні знати, що основною причиною смерті пацієнток у таких випадках є зменшення об'єму циркулюючої крові (ОЦК), що потребує термінового входження у вену для підключення визначених розчинів, по можливості зупинки кровотечі та термінової госпіталізації і супроводу хворої.

Лікарі також висловили думку, що пацієнти їм не довірятимуть. Така пересторога залежить від активності життєвої та професійної позиції сімейного лікаря. Якщо лікар під час підготовки не отримує достатньої підготовки, то необхідно про це піклуватися під час підготовки, знаючи вимоги нормативних галузевих документів щодо функцій сімейного лікаря і ставити питання перед викладачами.

Відповідно до моделі сімейні лікарі повинні будуть надавати допомогу здоровим вагітним. Однак **вони занепокоєні питанням, що на сьогодні відсутні здорові вагітні.** Справді, репродуктивний стан вагітних незадовільний і у 80% вагітність має ускладнений перебіг. Відповідно до наказу МОЗ №417, ці вагітні скеровуються для спостереження до лікаря акушера-гінеколога вторинного рівня. **Завданням сімейного лікаря у таких випадках є лише контроль і моніторинг виконання вагітною рекомендацій** лікаря вторинного рівня та її способу життя. Відповідальність у таких випадках покладається на лікаря акушера-гінеколога вторинного рівня та за правильність спостереження, на сімейного лікаря – за контроль та моніторинг.

Лікарі скептично ставляться до заходів, які забезпечують гармонію у шлюбі. Основними завданнями сімейного лікаря щодо забезпечення гармонії у шлюбі є попередження чинників розладу РЗ шляхом навчання членів кожної сім'ї на його дільниці здоровому способу життя, безпечній статевій поведінці, фізіології статевих стосунків для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом,

¹⁰ Варто зазначити, що під час інтерв'ю, які проводились Інститутом в рамках дослідження, інтерни жалілись, що «до жінок їх не підпускають». Однією з причин для цього є неформальні платежі в системі охорони здоров'я. Таким чином, кожен пацієнт може розглядатись лікарем, як можливий заробіток, яким «ділитись» не хочуть.

абортів, тютюнопаління, алкоголізму, порушень харчування. Саме ці фактори відіграють провідну роль у підтриманні гармонії у шлюбі.

Більшість лікарів розповіли, що їх робочі місця не підходять для надання послуг з питань охорони РЗ. Обладнання робочого місця сімейного лікаря для виконання функцій з питань охорони РЗ не є дорогівартісним: гінекологічне крісло, предметні скельця, розчин Нікіфорова, Люголю та бокси для транспортування мазків до цитологічних або клінічних лабораторій. Доцільно мати сучасні напівавтоматичні апарати для визначення основних досліджень, яких буде достатньо для діагностики захворювання або про його підозру та скерування пацієнта на вторинний рівень

Варто також комп'ютеризувати умови роботи сімейного лікаря. Зокрема, для ефективного цитологічного скринінгу патології шийки матки, робоче місце має бути комп'ютеризованим.

Окремі лікарі зазначили небажання надавати послуги з охорони РЗ («если я изначально никогда не хотела быть гинекологом, почему я сейчас должна этим заниматься?»). Потрібно при цьому зазначити, що якщо лікар працює у лікувальному закладі державної форми власності, він підписує функціональні обов'язки не у примусовому порядку, а приймає виважене рішення.

Щодо підготовки підлітків у навчальних закладах у питаннях формування репродуктивного здоров'я, в тому числі профілактики не планованої вагітності, то така підготовка повинна проводитись у тісній співпраці сімейного лікаря із сім'єю та навчальними закладами.

7.6 Як підсумок

Для викорінення засторог у населення – як пацієнтів, так і лікарів - щодо погіршення рівня надання медичної допомоги після реформування системи охорони здоров'я, як і в будь-якому питанні або сфері, **необхідний час для адаптації** елементів реформи з підтвердженням результатів з доведеною ефективністю в інших країнах.

При цьому Кабінету Міністрів, і, зокрема, Міністерству охорони здоров'я та обласним органам влади, **потрібно більше уваги і зусиль приділяти випереджальній інформаційній кампанії**. Пацієнти і лікарі повинні зрозуміти і усвідомити нові правила гри. При цьому, для більшого бажання сімейних лікарів надавати ширший спектр послуг варто **підвищити їхню мотивацію**.

Крім того, **потрібно переглянути підготовку сімейних лікарів**. Акцент повинен робитись на підготовці сімейних лікарів з медичних закладів, а не на перенавчанні. При цьому, потрібно забезпечувати можливості для отримання реальних практичних вмінь і навичок сімейними лікарями. **Забезпечення високого кваліфікаційного рівня лікарів є необхідною важливою умовою успішності реформи.**

ІНСТИТУТ ЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПОЛІТИЧНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ

Місія

Вироблення альтернативного погляду на ключові проблеми суспільного та економічного розвитку України

Цілі

Надавати висококваліфіковану експертну оцінку в сфері економіки та економічної політики.

Бути реальним чинником формування громадської думки шляхом організації публічного діалогу.

Сприяти розвитку економічних та суспільних наук та стимулювати розвиток дослідницької спільноти в Україні.

Публікації

Місячний економічний моніторинг України (МЕМУ) з додатком

МЕМУ містить місячний огляд і короткий аналіз ключових заходів економічної політики та статистичних даних, які були оприлюднені протягом попереднього місяця. Додаток до МЕМУ містить розширеним аналіз однієї важливої події в українській економіці. Інститут випускає 12 випусків МЕМУ на рік, які доступні на умовах передплати.

Макроекономічний прогноз України

Макроекономічний прогноз України включає прогноз ВВП та його компонентів, фіскальних індикаторів, платіжного балансу, інфляції, обмінного курсу на поточний та наступні роки. Випускається 12 випусків на рік – 4 квартальні випуски та 8 оновлень з короткими коментарями, – які доступні на умовах передплати.

Моніторинг інфраструктури України (МІУ)

МІУ є щорічним звітом, який містить дані про стан реструктуризації шести секторів інфраструктури в Україні. Інформацію представлено у стандартизований спосіб, який дозволяє порівнювати зміни у відповідних галузях. Розглянуті показники є якісними та розділяються на три загальні категорії: (1) комерціалізація, (2) тарифна реформа, (3) регуляторний та інституційний розвиток. Двадцять один індикатор дозволяють проводити економічний та стратегічний аналіз на різних рівнях узагальнення. У вільному доступі.

Економічні Підсумки для України

Економічні підсумки містить огляд і короткий аналіз ключових економічних показників та заходів економічної політики року. Публікується в січні, використовуючи наявні дані та річні оцінки, та оновлюється у травні, коли оприлюднюється переважна більшість даних щодо минулого року. Публікація доступна на основі передплати.

Дослідження ділової активності

Дослідження ділової активності складаються з двох окремих опитувань. Перше дослідження – промисловість – здійснюється на основі опитування керівників підприємств переробної промисловості. Друге – банки – основане на опитуванні керівників банків. Щороку публікується чотири випуски Досліджень ділової активності для кожного з секторів, які доступні на умовах передплати.

Консультативні роботи

Консультативні роботи є спільним продуктом Німецької консультативної групи з питань економічних реформ в Україні та ІЕД, метою якого є надання рекомендацій щодо економічної політики для українських політиків. Рекомендації розробляються на основі детального аналізу ситуації в Україні, сучасної економічної теорії та найкращих міжнародних прикладів. Роботи доступні для політиків та – через певний час – для громадськості.

КОНТАКТИ:

Інститут Економічних Досліджень
та Політичних Консультаций
вул. Рейтарська 8/5-А, 01030 Київ
Тел. (+38044) 278-6342
Факс (+38044) 278-6336
E-mail: institute@ier.kiev.ua
<http://www.ier.com.ua>
Facebook проекту: [Реформа охорони здоров'я](#)

Голова Правління

Ігор Бураковський
burakovsky@ier.kiev.ua

Виконавчий директор

Оксана Кузяків
kuziakiv@ier.kiev.ua

Директор з наукової роботи

Вероніка Мовчан
movchan@ier.kiev.ua

Центр економічних досліджень

Олександра Бетлій
betliy@ier.kiev.ua

Віталій Кравчук
kravchuk@ier.kiev.ua

Дмитро Науменко
naumenko@ier.kiev.ua

Ірина Коссе
kosse@ier.kiev.ua

Катерина Пількевич
pilkevich@ier.kiev.ua

Артур Ковальчук
kovalchuk@ier.kiev.ua

Галько Світлана Василівна
galko@ier.kiev.ua

Костянтин Кравчук
k.kravchuk@ier.kiev.ua

Центр досліджень сільського господарства

Олег Нів'євський
nivyevskiy@ier.kiev.ua

Юлія Огаренко
ogarenko@ier.kiev.ua

Центр досліджень сучасного суспільства

Ірина Федець
fedets@ier.kiev.ua

Інна Ченаш
chenash@ier.keiv.ua