



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**ПЕРВИННА
МЕДИКО-САНІТАРНА ДОПОМОГА /
СІМЕЙНА МЕДИЦИНА**

Київ – 2009

Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина : [монографія] / за ред. В.М. Князевича; Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2009. – с. 289

За редакцією Князевича В.М.

Авторський колектив: **Слабкий Г.О.** – директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», д.мед.н., професор

Кризина Н.П. – зав. відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», д.н. з держ. упр., доцент

Матюха Л.Ф. – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України, доцент кафедри сімейної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика, к.мед.н., доцент

Гойда Н.Г. – проректор НМАПО ім. П. Л. Шупика, д.мед.н., професор

Шевченко М.В. – вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», к.мед.н.

Коваленко О.С. – д.мед.н.

Слабкий В.Г. – науковий співробітник ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

© Міністерство охорони здоров'я України
© Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

З М І С Т

1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА	3
2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ПЕРВИННА МЕДИКО-САНІТАРНА ДОПОМОГА, СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, ЛІКАР ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИЙ ЛІКАР»	13
3. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	20
Профілактична допомога	23
Лікувальна допомога	33
Паліативна допомога	35
Реабілітаційна допомога	36
4. АНАЛІЗ СТАНУ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНИ НА ОСНОВІ ПРОВЕДЕНОЇ ІНВЕНТАРИЗАЦІЇ У 2007 РОЦІ	40
5. СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	53
6. ТЕРИТОРІАЛЬНО-ДІЛЬНИЧНИЙ ПРИНЦИП ОБСЛУГОВУВАННЯ НА ЗАСАДАХ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	70
7. ЕКОНОМІКА ПМСД	106
8. ПМСД В КРАЇНАХ ЗАХІДНОЇ ТА ПІВНІЧНОЇ ЄВРОПИ	107
9. ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В КРАЇНІ	131
9.1. Механізм взаємодії ПМСД з лікувально-профілактичними закладами II рівня (м. Вознесенськ)	131
9.2. Програма розробки пілотних проектів об'єктів первинної медичної допомоги в селах Львівської області	136
9.3. Досвід впровадження сімейної медицини в Харківській області	144
9.4. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні на прикладі м. Комсомольська Полтавської області	154

10. ОПЛАТИ ПРАЦІ ЛІКАРЯМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ	164
11. ЕКСПЕРТИЗА ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ	178
11.1. Актуальні питання експертизи тимчасової непрацездатності	180
11.2. Порядок та умови видачі документів, які засвідчують тимчасову непрацездатність	181
12. УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ РЕФОРМУВАННЯ ПМСД	189
12.1. Підготовчий етап для створення загальної лікарської практики	191
12.2. Організація діяльності загальної лікарської практики – сімейної медицини	193
12.3. Підготовка кадрів для роботи в системі ПМСД	198
12.4. Надання медичної допомоги сільському населенню	205
12.5. Надання медичної допомоги міському населенню	223
13. МЕХАНІЗМИ ВЗАЄМОДІЇ ЛЗП ТА ЛІКАРІВ-СПЕЦІАЛІСТІВ	228
14. ВЗАЄМОДІЯ СЛУЖБ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ	236
15. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СТАЦІОНАРІВ НА ДОМУ	241
16. ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ (СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ)	248
17. ПОРЯДОК ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ АМБУЛАТОРІЙ, КОТРИ ПРАЦЮЮТЬ НА ЗАСАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	262
18. ЦЕНТР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	268
19. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ ПАЦІЄНТІВ	270

1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА

«... Ми живемо за законами. Це робить нас громадянами, працівниками, лікарями, людьми. Закон виступає як меч, щит та засторога ...»

Ronald Dworkin

Національна політика галузі охорони здоров'я ґрунтується на положенні Конституції України, що держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я, забезпечує захист всіх громадян та гарантує реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я (схема 1.1). Саме тому одним з основних об'єктів, на який слід спрямувати управлінський вплив держави, є здоров'я української нації.

З часу проголошення Української незалежності, в державі створено досить розгалужене законодавство щодо регулювання відносин у сфері охорони здоров'я.

Україна, як незалежна держава керується міжнародними законодавчими актами, зокрема Декларацією про права інвалідів, затвердженою Резолюцією 3447 Асамблеї ООН від 9 грудня 1975 р.

Також в Україні продовжують діяти законодавчі акти з часів Радянського Союзу, це такі:

Положення МОЗ СРСР від 14 липня 1975 р. №06-14/6 «Об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях (в том числе в клиниках высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей и научно-исследовательских институтов)».

У 1992 р. Парламентом були прийняті Основи України законодавства України про охорону здоров'я, що дотепер залишаються основним законом, який регулює суспільні відносини в цій сфері. Зокрема, цей рамковий, основний для національної системи охорони здоров'я законодавчий акт визначає:

- права та обов'язки громадян в сфері охорони здоров'я;
- основні принципи забезпечення охорони здоров'я;
- підходи до формування й реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я.



Схема 1.1. Нормативно-правове забезпечення конституційних гарантій на охорону здоров'я, медичну допомогу

В Україні держава гарантує надання всім громадянам доступної первинної лікувально-профілактичної допомоги, трактуючи її в «Основах законодавства про охорону здоров'я» як основну частину медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, діагностику і лікування основних найбільш поширених захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої та висококваліфікованої допомоги

Постанова Кабінету Міністрів від 22 лютого 1992 р. №83 «Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда» (із змінами та доповненнями).

Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, затверджені Резолюцією Генеральної асамблеї ООН від 20 грудня 1993 р. №48/96.

У 1995 р. Міністерством охорони здоров'я до номенклатури лікарських посад введена посада «лікар загальної практики – сімейний лікар» а у 2001 р. у номенклатуру спеціальностей середнього медичного персоналу вноситься спеціальність «медична сестра загальної практики – сімейної медицини».

У 1996 р. прийнято нову Конституцію України. Стосовно охорони здоров'я й медичного обслуговування в Основному законі, зокрема, говориться: «Людина, її життя і здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних, соціально-економічних, медико-санітарних й оздоровчо-профілактичних програм. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я Медина допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів всіх форм власності».

У 1998 р. Рішенням Конституційного Суду визнано такими, що не відповідають Конституції України, деякі положення прийнятої у 1996 р. постанови Кабінету Міністрів про затвердження платних послуг, які можуть надаватися в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Цим же рішенням Конституційний Суд рекомендував визначити програму державних гарантій щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, що повинна надаватися в державних і комунальних медичних закладах.

У 2000 р. Закон «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти», що поширюється в тому числі й на медичне обслуговування і фактично

дозволяє за купувати на договірній основі медичні послуги за державні кошти (маються на увазі кошти Державного і місцевого бюджетів, державні кредитні ресурси, а також кошти Національного банку України, державних цільових фондів, Пенсійного фонду України, фондів соціального страхування) у виробників медичних послуг, незалежно від форми власності й організаційної форми діяльності цих суб'єктів як на конкурентній, так і на неконкурентній основі.

Діяльність лікарів загальної практики – сімейного лікаря в Україні регламентовано Постановою Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 «Про комплексні заходи впровадження сімейної медицини в системі охорони здоров'я» і відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.09.2000 р. №214 «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини». Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженої Указом Президента України Л. Д. Кучми від 07.02.2000 р. №1313.

Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням» від 18 січня 2001 р. №2240-111 (із змінами та доповненнями).

У 2001 р. Міністерство охорони здоров'я своїми наказами затвердило план поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на принципах сімейної медицини й ряд інших, пов'язаних із цією проблемою, нормативних документів:

- «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» від 23.02.2001 р. №72.
- «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини» №303.
- «Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» від 05.05.03 р. №191.
- «Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів» від 19.05.03 р. №221.
- «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.09.03 №447 «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичних) закладах (факультетах) післядипломної освіти» від 07.12.98 №346.
- «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації» від 08.01.04 р. №1.

- «Про реорганізацію Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи (Укрмедпатентінформ), шляхом вилучення структурного підрозділу Науково-методичного центру загальної практики – сімейної медицини» від 21.09.05 р. №482.

- «Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики – сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів» від 22.05.06 р. №308.

- «Про внесення змін до наказу МОЗ від 22.05.06 р. №308 «Про затвердження таблицю оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики – сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів від 20.06.06 р. №404.

- Положення про лікаря загальної практики – сімейного лікаря.
- Положення про медичну сестру загальної практики – сімейної медицини.

- Положення про відділення загальної практики – сімейної медицини.
- Положення про денний стаціонар.
- Положення про домашній стаціонар.
- Положення про амбулаторію загальної практики – сімейної медицини.
- Кваліфікаційну характеристику лікаря із спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина».

- Кваліфікаційну характеристику медичної сестри із спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина».

- Нормативи навантаження й розрахункові норми обслуговування населення для лікарів загальної практики – сімейної медицини.

- Табелі оснащення амбулаторії загальної практики – сімейної медицини.
- Перелік лікарських засобів для закладів загальної практики – сімейної медицини.

Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. №14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки».

У 2002 р. Постановою Кабінету Міністрів України затверджено міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації», у якій визначені принципи державної політики у сфері охорони здоров'я на 2002–2011 рр.

Наказ Міністерства охорони здоров'я №385 від 28.10.2002 р. «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я лікарських, провізорських

посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я».

Наказ МОЗ України від 29 листопада 2002 р. №434 «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні»

Наказ МОЗ України від 28.12.2002 №502 «Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів»

Наказ МОЗ України від 28.12.2002 р. №503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Наказ МОЗ України від 28.12.2002 №507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Указом Президента затверджені комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування в 2002–2005 рр.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України №33 від 03.02.2003 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» передбачає в первинній ланці охорони здоров'я посади дільничних терапевтів та педіатрів і лише дозволяє вводити замість них посади сімейних лікарів. Таким чином, з правової точки зору створюється ситуація, коли переведення первинної ланки лікарської допомоги на засади сімейної медицини залежить від «доброї волі» керівництва, а не їх обов'язком.

У травні 2003 р. наказом Міністерства охорони здоров'я затверджено державні соціальні нормативи надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина».

Було прийнято Закон України «Про соціальні послуги» від 19 червня 2003 р. №966-IV.

На розгляд у Парламент поданий проект закону про заклади охорони здоров'я, основною ідеєю якого є консолідація в єдиному законодавчому акті всіх основних правових норм, що регулюють умови господарської діяльності закладів охорони здоров'я, у тому числі норми, що стосуються можливості публічних закладів охорони здоров'я працювати у формі як бюджетних установ, так й у формі підприємств, підвищення рівня управлінської та фінансової автономії цих закладів, запровадження договірних відносин тощо.

Наказ МОЗ України від 05.05.2003 №191 «Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина».

Наказ МОЗ України від 23.09.03 №447 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 07.12.98 №346 «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичних) закладах (факультетах) післядипломної освіти».

Наказ МОЗ України від 30.09.2003 р. №65/462 «Про поліпшення якості та організації медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю».

Наказ МОЗ України від 15 грудня 2003 р. №582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги із змінами і доповненнями, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України».

Наказ МОЗ України від 29.12.2003 №620 «Про організацію стаціонарної акушерсько-гінекологічної та урологічної допомоги в Україні».

Наказ МОЗ України від 08.01.04 р. №1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації».

Наказ МОЗ України від 2 червня 2004 р. №275 «Про відміну галузевої статистичної звітної форми №23-ТН-здоров «Звіт про причини тимчасової непрацездатності» та інструкції щодо її заповнення».

Наказ МОЗ України від 10.01.2005 р. №7 «Про затвердження стандартів надання медичної допомоги за спеціальністю «Професійна патологія» в амбулаторно-поліклінічних закладах».

Наказ МОЗ України від 29 грудня 2005 р. №782 «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування».

Наказ МОЗ України від 10.07.2006 р. №43/454 «Про затвердження форми медичної документації, форми звітності та інструкцій щодо їх заповнення з питань реєстрації пацієнтів з хронічними хворобами нирок (ХХН)» Закони України: «Про курорти», «Про охорону дитинства» «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз».

Спільний наказ МОЗ України, Мінпраці України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності і Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 3 листопада 2004 р. №532/274/136-ос/1406 «Про затвердження зразка, технічного опису листка непрацездатності та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності» (zareestrovano в Міністерстві юстиції України 17 листопада 2004 р. за №10053).

13 січня 2005 р. Парламентом прийнято закон про внесення змін до Бюджетного кодексу України, який набив чинності з 1 січня 2006 р. Ці зміни,

серед іншого, передбачають передачу всіх фінансових ресурсів для забезпечення первинної і вторинної медичної допомоги, що надається медичними закладами в межах сільського району, на рівень районного бюджету (на відміну від ситуації, що має місце сьогодні, коли ці кошти в межах району розпилені між районним бюджетом і бюджетами дрібних, малопотужних сільських та міських територіальних громад, які не мають інституційних можливостей для забезпечення адекватного планування ресурсів та управління ними). 14 квітня 2005 р. №152 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною».

Наказ МОЗ України від 22.05.06 р. №308 «Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики – сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів».

Наказ МОЗ України від 21.09.05 р. №482 «Про реорганізацію Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи (Укрмедпатентінформ), шляхом вилучення структурного підрозділу Науково-методичного центру загальної практики – сімейної медицини».

Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 6 жовтня 2005 р. №2961-IV.

Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення».

Указ Президента України від 27 грудня 2005 р. №1845/2005 «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів».

Наказ МОЗ України від 20.06.06 р. №404 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 22.05.06 р. №308 «Про затвердження таблицю оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики – сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів».

Наказ МОЗ України від 4 серпня 2006 р. №540 «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»

Наказ МОЗ України від 8 серпня 2006 р. №545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті»

Наказ МОЗ України від 30 листопада 2006 р. №786/796/4074/299/231 «Про затвердження Міжгалузевої програми «Профілактика передачі ВІЛ-

інфекції від матері до дитини та забезпечення медико-соціальною допомогою ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей» на 2006–2008 роки»

Наказ МОЗ України від 11.05.2007 р. №237.(1) «Про проведення інвентаризації закладів та підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають населенню первинну медико-санітарну допомогу».

Постанова Кабінету Міністрів від 23 травня 2007 р. №757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда».

Постанова Кабінету Міністрів України від 16 січня 2008 р. №14 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України «Український прорив: для людей, а не політиків».

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2008 р. №366-р «Про схвалення пріоритетів діяльності міністерств на 2008 рік».

Наказ МОЗ України від 9 квітня 2008 р. №189 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» (zareestrovano в Міністерстві юстиції України 4 липня 2008 р. за №589/15280).

Постанова правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 23 червня 2008 р. №25 «Про затвердження Положення про комісію (уповноваженого) із соціального страхування підприємства, установи, організації» (zareestrovano в Міністерстві юстиції України 14 липня 2008 р. за №636/15327).

Накази МОЗ України від 10 серпня 2008 р.

– №285-Адм «Про затвердження Табелю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення амбулаторії загальної практики – сімейної медицини»;

– №286-Адм «Про затвердження Табелю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення районної лікарні»;

– №287-Адм «Про затвердження Табелю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення фельдшерсько-акушерського пункту»;

– №288-Адм «Про затвердження Табелю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення центральної районної лікарні».

Основними принципами системи охорони здоров'я національне законодавство проголошує солідарність, рівність та загальну доступність медичного обслуговування. З формальної точки зору прийняті Верховною Радою України закони або декларують, або в багатьох випадках навіть створюють безпосередні правові можливості для запровадження різних

операційних політик і стратегій, спрямованих на підвищення якості та ефективності системи охорони здоров'я. Зокрема, ще у 1992 р. Основами законодавства України про охорону здоров'я було задекларовано цілу низку таких важливих принципів як:

- пріоритетність профілактики та розвитку первинної медико-санітарної допомоги;

- принцип багатоканальності економіки охорони здоров'я;

- можливість багатоканального фінансування (кошти бюджету, медичного страхування, власні кошти громадян, благодійні внески та інші кошти, не заборонені законом);

- необхідність затвердження базового пакету медичних послуг, надання яких гарантується безоплатно;

- принцип децентралізації та необхідності розвитку самоврядування медичних закладів і працівників;

- можливість здійснення приватної медичної допомоги;

- можливість медичних закладів (зокрема публічних) працювати з використанням різних організаційних форм здійснення господарської діяльності, в тому числі у формі підприємства;

- необхідність створення та функціонування системи медичного страхування, що має фінансуватися за рахунок державного бюджету, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян тощо.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ПЕРВИННА МЕДИКО-САНІТАРНА ДОПОМОГА, СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, ЛІКАР ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИЙ ЛІКАР»

Вперше термін «первинна медико-санітарна допомога» зустрічався у наукових працях таких вчених: Lord Dowson (1920, Великобританія), Millis J.R. та Willard (1960–1969, США) і Lflonde M. (1974, Канада), які згадували у своїх звітах про первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД), але при цьому жоден з них не дав визначення цьому поняттю.

У травні 1978 р. на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги, яка відбулася в Алма-Аті, Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) вперше дано визначення поняття первинної медико-санітарної допомоги [1].

Визначення, сформульоване Всесвітньою організацією охорони здоров'я, вказало на пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги та вплинуло на національні системи організації охорони здоров'я багатьох країн світу. Згодом визначення первинної медико-санітарної допомоги було розширене. Це поняття включає:

- освіту, яка насамперед пов'язана з основними проблемами, що стосуються здоров'я та методів профілактики і контролю за захворюваннями;
- забезпечення раціонального харчування та поширення інформації про його основи серед населення, контроль за якістю харчових продуктів;
- контроль за безпечністю води та проведення основних гігієнічних заходів;
- методичне забезпечення матерів та дітей, а також проведення заходів щодо планування сім'ї;
- проведення профілактичних щеплень проти основних інфекційних захворювань;
- профілактика та контроль за ендемічними захворюваннями;
- лікування поширених захворювань та поранень;
- забезпечення населення необхідними лікарськими засобами.

Визначення терміну «Первинна медико-санітарно допомога» дано в таблиці (табл. 2.1).

На сьогодні в жодній країні світу не створено системи охорони здоров'я, яка повністю задовольняла всі потреби населення в медичній допомозі та вирішувала найактуальніші питання.

Визначення терміну «Первинна медико-санітарна допомога»

№ з/п	Визначення терміну	Ким визначено
1.	Лікар загальної практики (ЛЗП) – це лікар, який надає персональну, первинну та безперервну медичну допомогу окремим особам та сім'ям. Він може відвідувати своїх пацієнтів вдома, приймати їх в амбулаторних умовах а в окремих випадках в стаціонарі. Він бере на себе відповідальність за прийняття рішення по кожній проблемі, з якою пацієнт звертається до нього і при необхідності консультується з іншими спеціалістами. Він за звичай працює в групі з іншими лікарями загальної практики, в умовах, які створені або модифіковані з цією метою, сумісно з колегами-парамедиками, відповідного сектору та необхідного обладнання. Навіть, якщо ЛЗП працює в практиці, де він є єдиним лікарем, він працює в команді та при необхідності делегує повноваження. Його діагноз складається з фізичного, психологічного та соціального аспектів. Втручання ЛЗП містять в собі освітню, профілактичну та терапевтичну направленість для зміцнення здоров'я пацієнта	Королівський коледж лікарів загальної практики, 1972 р. Royal College of General Practitioners. The future general practitioner – Learning and teaching. Brit. Med. J. 1972; 266.
2.	Лікар загальної практики (сімейний лікар) повинен грати центральну роль в системі охорони здоров'я в тому, що відноситься до досягнення якості, ефективності та рівноправності. Для виконання цієї ролі, ЛЗП/СЛ повинен володіти високим ступенем компетентності в питаннях надання медичної допомоги пацієнтам і повинен здійснювати інтеграцію індивідуальної та комунальної медичної допомоги. Співробітництво Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) по досягненню цього являється історичним	UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. European Union of General Practitioners, 1994. WHO-WONCA. Making Medical Practice and Education More Relevant to People's Needs : The Contribution of the Family Doctor. WHO-WONCA Conference in Ontario, Canada WHO-WONCA, 1994.
3.	Лікар загальної практики, як такий, що надає комплексну допомогу кожній окремій особі, яка звертається за медичною допомогою, і при необхідності організовує інший медперсонал для надання медичної допомоги. Розуміння комплексної допомоги відрізняє лікаря загальної практики від інших медичних працівників, які працюють на рівні первинної та вторинної ланки і включає в себе не лише лікувальну допомогу, але і реабілітацію, профілактику та зміцнення здоров'я. Вона не обмежується статтю, категорією діагностики або одним епізодом хвороби і передбачає безперервність на протязі того чи іншого періоду життя	Всесвітня організація національних коледжів, академій та академічних асоціацій лікарів загальної практики – сімейних лікарів (WONCA) WONCA. The role of the general practitioner / family physician in health care system. A statement from the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians. Victoria : WONCA, 1991.

Продовження таблиці 2.1

№ з/п	Визначення терміну	Ким визначено
4.	Первинна медико-санітарна допомога є однією з основних складових системи охорони здоров'я, що базується на наукових, практичних і соціальних методах і технологіях, доступна для кожного окремого громадянина та кожної сім'ї та фінансується за їх безпосередньої участі та за державні кошти. Вона є невід'ємною частиною системи охорони здоров'я країни, у якій посідає центральне місце, а рівень її розвитку відображає соціально-економічний розвиток суспільства. Це перший рівень взаємодії особистості, родини та суспільства з національною організацією системи охорони здоров'я, що наближує медичну допомогу до місця роботи і проживання людей і є першим елементом у безпосередньому процесі піклування про здоров'я	World Health Organization. Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.
5.	Лікар загальної практики не повинен розглядатися лише як надавач первинної медико-санітарної допомоги, хоча його роль в ній особливо важлива. Він повинен впроваджувати політику профілактичної та немедичної допомоги шляхом виїздів до населення. Служби ПМСД всіх держав повинні задовольняти основні потреби населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання широкого спектру послуг шляхом активного сприяння окремим особам, сім'ям та групам по наданню самопомоги шляхом підготовки сімейних лікарів та медичних сестер для первинного медико-санітарного забезпечення.	LHV [Dutch National Association of General Practitioners]. Basic Job Description for the General Practitioner. Utrecht: LHV, 1993.
5.	Первинна медико-санітарна допомога включає основні медико-санітарні заходи, повсюдно доступні окремим особам, сім'ям, громаді, і здійснюється за їх участю, на основі практично придатних, науково обґрунтованих і соціально-прийнятих заходів та технологій, при витратах у межах матеріальних можливостей громади і країни в цілому на кожному етапі їх розвитку у відповідності до принципів самозабезпечення та самовизначення.	World Health Organization. Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.
6.	Первинна медико-санітарна допомога» має на меті традиційну первинну медико-санітарну допомогу, що прагне досягти цілей первинної охорони здоров'я.	Starfield B. Is primary care essential? Lancet, 1994; 344; 1129–1133.

Хоча в кожній країні створюється система охорони здоров'я з урахуванням національних інтересів, однак певні її напрями поширюються крізь національні кордони. Сучасні системи охорони здоров'я повинні бути безпечними, ефективними, орієнтованими на пацієнта, забезпечувати вчасне

надання медичної допомоги в достатньому обсязі. Саме ці вимоги покладають безпосередньо на первинну медико-санітарну допомогу.

Експерти з організації загальної лікарської практики – сімейної медицини у країнах Центральної та Східної Європи та країн СНД в Люблянці (Словенія) 26–28 січня 1995 р. визначили принципи, що лежать в основі організації сімейної лікарської практики [2]. До них відносяться: важливість гуманних взаємовідносин між лікарем та пацієнтом; щоб сімейний лікар був добрим клініцистом; необхідно залучати громадськість; важливість сімейного лікаря як особи до якої звертається за порадою та допомогою певні групи населення.

В Європі ПМСД визначається як надання діагностичних та лікувальних послуг, що комбінуються з профілактикою захворювань, які доповнюються послугами по зміцненню здоров'я і реабілітацією.

В межах цього контексту загальна практика або сімейна медицина, як її називають в окремих країнах, – була основою професійною дисципліною, яку впровадили в надання ПМСД, яка була в центрі послуг, навколо яких розвивалася ПМСД.

Звичайно, визначення головної ролі лікарів загальної практики в наданні ПМСД зовсім не означає недооцінки ролі функцій медичних сестер, які зобов'язані [3].

- вести профілактичну, санітарно-просвітницьку роботу серед сімей, що прикріплені за нею і за сімейним лікарем з яким вона працює;

- проводити діагностичну та лікувальну роботу в команді з сімейним лікарем та іншими членами команди амбулаторії сімейної медицини;

- своєчасно інформувати лікаря про результати дослідження хворих;

- мати все необхідне для лікарського та медсестринського консультування в амбулаторії та на дому (медикаменти, інструменти, обладнання. документи про пацієнта);

- регулювати потік пацієнтів на прийомі;

- слідкувати за апаратурою та наявністю медикаментів;

- володіти методами дослідження: ЕКГ, вимірювання артеріального тиску, вимірювання в/очногo тиску, температури, визначення гостроти зору та слуху;

- володіти такими маніпуляціями: загальним доглядом за хворими, виконання всіх видів ін'єкцій, обробка порожнин рота, носа, накладання компресів, закапування крапель в очі та ніс, закладання мазей, проведення різних видів клізм;

- підготовка хворих до інструментальних та лабораторних досліджень;

- проводити забір біологічного матеріалу для проведення бактеріологічного дослідження, біохімічних та імунологічних досліджень;
- проведення щеплень згідно календаря щеплень (Наказ МОЗ України №276 від 30.10.2000 р.);
- вміти надати першу допомогу при шоку, зупинці дихання, серцебиття, травмах голови, хребта, кінцівок, зовнішніх кровотечах;
- слідкувати за санітарно-епідемічним режимом згідно державних нормативів;
- консультувати пацієнтів по телефону;
- вести денний стаціонар за призначенням лікаря;
- організовувати та проводити бесіди з хворими та їх родичами;
- організовувати диспансерний огляд жінок, проводити обстеження молочних залоз;
- слідкувати за своєчасним проведенням флюорографії, а також дослідженням харкотиння та сечі на бацилу Коха (БК) у осіб, які відносяться до «групи ризику» по туберкульозу;
- вести облік та правильно зберігати медикаменти, інструментарій, перевіряти термін експозиції лікарських засобів;
- вести необхідну документацію;
- своєчасно звітуватися про проведену роботу перед лікарем, зав. відділенням;
- постійно аналізувати свою роботу, підвищувати свій рівень знань, кваліфікацію;
- проходити інструктаж з техніки безпеки та пожежної безпеки.

Дуже часто первинна медико-санітарна допомога надається висококваліфікованими командами, які складаються з медичних сестер, лікарів, адміністраторів, інформаційних асистентів, соціальних працівників, асистентів лікарів, спеціалістів із психічного здоров'я (Схема 2.1).

Інститутом Медицини були зроблені такі висновки:

1. Первинна медико-санітарна допомога є основою ефективної системи охорони здоров'я, оскільки саме вона може вирішувати більшість проблем, пов'язаних зі здоров'ям, що існують у суспільстві.

2. Первинна медико-санітарна допомога є необхідною для досягнення цілей, що разом становлять цінність медичної допомоги: висока якість, а також досягнення найкращих результатів у забезпеченні і підтриманні здоров'я; співпраця з пацієнтами, ефективне використання наявних ресурсів.

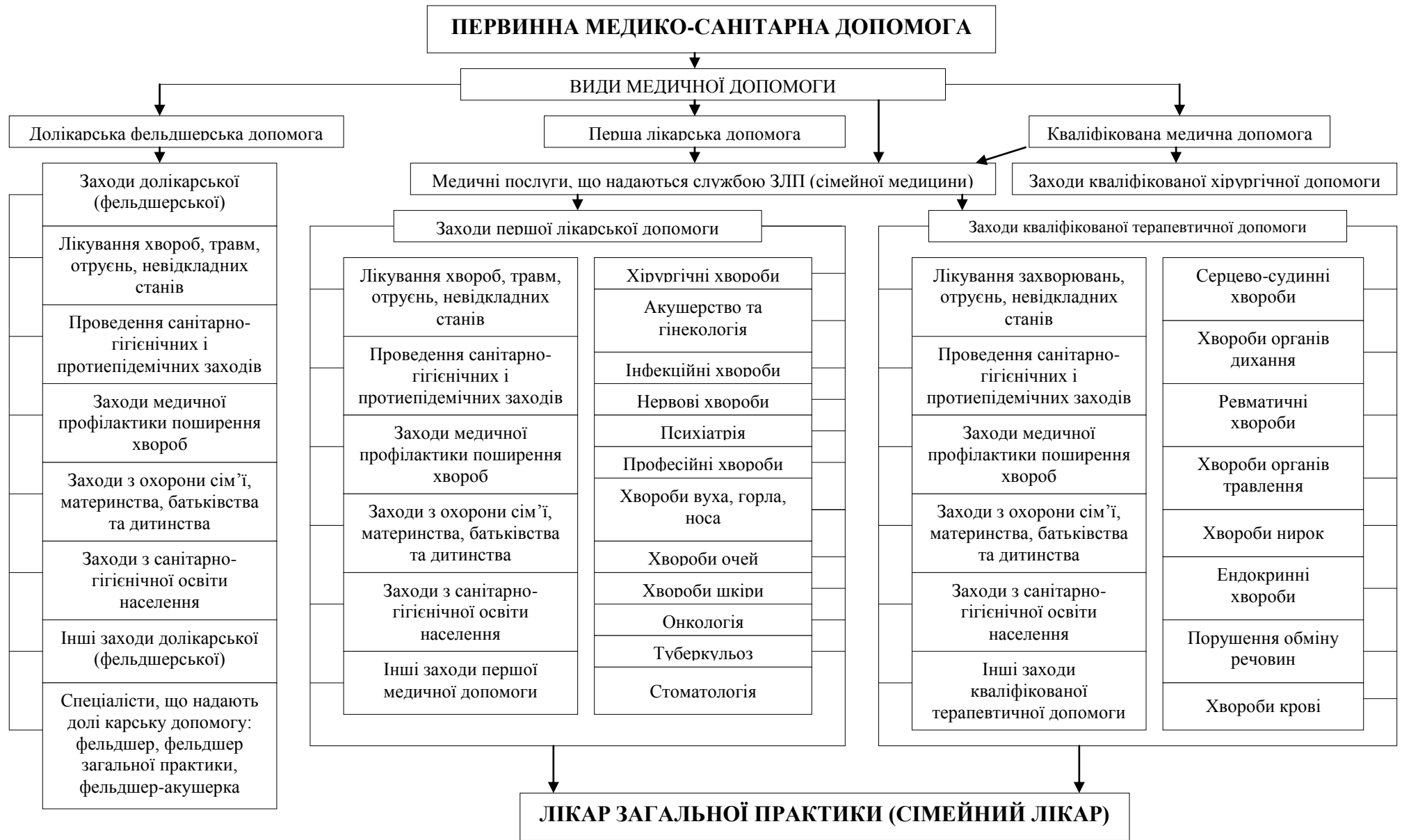


Схема 2.1. Вид та об'єм медичної допомоги, який надається лікарем загальної практики – сімейним лікарем

Особиста взаємодія, що включає довіру та партнерство між пацієнтами і лікарями, є центральною під час здійснення первинної медико-санітарної допомоги.

Первинна медико-санітарна допомога є важливим інструментом для досягнення кращих результатів у:

- поліпшенні стану здоров'я та профілактики захворювань;
- допомозі хворим хронічними захворюваннями, переважно особам похилого віку із множинною патологією внутрішніх органів.

Звичайно, визначення головної ролі лікарів загальної практики в наданні ПМСД зовсім не означає недооцінки ролі функцій медичних сестер, соціальних працівників та інших медичних працівників, які вносять значний вклад в ПМСД.

Згідно Основ законодавства України з охорони здоров'я, ПМСД є основним, доступним, безкоштовним для кожного громадянина видом медичного обслуговування і містить в собі лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь та інших невідкладних станів; проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, медичну профілактику важливих захворювань, санітарно-гігієнічну освіту; проведення заходів з охорони сім'ї, материнства, батьківства та дитинства, інших заходів, що пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги громадянам за місцем проживання [4].

В публікаціях зарубіжних авторів, які присвячені визначенню термінів, що застосуються в загальній лікарській практиці – сімейній медицині та в розробках зарубіжними експертами нормативних документів, регламентуючих порядок надання ПМСД населенню Європейських країн та Канади, також нема чітких критеріїв розмежування лікарських функцій між лікарем загальної практики – сімейним лікарем та іншими фахівцями первинної ланки охорони здоров'я [5–9].

В системі ПМСД центральна роль належить сімейним лікарям, в той же час, в ній відображається значення інших фахівців охорони здоров'я, які приймають активну участь в наданні базової медичної допомоги окремим особам та сім'ям. Більш того, ця концепція дозволяє акцентувати увагу на структурних підрозділах, які надають допомогу населенню, а не на дебатах між різними категоріями працівників галузі охорони здоров'я.

На основі цієї концепції розвитку загальної лікарської практики – сімейної медицини в Росії було розроблено «Руководство по профессиональным и административным аспектам развития общей практики-медицины в странах Европы» [10].

Перелік посилань

1. Алма-Атинская декларация // Всеобщее право на здоровье и его реализация в различных странах мира / Под ред. Д. Д. Венедиктова. – М. : Медицина, 1981. – С. 257–267.
2. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 1961.
3. Денисов И. Н. Врач общей (семейной) практики : Определение / И. Н. Денисов, А. И. Иванов. – М. : ММА им. И. М. Сеченова, 2001. – 20 с
4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан // Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 22.07.93 г. (ст. 59).
5. Определение первичной медицинской помощи / Под ред. Молла С. Дональдсок, Карл Д. Йордан, Катлин Т. Лур, Нил А. Ванселов. – Изд-во Национальной академии наук. Вашингтон, округ Колумбия, 1996. – 8 с.
6. Резидентская Вспомогательная программа. Критерии для совершенствования в Резидентской программы семейной медицины. Утверждена Комитетом по Проекту резидентской вспомогательной программы. Третье издание. 8880 Ward Parkway Kansas City, mo 64114. – 1993. – 28 р.
7. Здоровье и здравоохранение в Нидерландах / Под ред. А. Й. Шрийверса. – Киев : Сфера, 1998. – 324 с.
8. Организация общей врачебной практики (Российско-Британское издание) / Р. А. Галкин, Peter Toon, А. В. Иванова, Б. Л. Мовшович. – Самара : Самарский Дом печати, 1997. – 281 с. (Совместный документ экспертов России и Канды).
9. P. Kirk. The Ingraining and Terminal Evaluation of a Family Physician's Predominance / Family medicine and the problems of training family physicians. Proceeding of International Soviet / Canadian Seminar in Vladikavkaz, North Ossetia, may 28–30, 1991 / D. I Edited Rice and V. A. Vladimirtsev. – P. 71–73. (Совместный документ ВОЗ и Всемирной организации семейных врачей).
10. Руководство по профессиональным и административным аспектам развития общей практики / медицины в странах Европы. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998. – 17 с.

3. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Наукові і технологічні досягнення медицини за останні 50 років, привели до змін в охороні здоров'я, коли один лікар турбувався майже про всіх своїх пацієнтів відносно здоров'я, до ситуації розуміння необхідності підходу який базується на координації дій та колегіальній взаємодії.

В Європі прагнення до зміцнення ПМСД було підтверджено в 1984 р., коли Європейське регіональне бюро ВООЗ затвердило 38 задач по досягненню здоров'я для всіх в якій основи політики з охорони здоров'я в Регіоні – як для Регіонального бюро ВООЗ, та і для самих держав-членів. Задачі чітко визначають те, як повинна використовуватися ПМСД, в якості основи здоров'я і розвитку систем охорони здоров'я. В задачі 28 висвітлені питання ПМСД. В ній підготована структура, яка може бути адекватною до потреб кожної країни і для різних обставин. Структура підготована так, щоб бути застосованою в країнах де загальна практика, як окрема дисципліна, знаходиться на ранній стадії свого розвитку, так і до країн з давно створеними системами, які потребують зміцнення.

17–19 червня 1996 р. в м. Любляні було зроблено висновок про те, що ПМСД є основою політики охорони здоров'я а також отримала, додатковий імпульс, так-як цією хартією було визначено орієнтацію на реформування ПМСД.

Існує багато причин такої зацікавленості до ПМСД з одного боку вони розглядають її як способи зменшення затрат або область де можна легко здійснити приватизацію інший фактор, який сприяє такій тенденції, є досягнення медичних та інформаційних технологій. Тобто загальна практика має відповідати цим новим вимогам, щоб відповідати кращим традиціям підтримки гідності людини, відповідаючи потребам рівності, справедливості і гарантуючи надання послуг високої якості.

В різних країнах світу розвиток та особливості організації первинної медико-санітарної допомоги відрізняються, її необхідність є незаперечною. Роль та місце її в сучасних системах охорони здоров'я перебувають у постійній еволюції залежно від потреб певних громадян.

Необхідність переорієнтації систем охорони здоров'я на первинну медико-санітарну допомогу, проголошена у Алма-Атинській декларації, дотепер не втратила своєї актуальності і залишається нагальною проблемою особливо у періоді, коли в охороні здоров'я відбуваються радикальні

перетворення. Ефективність, результативність та справедливість (за термінологією ВООЗ) поновленої системи охорони здоров'я залежить насамперед від наявності чіткої політики розвитку ПМСД – фундаменту охорони здоров'я в цілому та медичної допомоги зокрема, перш за все тому, що тільки в рамках ПМСД можлива реалізація такого важливого для населення принципу як загальнодоступність медичної допомоги [1].

За останні десятиріччя суттєво збільшилась роль і функції сімейної медицини, бригадної та загально-лікарської практики першого рівня – ПМСД. Майже безкоштовно вона захищає інтереси споживача від спроб «наживи» і надто спеціалізованих (коштовних для суспільства, пацієнта) структур (не різко надлишкових) медичної допомоги.

Саме з лікарем загальної практики – сімейним лікарем пов'язана можливість раціонально мінімізувати витрати на кожен конкретний випадок, так як від нього залежить неможливість допуску помилок при первинному зверненні пацієнта.

Первинна медична допомога починається з моменту, коли внаслідок виникнення проблеми зі здоров'я, вирішення якої потребує професійного втручання, людина, її родичі або ще хто-небудь приймає рішення звернутися до особи або закладу, що займається наданням медичної допомоги. Тобто, первинна допомога охоплює всі первинні контакти людей з системою охорони здоров'я.

Організація служб ПМСД в різних країнах, у тому числі європейських, характеризується значним розмаїттям. У залежності від конкретної країни системи первинної допомоги можуть відрізнятися за ознаками організації і порядку надання медичних послуг, характеру фінансування і форм оплати послуг, набору функцій тощо.

Проте, незважаючи на надзвичайну різноманітність існуючих форм ПМСД, останнім часом прояснюються наднаціональні риси ефективної моделі організації та надання ПМСД, де виділені чотири основні аспекти (наявність, доступність, безперервність і достатність) та визначені її найбільш характерні риси:

1. Доступність цілодобово, без вихідних.
2. Первинна оцінка прийняття рішень про подальші дії по відношенню до скарг пацієнта, виходячи з його індивідуальних особливостей і характеру проблеми.
3. Надання допомоги відносно невеликій і постійній групі людей.

4. Залежність підходів до надання первинної допомоги від типу, характеру, захворювань і станів пацієнтів, а також від потреб кожної специфічної групи пацієнтів.

5. Можливість отримання довготривалої та безперервної допомоги.

Хоча в кожній країні створюється система охорони здоров'я з урахуванням національних інтересів, однак певні її напрями поширюються крізь національні кордони. Сучасні системи охорони здоров'я повинні бути безпечними, ефективними, орієнтованими на пацієнта, забезпечувати вчасне надання медичної допомоги в достатньому обсязі. Саме ці вимоги покладають безпосередньо на первинну медико-санітарну допомогу. Складно уявити знаний прогрес у розвитку національної системи охорони здоров'я за відсутності міцної системи первинної медико-санітарної допомоги.

Перехід від старих способів мислення та надання медичних послуг до нового світу охорони здоров'я, що створюється в інформаційну епоху, можна характеризувати так:

1. Медична допомога базується на постійному контакті пацієнта з лікарем, результатом якого є тривалі взаємовідносини після вилікування.

2. Медична допомога надається з урахування релігійних, етнічних та інших особливостей пацієнтів.

3. Пацієнти самі контролюють якість надання медичної допомоги.

4. Забезпечення вільного доступу до необхідної інформації для лікарів та пацієнтів.

5. Рішення приймають, базуючись не на попередній підготовці лікаря загальної практики, а на засадах доказової медицини.

6. Принцип «не зашкодь» є не особистою відповідальністю лікаря, а відповідальністю всієї системи охорони здоров'я.

7. Конфіденційність інформації поступається місцем прозорості.

8. Система охорони здоров'я буде не лише реагувати на потреби населення в медичній допомозі, а й передбачатиме їх.

9. Замість пошуку зниження вартості медичних послуг постійно будуть зменшуватись збитки та обмежуватись витрати.

Таке бачення проблеми потребує реорганізації та поліпшення якості ПМСД. Ефективність моделі національної системи охорони здоров'я залежить від адекватності її системи первинної медико-санітарної допомоги, яка необхідна для створення ефективною та стабільною системою охорони здоров'я.

Всесвітня організація національних коледжів, академій та академічних асоціацій лікарів загальної практики – сімейних лікарів (1991, WONCA) дала визначення лікаря загальної практики як такого, що надає комплексну допомогу кожній окремій особі, яка звертається за медичною допомогою та при необхідності організує інший медичний персонал для надання медичної допомоги. Поняття комплексної допомоги відрізняє лікаря загальної практики від інших медичних працівників, що працюють як на рівні первинної, так і вторинної ланки.

В документі, який опубліковано WONCA в 1991 р. були визначені вимоги до лікаря загальної практики:

- комплексний характер медичної допомоги: містить в собі не лише лікування, а й реабілітацію, профілактику, паліативну допомогу, які не обмежені статевими органами, категорією діагностики і пропонує безперервність на протязі певного проміжку часу;

- координація: відповідальність за надання окремим особам та сім'ям різних ресурсів охорони здоров'я, а також вимоги гарантій інтеграції послуг лікаря загальної практики в межах всієї системи охорони здоров'я;

- інформаційна основа: клінічні та особисті деталі, які повинні бути відомі лікареві загальної практики;

- доступність: надання медичних послуг лікарем загальної практики повинно бути доступним пацієнтам цілодобово;

- управління ресурсами: стратегічна позиція лікаря загальної практики передбачає розподіл ресурсів охорони здоров'я.

Тобто, лікар загальної практики повинен забезпечити медичну допомогу, яка: універсально доступна для всіх осіб, комплексна, безперервна, орієнтована на пацієнта, спрямована на сім'ю, узгоджена з іншими видами медико-санітарного забезпечення і створена в межах відповідної адміністративної структури.

Розглянемо, які завдання вирішує лікар загальної практики.

Профілактична допомога

Профілактична робота лікаря ЗПСМ регламентована двома основними документами: «Примірним положенням про лікаря ЗПСМ», де визначено основні вимоги, норми навантаження, права і обов'язки лікаря та «Кваліфікаційною характеристикою лікаря із спеціальності «ЗПСМ», якою затверджено рівень необхідних знань та навичок, у т.ч. з превентивної медицини.

Заходи профілактичного характеру, визначені «Кваліфікаційною характеристикою лікаря із спеціальності «ЗПСМ», згруповано в 4 компоненти, зокрема:

- організаційно-профілактичний компонент;
- санітарно-освітній компонент;
- діагностично-скринінговий компонент;
- диспансерний компонент.

За результатами соціологічного дослідження встановлено, що на профілактичну діяльність лікаря ЗПСМ в середньому витрачають $16,5 \pm 1,2\%$ робочого часу [2]. За цим критерієм постачальників профілактичних технологій структуровано на 3 групи:

1 група: на профілактичну діяльність витрачається до 15% робочого часу – $58,8 \pm 5,2\%$ респондентів;

2 група: на профілактичну діяльність витрачається від 16% до 30% робочого часу – $31,6 \pm 4,9\%$ респондентів;

3 група: на профілактичну діяльність витрачається більше 30% робочого часу – $9,3 \pm 3,1\%$ респондентів

Основними профілактичними технологіями, що використовуються лікарями ЗПСМ є санітарно-освітня робота ($87,9 \pm 1,7\%$), формування здорового способу життя ($81,9 \pm 2,1\%$), протирецидивне лікування ($80,2 \pm 2,1\%$) (рис. 3.1).

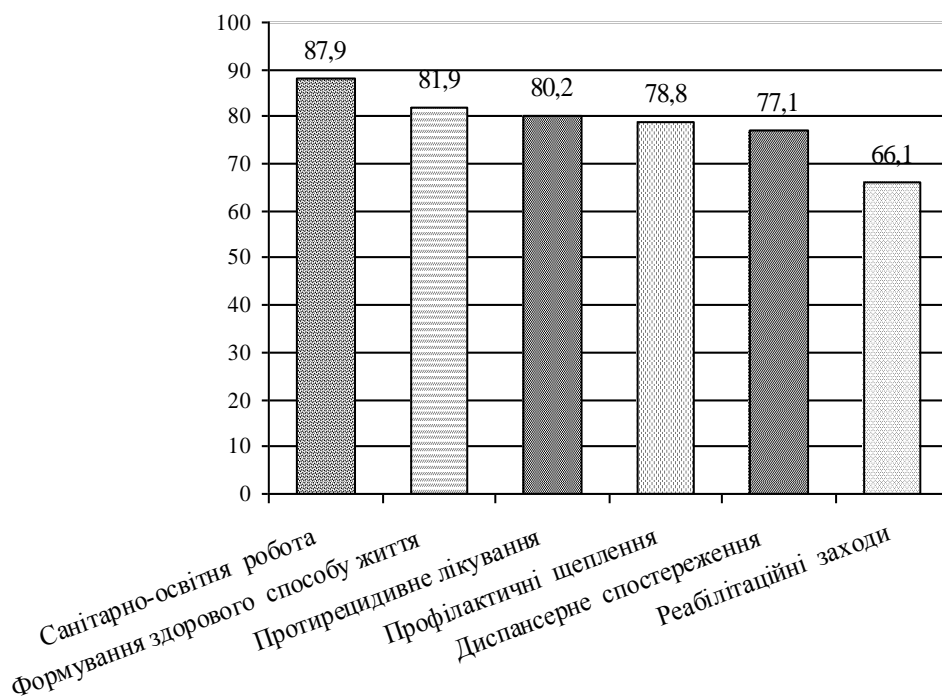


Рис. 3.1. Спектр профілактичних технологій, які застосовують лікарі ЗПСМ (%)

Серед досліджень, що призначаються лікарями ЗПСМ в якості скринінгових, спрямованих на раннє виявлення захворювань, найчастіше використовують флюорографічне обстеження грудної клітки – $89,0 \pm 1,7\%$ опитаних, на другому місці обстеження на виявлення анемії ($83,3 \pm 2,0\%$), $70,3 \pm 2,4\%$ опитаних проводять обстеження на виявлення артеріальної гіпертензії. Крім того, лікарі обстежують жінок для виявлення новоутворень молочної залози ($70,1 \pm 2,4\%$), $33,3 \pm 2,5\%$ респондентів призначають обстеження жінок щодо виявлення захворювань шийки матки а $27,7 \pm 2,4\%$ обстеження на визначення рівня холестерину у крові.

Метою профілактичної роботи є забезпечення умов для формування здорового способу життя, зміцнення здоров'я населення, зниження його захворюваності, інвалідності та смертності шляхом акцентування роботи лікарів первинної ланки охорони здоров'я, що працюють на засадах ЗПСМ, на виконанні основних профілактичних складових своєї діяльності.

Організація профілактичної діяльності в закладах ЗПСМ включає організацію підготовки лікарів ЗПСМ з питань застосування методів, побудованих на принципах доказової медицини (схема 3.1).

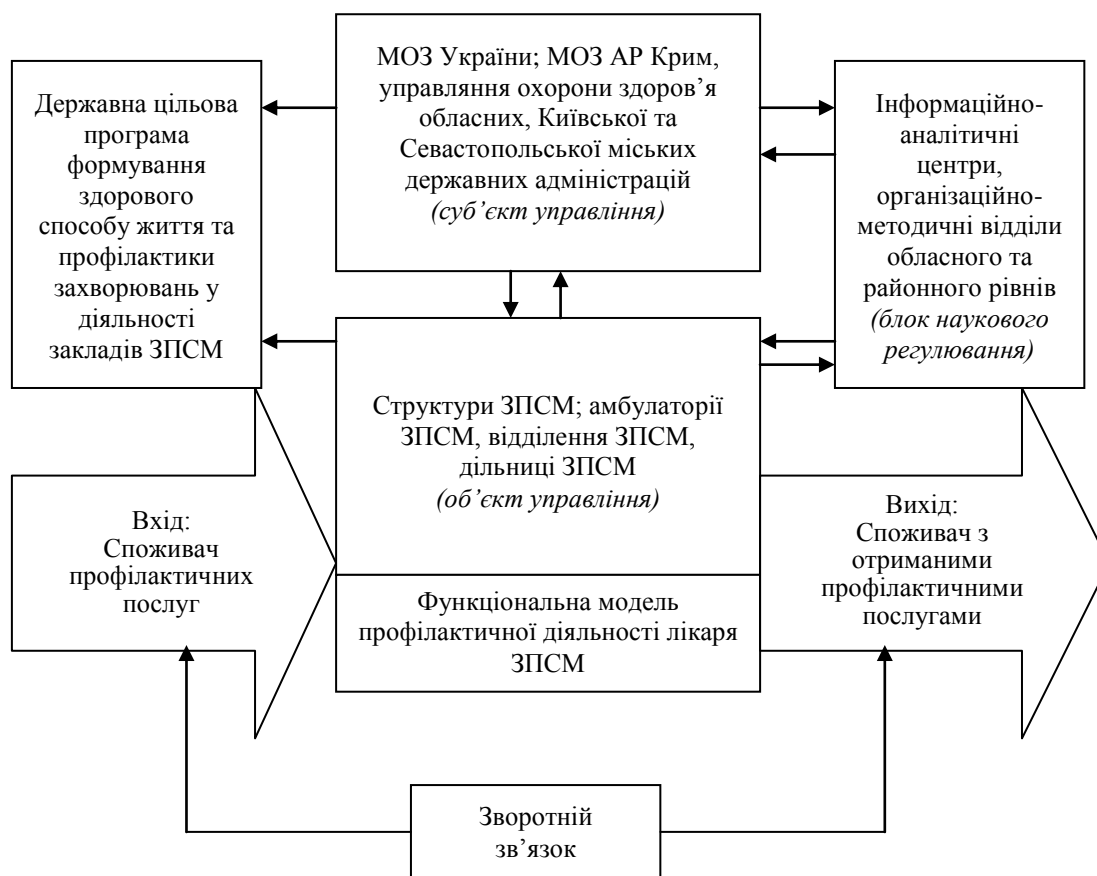


Схема 3.1. Система організації профілактичної діяльності закладів ЗПСМ

Ця система рекомендує розробку Державної цільової програми формування здорового способу життя та профілактики захворювань у діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини, яка повинна створюватись з урахуванням принципів доказової медицини, а основним виконавцем профілактичних заходів є лікар ЗПСМ.

Оскільки провідну роль в реалізації запропонованої програми відведено лікареві первинної ланки, можна впровадити функціональну модель профілактичної діяльності лікаря ЗПСМ (схема 3.2).



Схема 3.2. Функціональна модель профілактичної діяльності лікаря ЗПСМ

Давно відомо, що залучення ЛЗП до заохочення своїх пацієнтів брати участь у суспільних профілактичних програмах дає позитивний результат. Це пов'язано з функцією ЛЗП щодо спостереження за окремими особами впродовж тривалого часу, що дає їм змогу виявити, ці пацієнти беруть участь у програмах ініційованих органами охорони здоров'я. Лікарі загальної практики можуть успішно здійснювати профілактичні заходи стосовно таких захворювань як, наприклад, профілактика серцево-судинних захворювань, раку шийки матки (беручи мазки), раку легенів, проводять роз'яснювальну роботу з приводу надмірного вживання тютюнових виробів. Взаєморозуміння між лікарем загальної практики та пацієнтами, а також сприятлива обстановка в медичному закладі, де працює ЛЗП, є важливими елементами, які забезпечують більшу ефективність в проведенні профілактичних заходів. ЛЗП можуть також впроваджувати програми з вакцинації для профілактики дитячих захворювань, керуючи процесом вакцинації, організованого системою охорони здоров'я. Окрім проведення профілактичної роботи ЛЗП працюють з групами ризику індивідуально, наприклад, у клініках для курців, наркоманів, а також у спортивних клубах.

Можливість проведення профілактичної роботи лікарями загальної практики є досить обмеженою. Проведення профілактичної роботи можна розділити на 4 типи:

- програми імунопрофілактики серед дітей;
- навчальні програми з питань здоров'я (консультування і рекомендації по здоровому способу життя, а також навчання пацієнтів як долати проблеми, пов'язані зі здоров'ям);
- спостереження за розвитком дитини (педіатричні спостереження та антенатальна допомога);
- скринінг та виявлення (гіпертонії, мамографія або скринінг шийки матки), проводячи різні заходи між скринінгом на комунально-суспільному, загально-популяційному рівнях і виявлення захворювань ЛЗП у своїх пацієнтів, які відносяться до групи ризику [3].

Можливість профілактичної допомоги оптимізується хорошими особистими відношенням між лікарем і пацієнтом. В цих умовах виконання рекомендацій лікаря і повага до нього гарантується. Для ефективної організації проведення профілактичної допомоги ЛЗП напряму (через підлеглий їм персонал) або відносно (через медичних працівників, пов'язаних з ними) необхідно відповідна адміністративна структура.

Профілактична допомога або зміцнення здоров'я стали популярними в медичному світі, починаючи з 90-х років. Відповідна медична допомога і рекомендації окремим особам при консультаціях можна розглядати як одну із сторін спектру проведення профілактичної допомоги, а проведення скринінгу – як друга сторона. Наведемо деякі критерії скринінгу:

- стани, які підлягають скринінгу повинні бути суттєвими;
- наявність застосованого лікування для пацієнтів з даним захворюванням;
- наявність установ діагностики та лікування;
- повинні бути визнані латентні і ранні симптоми та стадії захворювань;
- наявність відповідного тесту або обстеження;
- тест або обстеження повинні бути відповідні для даного населення;
- повинно існувати адекватне розуміння природного розвитку захворювання від латентної стадії до явних проявів захворювання;
- повинно існувати узгоджена політика в питанні про те, кого слід вважати пацієнтами;
- затрати на виявлення (включаючи діагностику і подальше лікування пацієнтів) мають бути економічно збалансованими по відношенню до витрат на медичну допомогу в цілому;
- виявлення захворювань повинно бути постійним, а не одноразовим процесом.

Програми зміцнення здоров'я повинні базуватися на доказовій медицині, а лікарі повинні опиратися на наукові підходи при розгляді цілеспрямованості і відповідності своїх дій.

Профілактика може бути первинною, наприклад, при імунопрофілактиці, або вторинною, представленою діями з діагностики відхилень від норми на ранніх стадіях і переважно до проявів основного захворювання (цитологія шийки матки є ідеальним прикладом). Термін вторинна профілактика було розширено для внесення до нього розробки програм з ранньої діагностики, наприклад, мамографії. Також існує третинна профілактика: захист від ризику вторинного інфаркту міокарда шляхом надання особливої уваги всім можливим факторам ризику після первинного епізоду інфаркту міокарда.

Найбільш цінною роботою з профілактики, крім первинної бо вторинної, являються освітні програми по здоров'ю, або формування здорового способу життя (пропаганда і зміцнення здоров'я). Потенціальні можливості обмеження табакокуріння: на особистому прикладі, шляхом активного консультування в

клінічні періоди (під час надання контрацептивної або антенатальної допомоги), створення клініки по підтримці відмов від табакокуріння в рамках своєї практики, в також шляхом політичного лобювання. Лікарі не повинні ігнорувати науковими доказами і аргументами, які свідчать не на користь табакокурінню.

Межі, які відокремлюють зміцнення здоров'я від медико-санітарної освіти, важко виявити. Небагато лікарів хотіли би взяти відповідальність за проведення навчання по статевому вихованню, але можливо ці питання слід розглядати як частину їх інтегративної функції в межах ПМСД.

Спостереження за станом здоров'я населення є обов'язком ЛЗП. Прикладом цього є спостереження за здоров'ям дітей, антенатальна допомога та спостереження за особами у віці старше 75-ти років по ідентифікації проблем зменшуваних функцій. При цьому їх не слід пропагувати, якщо нема відповідних підтримуючих установ або необхідних для вирішення виявлених проблем засобів: слухових протезів, послуг по дому і можливостей для задоволення соціальних потреб. Політика ВООЗ по досягненню здоров'я для всіх передбачає задоволення потреб населення, психічно неповноцінних та інших членів суспільства. Працівники ПМСД найбільш підходять для роботи з ними.

Тютюнокуріння є основним фактором ризику виникнення хронічних обструктивних захворювань легенів, серцево-судинних та онкологічних захворювань, вплив якого суттєво зменшується при його припиненні. За останні роки спостерігається негативна тенденція поширення куріння серед населення: при збереженні високого рівня куріння серед чоловіків працездатного віку (61%), зростає частка курців серед підлітків і жінок дітородного віку. Загалом споживання сигарет за останні десять років збільшилось в п'ять разів. За розрахунковими показниками міжнародних експертів, щороку в Україні від хвороб, пов'язаних з курінням, гине 110–120 тис. людей, що становить 18% всіх смертей (31% серед чоловіків та 6% жінок).

У той же час, хотіли б покинути куріти від 39% до 59% курців, з яких 52% чоловіків та 46% жінок вважають за доцільне це зробити за допомогою лікарів. Але отримують рекомендації від лікарів щодо припинення куріння тільки 18% чоловіків та 21% жінок. Індивідуальні спроби припинити куріти без підтримки програм допомоги та фахівців є малоефективними, оскільки 98% тих, хто кинув, протягом року знову повертаються до цієї звички.

Останнім часом прийняті вагомні документи щодо скорочення тютюнокуріння, а саме:

- Закон України від 22.09.2005 р. №2899-IV «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення».

- Закон України від 15.03.2006 р. №3535-IV «Про ратифікацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну».

- Концепція державної політики у сфері здійснення контролю над тютюном (затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 21.06.2001 р. №667).

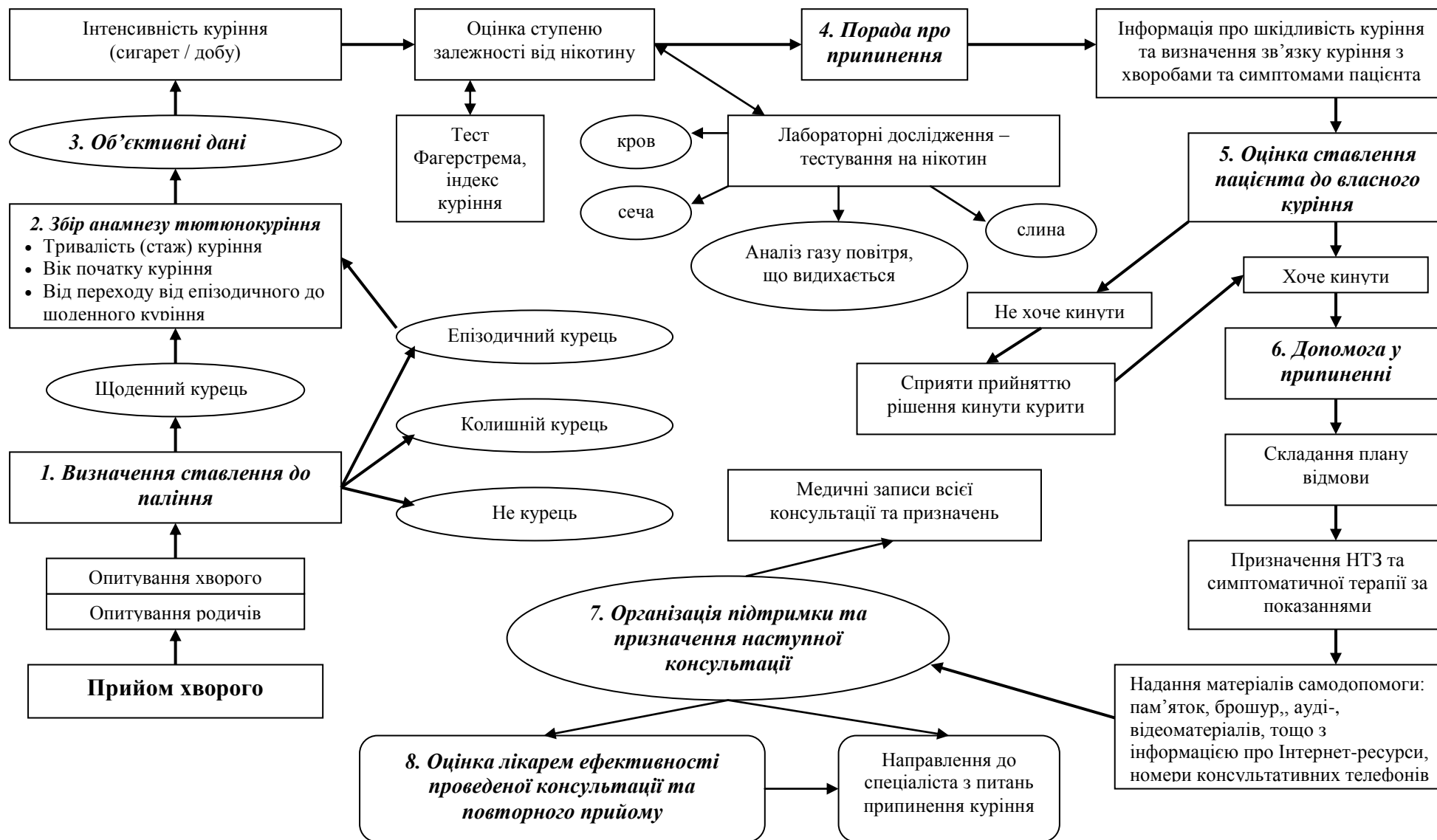
- Наказ МОЗ України від 24.06.2005 р. №311 «Про затвердження Комплексного плану «Профілактика та подолання тютюнокуріння в Україні на 2005–2020 роки».

Але існуюча епідеміологічна ситуація щодо тютюнокуріння свідчить про відсутність ефективних механізмів їх реалізації.

Підвищення якості роботи лікарів та в цілому системи охорони здоров'я з профілактики тютюнокуріння має бути важливим внеском в покращання здоров'я населення. Відмова від куріння зумовлює позитивні зрушення в здоров'ї населення, а, відповідно, і в економіці. Припинення куріння у будь-якому віці покращує здоров'я людини та призводить до економії витрат системи охорони здоров'я на лікування.

Необхідно підвищити якість консультативної роботи ЛЗП за основними показниками у їхньої подальшої роботі. Застосувати алгоритм роботи лікаря первинної ланки амбулаторно-поліклінічної мережі з припинення тютюнокуріння пацієнтом (схема 3.3). Запропонована модель надання медичної допомоги щодо профілактики куріння визначає ключові етапи консультування.

На основі аналізу стану антитютюнової роботи були розроблені основні форми та методи оптимізації антитютюнової роботи в системі охорони здоров'я (схема 3.4). У цій схемі відображені основні шляхи оптимізації антитютюнової роботи на рівні управлінської ланки системи охорони здоров'я (організаторів охорони здоров'я) як регіонального так і національного рівнів. Так, для керівництва ЛПЗ важливим завданням є організація моніторингу поширеності тютюнокуріння, створення умов для надання лікарями закладу допомоги курцям, організація умов для групової роботи та участі лікарів у масових акціях. Масова робота з населенням важлива для керівництва ЛПЗ також як прояв громадської активності для досягнення суспільно корисних цілей [4].



Сема 3.3. Алгоритм роботи лікаря первинної ланки амбулаторно-поліклінічної мережі щодо припинення тютюнокуріння пацієнта

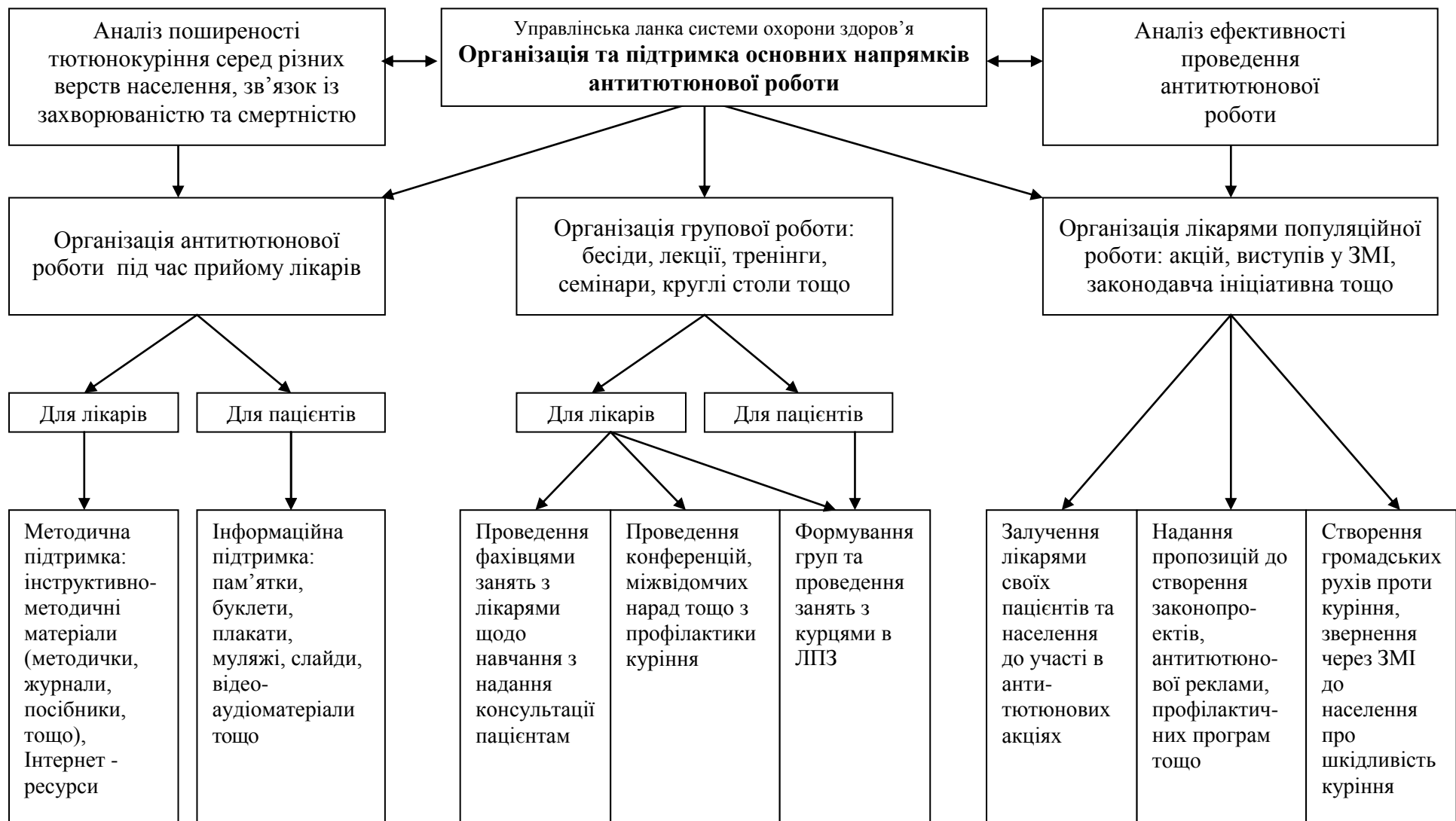


Схема 3.4. Основні форми та методи оптимізації анти тютюнової роботи в системі охорони здоров'я

Лікувальна допомога

Лікар загальної практики щодня стикається з великою кількістю скарг різних станів пацієнтів.

При зверненні за консультацією з приводу цієї чи іншою проблемою до ЛЗП широко варіюють як за медичним, так і соціальним змістом. Наприклад, послідовність консультацій, з якими звертається пацієнт, може бути: дитина з гострою респіраторною інфекцією, людина похилого віку після інсульту, молода мати з депресією, чоловік середніх років, який потребує лікування від діабету і, на кінець, молода жінка з гінекологічними проблемами. В багатьох таких випадках специфіка потрібної медичної допомоги зрозуміла, але буває безліч випадків, в яких представлена симптоматика маскує критичні стани хвороби: «під маскою» простої інфекції верхніх дихальних шляхів може ховатися менінгіт; наявність інсульту може бути супутнім захворюванням при прихованій формі раку легень тощо.

За статистичними показниками найчастіше зустрічаються прояви гострих респіраторних інфекційних станів, нервові розлади, гіпертензія, хронічні захворювання, пов'язані з обструкцією дихальних шляхів, проблеми зі спиною, захворювання шкіри, вушна сірка, гострий отит середнього вуха та скарги на шлунково-кишкові розлади. Багато з перерахованих станів не потребують терапевтичних втручань.

Тому мистецтво лікаря загальної практики складається з того, щоб зуміти розібратися у випадках і підібрати кожному пацієнту індивідуальний підхід. Це не завжди є легким і тут необхідно застосовувати практичні навички в обстеженні і використанні відповідних діагностичних досліджень [5].

Лікарем загальної практики при оглядах пацієнтів встановлюється в середньому до 58% діагнозів, при лікуванні цих хворих – 59% призначення лікарських засобів – 65%, направлень на вторинний (спеціалізований) рівень надання медичної допомоги – 6% і направлення до інших фахівців первинної медико-санітарної допомоги – 3%. Ця статистика показує, що широкий спектр завдань, який здійснюється в рамках загальної практики, дуже різноманітній. Дослідження характеру консультацій показало що в середньому пацієнти звертаються до лікаря загальної практики 13 раз на рік в порівнянні з Великою Британією цей показник становить 3 разу, в Нідерландах – 3,3. Витрати на рівні країн на лікарські засоби, які відпускаються за рецептами, також широко різняться. Взаємодія між первинною і вторинною ланками медичної допомоги в країнах Європи здійснюються по різному, але діапазон варіабельності являється схожим в усіх країнах. В деяких країнах такі

фахівці як гінекологи, педіатри, дерматологи, ендокринологи працюють в установах первинного рівня.

Добре оснащені заклади з достатньо кваліфікованими лікарями загальної практики та допоміжним персоналом мають можливість для більш глибокого обстеження пацієнтів. Взаємодія між лікарями загальної практики та іншими працівниками перинної медико-санітарної допомоги так само, як і взаємодія з іншими фахівцями вторинного рівня, є важливою передумовою для успішного медичного обслуговування суспільства.

ЛЗП повинен, перш за все, вияснити не тільки виниклу проблему, а також і всі, пов'язані з нею особливості, які мають відношення до звернення на консультацію за даними питаннями. Важливість уточнення не повинна недооцінюватись. Тільки після цього можна казати про раціональне ведення хворого. В деяких випадках необхідно задіяти інших фахівців первинної ланки або направити пацієнта до інших спеціалістів. Деякі пацієнти, направлені до вузьких спеціалістів, можуть потребувати подальшого перенаправлення. В багатьох сферах медицини лікарі третинного рівня працюють по дуже «вузькій» спеціалізації. Кожен із цих функціональних рівнів має відповідний рівень адміністрування, і для кожного з них характерні оптимальні цілеспрямовані контингенти населення (схема 3.5) [6].

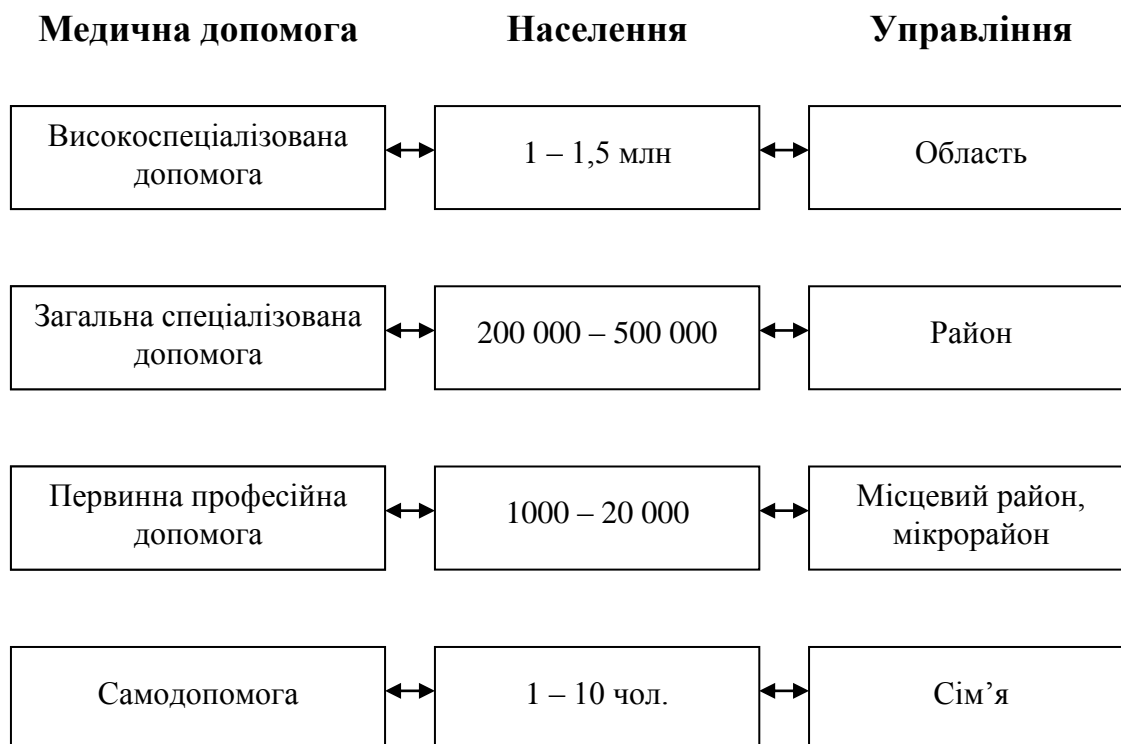


Схема 3.5. Рівні надання медичної допомоги, охоплення населення та адміністративне управління

Паліативна допомога

Паліативна допомога є активною частиною медичної допомоги, яку надають пацієнтам, захворювання яких не підлягають лікуванню. Контроль або сприяння подоланню болю чи інших симптомів, а також психологічних, соціальних та духовних проблем являється першочерговим завданням. Метою паліативної допомоги є досягнення покращення якості життя як пацієнтів, так і їх сімей [7].

Піклування про пацієнтів, яким в основному призначене паліативне лікування, входить в обов'язки ЛЗП. По можливості такі пацієнти спостерігаються у себе вдома за допомогою медичних сестер. ЛЗП досить часто займаються цієї категорією пацієнтів і приділяють їм багато часу і зусиль, особливо у відношенні зняття болю. Ефективна паліативна допомога може бути покращена шляхом координації підтримки, яку надає сім'я. У цьому випадку сімейний лікар має переваги.

При лікуванні хворих похилого віку необхідно ЛЗП звертати увагу на особливості перебігу захворювань у них, проблеми фармакологічного лікування. Велика увага приділяється таким медичним проблемам людей похилого віку, як деменція, депресія, остеопороз, невтримна сечі, специфіка метаболічних процесів, психологічні зміни особистості. Необхідно враховуючи специфіку ведення осіб похилого віку приділяти максимальну увагу в допомозі їм самостійно справлятися з життєвими ситуаціями. ЛЗП відіграє не лише важливу роль в медичній допомозі, але й у вирішенні багаточисельних психологічних і соціальних проблем людей похилого віку. Особлива увага приділяється роботі з сім'єю цих пацієнтів.

Паліативна допомога є важливою в наданні медичної допомоги хворим в термінальних періодах захворювань, коли вичерпані позитивні перспективи лікування хворого, які по суті готуються до завершального етапу свого життя.

ЛЗП є основним спеціалістом, який надає допомогу хворим, що помирають вдома. «Паліативна медицина» опікується не лише онкологічними хворими, але й хворими в термінальних станах застійної серцевої недостатності, хворим з хронічною обструктивною хворобою легень, неврологічними хворими з патологією мотонейронів, хворими зі СНІДом тощо.

ЛЗП займає важливе місце в первинній ланці медичній допомозі, організовуючи при цьому роботу команди загальної лікарської практики. Компетенцією сімейних лікарів в питаннях надання паліативної допомоги входить проблема знеболення (до 53% випадків), симптоматична терапія ускладнень термінального періоду при психологічній підтримці родичів

важкохворих (до 51% випадків). Важливим аспектом роботи ЛЗП є навчання принципам роботи в команді лікарів загальної практики по наданню паліативної допомоги в амбулаторних умовах.

Реабілітаційна допомога

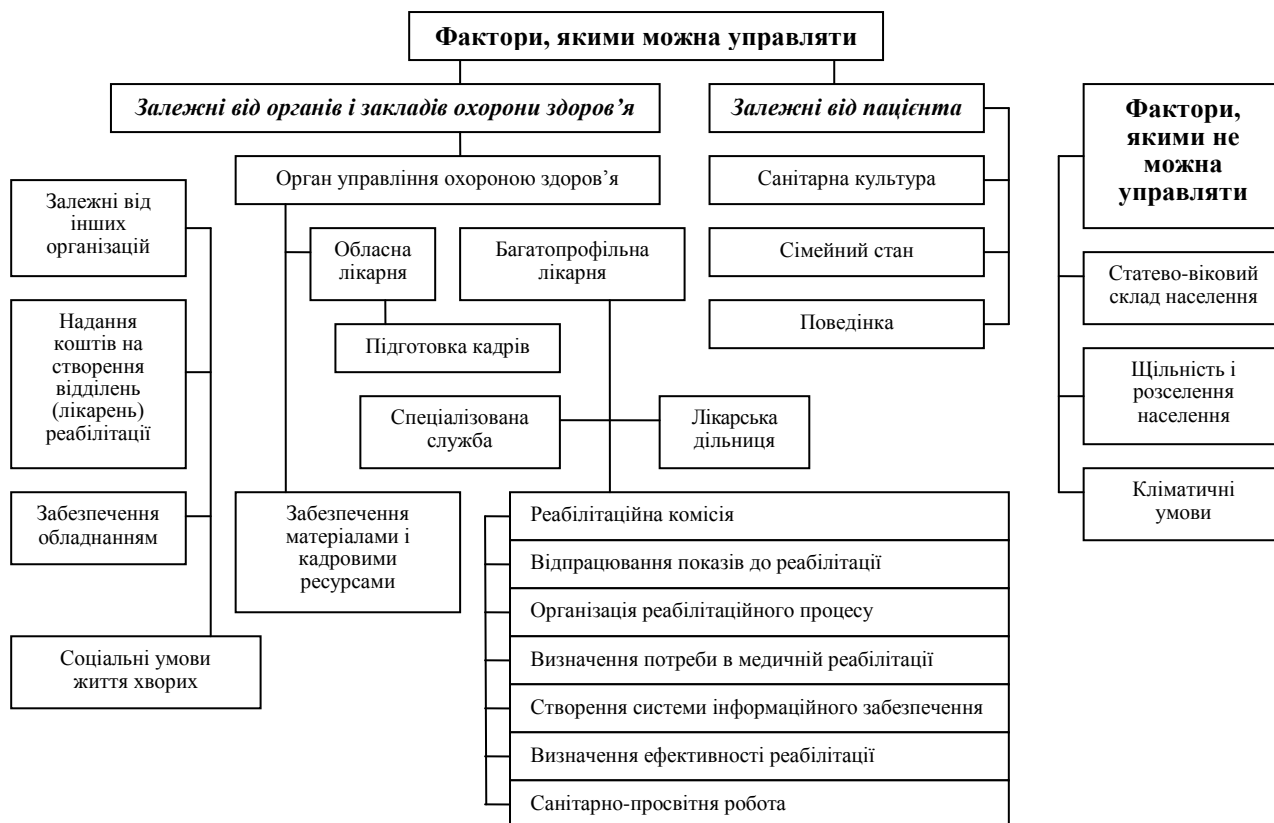


Схема 3.6. Вибір управлінської дії щодо організації та функціонування системи медичної реабілітації



Схема 3.7. Системне зображення медичної реабілітації



Схема 3.8. Функціонально-організаційна модель надання медичної реабілітації на рівні первинної медико-санітарної допомоги

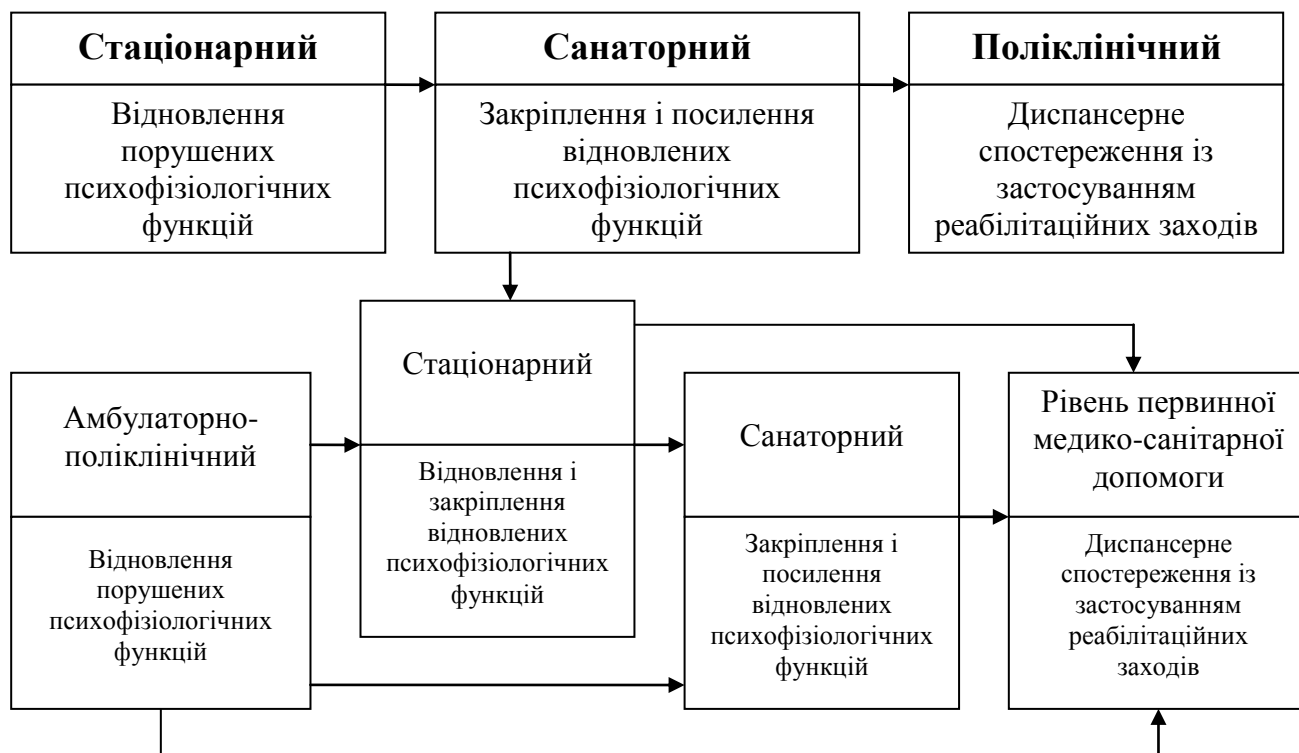


Схема 3.9. Трансформація етапів здійснення медичної реабілітації

Перелік посилань

1. Алма-Атинская декларация // Всеобщее право на здоровье и его реализация в различных странах мира / Под ред. Д. Д. Венедиктова. – М. : Медицина, 1981. – С. 257–267.
2. Марчук Н. В. Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Український центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України. – К., 2008. – 24 с.
3. Me Whinney I. R. A Textbook of Family Medicine. – New York : Oxford University Press, 1989.
4. Стойко О. Ю. Розробка шляхів оптимізації медико-соціальної технології профілактики тютюнокуріння та оцінка її ефективності : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Український центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України. – К., 2007. – 22 с.
5. Groenewegen P. P. et al. Remunerating General Practitioners in Western Europe. Aldershot Avebury, 1991.
6. Fry J. The place of general practice. Int. Journal of Health Services, 1972. – P. 165–169.
7. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / [под ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 40 с.

4. АНАЛІЗ СТАНУ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНИ НА ОСНОВІ ПРОВЕДЕНОЇ ІНВЕНТАРИЗАЦІЇ У 2007 РОЦІ

Проведений аналіз результатів інвентаризації первинної медико-санітарної допомоги у травні-липні 2007 р. згідно Наказу МОЗ України від 11.05.2007 р. №237.(1) «Про проведення інвентаризації закладів та підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають населенню первинну медико-санітарну допомогу» для визначення стану та можливих проблем діяльності мережі виявив, що ПМСД в Україні надають 23404 заклади, з них долікарських – 15331 (ФАПи та ФП).

Лікарських закладів, що надають ПМСД переважно сільському населенню – 3687. Мережа ПМСД у сільській місцевості складається з: понад 15 тис. ФАПів; понад 3000 сільських лікарських амбулаторій; 668 дільничних лікарень та 135 районних лікарень.

Слід підкреслити, що дільничні і районні лікарні хоча і здебільшого розташовані у селищах міського типу, однак понад 70% прикріпленого до цих закладів населення, проживає у селах.

Має місце децентралізація закладів охорони здоров'я, які надають ПМСД населенню села. Так 250 сіл з населенням від 500 до 1000 осіб не мають ФАПу (або іншого медичного закладу). Заклади охорони здоров'я, які надають ПМСД населенню села, децентралізовані: 96,09% (14852) ФАПів і ФП підпорядковані селищним радам і лише 1,08% (271) – ЦРЛ. (рис. 4.1)

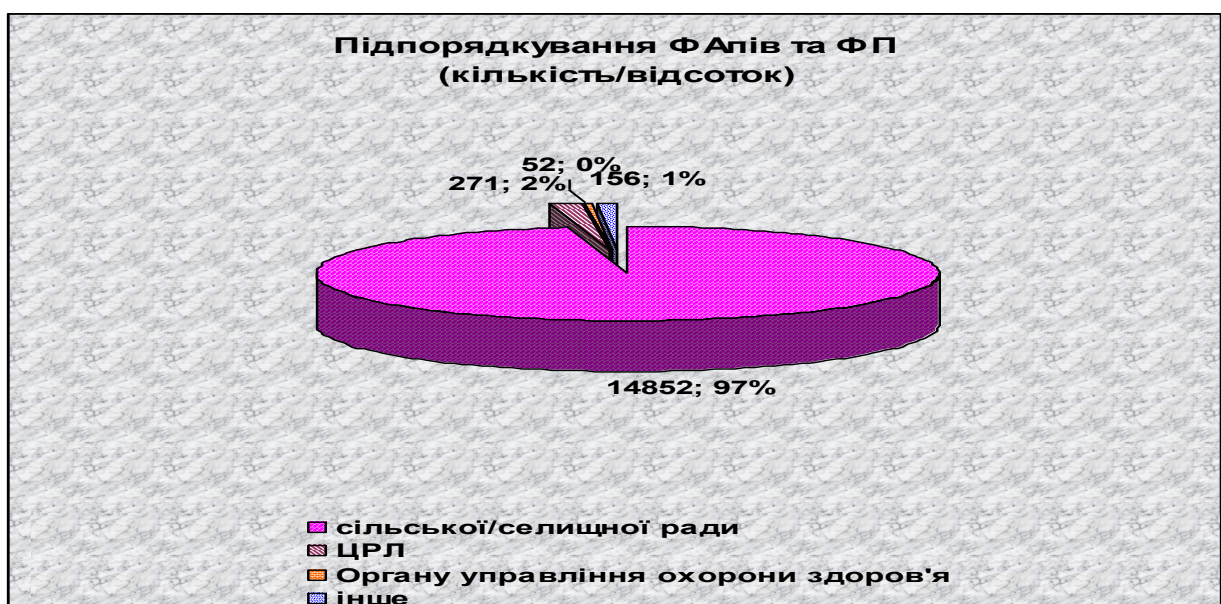


Рис. 4.1. Підпорядкування ФАПів та ФП (кількість/відсоток)

Підпорядковані селищним радам 89% СЛА і лише 13% – ЦРЛ або органу управління охороною здоров'я. Лише у Івано-Франківській області 100% СЛА підпорядковані ЦРЛ, а в Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Черкаській і Чернігівській усі (100%) СЛА підпорядковані селищним радам.

Стало відомо, що 11% (1626) ФАПів охоплюють обслуговуванням менш ніж 150 осіб і ще 22% (3327) – від 151 до 300 осіб. Загалом це майже 5 тис. ФАПів. Найбільше таких ФАПів у Хмельницькій (365); Житомирській (357) та Полтавській (307) областях.

В Івано-Франківській, Львівській, Чернівецькій областях ФАПів, які обслуговують менш ніж 150 осіб, загалом 70 (4%, 4% та 6% відповідно). Існування цих закладів виправдане лише тим, що вони знаходяться у гірській місцевості.

Біля 200 СЛА охоплюють обслуговуванням менше ніж 1000 осіб, більшість таких закладів знаходяться у Харківській (31), Полтавській (26), Дніпропетровській (25) областях (рис. 4.2).

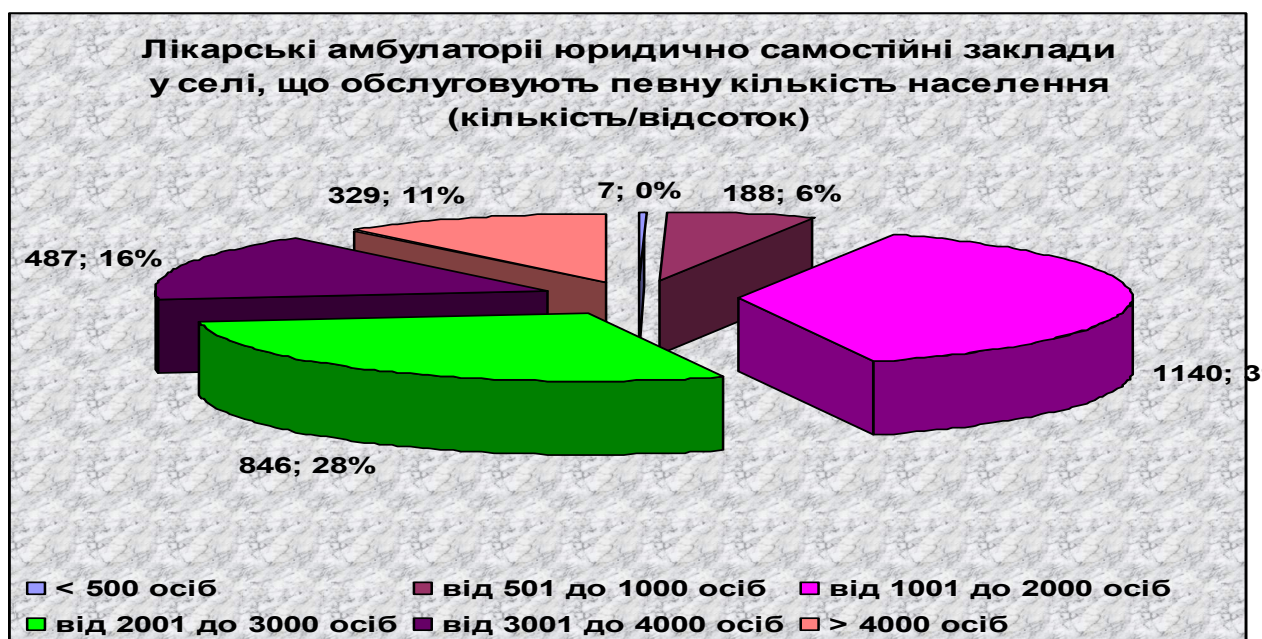


Рис. 4.2. Лікарські амбулаторії – юридично самостійні заклади у селі, що обслуговують певну кількість населення (кількість/відсоток)

Майже 2 тис. (1846 – 12%) ФАПів охоплюють обслуговуванням більше ніж 1000 осіб. Найбільше таких ФАПів у АР Крим (147) Одеській (121) та Рівненській (110) областях. Можливо доцільним є реорганізація таких ФАПів у лікарські амбулаторії при умові перспективності населеного пункту (рис. 4.3).

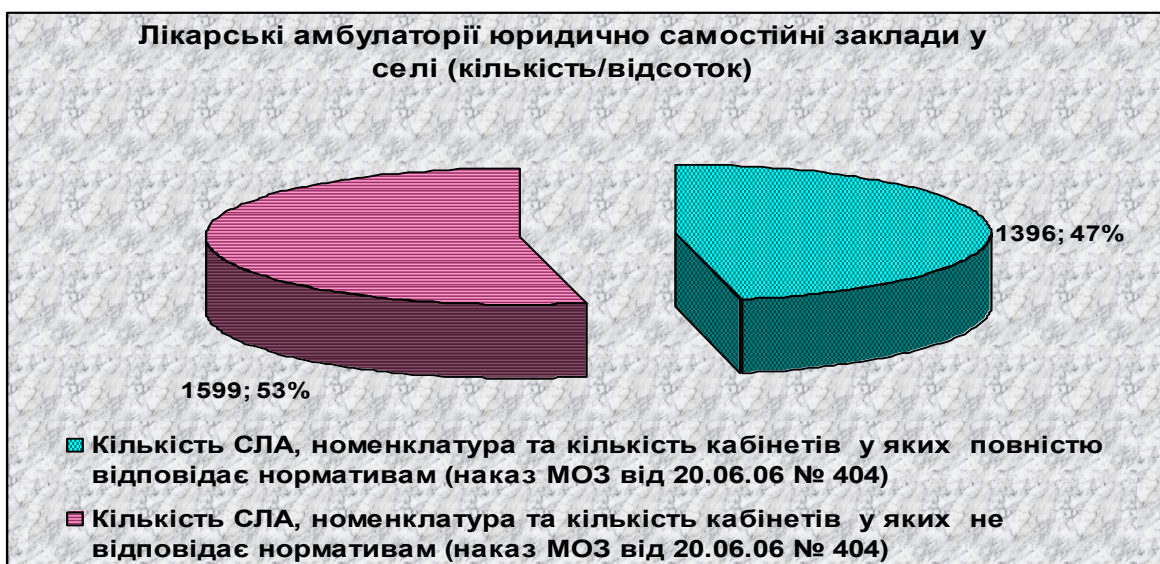
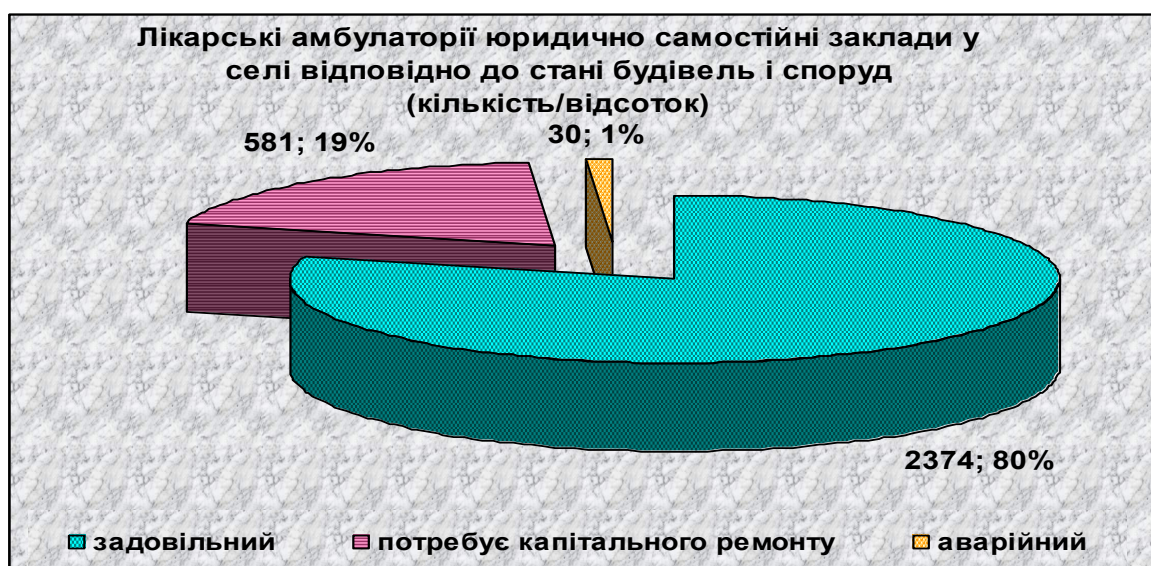
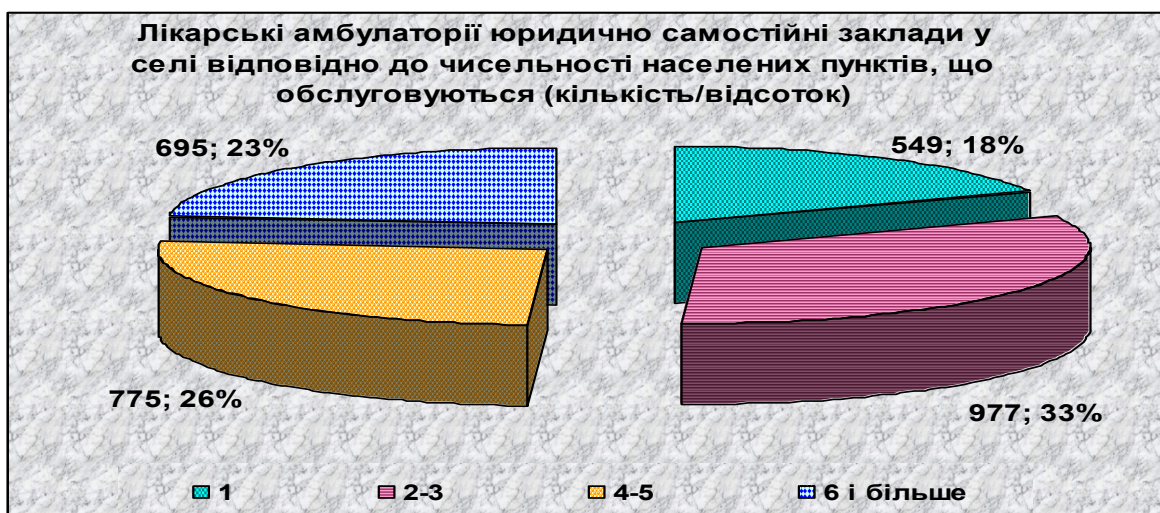


Рис. 4.3. ФАПи та ФП, що обслуговують певну кількість населення (кількість/відсоток)

Водночас є 7 СЛА, які обслуговують менше ніж 500 осіб. По два таких заклади знаходяться у Полтавській і Чернігівській областях і по одному – у

Івано-Франківській, Херсонській та Сумській областях. Але заклад розташований у Івано-Франківській області, знаходиться в гірській місцевості, що може виправдовувати його існування.

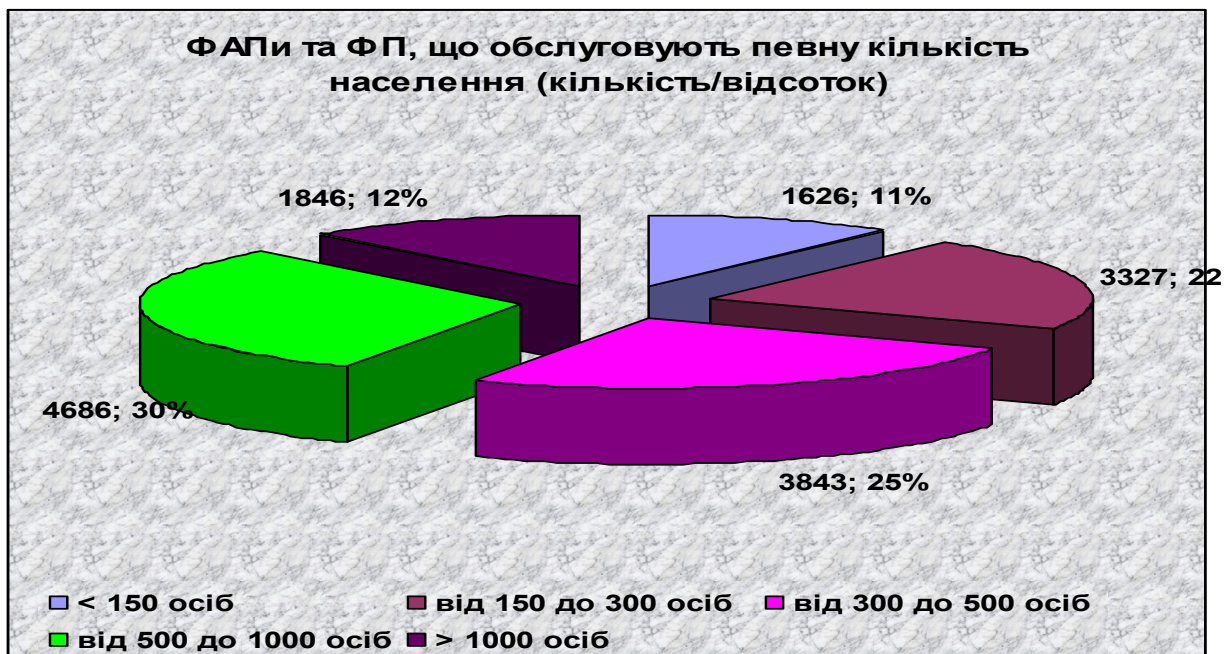
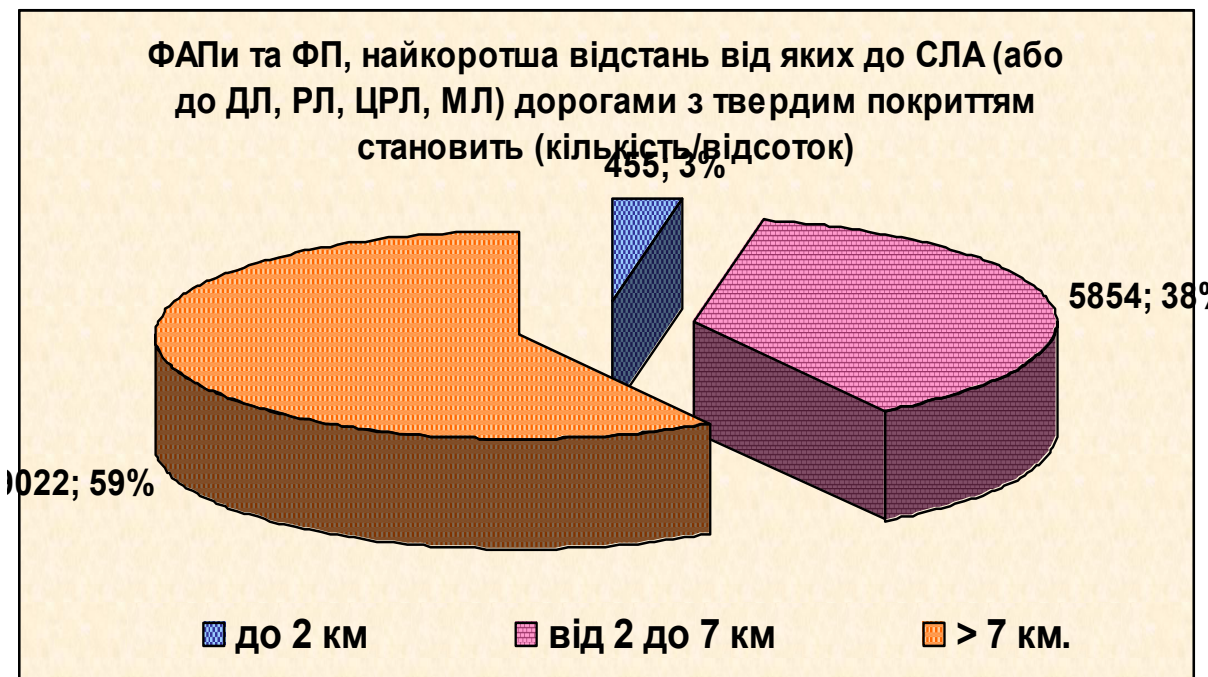


Рис. 4.4. ФАПи та ФП, що обслуговують певну кількість населення (кількість/відсоток)

Таким чином, подальше функціонування третини існуючих ФАПів та кожної десятої ДЛ потребує термінового розгляду.



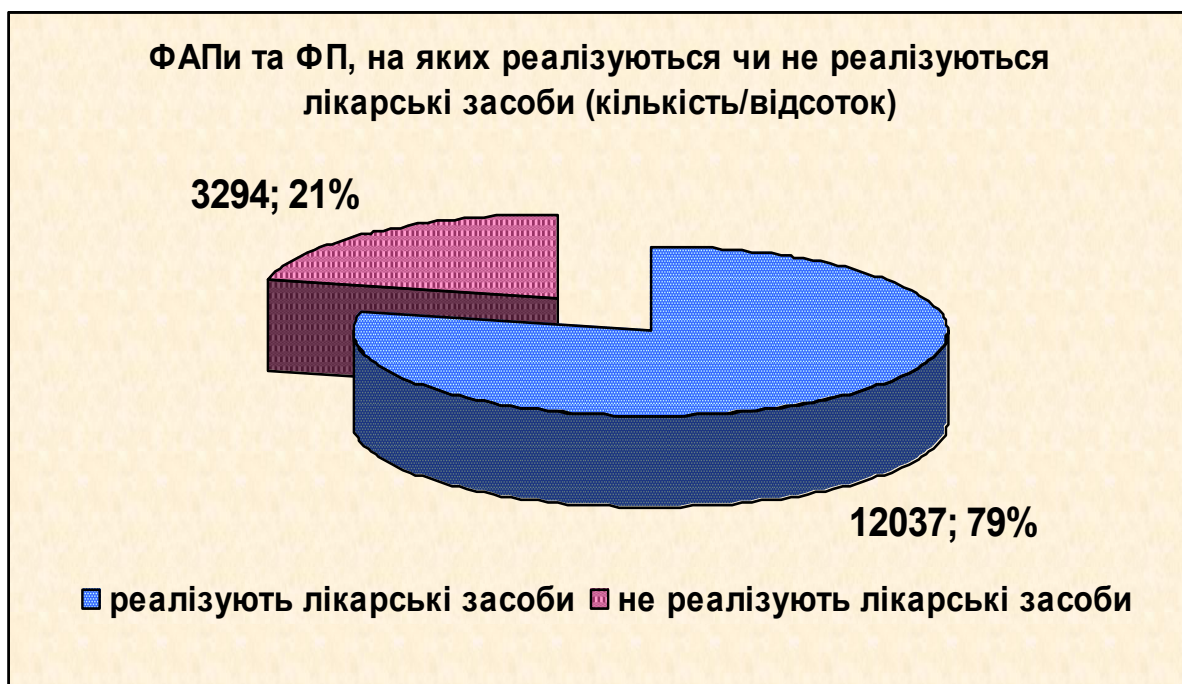


Рис. 4.5. Мережа ПМСД у сільській місцевості (ФАПи, СЛА, ДЛ, РЛ)

Понад 4000 осіб обслуговують 11% (371)СЛА; 27% таких закладів розташовані в Одеській та Рівненській областях, 25% – у Волинській, 20% – в АР Крим і 20% у Львівській області.

Щодо кількості населених пунктів, які обслуговуються ФАПами і ФП, слід зазначити наступне: 2773 (18%) ФАПів та ФП обслуговують населення більше, ніж 1-го населення пункту, а 1316 цих закладів (9%) – 3 і більше населених пунктів. Найбільше таких населених пунктів знаходиться у Сумській

– 26% (144), Харківській – 21% (111), Дніпропетровській – 18% (99), Полтавській – 16% (116), Закарпатській – 15% (116) областях. У Івано-Франківській області лише один ФАП обслуговує більше 3 трьох населених пунктів, в Тернопільській – 4 таких заклади.

Звертає на себе увагу неоптимальність мережі в сільській місцевості. Спостерігається виражена нерівномірність навантаження на заклади.

Згідно показникам інвентаризації, не відповідають нормативам за кількістю приміщень (Наказ МОЗ України від 20.06.2006 р. №404) 84% (12880) ФАПів та ФП, 53% (1599) СЛА, 29% (193) ДЛ та 4% РЛ (рис. 4.6.).

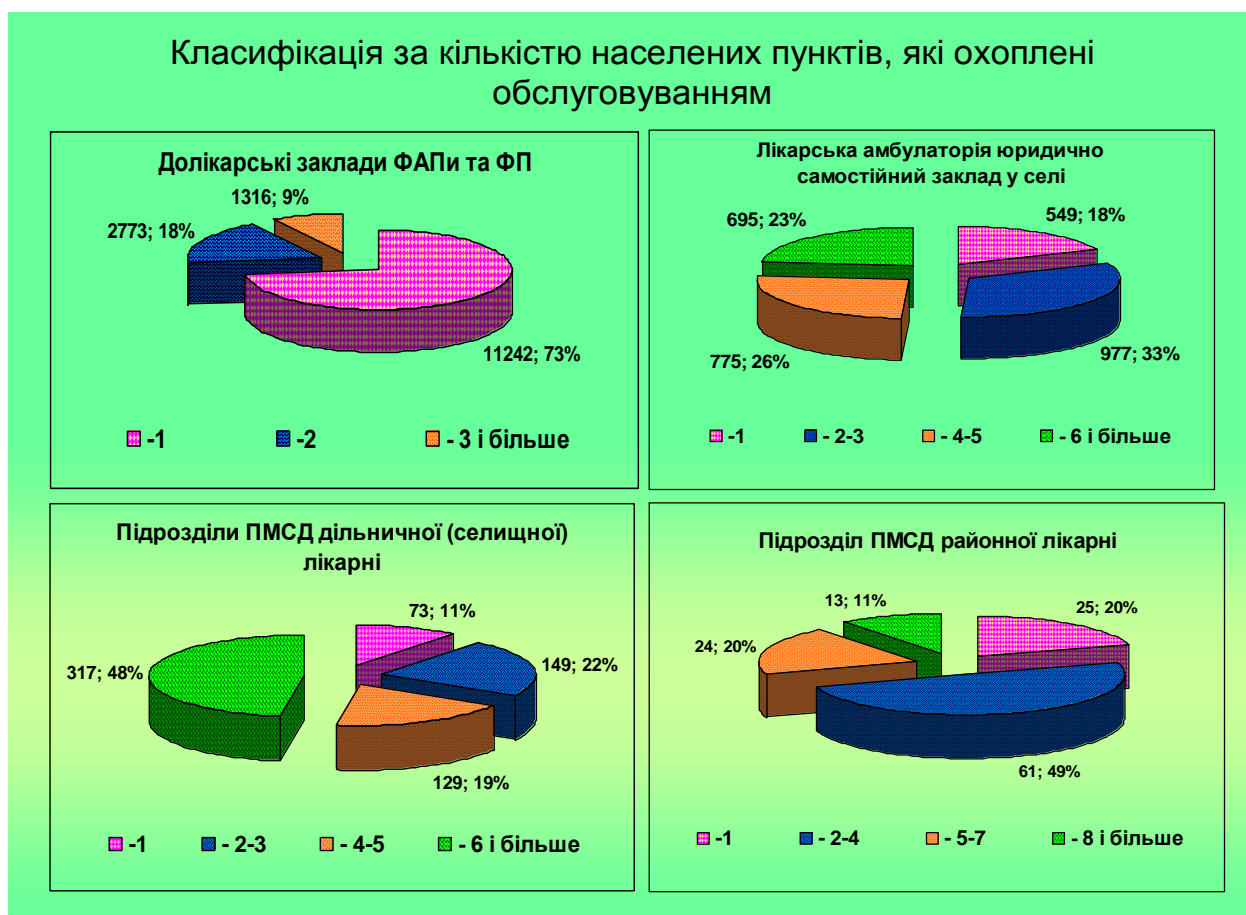


Рис. 4.6. Характеристика закладів відповідно до чисельності населених пунктів, що обслуговуються (кількість/відсоток)

Наприклад жодна СЛА у Львівській області не відповідає цим нормативам. Лише 16% (2400) ФАПів, та менше половини (48%) сільських лікарських амбулаторій і близько 70% амбулаторних підрозділів дільничних лікарень мають перелік приміщень, який відповідає нормативам. Таких СЛА в Івано-Франківській області – 90%, в Харківській – 81%, в АР Крим – 70%, а в Закарпатській області всього 18% (табл. 4.7).



Рис. 4.7. Характеристика закладів, що надають допомогу сільському населенню, за кількістю приміщень.

Проведений аналіз стану закладів та приміщень, в яких розташовано заклади ПМСД, показав, що кожен 5-й заклад, який надає первинну допомогу сільському населенню (ФАП, СЛА, амбулаторні підрозділи дільничних та районних лікарень), знаходиться в пристосованих приміщеннях, вимагає капітального ремонту або знаходиться у аварійному стані). Ці показники свідчать про слабку увагу міських громад до стану закладів, які надають ПМСД мешканцям села. 16% (2511) ФАПів (фактично шостий заклад в кожній області) мають термін експлуатації більше 50 років і лише 11% (493) – до 10 років. Кращий матеріально-технічний стан ФАПів та ФП у Житомирській – 36% таких закладів та в Херсонській – 24% областях. Більшість областей мають гірший показник. У Київській, Вінницькій, Закарпатській та Миколаївській областях налічується лише 5% таких закладів, у Полтавській – 8%, Дніпропетровській – 9%.

Мають термін експлуатації понад 50 років 23% приміщень СЛА, серед яких дві третини (2190) є амбулаторіями загальної практики – сімейної медицини. У Сумській області 40% таких закладів, у Чернігівській – 26%, Одеській – 36%, Кіровоградській – 32%.

Аналіз стану будівель також показав, що 17% будівель медичних закладів, які обслуговують мешканців села, вимагають капітального ремонту, а 2% знаходяться в аварійному стані (рис. 4.8).



Рис. 4.8. Стан будівель та споруд де розміщуються (ФАПи, СЛА, ДЛ, РЛ)

Серед них 17% ФАПів та ФП вимагають капітального ремонту. Гірша ситуація в Запорізькій області, де 33% (135) таких будівель, в Донецькій області – 29% (149), у Львівській області – 28% (228), по 27% в Чернівецькій (68 будівель) та Луганській областях (112). Краща ситуація у Миколаївській області, де 9% (42) закладів потребують капітального ремонту, по 7% в Сумській (37) та Чернігівській (50) областях та 5% таких закладів має Хмельницька область. (48).

В аварійному, тобто взагалі непридатному для роботи стані знаходяться 2% (306) долікарських закладів: 36 в Луганській (8,8%), 26 закладів в Донецькій (5%), 18 закладів (4,4%) в Запорізькій області. Кращий стан в Чернівецькій області, де в аварійному стані знаходиться один ФАП, 2 ФАПів – в Запорізькій області та по 3 ФАПів у Херсонській, Київській та Волинській областях.

Дещо краща ситуація щодо СЛА: 80% (2374) з них мають задовільний стан будівель, 19% потребують капітального ремонту і лише 1% (30) знаходяться в аварійному стані.

Щодо останніх, то їх найбільше в АР Крим – 3,9%, Черкаській – 3,1% та Чернігівській областях. Немає аварійних амбулаторій у Житомирській, Закарпатській, Львівській, Одеській, Рівненській, Херсонській, Хмельницькій та Чернівецькій областях.

Ситуація з укомплектованістю обладнанням та інструментарієм окремих медичних технологій у ПМСД наступна:

Повний комплект загальномедичного обладнання мають 10% ФАПів, 35% СЛА, підрозділів ПМСД дільничних та районних лікарень (рис 4.8.).

90% СЛА в Тернопільській, 72% в Чернівецькій, 63% у Волинській, по 52% в донецькій та Херсонській областях мають повний комплект загальномедичного обладнання. Значно гірша ситуація щодо оснащення СЛА у Львівській (7%), Луганській та Чернігівській областях – по 6% амбулаторій мають повний комплект загально-медичного обладнання.

Укомплектовані індивідуальними наборами лікаря та медсестри всього 9% ФАПів та ФП і 8% СЛА, ДЛ та РЛ, що надають медичну допомогу мешканцям села та міста (рис. 4.9, 4.10, 4.11, 4.12).

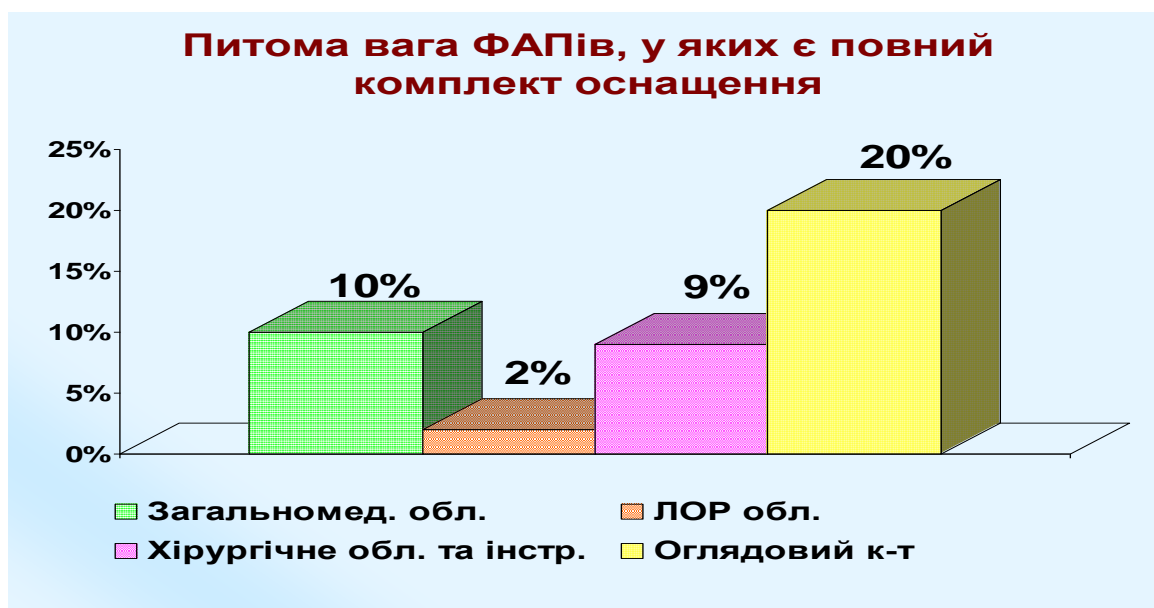


Рис. 4.9. Питома вага фельдшерсько-акушерських пунктів, які мають повний комплект оснащення

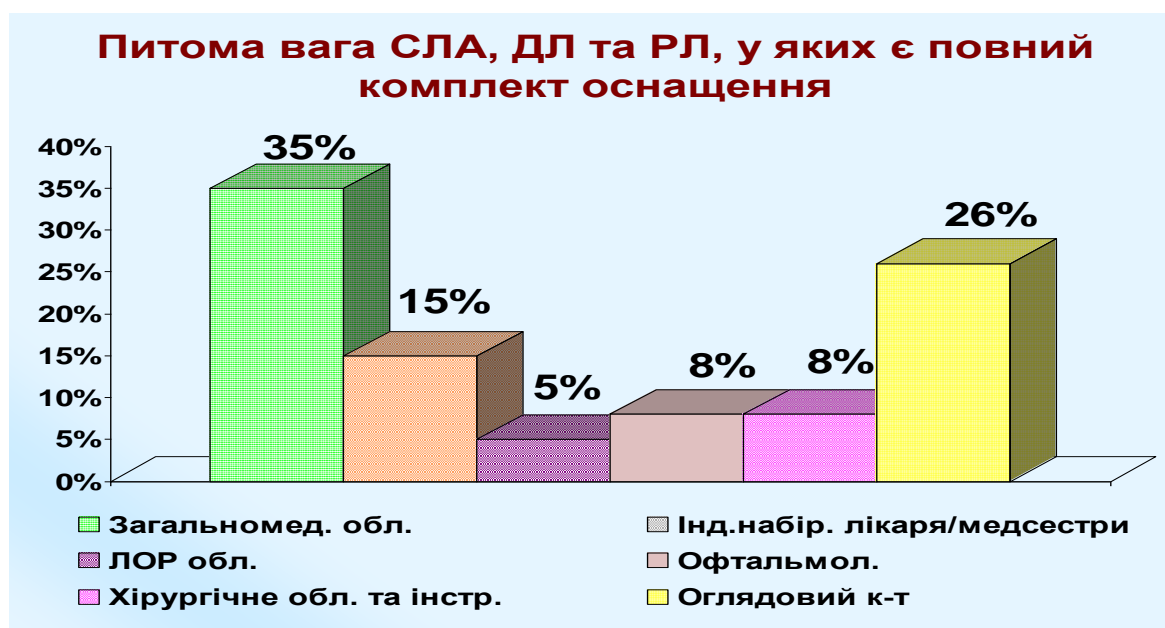


Рис. 4.10. Питома вага сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень та районних лікарень, які мають повний комплект оснащення.



Рис. 4.11. Питома вага лікарських амбулаторій у містах, які мають повне оснащення

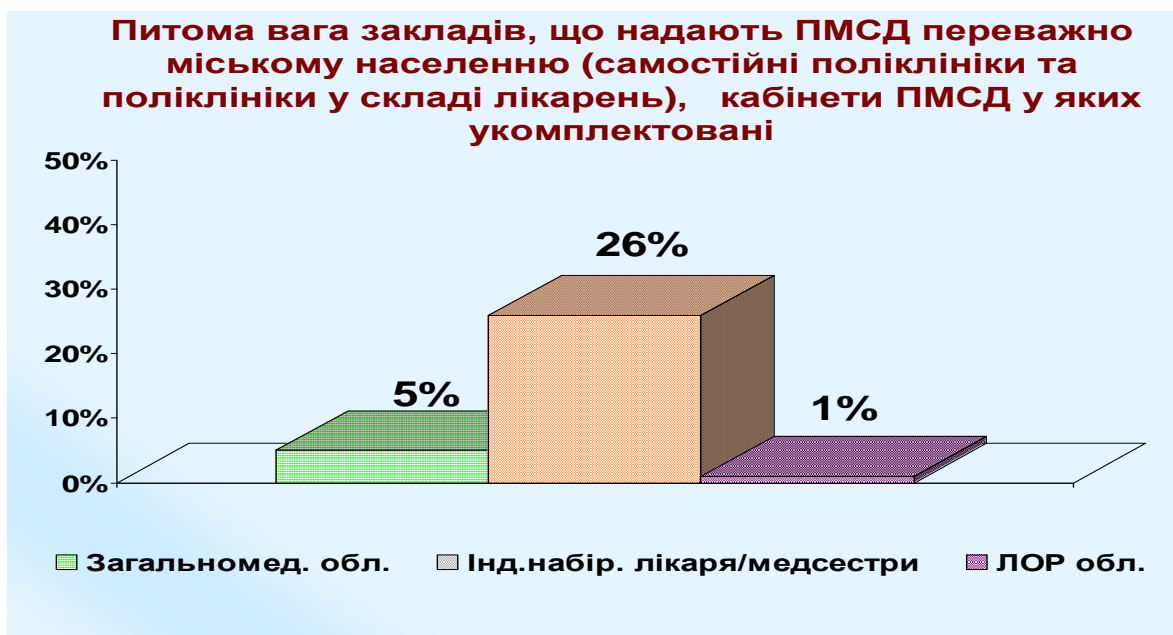


Рис. 4.12. Питома вага укомплектованості закладів, що надають ПМСД переважно у містах

Укомплектовані ЛОР обладнанням та інструментарієм лише 5% СЛА та 2% ФАПів та ФП, хірургічним, офтальмологічним та лабораторним обладнанням – 8% СЛА, акушерсько-гінекологічним обладнанням та інструментарієм – 26% СЛА та 20% ФАПів та ФП.

Переважна більшість закладів, що надають ПМСД сільському населенню не забезпечені медичним обладнанням та інструментарієм відповідно до табелів оснащення (накази МОЗ України від 10.08.08 №285-Адм «Про затвердження Табелю оснащення медичним обладнанням та виробами

медичного призначення амбулаторії загальної практики – сімейної медицини»; №286-Адм «Про затвердження Табелю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення районної лікарні»; №287-Адм «Про затвердження Табелю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення фельдшерсько-акушерського пункту»; №288-Адм «Про затвердження Табелю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення центральної районної лікарні»).

Значна частина закладів не в змозі надавати первинну допомогу у повному обсязі через недостатність приміщень і розташування у пристосованих будівлях.

Аналіз радіусу обслуговування свідчить, що 526 (79%) дільничних лікарень мають радіус обслуговування населення ПМСД більше 7 кілометрів і 68% (92) районних лікарень мають радіус обслуговування населення ПМСД більше 15 км.

Враховуючи радіус обслуговування має місце виражена нерівність у доступності первинної допомоги сільському населенню, тому необхідно створити нові сільські амбулаторії наближені до населення.

Закладів ПМСД, які надають допомогу переважно міському населенню є 4386, зокрема: центральні районні лікарні; міські лікарні; міські лікарні та поліклініки.

Близько половини (43%) закладів, які надають ПМСД міському населенню, що проживає у житлових масивах багатоповерхової забудови, мають радіус обслуговування до 2 км.(норматив – до 2 км), а кожен 5-й (19%) більше 5 км (рис. 4.13).

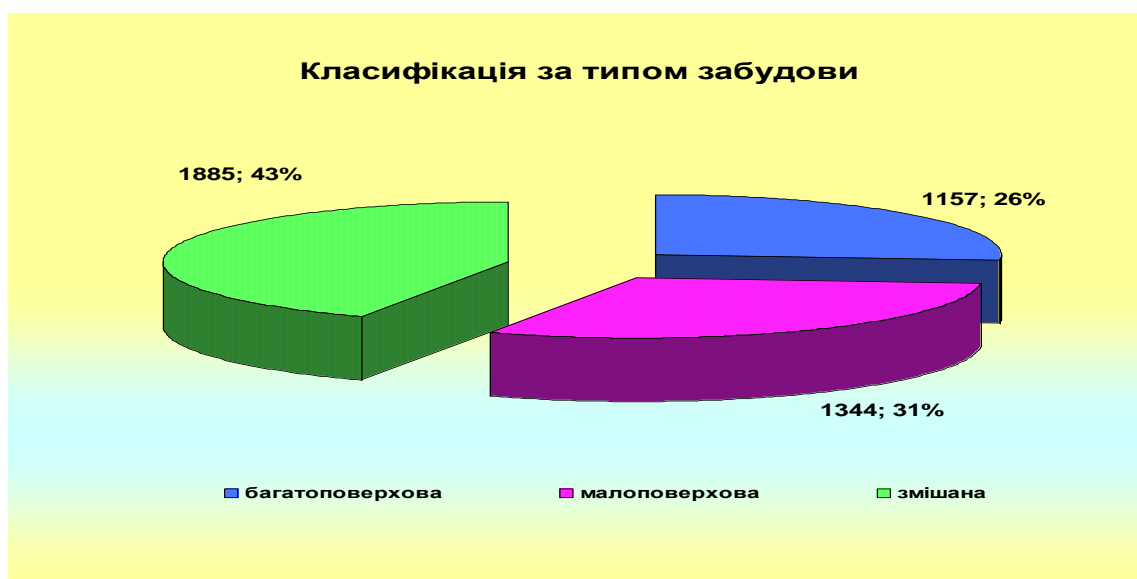


Рис. 4.13. Розташування медичних закладів у будівлях за типом забудов

Кожен 6-й з закладів, які надають ПМСД міському населенню, що проживає у житлових масивах малоповерхової забудови, має радіус обслуговування до 2 км., а близько половини (43%) більше 5 км.

Кожен 5-й з закладів які надають ПМСД міському населенню, що проживає у житлових масивах змішаної забудови, мають радіус обслуговування до 2 км., а близько половини (43%) 5 км.

Відповідно даним, які отримані – стан зв'язку в медичних закладах сільської місцевості, немає жодної області, де б всі ФАПи та ФП були телефонізовані, а в 16% (2472) долікарських закладах телефон взагалі відсутній. Таких закладів найбільше в Луганській – 47% (219), Кіровоградській – 38% (340), Одеській – 36% (373), Тернопільській – 34% (503) областях та АР Крим – 25% (40). Краща ситуація в Хмельницькій та Миколаївській областях, де не телефонізовано 1%, 2% та 3% ФАПів відповідно.

Потреба в автотранспорті закладів ПМСД становить 3988 одиниць, у тому числі:

- для сільських лікарських амбулаторій – 2868 одиниць;
- для дільничних лікарень – 361 одиниць;
- для районних лікарень – 275 одиниць.

В ряді регіонів останніми роками реалізувалися місцеві програми підтримки сільської медицини, що дозволило покращити стан забезпечення закладів охорони здоров'я у сільській місцевості автотранспортом у таких областях, як Донецька та Харківська, де рівень забезпеченості автомобілями дорівнює 89% та 70% відповідно. Взагалі відсутній спеціалізований автомобіль СЛА Херсонської області. При нормативній кількості 96 одиниць транспорту для даної області на момент інвентаризації не придбане жодне авто. Практично не вирішуються ці питання в Луганській та Тернопільській областях, де рівень забезпеченості автотранспортом СЛА дорівнює лише 6%, а у Вінницькій, Чернігівській та Хмельницькій областях – лише 9%.

Відносно велотранспорту, то у ФАПах Чернівецької та Житомирської областях велосипеди взагалі відсутні, що унеможливлює надання своєчасної долікарської медичної допомоги у тих районах населеного пункту, що віддалені від медичного закладу, або в селах, що належать до району обслуговування. У Хмельницькій (300) та Луганській (12) областях лише 3% ФАПів мають велосипеди, а в Тернопільській – 1% (11). Кращий стан у Чернігівській та Івано-Франківській областях, де 77% та 63% долікарських закладів мають даний транспортний засіб.

При аналізові щодо своєчасного отримання медикаментів пацієнтам з'ясувалось, що на 21% (294) ФАПів взагалі не реалізують лікарські засоби, що створює велику незручність для населення в плані отримання своєчасної медикаментозної допомоги. В Дніпропетровській області, наприклад, половина ФАПів (259) не мають можливості реалізації лікарських засобів. Краща ситуація в Чернігівській області та в АР Крим, де не мають пункту реалізації лікарських засобів кожний 9 і кожен 6 ФАП відповідно.

Значна частина закладів мають незадовільний матеріально-технічний стан: недостатню кількість приміщень, розташування їх у пристосованих будівлях, наявність аварійних приміщень.

Мережа закладів ПМСД незадовільно забезпечена транспортними засобами, засобами зв'язку, медичним обладнанням та інструментарієм, що створює проблему якості надання ПМСД мешканцям сіл.

Таким чином, існуюча мережа ПМСД в сільській місцевості є нераціональною і одним із факторів виразної нерівності у доступності первинної допомоги, яка пов'язана зі значним радіусом обслуговування.

Децентралізація підпорядкованості медичних закладів у сільській місцевості створює нерівні фінансові можливості для забезпечення їх належного функціонування.

5. СУЧАСНИЙ СТАН ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Первинна медико-санітарна допомога в Україні надається переважно дільничними терапевтами, педіатрами, акушерами-гінекологами, цеховими лікарями. Крім того, особливо в містах, у наданні ПМСД беруть участь спеціалісти поліклінік.

В Україні сформована цілісна система ПМСД з досить розвинутою інфраструктурою. Однак конкретно-історичні особливості розвитку ПМСД в нашій країні наклали свій відбиток і визначили ряд характеристик, які не погоджуються з сучасними концепціями ПМСД і істотно утруднюють ефективне використання цього виду медичної допомоги. Найбільш важливими з них є:

- структурна роздробленість ПМСД;
- надмірна участь у наданні первинної допомоги лікарів-спеціалістів;
- відсутність дійових механізмів відповідальності (економічної, моральної, правової) за долю пацієнта, стан його здоров'я.

ПМСД як і амбулаторно-поліклінічна допомога в цілому, забезпечується багатоланковою структурою, до якої входять територіальні дорослі та дитячі поліклініки, жіночі консультації, а також поліклінічні відділення медико-санітарних частин і диспансерів [1].

Всі ці заклади функціонують практично незалежно один від одного. Механізм їх взаємодії не відпрацьований, що призводить до паралельного обслуговування одних і тих же груп населення різними медичними закладами, порушення найважливіших принципів медичного обслуговування безперервності і комплексності лікувального процесу [2,3].

У системі медичної допомоги, що сформувалася у нашій країні під впливом некерованого процесу спеціалізації (особливо в містах), структура медичних послуг грубо деформована [4,5].

Досвід діяльності в Україні перших осередків загальної практики – сімейної медицини показав, що перехід до широкомасштабного її запровадження у вітчизняну практику в сучасних соціально-економічних умовах є досить тривалим та складним процесом, потребує не тільки еволюції і перебудови інфраструктури галузі та правового забезпечення, але й відповідного наукового супроводу.

Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), спрямований на удосконалення організації медичної допомоги

населенню, підвищення її доступності та якості є одним з основних орієнтирів державної політики України у сфері охорони здоров'я.

Заходи щодо підвищення доступності та якості ПМСД здійснюються в країні в рамках реалізації Концепції реформування системи охорони здоров'я населення України (2001) й інших стратегічних законодавчих документів з охорони здоров'я. Системне реформування ПМСД на засадах сімейної медицини було започатковано затвердженням у 2000 р. постановою Кабінету Міністрів України №989 Комплексних заходів щодо впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я. Крім того, розвиток інституту сімейного лікаря визначено одним із пріоритетів програми діяльності Уряду «Назустріч людям» (2005 р.), «Концептуальних засадах стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки», Указі Президента України від 06.12.2005 р. №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», програмі Уряду від 16.01.2008 р. №14 «Український прорив: для людей, а не політиків», які спрямовані на реалізацію високоякісної і доступної медичної допомоги.

Для виконання програми Уряду «Український прорив» і указів Президента України слід:

- провести структурну реорганізацію системи медичного забезпечення з першочерговим розвитком первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної (сімейної) лікарської практики;
- удосконалити систему профілактичного медичного огляду на засадах цільової диспансеризації населення;
- продовжити розвиток сільської медицини шляхом запровадження програми «Сільський лікар», яка передбачатиме створення/відновлення сільських лікарських амбулаторій (СЛА) і фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів) та їх оснащення медичною технікою;
- забезпечити у повному обсязі заклади охорони здоров'я в сільській місцевості відповідними автотранспортними засобами;
- створити нормативно-правову базу з питань діяльності інституту сімейного лікаря, забезпечивши протягом п'яти років обслуговування кожної родини сімейним лікарем;
- ліквідувати перешкоди у розвитку конкуренції між постачальниками послуг з охорони здоров'я незалежно від форми власності, а також запровадити принцип контрактних відносин між замовником послуг (державою) та їх постачальниками (зкладами охорони здоров'я різних форм власності);

– розробити Концепцію управління якістю медичної допомоги, що надається населенню, на 2008–2012 рр.;

– відновити роботи Українського центру здоров'я з формування мережі регіональних центрів боротьби з туберкульозом, забезпечення належного функціонування системи санаторно-реабілітаційних закладів з використанням природних властивостей Криму, карпатських лісів, інших регіонів України;

В Україні розроблено нормативно-правову базу сімейної медицини, створено Науково-методичний центр сімейної медицини МОЗ України та Український тренінговий центр сімейної медицини з підготовки викладачів для навчально-практичних центрів загальної (сімейної) лікарської практики, удосконалено і наближено до освітніх стандартів Європейського союзу систему переддипломної та післядипломної підготовки фахівців з сімейної медицини, розгорнуто мережу закладів (підрозділів) сімейної медицини у містах та сільській місцевості, здійснено заходи щодо їх кадрового, фінансового, матеріально-технічного та інформаційного забезпечення.

Реформування і удосконалення системи медичної допомоги неможливе без реструктуризації спеціалізованої медичної допомоги, обґрунтування передачі частини функцій лікарів «вузьких» спеціальностей лікарям сімейної практики. Це дасть змогу вирішити питання щодо упорядкування штатних нормативів, а також мережі, структури і функцій медичних закладів.

Але на жаль в Україні ще повільно проводиться реорганізація і удосконалення ПМСД на засадах сімейної медицини, реструктуризація і раціоналізація спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, упорядкування мережі.

За останні п'ять років (2003–2007 рр.) збільшилась кількість амбулаторно-поліклінічних закладів з 6583 у 2003 р. до 6842 у 2007 р., тобто на 259 закладів, що становить 3,8% на 404212 ліжок (табл. 5.1).

Для оцінки процесів реорганізації та розвитку ПМСД у нашому дослідженні ми керувалися методикою визначення рангового місця кожної області за основними показниками моніторингу, який проводиться у відповідності до наказу МОЗ України №244 від 25.06.2001 р. «Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини».

Кількість закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ

Адміністративна територія	Рік			Динаміка 2006 / 2008 (абс.)	Динаміка 2006 / 2008 (%)
	2006	2007	2008		
АР Крим	133	160	174	41	30,8
Вінницька	229	246	216	-13	-5,7
Волинська	94	84	97	3	3,2
Дніпропетровська	103	140	166	63	61,2
Донецька	132	166	186	54	40,9
Житомирська	196	219	232	36	18,4
Закарпатська	268	267	275	7	2,6
Запорізька	80	89	100	20	25,0
Івано-Франківська	118	124	132	14	11,9
Київська	178	204	219	41	23,0
Кіровоградська	110	111	111	1	0,9
Луганська	67	81	95	28	41,8
Львівська	162	194	230	68	42,0
Миколаївська	111	123	130	19	17,1
Одеська	147	154	163	16	10,9
Полтавська	189	224	236	47	24,9
Рівненська	77	87	104	27	35,1
Сумська	122	129	137	15	12,3
Тернопільська	174	188	189	15	8,6
Харківська	336	328	328	-8	-2,4
Херсонська	79	92	102	23	29,1
Хмельницька	145	153	162	17	11,7
Черкаська	90	110	133	43	47,8
Чернівецька	109	136	155	46	42,2
Чернігівська	118	127	128	10	8,5
м. Київ	20	22	22	2	10,0
м. Севастополь	7	8	6	-1	-14,3
Всього по Україні	3594	3966	4228	634	17,6

З цією метою було проаналізовано 324 форми (наказ МОЗ України №1 від 08.01.2004 р. «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації») оперативної інформації з регіонів України за 2006–2008 рр. щодо розвитку мережі, кадрового та ресурсного забезпечення і діяльності закладів (підрозділів) ПМСД, що працюють на засадах ЗП/СМ.

Протягом 2006–2008 рр. в Україні на 800 (14,1%) скоротилась кількість закладів ПМСД типу ФАП з населенням більше 1000 чол., СЛА, ДЛ, поліклініка РЛ, поліклініка ЦРЛ, і т.п. у яких ще досі не впроваджена сімейна

медицина. Найвищими показники скорочення вищезгаданих закладів є у Херсонській – 70,9%, Чернівецькій – 26,9%, Донецькій – 26,4%, Житомирській – 19,3% та Рівненській – 17,1% областях, проте варто відмітити збільшення їх кількості у Одеській – 0,5%, Харківській – 0,9% та Чернігівській – 58,0% областях.

На сьогоднішній день на території України функціонує 4228 закладів та підрозділів загальної практики – сімейної медицини.

Станом на 01.01.2009 р. кількість існуючих закладів ПМСД на ЗП/СМ становить 4228, 3625 – у сільській місцевості та 603 у містах. Протягом звітного періоду їх кількість загалом зросла на 634 (17,6%). Найбільш активний ріст відмічається у Дніпропетровській – 63 заклади (61,2%), Черкаській – 43 (47,8%), Чернівецькій – 46 (42,2%), Львівській – 68 (42,0%) та Луганській – 28 (41,8%) областях, повільніший – у Волинській – 3 заклади ПМСД на засадах ЗП/СМ (3,2%), Закарпатській – 7 (2,6%) та Кіровоградській – 1 (0,9%), а у Харківській і Вінницькій областях та м. Севастополь відбулося зменшення кількості відповідних закладів на 8 (2,4%); 13 (5,7%) та 1 (14,3%) відповідно (табл. 5.1).

Загалом за три роки в Україні створено 1463 нових заклади ПМСД на засадах ЗП/СМ. Лідерами у цій сфері є Львівська – 144, Київська – 139, Дніпропетровська – 106, Донецька – 89 та Полтавська область – 89 новостворених закладів; найменше створювались заклади у Харківській – 4 та Кіровоградській – 1 областях та м. Київ – 4.

Переважна більшість закладів (підрозділів) сімейної медицини (85%) розташована у сільській місцевості.

На базі існуючих закладів ПМСД функціонує 9438 дільниць, з яких 1982 (26,6%) створено протягом 2006–2008 р., на базі яких розгорнуто 24009 ліжок денного стаціонару (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Кількість ліжок денного стаціонару у закладах ПМСД на засадах ЗП/СМ

Адміністративна територія	Рік			Динаміка 2006 / 2008 (абс.)	Динаміка 2006 / 2008 (%)
	2006	2007	2008		
АР Крим	488	542	750	262	53,7
Вінницька	1774	2210	2472	698	39,3
Волинська	503	477	510	7	1,4
Дніпропетровська	289	437	565	276	95,5
Донецька	724	894	1184	460	63,5
Житомирська	1568	1676	1779	211	13,5
Закарпатська	1189	1163	1298	109	9,2
Запорізька	427	439	451	24	5,6

Продовження таблиці 5.2

Адміністративна територія	Рік			Динаміка 2006 / 2008 (абс.)	Динаміка 2006 / 2008 (%)
	2006	2007	2008		
Івано-Франківська	427	457	505	78	18,3
Київська	928	1237	1391	463	49,9
Кіровоградська	859	905	901	42	4,9
Луганська	213	290	441	228	107,0
Львівська	528	376	598	70	13,3
Миколаївська	534	562	661	127	23,8
Одеська	860	923	969	109	12,7
Полтавська	718	859	1023	305	42,5
Рівненська	571	618	707	136	23,8
Сумська	410	453	495	85	20,7
Тернопільська	727	858	860	133	18,3
Харківська	3050	3068	2963	-87	-2,9
Херсонська	312	405	463	151	48,4
Хмельницька	697	815	861	164	23,5
Черкаська	261	446	497	236	90,4
Чернівецька	394	542	607	213	54,1
Чернігівська	616	772	761	145	23,5
м. Київ	225	179	218	-7	-3,1
м. Севастополь	50	72	79	29	58,0
Всього по Україні	19342	21675	24009	4667	24,1

Починаючи з 2003 р. триває подальше зростання мережі та покращення кадрового забезпечення закладів та підрозділів загальної практики – сімейної медицини.

За чисельністю працюючих лікарів ЗП/СЛ

Кількість штатних посад лікарів ЗП/СМ становить 9930, із них в сільській місцевості – 6586,25, у містах – 3343,75. Середнє навантаження на 1 лікаря ЗП/СМ становить 1665,66 чол. прикріпленого населення, але регіональні розбіжності залишаються все ще надто великими: від 2328,31 у Кіровоградській до 1437,46 в Івано-Франківській областях.

ПМСД сільському населенню безпосередньо надають лікарі, що працюють у сільських лікарських амбулаторіях і дільничних лікарнях, які розташовані в сільській місцевості. Частина сільського населення, що мешкає на дільницях, приписаних до районних лікарень, одержує там первинну допомогу.

Кількість фізичних осіб лікарів ЗП/СМ становить 8061 проти 6263 у 2006 р., із них у сільській місцевості 5103, у містах 2958 (табл. 5.3, 5.4).

Таблиця 5.3

Забезпеченість сімейними лікарями закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ

Адміністративна територія	Кількість штатних посад лікарів ЗП/СМ					Кількість фізичних осіб лікарів ЗП/СМ				
	рік			динаміка 2006 / 2008 (абс.)	динаміка 2006 / 2008 (%)	рік			динаміка 2006/2008 (абс.)	динаміка 2006/2008 (%)
	2006	2007	2008			2006	2007	2008		
АР Крим	267,25	394,25	427	159,75	59,8	234	330	340	106	45,3
Вінницька	384,25	490,25	557	172,75	45,0	315	409	448	133	42,2
Волинська	227	248,25	281,75	54,75	24,1	166	186	211	45	27,1
Дніпропетровська	155,25	229	281,5	126,25	81,3	121	184	223	102	84,3
Донецька	284,75	395,25	478,25	193,5	68,0	217	289	338	121	55,8
Житомирська	453,5	524,75	570,75	117,25	25,9	359	429	465	106	29,5
Закарпатська	514	543,5	599,75	85,75	16,7	435	467	529	94	21,6
Запорізька	161	195,75	211,25	50,25	31,2	121	152	163	42	34,7
Івано-Франківська	326,75	346,75	355	28,25	8,6	231	239	254	23	10,0
Київська	184,75	251,5	328,75	144	77,9	149	227	303	154	103,4
Кіровоградська	207,25	217,5	168,75	-38,5	-18,6	143	148	117	-26	-18,2
Луганська	120,5	167	199,5	79	65,6	100	136	155	55	55,0
Львівська	438,5	531,5	626	187,5	42,8	414	515	592	178	43,0
Миколаївська	245,5	256,25	296,25	50,75	20,7	196	208	227	31	15,8
Одеська	325	357	375,5	50,5	15,5	250	279	288	38	15,2
Полтавська	480,75	538	597,25	116,5	24,2	427	469	505	78	18,3
Рівненська	140,75	175	197,25	56,5	40,1	117	141	165	48	41,0
Сумська	241	260,25	285	44	18,3	199	209	240	41	20,6
Тернопільська	435,75	468,25	480,25	44,5	10,2	339	387	396	57	16,8
Харківська	982,25	982,75	982	-0,25	0,0	767	753	744	-23	-3,0
Херсонська	137	178,75	189,75	52,75	38,5	117	131	150	33	28,2
Хмельницька	257,5	286	341	83,5	32,4	217	249	306	89	41,0
Черкаська	198,5	301,25	346	147,5	74,3	159	238	266	107	67,3
Чернівецька	203,25	263,5	294,25	91	44,8	165	225	242	77	46,7
Чернігівська	210,25	271,5	286	75,75	36,0	194	237	243	49	25,3
м. Київ	93,75	95	96,5	2,75	2,9	69	78	83	14	20,3
м. Севастополь	53,25	68,5	77,75	24,5	46,0	42	54	68	26	61,9
Всього по Україні	7729,25	9037,25	9930	2200,75	28,5	6263	7369	8061	1798	28,7

Таблиця 5.4

Забезпеченість населення сімейними лікарями

Адміністративна територія	Штатні посади		Фізичні особи		Укомплектованість (%)
	абс.	на 10 тис. населення	абс.	на 10 тис. населення	
АР Крим	427	2,17	340	1,73	79,63
Вінницька	557	3,34	448	2,69	80,43
Волинська	281,75	2,72	211	2,04	74,89
Дніпропетровська	281,5	0,83	223	0,66	79,22
Донецька	478,25	1,06	338	0,75	70,67
Житомирська	570,75	4,39	465	3,58	81,47
Закарпатська	599,75	4,83	529	4,26	88,20
Запорізька	211,25	1,16	163	0,89	77,16
Івано-Франківська	355	2,57	254	1,84	71,55
Київська	328,75	1,90	303	1,75	92,17
Кіровоградська	168,75	1,63	117	1,13	69,33
Луганська	199,5	0,85	155	0,66	77,69
Львівська	626	2,45	592	2,32	94,57
Миколаївська	296,25	2,47	227	1,89	76,62
Одеська	375,5	1,57	288	1,20	76,70
Полтавська	597,25	3,93	505	3,33	84,55
Рівненська	197,25	1,71	165	1,43	83,65
Сумська	285	2,39	240	2,02	84,21
Тернопільська	480,25	4,38	396	3,61	82,46
Харківська	982	3,52	744	2,67	75,76
Херсонська	189,75	1,72	150	1,36	79,05
Хмельницька	341	2,53	306	2,27	89,74
Черкаська	346	2,64	266	2,03	76,88
Чернівецька	294,25	3,25	242	2,68	82,24
Чернігівська	286	2,53	243	2,15	84,97
м. Київ	96,5	0,35	83	0,30	86,01
м. Севастополь	77,75	2,05	68	1,79	87,46
Всього по Україні	9930	2,15	8061	1,74	81,18

Кількість штатних посад медсестер ЗП/СМ становить 12730,5, із них в сільській місцевості 8669,25, в містах – 4061,25, кількість фізичних осіб медичних сестер ЗП/СМ становить 11678, із них у сільській місцевості – 8097, у містах – 3581 (табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Забезпеченість сімейними сестрами медичними закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ

Адміністративна територія	Кількість штатних посад сестер медичних ЗП/СМ					Кількість фізичних осіб сестер медичних ЗП/СМ				
	рік			динаміка 2006 / 2008 (абс.)	динаміка 2006 / 2008 (%)	рік			динаміка 2006/2008 (абс.)	динаміка 2006/2008 (%)
	2006	2007	2008			2006	2007	2008		
АР Крим	286,5	388,5	461,25	175	61,0	254	347	408	154	60,6
Вінницька	473,5	789,25	756	283	59,7	502	669	774	272	54,2
Волинська	221,5	234	271,75	50	22,7	224	241	274	50	22,3
Дніпропетровська	180,75	273,5	326,5	146	80,6	162	233	271	109	67,3
Донецька	441,75	602,75	680	238	53,9	374	504	576	202	54,0
Житомирська	480	578,25	639,75	160	33,3	473	554	619	146	30,9
Закарпатська	664	726,5	830,25	166	25,0	716	772	863	147	20,5
Запорізька	264,75	309,5	323,25	59	22,1	241	291	299	58	24,1
Івано-Франківська	429	455,75	476,75	48	11,1	430	487	479	49	11,4
Київська	180	390,5	372,5	193	106,9	139	290	296	157	112,9
Кіровоградська	254	260	224,5	-30	-11,6	228	228	197	-31	-13,6
Луганська	196,5	256,5	303,75	107	54,6	170	238	262	92	54,1
Львівська	563	641,75	731,5	169	29,9	505	597	697	192	38,0
Миколаївська	449,75	481,75	547	97	21,6	399	434	479	80	20,1
Одеська	443	533,25	547,5	105	23,6	379	449	456	77	20,3
Полтавська	566,75	587,25	699,75	133	23,5	511	550	629	118	23,1
Рівненська	219,5	226	244,75	25	11,5	212	222	225	13	6,1
Сумська	320,25	355,25	391,25	71	22,2	300	341	366	66	22,0
Тернопільська	465,5	497	538	73	15,6	450	495	431	-19	-4,2
Харківська	1683,75	1682,5	1698,5	15	0,9	1570	1566	1585	15	1,0
Херсонська	99	169,75	192,5	94	94,4	96	151	178	82	85,4
Хмельницька	247,25	285	331,75	85	34,2	247	289	338	91	36,8
Черкаська	203,75	275	330,75	127	62,3	160	220	269	109	68,1
Чернівецька	296,25	420	424,5	128	43,3	213	323	365	152	71,4
Чернігівська	209,25	219,75	236,5	27	13,0	190	212	236	46	24,2
м. Київ	102,5	97	97,5	-5	-4,9	68	64	68	0	0,0
м. Севастополь	48,75	40,5	52,5	4	7,7	37	33	38	1	2,7
Всього по Україні	9990,5	11776,8	12730,5	2740	27,4	9250	10800	11678	2428	26,2

Кількість лікарів ЗП/СМ у 2008 р., що мають вищу категорію становить 1183 (проти 627 у 2006 р.) осіб, I категорію мають 2337 (1776) осіб, II категорію – 1219 (1069) особи та 3322 (2388) лікарі не мають відповідного стажу для проходження атестації можна пояснити тим, що за рахунок випускників вищих медичних навчальних закладів (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Рівень кваліфікації лікарів ЗП/СМ

Адміністративна територія	Всього лікарів ЗПСМ	Вища кваліфікацій на категорія		Перша кваліфікаційна категорія		Друга кваліфікаційна категорія		Без кваліфікаційної категорії	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АР Крим	340	2	0,59	65	19,12	83	24,41	190	55,88
Вінницька	448	109	24,33	186	41,52	98	21,88	55	12,28
Волинська	211	29	13,74	100	47,39	32	15,17	50	23,70
Дніпропетровська	223	12	5,38	60	26,91	27	12,11	124	55,61
Донецька	338	27	7,99	52	15,38	34	10,06	225	66,57
Житомирська	465	75	16,13	159	34,19	131	28,17	100	21,51
Закарпатська	529	129	24,39	110	20,79	83	15,69	207	39,13
Запорізька	163	6	3,68	54	33,13	25	15,34	78	47,85
Івано-Франківська	254	29	11,42	68	26,77	41	16,14	116	45,67
Київська	303	13	4,29	36	11,88	35	11,55	219	72,28
Кіровоградська	117	2	1,71	55	47,01	26	22,22	34	29,06
Луганська	155	7	4,52	50	32,26	42	27,10	56	36,13
Львівська	592	166	28,04	133	22,47	23	3,89	270	45,61
Миколаївська	227	46	20,26	105	46,26	20	8,81	56	24,67
Одеська	288	86	29,86	83	28,82	35	12,15	84	29,17
Полтавська	505	31	6,14	150	29,70	69	13,66	255	50,50
Рівненська	165	46	27,88	57	34,55	26	15,76	36	21,82
Сумська	240	15	6,25	43	17,92	37	15,42	145	60,42
Тернопільська	396	60	15,15	166	41,92	84	21,21	86	21,72
Харківська	744	240	32,26	301	40,46	64	8,60	139	18,68
Херсонська	150	8	5,33	47	31,33	10	6,67	85	56,67
Хмельницька	306	5	1,63	92	30,07	77	25,16	132	43,14
Черкаська	266	6	2,26	42	15,79	24	9,02	194	72,93
Чернівецька	242	15	6,20	17	7,02	17	7,02	193	79,75
Чернігівська	243	12	4,94	73	30,04	44	18,11	114	46,91
м. Київ	83	6	7,23	14	16,87	19	22,89	44	53,01
м. Севастополь	68	1	1,47	19	27,94	13	19,12	35	51,47
Всього по Україні	8061	1183	14,68	2337	28,99	1219	15,12	3322	41,21

Варто відмітити поповнення штатів сімейних лікарів за рахунок перекваліфікації з інших спеціальностей – 1171 у 2006 р., 1057 у 2007 р. та 931 лікар у 2008 р. За рахунок випускників вищих медичних навчальних закладів укомплектовано 247 штатних посад сімейних лікарів.

Для ефективної роботи сімейних лікарів досить важливим є наявність необхідної кількості помічників – молодшого та середнього медичного персоналу, встановлено єдиний норматив вищезгаданого співвідношення – 1:2, але на сьогоднішній день середній показник по Україні все ще залишається не надто високим – 1:1,3 (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Співвідношення штатних посад медичних сестер ЗП/СМ до лікарів ЗП/СМ

Адміністративна територія	Штатні посади лікарів ЗП/СМ (абс.)	Штатні посади медсестер (абс.)	Співвідношення медичних сестер ЗП/СМ до лікарів ЗП/СМ (норматив 1:2)
АР Крим	427	461,25	1 : 1,08
Вінницька	557	756	1 : 1,36
Волинська	281,75	271,75	1 : 0,96
Дніпропетровська	281,5	326,5	1 : 1,16
Донецька	478,25	680	1 : 1,42
Житомирська	570,75	639,75	1 : 1,12
Закарпатська	599,75	830,25	1 : 1,38
Запорізька	211,25	323,25	1 : 1,53
Івано-Франківська	355	476,75	1 : 1,34
Київська	328,75	372,5	1 : 1,13
Кіровоградська	168,75	224,5	1 : 1,33
Луганська	199,5	303,75	1 : 1,52
Львівська	626	731,5	1 : 1,17
Миколаївська	296,25	547	1 : 1,85
Одеська	375,5	547,5	1 : 1,46
Полтавська	597,25	699,75	1 : 1,17
Рівненська	197,25	244,75	1 : 1,24
Сумська	285	391,25	1 : 1,37
Тернопільська	480,25	538	1 : 1,12
Харківська	982	1698,5	1 : 1,73
Херсонська	189,75	192,5	1 : 1,01
Хмельницька	341	331,75	1 : 0,97
Черкаська	346	330,75	1 : 0,96
Чернівецька	294,25	424,5	1 : 1,44
Чернігівська	286	236,5	1 : 0,83
м. Київ	96,5	97,5	1 : 1,01
м. Севастополь	77,75	52,5	1 : 0,68
Всього по Україні	9930	12730,5	1 : 1,28

Подальшого підвищення набула забезпеченість закладів ЗП/СМ у 2008 р. медичними та немедичними засобами: санітарним транспортом – 2930 автомобілів (у 2006 р. – 2469; у 2007 р. – 2796); електрокардіографами – 3985 (у

2006 р. – 3067; у 2007 р. – 3799); дефібриляторами – 204 (у 2006 р. – 172; у 2007 р. – 198); спеціальним інструментарієм – 3604 (у 2006 р. – 2532; у 2007 р. – 3460); персональними комп'ютерами – 1100 (у 2006 р. – 586; у 2007 р. – 826), телефонами – 4286 (у 2006 р. – 3570; у 2007 р. – 4059) та холодильниками – 4548 (у 2006 р. – 3663; у 2007 р. – 4248) (рис. 5.1–5.4).

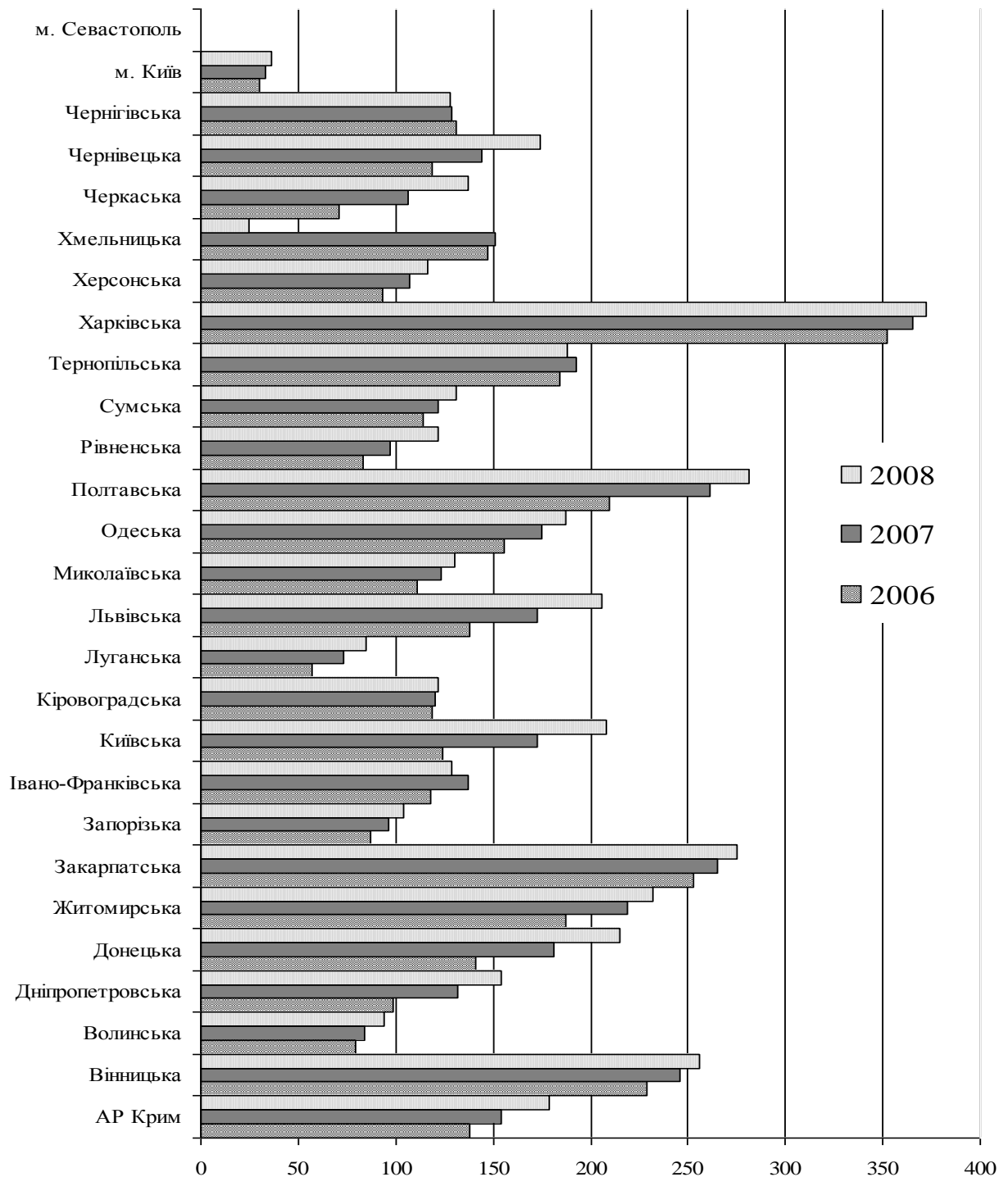


Рис. 5.1. Забезпеченість закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ телефонами у 2006–2008 рр.

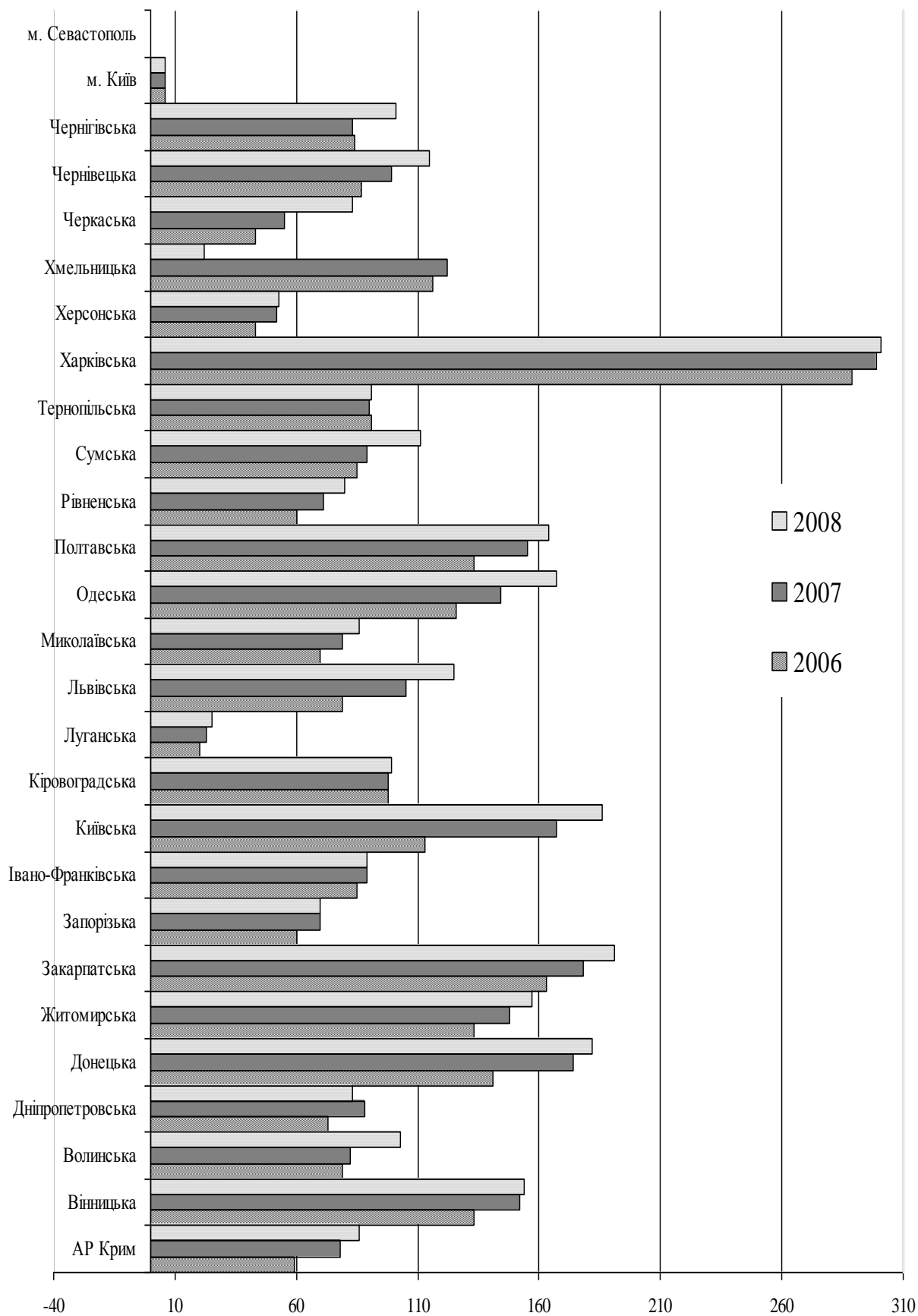


Рис. 5.2. Забезпеченість закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ автомобілями у 2006–2008 рр.

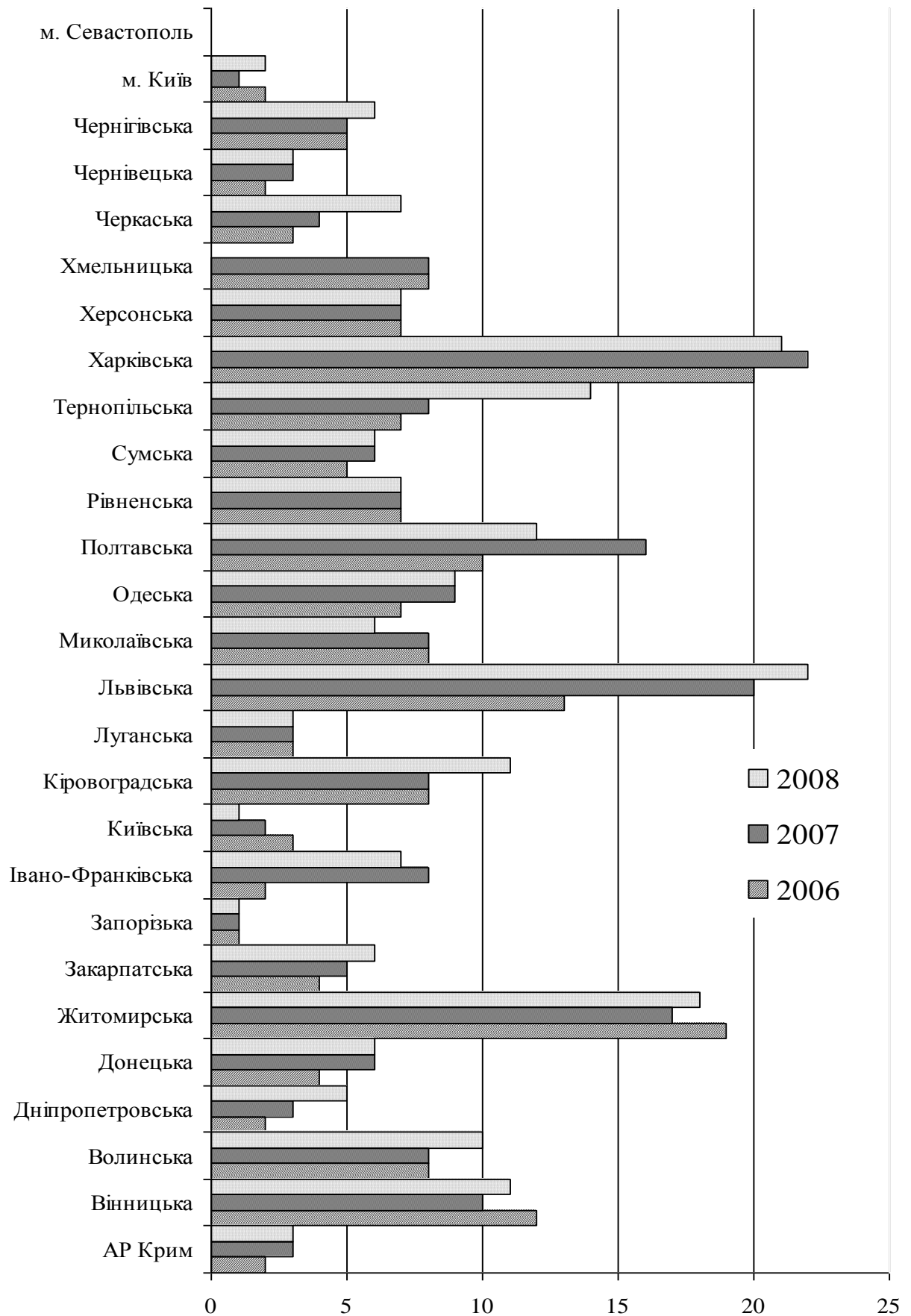


Рис. 5.3. Забезпеченість закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ дефібриляторами у 2006–2008 рр.

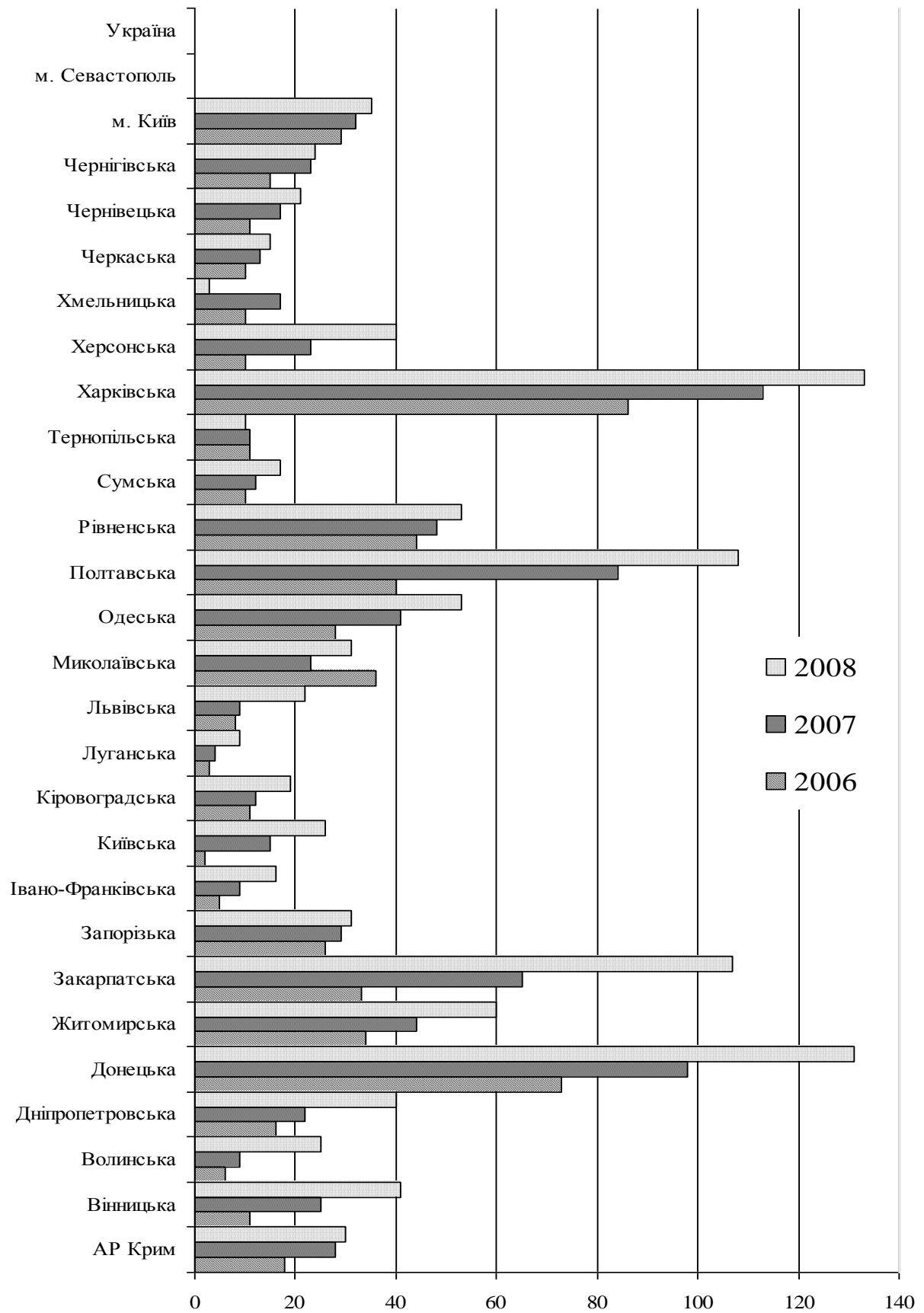


Рис. 5.4. Забезпеченість закладів ПМСД на засадах ЗП/СМ персональними комп'ютерами у 2006–2008 рр.

Первинна медична допомога з кожним роком охоплює все більшу кількість населення, приміром станом на 31 грудня 2008 р. він становив 35,76% в цілому по Україні, від 77,82% у Закарпатській області до 6,05% у м. Києві. Загалом, на сьогоднішній день, сімейними лікарями обслуговується 16 540 012 чоловік (11 179 158 – у сільській місцевості та 5 360 854 у містах) проти 13 679 907 у 2006 р. (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

Кількість відвідувань до сімейного лікаря (всього)

Адміністративна територія	Рік			Динаміка 2006 / 2008 (абс.)	Динаміка 2006 / 2008 (%)
	2006	2007	2008		
АР Крим	1283336	1664913	1845876	562540	43,83
Вінницька	1992866	2113842	2798692	805826	40,44
Волинська	1231963	1386432	1536725	304762	24,74
Дніпропетровська	577498	829777	1244014	666516	115,41
Донецька	1338885	1664718	2008518	669633	50,01
Житомирська	2227802	2576007	2952515	724713	32,53
Закарпатська	1971642	2282450	2350937	379295	19,24
Запорізька	660489	812572	946968	286479	43,37
Івано-Франківська	1236445	1312285	1288497	52052	4,21
Київська	333103	981140	1070193	737090	221,28
Кіровоградська	842048	876306	961263	119215	14,16
Луганська	463572	640801	834848	371276	80,09
Львівська	2578748	2908879	3382991	804243	31,19
Миколаївська	1371187	1506748	1626535	255348	18,62
Одеська	1212484	1367982	1415667	203183	16,76
Полтавська	2142524	2585504	2929963	787439	36,75
Рівненська	563188	662072	837725	274537	48,75
Сумська	1162142	1226244	1401447	239305	20,59
Тернопільська	2110452	2337171	2438363	327911	15,54
Харківська	5183987	5123455	5299209	115222	2,22
Херсонська	618823	722284	910183	291360	47,08
Хмельницька	1120408	1179060	1091151	-29257	-2,61
Черкаська	966633	1360980	1860546	893913	92,48
Чернівецька	1005089	1312617	1763754	758665	75,48
Чернігівська	749912	1108394	1265540	515628	68,76
м. Київ	429960	479447	629116	199156	46,32
м. Севастополь	267421	324512	390466	123045	46,01
Всього по Україні	35642607	41346592	47081702	11439095	32,09

Загалом в Україні у 2008 р. до сімейних лікарів відвідали 47 081 702 пацієнтів з різною патологією, з них з профілактичною метою – 14 125 329, з

приводу захворювань – 33 221 803 звернення (26 959 950 дорослих та 6 250 596 дітей до 18 років).

Реформування системи ПМСД на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини забезпечить поліпшення стану здоров'я населення на основі удосконалення системи медичної допомоги, наближення її до кожної сім'ї, підвищення рівня доступності, якості та ефективності при раціональному використанні ресурсів галузі.

Першочерговим завданням перед керівництвом держави є прийняття Закону «Про державну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги», яка розроблена МОЗ України та пройшла громадське обговорення.

Перелік посилань

1. Іпатов А. В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги і Україні [монографія] / А. В. Іпатов. – Дніпропетровськ : ПОРОГИ, 2000. – 260 с.

2. Смелянова Г. Ф. Про оптимізацію структури медичних послуг у нових економічних умовах / Г. Ф. Смелянова, В. М. Лехан // Підсумки та проблеми нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конференції. – Житомир, 1992. – С. 38–39.

3. Лехан В. Н. Состояние и пути совершенствования взаимодействия между территориальными поликлиниками и диспансерами / В. Н. Лехан, В. А. Павлов, Е. Г. Гопак // Материалы II съезда соц. гигиенистов и орг. здравоохранения Укра. ССР, Винница, 2–5 окт. 1990 г. – К., 1990. – Ч. 2. – С. 22–24.

4. Козлитин В. М. Семейный врач в амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению / В. М. Козлитин, Г. З. Демченкова // Сов. здравоохранение. – 1988. – №9. – С. 7–12.

5. Общепрактическая и семейная медицина / Под ред. М. М. Кохена ; пер. с нем. М. В. Дорошко [и др.]. – Минск : Беларусь, 1997. – 618 с.

6. ТЕРИТОРІАЛЬНО-ДІЛЬНИЧНИЙ ПРИНЦИП ОБСЛУГОВУВАННЯ НА ЗАСАДАХ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

В Україні з радянських часів збереглася система ПМСД, яка несе на собі відбиток конкретно-історичних умов її формування. Основи системи закладалися у 20–30-х роках ХХ століття, у період тяжкої економічної кризи в країні. В умовах надзвичайно слабкої матеріально-технічної бази охорони здоров'я створювалися спеціальні структури для вирішення першочергових для того часу проблем медичного обслуговування: забезпечення медичною допомогою дітей, жінок, економічно активної частки населення – робітників промислових підприємств і сільського господарства, боротьби з соціальними захворюваннями. З тих пір ці структури закріпилися і функціонують дотепер, незважаючи на кардинальні зміни ситуації в галузі. В результаті ПМСД забезпечується багатоланковою структурою, яка включає територіальні дорослі та дитячі поліклініки (або поліклінічні відділення об'єднаних лікарень), поліклінічні відділення медико-санітарних частин, жіночі консультації, сільські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних лікарень.

Первинне обслуговування в Україні організовано по дільнично-територіальному принципу, суть якого полягає в тому, що територія району діяльності поліклініки розподіляється на дільниці з певною чисельністю населення. Ключовими фігурами в наданні ПМСД є дільничний терапевт і дільничний педіатр. Ці спеціальності складають близько 25% від всієї чисельності практикуючих лікарів. Нормативна чисельність населення на дільниці складає 1700 осіб дорослого населення на одну посаду дільничного терапевта і 800 дітей на одну посаду дільничного педіатра. Фактично на одну посаду дільничного терапевта в містах припадає близько 2100 осіб, навантаження на одну посаду дільничного педіатра в містах близьке до нормативного.

Передбачається, що дільнично-територіальний принцип дозволить забезпечити: наближення медичної допомоги до місця проживання або роботи населення; довготривалість і наступність в обслуговуванні пацієнтів; можливість комплексного проведення профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів, диспансерного нагляду.

Однак, прикріплення населення до лікарів первинної ланки поставило в центр уваги не пацієнта, а лікаря і з правової і етичної точки зору може розглядатися як порушення прав споживача на свободу вибору.

Пацієнта поліклініки, які звертаються до дільничних терапевтів, тільки менше половини (47,6) отримують медичну допомогу у лікаря «своєї» дільниці, інші звертаються до будь-якого дільничного лікаря, який веде прийом в момент звертання.

Пацієнти самостійно формують свій маршрут: безпосередньо до лікаря первинної ланки звертаються 41,2% пацієнтів; третина пацієнтів (29,5%) одразу потрапляє до «вузьких» спеціалістів, з них кожен третій помиляється у виборі спеціалізації лікаря; кожен шостий (16,9%) самостійно звертається за стаціонарною допомогою; в середньому тільки чверть пацієнтів (26,5%) отримує медичну допомогу на одному рівні медичного обслуговування та не перенаправляється до іншого спеціаліста або в інший заклад (схема 6.1).

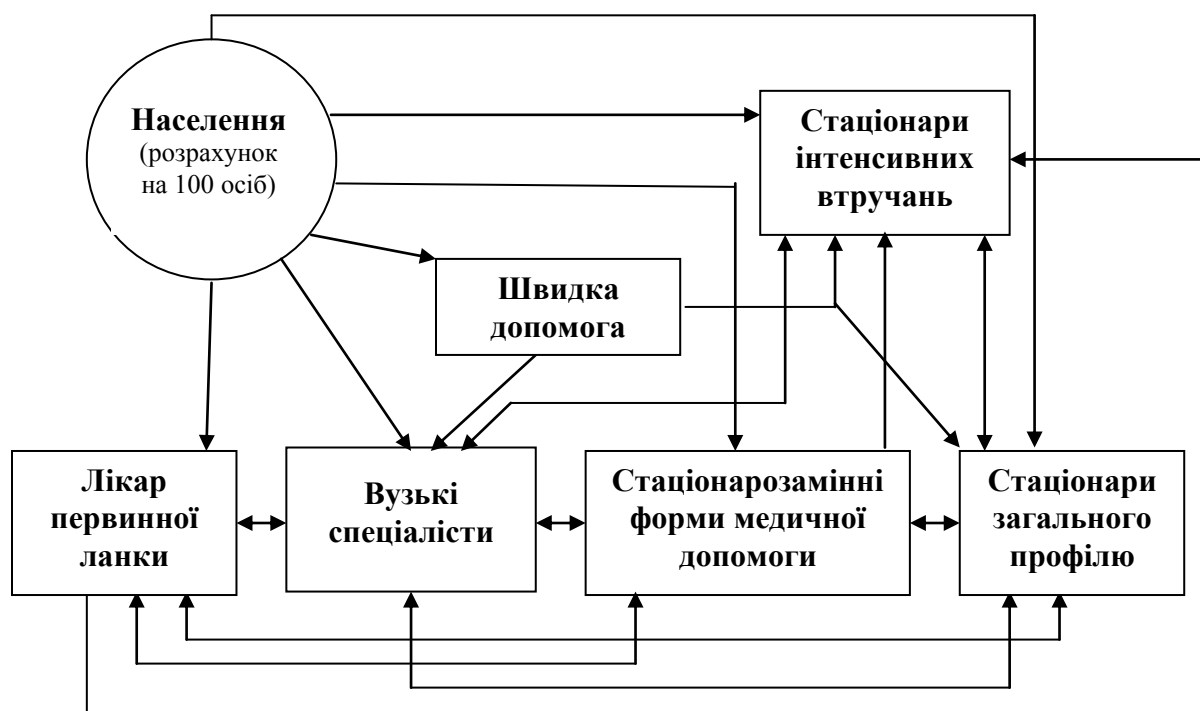


Схема 6.1. Узагальнений медичний маршрут пацієнтів

Практика вільного, некоординованого переміщення пацієнтів за рівнями надання медичної допомоги призводить до того, що досить часто (65,9%) рівень обслуговування пацієнтів не відповідає важкості їх стану та перебігу захворювання; найбільш характерним є надання медичної допомоги на більш високих рівнях, ніж це було необхідно (43,2%).

Відсутність вільного вибору і конкуренції серед медичних працівників призводить до взаємної (лікаря і пацієнта) незаінтересованості один у одному

до консервації підтримуючої цю незаінтересованість системи організації первинної допомоги. Переміна дільничного лікаря можлива лише при наполегливій вимозі пацієнта, але лікарі цьому чинять опір, оскільки розширюються територіальні границі дільниці і ускладнюється домашнє обслуговування населення.

Рівень якості медичної допомоги досить низький – інтегральний показник якості лікування складає 56,4%. Найнижчі показники якості лікування реєструються на первинному рівні (10,2%).

Формуванню концептуальних положень реформування ПМСД в Україні і опрацюванню Програми переходу її організації на засадах сімейної медицини передувало вивчення та аналіз світового і вітчизняного досвіду організації ПМСД і розвитку сімейної медицини в різних країнах. Серйозну увагу було приділено досвіду економічно розвинених країн, особливо Канади, Великої Британії, США. Для практики охорони здоров'я надзвичайно цінним є досвід нових незалежних держав, які мають багато спільних з Україною проблем.

Особливо слід виділити наукові розробки з організації ПМСД на засадах сімейної медицини завідувача кафедри управління охороною здоров'я Львівського медичного університету Я.П.Базилевича, зав. кафедри Дніпропетровської медичної академії проф. В.М.Лехан, практичні здобутки медичних працівників м.м.Львова, Києва, Комсомольська Полтавської, Львівської, Житомирської, Тернопільської, Дніпропетровської, Одеської, Миколаївської та інших областей, зокрема 1-ої міської клінічної лікарні м.Львова (головний лікар Д.М.Джафарова), госпрозрахункової поліклініки сімейної медицини м.Дніпродзержинська (головний лікар О.В.Мостипан) тощо.

В Україні була прийнята програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр., але для її реалізації не виділено достатньо коштів. В Країні існує достатня нормативно-правова база для зміни підходів до планування і управління суспільним здоров'ям.

Впроваджуються зусилля по підвищенню якості та ефективності галузі охорони здоров'я, які передбачають:

- створення системи ПМСД, яка базується на сімейній медицині (2000 р.);
- прийняті і здійснюються плани, які передбачають зміщення акцентів на амбулаторну медичне обслуговування;
- розробку стандартів медичних технологій;
- впровадження системи акредитації медичних установ (1998 р.);
- створення служби планування сім'ї.

З 2000 р. в національному законодавстві з охорони здоров'я основний акцент ставиться на ПМСД або сімейну медицину, яка продовжує розвиватися. ПМСД надається в багатьох медичних установах, наприклад в амбулаторіях для дорослих та дітей, жіночих консультаціях та сільських центрах ПМСД.

Проте за даними Міністерства охорони здоров'я на 01.01. ПМСД на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини надають 4228 лікувально-профілактичних закладів, де працюють всього 9930 лікарів цієї спеціальності, що становить 2,15 лікаря на 10 тис. населення.

При цьому треба зазначити, що вітчизняний досвід ще не одержав необхідної наукової перевірки, аналізу, узагальнення та об'єктивної оцінки. Тому виникла необхідність на основі вивчення цього досвіду розробити та апробувати найбільш прийнятні для наших умов моделі організації ПМСД і впровадити їх в практику охорони здоров'я України.

Запорукою поступу в справі реорганізації ПМСД на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини мають стати постанова Кабінету Міністрів України №989 від 20.06.2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» і наказ МОЗ України №214 від 11.09.2000 р. «Про затвердження плану поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини».

Одним з перших кроків на цьому шляху є опрацювання і затвердження Концепції реформування ПМСД, яка має визначити мету, завдання, принципи, форми і методи її організації.

Згідно з Концепцією реформування системи охорони здоров'я України *ланки ПМСД* мають забезпечити виконання широкого кола *функцій*, до яких передусім належать такі:

- організація та надання кваліфікованої ПМСД прикріпленому населенню в межах гарантованих рівнів та обсягів медичних послуг, затверджених стандартів якості і сучасних медичних технологій, що забезпечують високу медичну, соціальну та економічну ефективність;

- забезпечення наступності та безперервності медичної допомоги прикріпленому населенню, організація надання йому спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної і санаторно-курортної допомоги;

- проведення експертизи тимчасової непрацездатності пацієнтів у відповідності до чинного законодавства, своєчасне направлення хворих на МСЕК;

– надання термінової та невідкладної допомоги будь-якому пацієнту, незалежно від місця його проживання, при станах, що загрожують життю, травмах, отруєннях;

– здійснення профілактичної роботи, спрямованої на виявлення ранніх та латентних форм захворювань і факторів ризику, динамічний нагляд за станом здоров'я пацієнтів з проведенням необхідного обстеження та оздоровлення (тобто диспансерного обслуговування певних контингентів);

– здійснення протиепідемічної роботи, яка полягає у своєчасному проведенні профілактичних щеплень, ранньому виявленні, ізоляції або госпіталізації інфекційних хворих, екстреному повідомленні про кожний випадок інфекційних захворювань, організації дезінфекційних та карантинних заходів;

– проведення санітарно-освітньої роботи, спрямованої на гігієнічне виховання дітей та підлітків, оздоровлення умов побуту, праці та відпочинку, раціональне харчування, заняття фізкультурою та спортом, запобігання шкідливим звичкам, захворюванням і травматизму, формування здорового способу життя, навчання пацієнтів основним прийомам само- та взаємодопомоги і визначенню їх меж;

– надання консультативної допомоги сім'ям з питань вигодовування, харчування та виховання дітей, підготовки їх до дитячих дошкільних закладів і школи, профорієнтації, планування сім'ї, медико-соціальних аспектів сімейного життя;

– організація спільно з органами соціального захисту та службами милосердя медико-соціальної допомоги особам похилого віку, інвалідам, хворим на хронічні захворювання;

– залучення всіх верств населення до вирішення питань охорони здоров'я;

– проведення аналізу стану здоров'я прикріпленого населення для обґрунтування пропозицій щодо розробки цільових програм охорони здоров'я і системи конкретних лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів з оцінкою їх ефективності;

– участь у реалізації цільових комплексних програм;

– ведення облікової та звітної документації, передбаченої законодавством;

– дотримання вимог санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму, санітарних норм і правил експлуатації основних засобів, правил і норм техніки безпеки, охорони праці і протипожежної безпеки;

– забезпечення безперервної підготовки медичного та допоміжного персоналу.

Сучасний стан ПМСД переконує в необхідності удосконалення її організаційної структури, порядку фінансування, кадрового та матеріально-технічного забезпечення, наближення медичної допомоги до населення, збільшення обсягу послуг на первинному рівні, підвищення їх якості та ефективності.

Світовий досвід, узагальнений в документах ВООЗ, свідчить, що для реальних умов України найкращим варіантом має бути реформування ПМСД на засадах сімейної медицини. Цей шлях вважається найбільш ефективним та перспективним напрямком розвитку ПМСД, який створює умови для успішного виконання зазначених вище функцій.

Метою реформування ПМСД на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини є поліпшення стану здоров'я населення на основі удосконалення системи медичної допомоги міському та сільському населенню шляхом забезпечення її доступності, наближення до кожної сім'ї, підвищення якості та ефективності на первинному рівні при раціональному використанні ресурсів галузі.

Реалізація реформування ПМСД на засадах сімейної медицини вимагає обґрунтування і опрацювання організаційних основ системи, нормативно-правового і фінансово-економічного забезпечення її функціонування, створення системи підготовки та підвищення кваліфікації сімейних лікарів і середніх медичних працівників, удосконалення управління та інформаційного забезпечення ПМСД, кардинального поліпшення її матеріально-технічної бази.

Надзвичайно важливою і складною проблемою є науково обґрунтований перерозподіл обсягів основних видів спеціалізованої медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного і третинного рівнів, необхідність вирішення якої підкреслюється багатьма авторами [1–19].

Здійснення цих завдань невід'ємно пов'язане з чітким визначенням функцій, прав і обов'язків лікарів загальної практики – сімейних лікарів, обсягів їх роботи та квоти участі у здійсненні профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих не тільки на найбільш поширені хвороби, що звичайно належать до компетенції лікарів загальної практики (ЛЗП) та сімейних лікарів (СЛ), а й інших категорій хворих з більш складною в діагностично-лікувальному плані патологією.

На виконання завдань, сформульованих у постанові Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. за №989 «Про комплексні заходи щодо

впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» та відповідних наказах Міністерства охорони здоров'я України, провідними фахівцями галузі було розроблено пакет нормативно-правових та інструктивно-методичних документів, які мають регламентувати діяльність закладів (підрозділів) сімейної медицини [20–23]. Частина з них, у тому числі «Примірне положення про лікаря загальної практики – сімейної медицини» і «Кваліфікаційна характеристика лікаря із спеціальності лікаря «загальна практика – сімейна медицина», з деякими змінами були затверджені Міністерством охорони здоров'я України. Зокрема, в останньому до кола спеціальних знань віднесено етіологію, патогенез, клініку, діагностику, диференціальну діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику симптомів, синдромів і захворювань як загальнотерапевтичного і педіатричного, так і інших профілів (акушерсько-гінекологічного, хірургічного, неврологічного тощо) без конкретизації діапазону нозологічних форм та станів, при яких має надавати медичну допомогу ЛЗП/СЛ.

Проте реалізація переходу галузі до сімейної медицини потребує чіткого визначення ступеня участі ЛЗП/СЛ у наданні спеціалізованих видів медичної допомоги.

ЛЗП/СЛ – це висококваліфікований лікар-інтерніст широкого профілю, який, маючи відповідний багаж теоретичних знань та практичних навичок, може не тільки надати хворим первинну багатопрофільну медичну допомогу, але й здійснити моніторинг стану здоров'я прикріпленого населення, окремих сімей та індивідів, спостерігаючи за ними від народження, на основі інтегрованого підходу до оцінки рівня здоров'я, а також провести комплексну профілактику та раннє виявлення захворювань, факторів ризику їх розвитку, передпатологічних станів, забезпечити лікування і реабілітацію хворих та постраждалих, незалежно від віку і статі, диспансерний нагляд за станом здоров'я прикріплених сімей та окремих пацієнтів, брати участь у вирішенні медико-соціальних, правових та інших проблем в межах своєї компетенції [24–33].

Тож не дивно, що сьогодні СМ посідає важливе місце в медичній практиці багатьох економічно розвинених країн (Велика Британія, США, Канада, Німеччина та ін.), задовольняючи до 80% медичних потреб прикріпленого населення, демонструючи високу медичну й соціальну ефективність та економічну доцільність.

Проте, безумовно, навіть висококваліфікований спеціаліст із СМ неспроможний досконало володіти теоретичними знаннями й мати бездоганну практичну підготовку з усіх розділів сучасної медицини.

Навіть при найкращій підготовці СЛ завжди існуватиме потреба в наданні консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги лікарями-спеціалістами «вузького» профілю, оскільки здійснення діагностики, диференціальної діагностики та лікування більш складних захворювань, синдромної патології, невідкладних станів, травм тощо потребуватиме не тільки «вузької» спеціалізації і гіперспеціалізації фахівців, а й застосування складної лікувально-діагностичної апаратури, високих медичних технологій в умовах спеціалізованих медичних закладів вторинного і третинного рівнів.

Крім того, окремі ситуації можуть викликати потребу у спільній участі лікарів первинного рівня та «вузьких» спеціалістів при проведенні лікування певних категорій хворих та диспансерного нагляду за ними, в т.ч. в разі наявності синдромної патології, множинного враження органів і систем, зокрема, в осіб похилого віку; у випадках ускладненого перебігу та тяжких форм внутрішніх хвороб у практиці СЛ, що вимагають консультації лікарів-фахівців медичних закладів вторинного і третинного рівнів або госпіталізації хворих у разі наявності захворювань, що відносяться до кола спеціалізованих видів медичної допомоги, патологічних змін загального характеру тощо.

Необхідно чітко визначити обсяги медичної допомоги населенню, які мають надаватися ЛЗП/СЛ та ступеня їх участі у наданні певних видів спеціалізованої медичної допомоги, включаючи спільне здійснення ЛЗП/СЛ та лікарями «вузьких» спеціальностей лікувальних та реабілітаційних заходів, контроль лікування, диспансерний нагляд за хворими тощо.

Тому, на нашу думку, слід чітко визначити наступні нозологічні блоки:

1. Хвороби, симптоми та синдроми, при яких профілактику, діагностику і лікування хворих, включаючи проведення реабілітаційних заходів, самостійно здійснює ЛЗП/СЛ.

2. Хвороби, симптоми та синдроми, при яких ЛЗП/СЛ має направляти хворих (після встановлення попереднього діагнозу) до лікарів «вузьких» спеціальностей для вирішення складних питань діагностики, диференціальної діагностики, визначення лікувальної тактики, проведення необхідного лікування, здійснення диспансерного нагляду тощо.

3. Хвороби, симптоми та синдроми, при яких ЛЗП/СЛ може здійснювати лікування і реабілітацію хворих згідно з рекомендаціями лікарів-консультантів, самостійно здійснювати диспансерний нагляд за хворими.

4. Хвороби, симптоми та синдроми, які потребують спільної участі ЛЗП/СЛ та лікарів «вузьких» спеціальностей у здійсненні профілактики і діагностики, лікування, реабілітації хворих та при диспансерному нагляді за ними.

5. Хвороби, які потребують лікування та диспансерного нагляду лікарів «вузьких» спеціальностей.

6. Невідкладні стани, при яких термінову медичну допомогу має надавати ЛЗП/СЛ.

7. Хвороби, симптоми, які потребують екстреної або планової госпіталізації хворих ЛЗП після надання їм необхідної допомоги на догоспітальному етапі.

Нижче подаємо зміст зазначених блоків за класами і групами хвороб та окремими нозологічними формами.

Хвороби, симптоми та синдроми, при яких профілактику, діагностику і лікування хворих, включаючи проведення реабілітаційних заходів, самостійно здійснює ЛЗП/СЛ

Згідно з визначеними підходами, ЛЗП/СЛ має самостійно, без консультації лікарів-фахівців здійснювати профілактику, раннє виявлення та лікування хворих (амбулаторно або в денному чи домашньому стаціонарі) та забезпечувати диспансерний нагляд за станом їх здоров'я в разі таких хвороб та синдромів, за винятком тяжких та ускладнених форм, що потребують госпіталізації хворих або надання спеціалізованої медичної допомоги:

Хвороби органів дихання:

гострий трахеїт, гострий трахеобронхіт, гострий необструктивний бронхіт, гострий обструктивний бронхіт (легка форма), хронічний необструктивний бронхіт (неускладнений перебіг), хронічний обструктивний бронхіт (легка форма, неускладнений перебіг).

Хвороби системи кровообігу:

нейроциркуляторна дистонія, гострий міокардит (легка форма), гіпертонічна хвороба I ст., ішемічна хвороба серця, стенокардія напруження, атеросклеротичний кардіосклероз, хронічна серцева недостатність I ст.

Хвороби шлунково-кишкового тракту:

ахалазія кардії, рефлюксоезофагіт, гострий езофагіт (легка форма), гострий гастрит (легка форма), виключаючи гострий стресорний гастрит, хронічний гастрит, за винятком тяжких форм, виразкова хвороба шлунка та

дванадцятипалої кишки, за винятком тяжких форм та ускладнень, хронічний некалькульозний холецистит, хронічний панкреатит, за винятком тяжких форм та ускладнень, дискінезія жовчовивідних шляхів та жовчного міхура, хронічний ентероколіт (легка та середньо-тяжка форми), синдром подразненої товстої кишки, синдром недостатності всмоктування, хронічний невиразковий коліт, геморої (неускладнений).

Нервові хвороби:

функціональні розлади сну, мігрень, неврози, мігренозна невралгія, мононейропатії (неврити і невралгії ліктьового, променевого, серединного, стегнового, сідничного, лицьового, трійничного нервів), попереково-крижовий радикуліт (легка форма), неврологічні прояви остеохондрозу хребта, виключаючи тяжкі форми.

Хвороби вуха, горла, носа:

гострий зовнішній отит, виключаючи ускладнені форми, гострий середній отит (легка форма), сірчана пробка, стороннє тіло зовнішнього слухового проходу, носова кровотеча, гострий риніт, хронічний тонзиліт, компенсована форма.

Хвороби ока та придаткового апарату ока:

ячмінь зовнішній та внутрішній, виключаючи ускладнені форми гострий блефарит, хронічний блефарит, халазіон, хронічний кон'юнктивіт, хронічний дакриоцистит, розлади рефракції: міопія, гіперметропія, пресбіопія, виключаючи тяжкі та ускладнені форми.

Хвороби нирок та сечостатевої системи:

цисталгія, гострий цистит, гострий уретрит (невенеричний).

Хвороби залоз внутрішньої секреції та розлади обміну речовин:

цукровий діабет (інсулінонезалежні легкі форми), еутиреоїдний зоб, екзогенно-конституційне ожиріння I-II ст.

Психічні розлади та хвороби:

астеноневротичний синдром, неврози: неврастенія, істерія (легкі форми), реактивні стани (легкі форми).

Хвороби та пошкодження шкіри:

піодермії, виключаючи ускладнені й тяжкі форми, простий контактний дерматит, кропив'янка, еритема вузлувата (легка форма), вугри звичайні, хейліт ангулярний, пітниця червона, лишай простий, еритразма, лишай різнокольоровий, короста, педикульоз, гідраденіт, виключаючи ускладнені форми, локальні опіки I-II ст., локальні відмороження, врослий ніготь, панарицій (шкірний, підшкірний, піднігтьовий), токсикодермія (легка форма).

Інфекційні хвороби:

гострі респіраторні вірусні інфекції, грип, виключаючи тяжкі та ускладнені форми, гострий тонзиліт, виключаючи ускладнені форми, сальмонельоз, харчові отруєння, гострий гастроентероколіт, виключаючи генералізовані й ускладнені форми (за винятком хворих мешканців гуртожитків, працівників громадського харчування, дитячих дошкільних закладів), інфекційний мононуклеоз (легкі та середньо-тяжкі форми), кір, краснуха, епідемічний паротит, віспа вітряна (легкі та середньотяжкі форми, виключаючи хворих - членів закритих колективів), бешиха (локальні форми, катаральна стадія), еризепелоїд, герпес (локальні форми), гельмінтози (аспаридоз, гіменолепідоз, дифілоботріоз, опісторхоз, стронгілоїдоз, теніаринхоз, теніоз, ентеробіоз), лямбліоз.

Хвороби зубів і порожнини рота:

гострий та хронічний гінгівіт (легка та середньотяжка форми), катаральний стоматит, афтозний стоматит (легка та середньотяжка форми), альвеоліт, хейліт.

Дитячі хвороби

дистрофія I-II ст., рахіт I-II ст., алергодерматози (кропив'янка, дитяча екзема, нейродерміт, строфулюс) (легкі, неускладнені форми), проста диспепсія, функціональна діарея, дитячі інфекції (кір, краснуха, епідемічний паротит, скарлатина, вітряна віспа) (легкі, неускладнені форми), інфекційний мононуклеоз (легка форма), аномалії конституції (алергічний, лімфатичний, нервовоартричний діатези) (легкі форми), гіпер-, гіповітамінози (легкі форми).

Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, травми та ушкодження:

ревматоїдний артрит, подагра, забиття, садна м'яких тканин (неускладнені), тулуба та кінцівок, поверхневі рани в межах 3-5 см, ізольовані переломи 1-2 ребер без ушкодження внутрішніх органів.

Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду та гінекологічні захворювання:

передменструальний синдром, альгодисменорея, клімактеричний синдром, фізіологічна вагітність, лактостаз, негнійний мастит.

Хвороби, симптоми та синдроми, при яких ЛЗП/СЛ має направляти хворих (після встановлення попереднього діагнозу) до лікарів вузьких спеціальностей для вирішення складних питань діагностики, диференціальної діагностики, визначення лікувальної тактики, проведення необхідного лікування, здійснення діагностичного нагляду тощо

Хвороби органів дихання:

часті респіраторні вірусні інфекції, абсцес і гангрена легенів, підозра на абсцедуючу пневмонію, рецидивуючий бронхіт, хронічний не-обструктивний бронхіт з частими загостреннями, хронічний обструктивний бронхіт, вперше виниклий приступ бронхіальної астми, бронхіальна астма, гостра пневмонія (затяжний перебіг), рецидивуюча пневмонія, хронічна пневмонія, плеврити, саркоїдоз, туберкульоз легенів, гострий медіастиніт, пухлини, кісти та емфізема середостіння, тромбоемболія легеневої артерії, інфаркт легенів, хронічна постемболічна легенева гіпертензія, бронхолітіаз, рак легенів або підозра на нього, лімфогранулематоз, муковісцидоз, ателектаз легенів, амілоїдоз, легеневе серце, пневмосклероз, пневмоконіози, професійні хвороби легенів, легенева кровотеча, кровохаркання, дихальна недостатність, пневмоторакс, паразитарні хвороби легенів, вади розвитку легенів та бронхів.

Хвороби системи кровообігу:

вторинна артеріальна гіпертензія, гіпертонічна хвороба I ст. з частими кризами, гіпертонічна хвороба II-III ст., ішемічна хвороба серця, стабільна стенокардія III-IV ФК, нестабільна стенокардія, атеросклеротичний і постінфарктний кардіосклероз, гострий інфаркт міокарда або підозра на нього, аневризма аорти, коарктація аорти, аневризма серця, кардіалгічний синдром в разі неефективної терапії, дисгормональні кардіопатії, міокардіодистрофія, інфекційний ендокардит, розлади ритму і провідності, природжені і набуті вади серця і судин, генералізований атеросклероз, аортит, тромбоблітеруючі хвороби судин, варикозне розширення судин нижніх кінцівок, флеботромбози, облітеруючий ендартеріїт, синдром (хвороба) Рейно, хронічна серцева недостатність II-III ст., зміни на ЕКГ без клінічних ознак ураження серцево-судинної системи, пухлини серця.

Хвороби шлунково-кишкового тракту:

ахалазія кардії, тяжка або ускладнена форма, рефлюксезофагіт, тяжка форма, гострий езофагіт, тяжка форма, дивертикули стравоходу, гострий гастрит, тяжка форма, гострий корозивний гастрит, хронічний атрофічний гастрит, хронічний поліпозний гастрит, хвороба Менетріє, хронічний

гастроуденіт з частими загостреннями, виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки, хвороба оперованого шлунка, шлунково-кишкова кровотеча, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу, проривна виразка шлунка, пенетруюча виразка шлунка та 12-палої кишки, рубцевий пілоростеноз, холелітіаз, печінкова колі-ка, гострий холецистит, гострий холангіт, хронічний холецистит з частими загостреннями, постхолецистектомічний синдром, тяжка форма, гострий панкреатит, хронічний панкреатит з частими загостреннями, тяжкі та ускладнені форми, піддіафрагмальний абсцес, гострий гепатит, гостра печінкова недостатність, хронічний гепатит, цироз печінки, паразитарні хвороби печінки, гостра кишкова непрохідність, хвороба Крона, гострий апендицит, гострий перитоніт, тромбоз брижових артерій, мегаколон, неспецифічний виразковий коліт, дивертикульоз, спайкова хвороба, геморої, тяжкі та ускладнені форми, тріщини заднього проходу в разі неефективної терапії, парапроктит, випадіння прямої кишки, хронічний ентероколіт, тяжкі форми, дисбактеріоз, септична форма, пухлини органів травлення (рак шлунка, стравоходу, печінки та жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, товстої кишки).

Нервові хвороби:

нарколепсія, менінгіт, енцефаліт, менінгоенфаліт, арахноїдит, судинна аневризма головного мозку, транзиторні розлади мозкового кровообігу, церебральний інсульт, спінальний інсульт, залишкові явища гострого розладу мозкового кровообігу, хронічний розлад мозкового кровообігу, паркінсонізм, розсіяний склероз, бічний аміотрофічний склероз, дисциркуляторна енцефалопатія, тяжка форма, церебральний атеросклероз, тяжка форма, сирингомієлія, хвороба Альцгеймера, гідроцефалія, дитячий церебральний параліч, вібраційна хвороба, травми головного та спинного мозку, посттравматична енцефалопатія, мігрень з частими тяжкими приступами, спадкові захворювання нервової системи (сімейний спастичний параліч, торзійна дистонія, хорея Гентігтона, амавротична ідіотія, природжена міотонія), природжені вади головного та спинного мозку, офтальмоплегія, агнозія, акропа-рестезії, діенцефальний синдром, пухлини головного та спинного мозку, полінейропатії.

Хвороби вуха, горла та носа:

гострий зовнішній отит, ускладнений перебіг (абсцедування), гострий гнійний середній отит, хронічний гнійний середній отит, лабіринтит, мастоїдит, хвороба Менєра, кохлеарний неврит, отосклероз, нейросенсорна туговухість, риногенні і отогенні внутрішньочерепні та очноямкові ускладнення, отогенний

сепсис, носова кровотеча (в разі неефективної терапії), хронічний гіпертрофічний риніт, атрофічний риніт, озена, ринофіма, гострий та хронічний синусит, викривлення носової перетинки, поліпи носа, рецидивуючий фурункул носа, залотковий абсцес, паратонзиллярний абсцес, аденоїди, вторинний гострий тонзиліт, виразково-плівчаста ангіна, хронічний тонзиліт, ангіна Симановського-Плаута-Венсана, гіпертрофія піднебінних мигдаликів (I-Пст.), хронічний атрофічний і гіпертрофічний фарингіт з частими загостреннями, гострий стенозуючий ларинготрахеїт, хронічний ларингіт, набряк гортані, папіломатоз гортані, гострий та хронічний пере-хондрит гортані, стеноз гортані, рубцевий стеноз гортані, парез гортані, склерома дихальних шляхів, сторонні тіла зовнішнього слухового проходу, порожнини носа (в разі неефективної терапії), сторонні тіла глотки, трахеї, гортані, травми вуха, горла та носа, пухлини вуха, горла та носа.

Хвороби та травми ока та додаткового апарату ока:

хронічний рецидивуючий блефарит, хронічний блефарит з ускладненим перебігом, хронічний блефарит у хворих з некоригованою гіперметропією та астигматизмом, хронічний блефарит у хворих на цукровий діабет, себорею екзему; ячмінь, ускладнений перебіг; халазі-он, в разі відсутності ефекту від консервативного лікування, травми ока та додаткового апарату ока, гострий та хронічний дакриоцистит, дакриоаденіт, склерит та епісклерит, тяжкі, ускладнені форми, кератит, неврит зорового нерва та зорових шляхів, хоріоретиніт, ірит, іридоцикліт, глаукома, катаракта, міопія, гіперметропія, пресбіопія, тяжкі форми; пухлини ока.

Хвороби нирок та сечостатевої системи:

амілоїдоз нирок, гострий та хронічний гломерулонефрит, гострий та хронічний пієлонефрит, абсцес нирки, паранефрит, нефроптоз, гідронефроз, полікістоз нирок, нетримання сечі, гостра затримка сечі, нефролітіаз, ниркова коліка, гостра та хронічна ниркова недостатність, аномалії нирок, сечоводів, сечового міхура, папіломи, поліпи сечового міхура, уретри, чоловічих статевих органів, спадкові нефропатії (спадковий нефрит, синдром Фанконі, нефронофтиз Фанконі), нефропатія вагітних, інфаркт нирок, пухлини нирок, пухлини сечового міхура, аденома передміхурової залози, гострий та хронічний простатит, варикоцеле, водянка яєчка та сім'яного канатика, семіно-ма, крипторхізм, фімоз, парафімоз, чоловіче безпліддя, лікарські та токсичні ураження нирок, туберкульоз нирок, сечового міхура, прогресуюча протеїнурія невизначеної етіології, нефротичний синдром, обтяжений сімейний анамнез.

Хвороби залоз внутрішньої секреції та розлади обміну речовин:

адипозо-генітальна дистрофія, переддіабет, усі випадки вперше виявленого цукрового діабету, часті гіпоглікемічні стани в анамнезі, гіпоглікемічна кома, цукровий діабет, розлади росту, гіпофізарний нанізм, тиреоїдити (гострий гнійний, гострий негнійний, підгострий (тиреоїдит де Кервена), хронічний (аутоімунний) тиреоїдит Хашимото, фіброзний (тиреоїдит Риделя), специфічний (туберкульозний, сифілітичний, паразитарний), гіперплазія щитоподібної залози, вузловий токсичний зоб, дифузний токсичний зоб, ендемічний зоб, вузловий еутиреоїдний зоб, тиреотоксичний криз, гіпотиреоз, гіпотиреоїдна кома, гіперпаратиреоз, гіпопаратиреоз, гіперпаратиреоїдний криз, гострий приступ тетанії, інсулінома, хвороба Іценка-Кушинга, нецукровий діабет, гіпоталамо-гіпофізарна недостатність (хвороба Симмонд-са-Шиена), синдром Шерешевського-Тернера, синдром Штейна-Леве-нталя, природжена дисфункція кори наднирникових залоз, вірилізуючі пухлини яєчників, ановуляторні дисфункції яєчників, синдром аменореї галактореї, нецукровий діабет, акромегалія, гостра та хронічна наднирникова недостатність, розлади статевої диференціації, гіпогонадізм у чоловіків, екзогенно-конституційне ожиріння, пухлини щитоподібної залози, синдром Конна, тиміко-лімфатичний статус, адрено-генітальний синдром, мастопатія, рак молочної залози, ендометріоз, фіброма яєчника.

Психічні розлади та хвороби:

синдроми ослаблення психічної діяльності (астенічний синдром, психоорганічний синдром, недоумкуватість), синдроми розладу сприйняття (галюцинаторний синдром, галюцинаторно-параноїдний синдром, деперсоналізаційно-дереалізаційний синдром), синдроми маячення (маячний синдром, іпохондричний синдром, обсесивний синдром), синдроми розладу емоційної сфери (апатико-абулічний синдром, апатико-дисоціативний синдром, депресивно-параноїдний синдром, маніакальний синдром), синдроми розладу рухової сфери (кататонічне збудження, маніакальне збудження, кататонічний ступор, депресивний ступор, психогенний ступор), синдром розладу пам'яті (амнестичний корсаковський синдром), синдром загальної прогресуючої амнезії, синдроми розладу свідомості, алкоголізм, шизофренія, епілепсія, пресенільні психози, хвороба Піка, хвороба Альцгеймера, старече недоумство, психотичні розлади при судинних хворобах головного мозку, маніакально-депресивний психоз, епілепсія, олігофренія, неврози, тяжкі форми наркоманії і токсикоманії, церебротравматичні психічні розлади, реактивні стани і психози, психопатії,

астенічний стан, астено-іпохондричний стан, астено-депресивний стан, галюцинози, маніакальний синдром, депресивний синдром, психогенний синдром, амнестичний синдром, синдроми розладу свідомості, синдроми розладу поведінки.

Хвороби та пошкодження шкіри:

мікози, контагіозний моллюск, демодекоз, акаріаз, пухирчатка, пем-фігоїд, герпетиформний дерматит Дюринга, ексофоліативний дерматит, псоріаз, парапсоріаз, лишай червоний плесканий, склеротичний та атрофічний лишай, екзема, гіпертрихоз, алопеція, кератоз старечий, розацея, келоїдні вугри, гнійний гідраденіт, вітиліго, простий контактний дерматит II і III ст., червоний дерматоз, себорейна пухирчатка, іхтіоз, пухлини шкіри, піодермія генералізована, карбункули, флегмони, абсцеси, токсична еритема, опіки III-IV ст., імпетиго ускладнене, бешиха (бульозна форма), пахова епідермофітія, мікроспорія, оперізуючий лишай, бородавки, поліморфна ексудативна еритема, гострокінцеві кондиломи, короста, венеричні хвороби, лепра, фавус, нейродерміт.

Інфекційні хвороби:

грип, токсична форма, дифтерія, інфекційний мононуклеоз, легіонельоз, менінгіт, поліомієліт, кліщовий енцефаліт, мікоплазмоз, орнітоз, вітряна віспа, епідемічний паротит, кір, краснуха, скарлатина, черевний тиф, ботулізм, дизентерія, тяжка форма, ієрсиноз, сальмонельоз, холера, малярія, токсоплазмоз, висипний тиф, сказ, правець, бешиха середньотяжкі і тяжкі форми, рецидивуючий перебіг, вірусні гепатити, лептоспіроз, протозойні інфекції (амебіаз, балантідіаз, лямбліоз), зоонозні інфекції (бруцельоз, кампілобактеріоз, туляремія, лістеріоз, сибірка, сап, ящур), гельмінтози (альвеококоз, анкілостомідоз, аскаридоз, гіменолепідоз, дифілоботріоз, опісторхоз, теніаринхоз), арбовірусні інфекції, геморагічна лихоманка, герпетична інфекція (генералізована герпетична інфекція новонароджених, генітальний герпес, герпетична інфекція очей, герпетичний енцефаліт), СНІД, патологічні реакції на профілактичні щеплення.

Хвороби зубів і порожнини рота, щелепно-лицьової ділянки:

порушення розвитку та прорізування зубів, карієс зубів, надмірне стирання зубів, гострий та хронічний пульпіт, некроз пульпи, періапикальний абсцес, гострий гінгівіт, тяжка форма, хронічний гінгівіт, пародонтоз, гострий та хронічний періодонтит, пародонтит, гострий та хронічний виразково-некротичний стоматит, аномалії прикусу та інші щелепно-лицьові аномалії, кісти порожнини рота, гострий періостит щелеп, хронічний періостит щелеп, гострий

та хронічний остеомієліт щелеп, хвороби слинних залоз, ксеростомія, лейкоплакія, пухлини губи, слизової оболонки рота та язика, щелепно-лицьової ділянки, одонтогенний лімфаденіт, травми зубів, щелеп, щелепно-лицьової ділянки, неодонтогенний лімфаденіт підщелепних, підборідних і навколоушних лімфатичних вузлів, кандидоз порожнини рота, зубний камінь, альвеоліт, ускладнений кровотечею, дефекти зубів та зубного ряду, анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба, артрит скронево-нижньощелепного суглоба, звичний вивих скронево-нижньощелепного суглоба, гострий зубний біль.

Д и т я ч і х в о р о б и

Хвороби та патологічні синдроми новонароджених:

внутрішньоутробні інфекції (герпес простий, лістеріоз, мікоплазмоз, токсоплазмоз, цитомегалія), ембріо- та фетопатії (спадкові, токсичні, ендокринні), ензимопатії, респіраторний дистрес новонароджених, гемолітична хвороба новонароджених, геморагічна хвороба новонароджених, дисбактеріоз, набуті неінфекційні ураження шкіри (склерема, склеродерма), інфекційно-запальні захворювання (піодермії, абсцеси, мастит новонароджених, омфаліт, кон'юнктивіт, пухирчатка, флегмона новонароджених, ексфолюативний дерматит Риттера), менінгіт, остеомієліт, сепсис новонароджених, пневмонія новонароджених, синдром зригування і блювоти, тяжка форма, пологові травми головного мозку, м'яких тканин і кісток, кефалогематома, жовтяничний, анемічний та геморагічний синдроми, вади розвитку серця і судин, органів травлення (природжений короткий стравохід, пілоростеноз, халазія, атрезія жовчних шляхів, природжений гепатит) та інших органів і систем.

Хвороби та патологічні синдроми у дітей грудного та старшого віку:

акродерматит, ентеропатичний діарейний синдром, диспепсія, тяжка форма, рахітоподібний синдром, рахіт, дистрофія, гіпервітаміноз Д, респіраторні алергози, алергодерматози, рецидивуючі та хронічні бронхолегеневі хвороби (бронхіт, бронхіальна астма, бронхіоліт, гостра та хронічна пневмонія), гострий стенозуючий ларинготрахеїт, міокардит, нейротоксикоз, гострий та хронічний гастродуоденіт, тяжка форма, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, холецистит та панкреатит, тяжкі та ускладнені форми, синдром мальабсорба-ції (алактазія, недостатність мальтази, целіакія, галактоземія, ексудативна ентеропатія, муковісцедоз).

Хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини:

суглобовий синдром невизначеної етіології, складні випадки діагностики хвороб суглобів і сполучної тканини, ревматизм, дифузні хвороби сполучної

тканини: системний червоний вовчак, системна склеродермія, дерматоміозит, синдром Шегрена, системні васкуліти: геморагічний васкуліт, гранульоматоз Вегенера, гігантоклітинний артеріт, синдром Гудпасчера, хвороба Такалсу, облітеруючий тромбангіт, вузликовий періартеріт, хвороби суглобів: артропатія пірофосфатна, подагра, артрит псоріатичний, артрити реактивні, ревматоїдний артрит, остеоартроз, анкілозуючий спондиліт, ревматичні хвороби навколосуглобових м'яких тканин.

Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду та гінекологічні захворювання:

ризик акушерської і перинатальної патології (вужький таз, імуноконфліктна вагітність, тяжкі форми ранніх та пізніх токсикозів вагітності, тяжкі форми екстрагенітальної патології у вагітних: вади серця, запальні гінекологічні захворювання, пухлини матки, придатків матки, хвороби нирок тощо, обтяжений акушерський анамнез: спонтанні аборти, мертвонародження, народження дітей з вадами розвитку, передчасні пологи, патологічні пологи, невиношування вагітності тощо, несприятливий спадковий анамнез, несприятливі соціально-побутові, виробничі та екологічні чинники), позаматкова вагітність, багатоплідна вагітність, загроза переривання вагітності, загроза асфіксії плода, аномалії положення плода, переносування вагітності, передчасне відшаровування нормально розташованої плаценти, передчасне відходження навколоплідних вод, випадіння пуповини та дрібних частин плода, підозра на розрив матки, післяпологові ускладнення, загроза передчасних пологів, передчасні пологи, гнійний мастит, аномалії пологової діяльності, патологічні пологи, акушерські кровотечі, розлади менструального циклу, безпліддя, туберкульоз жіночих статевих органів, гострі запальні хвороби жіночих статевих органів, хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів у фазі загострення, тяжкі та ускладнені форми, опущення матки і піхви, випадіння матки та піхви, гострий параметрит, гострий метроендометрит, пельвеоперитоніт, ендометріоз, перекручування ніжки кістоми, передпухлинні хвороби і новоутворення жіночих статевих органів, альгодисменорея, тяжка форма, адреногенітальний синдром, аменорея, аборт, що не відбувся, штучний аборт, загроза переривання вагітності, самовільний аборт, загроза асфіксії плода, аномалії положення плода, поліпи шийки і тіла матки, пухирний занос, травми жіночих статевих органів, блювота вагітних, тяжка форма, водянка вагітних, нефропатія, прееклампсія, еклампсія, маткова кровотеча.

Хвороби системи крові:

агранулоцитоз, анемії (залізодефіцитна, вітамін В12-дефіцитна, гемолітична, апластична), гострі та хронічні лейкози, лімфолейкоз, лімфогрануломатоз, еритремія, мієломна хвороба, спадкові нейтропенії і аномалії лейкоцитів, порфірії, спадкові та набуті коагулопатії, тромбоцитопенія, гемофілія, геморагічний васкуліт, гемангіома, мієлофіброз, остеомієлофіброз, хвороба Вальденстрема, спадкова геморагічна телеангіоектазія, злоякісні лімфоми, променева хвороба, гемолітична хвороба новонароджених, синдром дисемінованого внутрішнього судинного згортання.

Хвороби, симптоми та синдроми, при яких ЛЗП/СЛ може здійснювати лікування і реабілітацію хворих згідно з рекомендаціями лікарів-консультантів, самостійно здійснювати диспансерний нагляд за хворими

Хвороби органів дихання:

часті респіраторні вірусні інфекції, рецидивуючий бронхіт, хронічний необструктивний бронхіт з частими загостреннями, хронічний обструктивний бронхіт, бронхіальна астма, середньотяжка форма, гостра пневмонія, затягнутий перебіг, рецидивуюча пневмонія, хронічна пневмонія, сухий плеврит.

Хвороби системи кровообігу:

гіпертонічна хвороба I ст., з частими кризами, гіпертонічна хвороба II ст., ішемічна хвороба серця, стабільна стенокардія, атеросклеротичний і постінфарктний кардіосклероз, дисгормональні кардіоміопатії, синусова тахікардія, кардіалгія при ураженнях периферичної нервової системи.

Хвороби шлунково-кишкового тракту:

гострий езофагіт, виключаючи ускладнені форми, хронічний езофагіт у фазі ремісії, рефлюкс-езофагіт, середньотяжка форма, дивертикули стравоходу (неускладнений перебіг), гострий гастрит, середньо-тяжкі форми, виключаючи гострий корозивний гастрит, гострий катаральний і ерозивновиразковий дуоденіт; хронічний гастрит з частими загостреннями, хронічний гастродуоденіт з частими загостреннями, хронічний дуоденіт з частими загостреннями, виразкова хвороба шлунка у фазі стійкої ремісії, виразкова хвороба 12-палої кишки у фазі стійкої ремісії, холелітіаз, міжприступний період з нечастими приступами печінкової коліки, неускладненим перебігом, хронічний холецистит у фазі стійкої ремісії, хронічний холецистит у фазі

загострення, легка форма, дискінезія жовчних шляхів, хронічний панкреатит у фазі стійкої ремісії, з неускладненим перебігом, з частими загостреннями, без вираженого больового диспептичного синдрому, дисбактеріоз, легка форма, кандидоз травної системи, легка форма, ентеропатія кишкова, легка форма, ентерит хронічний, середньотяжка форма.

Нервові хвороби:

неврастенія, діенцефальний синдром, вегетативно-судинна форма, посттравматичний невроз, мігрень з частими приступами, вегетативно-судинні кризи, розлади сну, тремор, паркінсонізм, легкі форми, хвороба Рейно, ангіоневротична стадія, невралгія трийчастого нерва, хронічний розлад мозкового кровообігу, дисциркуляторна енцефалопатія, середньотяжка форма; залишкові явища після перенесеного гострого розладу мозкового кровообігу.

Хвороби вуха, горла та носа:

гострий катаральний середній отит, хвороба Мен'єра, хронічний гіпертрофічний риніт, локалізована форма; хронічний атрофічний риніт, фурункул носа з неускладненим перебігом, рецидивуючий фурункул носа, аденоїди I ст., без виражених розладів дихання, хронічний гіпертрофічний фарингіт, легка форма; хронічний атрофічний фарингіт, гострий гайморит, гіпертрофія піднебінних мигдаликів, вторинний гострий тонзиліт, ангіна Симановського-Плаута-Венсана.

Хвороби та травми ока та додаткового апарату ока:

амбліопія, астенопія, хронічний рецидивуючий блефарит, кератит, включаючи тяжкі форми, міопія, гіперметропія, пресбіопія.

Хвороби нирок та сечових шляхів:

гострий пієлонефрит, легка та середньотяжка форма, неускладнений перебіг; хронічний пієлонефрит у фазі ремісії, гострий гломерулонефрит, неускладнений перебіг; спадкові нефропатії, неускладнений перебіг; нефропатія вагітних I ст., контроль за станом хворих з ХНН, контроль за станом хворих після трансплантації нирки.

Хвороби залоз внутрішньої секреції та розлади обміну речовин:

цукровий діабет інсулінонезалежний, цукровий діабет інсуліноза-лежний, тяжкі форми; усі випадки вперше виявленого діабету, адипо-зогенітальна дистрофія, акромегалія, хвороба Іценка-Кушинга, синдром Іценка-Кушинга, нецукровий діабет, тиреоїдити, гіпотиреоз, вузликочий зоб, дифузний зоб, гіпопаратиріоз, гіперпаратиріоз, гіпота-ламогіпофізарна недостатність, патологія росту, розлад статевої диференціації, пухлини залоз внутрішньої секреції, ендокринно-конституційне ожиріння III-IV ст.

Психічні розлади та хвороби:

синдроми ослаблення психічної діяльності: астеничний синдром, психоорганічний синдром, легка форма, іпохондричний синдром, легка форма, obsесивний синдром, масковані депресії при соматичних хворобах, інволюційна меланхолія, хвороба Піка, хвороба Альцгеймера, неврастенія.

Хвороби та пошкодження шкіри:

мікози стоп та кистей (легкі форми), демодекоз, гніздова алопеція, юнацькі вугри, пахова епідермофітія, обмежений нейродерміт (легкі форми), псоріаз (локалізована форма, стаціонарна стадія), еритразма, лишай рожевий, екзема, гіпертрихоз, алопеція, кератоз старечий, розацеа, келоїдні вугрі, гнійний гідраденіт, вітиліго, простий контактний дерматит II-III ст., червоний дерматоз, себорейна пухирчатка, себорея, іхтіоз, пухлини шкіри, туберкульоз шкіри, піодермії, ускладнений перебіг; генералізовані форми, карбункули, флегмони, абсцеси, токсична еритема, опіки шкіри I-II ст., понад 5% поверхні тіла; опіки шкіри III-IV ст., імпетиго ускладнене, бешиха (бульозна форма, рецидивуюча, гангренозна, абсцедуюча форма), пахова епідермофітія, мікроспорія, трихофітія, оперізуючий лишай, тяжка форма, бородавки, поліформна ексудативна еритема, гострокінцеві кондиломи, лепра, фавус, нейродерміт, відмороження II-IV ст.

Інфекційні хвороби:

інфекційний мононуклеоз, легіонельоз (виключаючи тяжкі та ускладнені форми), епідемічний паротит (виключаючи тяжкі та ускладнені форми), кір (виключаючи тяжкі та ускладнені форми), скарлатина (виключаючи тяжкі та ускладнені форми), дизентерія (виключаючи тяжкі форми), ієрсиноз (виключаючи тяжкі генералізовані форми), сальмонельоз (виключаючи тяжкий перебіг, ускладнені генералізовані форми), бешиха, катаральні, неускладнені форми; вірусний гепатит, період реконвалесценції, лямбліоз.

Хвороби зубів і порожнини рота:

гострий виразково-некротичний стоматит, хронічний виразково-некротичний стоматит, хронічний гінгівіт, гіперестезія зубів.

Д и т я ч і х в о р о б и

Хвороби та патологічні синдроми новонароджених:

попрілість, амніотичний пупок, пітниця, склерема, везикулопустульоз, пліснявка, синдром зригування та блювоти у дітей до 1,5-2 міс, аерофагія, фізіологічна стравохідно-шлункова недостатність.

Хвороби та патологічні синдроми у дітей грудного та старшого віку:

рахіт, рахітоподібний синдром, дистрофія, гіпервітаміноз Д, хронічна інтоксикація; алергічний трахеїт, алергічний бронхіт, бронхіальна астма, неускладнений перебіг; залізодефіцитна анемія, легка та середньотяжка форма; дискінезія жовчовивідних шляхів, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки у фазі стійкої ремісії, алергічний діатез, спазмофілія, природжені вади розвитку, що не потребують хірургічної корекції, віраж туберкулінових проб, анорексія неврогенна, геморагічний васкуліт I ст. активності, легка форма.

Хвороби суглобів і сполучної тканини:

псоріатичний артрит у фазі ремісії, хвороба Деркума, анкілозуючий спонділоартрит у фазі ремісії.

Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду та гінекологічні захворювання:

альгодисменорія, гіпогалактія, лактостаз, ерозія шийки матки.

Хвороби, симптоми та синдроми, які потребують спільної участі ЛЗП/СЛ та лікарів «вузьких» спеціальностей у здійсненні профілактики і діагностики, лікування, реабілітації хворих та диспансерному нагляді за ними

Хвороби органів дихання:

стан після перенесеного гострого абсцесу легенів, стан після оперативного лікування з приводу гнійних хвороб легенів, хронічний обструктивний бронхіт, бронхіальна астма (тяжка форма, включаючи гормонозалежні форми), ексудативний плеврит, хронічна постемболічна легенева гіпертензія, бронхолітаз, муковісцидоз, амілоїдоз, ателектаз легенів, легеневе серце, професійні хвороби легенів, діафрагма-льна грижа, ураження легенів при хворобах інших органів і систем, мікози легенів, кандидоз легенів, альвеоліт, альвеолярний легеневий протейноз, легеневий альвеолярний мікролітаз, первинний бронхоле-геновий амілоїдоз.

Хвороби системи кровообігу:

вторинна артеріальна гіпертензія, гіпертонічна хвороба II-III ст., синусова тахікардія, синусова брадикардія, ектопічні ритми, часті ранні групові і політопні екстрасистоли, міокардіодистрофія.

Хвороби шлунково-кишкового тракту:

ахалазія кардії, тяжка форма, неускладнений перебіг; гострий езофагіт, тяжка форма (включаючи корозивний езофагіт), хронічний атрофічний

гастрит, хронічний поліпозний гастрит, хвороба Менетріє, хронічний геморагічний гастрит, виразкова хвороба шлунка з частими загостреннями, виразкова хвороба 12-палої кишки з частими загостреннями, післягастректемічний синдром, холелітіаз з частими приступами печінкової коліки, післяхолецистектомічний синдром, середньотяжка форма, хронічний панкреатит з частими загостреннями, прогресуючий перебіг, хронічний персистуючий гепатит у фазі ремісії, цироз печінки у фазі компенсації, дисбактеріоз, середньотяжка та тяжка форма, хвороба Уїпла, ішемічний коліт у фазі ремісії, рак шлунка, стравоходу, печінки та жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, товстої кишки, неоперабельні стадії, паліативне лікування, післяопераційний перебіг; амілоїдоз з ураженням органів травлення, гастро-кардіальний синдром, гепатолентикулярна дегенерація, гепатолієнальний синдром, дивертикульоз, спайкова хвороба.

Нервові хвороби:

нарколепсія, транзиторні розлади мозкового кровообігу, розсіяний склероз, початкова стадія; дисциркуляторна енцефалопатія, середньо-тяжка форма, дієнцефальний синдром, нейроендокринна форма; хвороба Альцгеймера, дитячий церебральний параліч, середньотяжка форма, вібраційна хвороба, середньотяжка форма; спадкова атаксія Фрідрейха, нейроревматизм, оперізуючий лишай, тяжка форма, неврологічні прояви остеохондрозу хребта, плексити і плексалгії, прогресуюча м'язова дистрофія, доброякісний варіант.

Хвороби вуха, горла та носа:

отомікоз, алергічний риніт, вазомоторний риніт, поліпи носа, фарингомікоз.

Хвороби та травми ока та придаткового апарату ока:

атрофія зорового нерва, склерит, епісклерит, хронічний іридоцикліт, катаракта, екзофтальм.

Хвороби зубів і порожнини рота:

кандидоз порожнини рота, молочниця, карієс зубів, пародонтит, пародонтоз, ксеростомія, катаральний глосит, глосалгія, симптоматичні ураження слизової оболонки рота і язика.

Хвороби нирок та сечових шляхів:

амілоїдоз, гострий пієлонефрит, тяжкий перебіг, ускладнений перебіг, рецидивуючий перебіг, підозра на обструкцію сечових шляхів, генералізація процесу, хронічний пієлонефрит, у фазі загострення з прогресуючою ХНН; хронічний гломерулонефрит, стан після перенесеного гострого гломерулонефриту, нефроптоз, полікістоз нирок, неускладнений перебіг;

нетримання сечі, аномалії нирок та сечовивідних шляхів, латентний перебіг; гідронефроз, стан після оперативного втручання; стан після оперативного лікування з приводу пухлини нирок, стан після оперативного лікування з приводу аденоми передміхурової залози, хронічний простатит.

Хвороби залоз внутрішньої секреції та розлади обміну речовин:

цукровий діабет інсулінонезалежний, цукровий діабет інсулінозалежний, легкі форми, середньотяжкі форми; тиреотоксикоз I-II ст., ендогенно-конституційне ожиріння III-IV ст., хвороба Іценка-Кушинга, стиноремісія, гепоталамо-гіпофізарна недостатність, гіпотиреоз.

Психічні розлади та хвороби:

амнестичний синдром, маніакально-депресивний психоз, міжприс-тупний період; шизофренія, фаза ремісії; психічні розлади при судинних захворюваннях головного мозку, психічні розлади при ендокринних хворобах, гострі симптоматичні психози при інфекційних і соматичних хворобах, епілепсія без психотичних станів.

Хвороби та пошкодження шкіри:

себорейна алопеція, симптоматична алопеція, atopічний дерматит, простий контактний дерматит I ст., хронічна рецидивуюча кропив'янка, екзема, герпетиформний дерматит Дюринга, пухирчатка (період ремісії), мастоцитоз.

Інфекційні хвороби:

анкілостомідоз, гіменолепідоз, дифілоботріоз, патологічні реакції на щеплення.

Хвороби суглобів та сполучної тканини:

деформуючий остеоартроз, хвороба Рейтера, хвороба Такаясу, синдром Шегрена.

Д и т я ч і х в о р о б и

Хвороби та патологічні синдроми новонароджених:

склеродерма, ахалазія, природжений короткий стравохід, невротична блювота, халазія.

Хвороби та патологічні синдроми дітей грудного та старшого віку:

алкогольний синдром плода, рецидивуючий бронхіт, часті ГРВІ, хронічний бронхіт, гострий та хронічний гастродуоденіт з частими загостреннями, лімфатичний діатез, нервоваоартиричний діатез, ревматизм, тяжкі форми діатезів, спадкові і природжені нефропатії, інфекція сечовивідних шляхів, нефротичний синдром, амілоїдоз, гломеруло- та пієлонефрит, ниркова недостатність, тяжкі та ускладнені форми; гострі кишкові інфекції, кишковий

токсикоз із зневоднюванням, синдром імунологічної недостатності, спазмофілія, анемія, атаксія, судомний синдром, токсичний синдром, хронічна туберкульозна інтоксикація, віраж туберкулінових проб, туберкульоз, ексудативна ентеропатія.

Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду та гінекологічні захворювання:

ризик акушерської і перинатальної патології (вузький таз, імуноконфліктна вагітність, тяжкі форми ранніх та пізніх токсикозів вагітності, тяжкі форми екстрагенітальної патології у вагітних: вади серця, запальні гінекологічні захворювання, пухлини матки, придатків матки, хвороби нирок тощо, обтяжений акушерський анамнез: спонтанні аборти, мертвонародження, народження дітей з вадами розвитку, передчасні пологи, патологічні пологи, невиношування вагітності тощо, несприятливий спадковий анамнез, несприятливі соціально-побутові, виробничі та екологічні чинники), розлади менструального циклу, безпліддя, передпухлинні хвороби і новоутворення жіночих статевих органів, альгодисменорея, тяжка форма, адреногенітальний синдром, аменорея, блювота вагітних, тяжка форма, водянка вагітних, нефропатія.

Хвороби крові та кровотворних органів:

агранулоцитоз, анемії (залізодефіцитна, В12-дефіцитна, фолієводефіцитна, гіпопластична, гемолітична, тяжкі форми), гострі та хронічні лейкози, лімфолейкоз, мієломна хвороба, еритремія.

Хвороби, які потребують лікування та диспансерного нагляду лікарів «вузьких» спеціальностей

Хвороби органів дихання:

пухлини трахеї, хронічний абсцес легенів, гострий абсцес легенів, гангрена легенів, емпієма плеври, пухлини плеври, бронхоектатична хвороба, саркоїдоз, туберкульоз легенів, емфізема середостіння, гострий медіастиніт, хронічний медіастиніт, доброякісні пухлини легенів, пухлини та кісти середостіння, лімфогранулематоз, тромбоемболія легеневої артерії, рак легенів, лімфогранулематоз, пневмоторакс, паразитарні хвороби легенів, вади розвитку легенів та бронхів, аплазія, кістозна і некістозна гіпоплазія легенів, синдром Гудпасчера, хвороба Хаммана-Річа, гранульоматоз Вегенера, гістіоцитоз, лейоміоматоз легенів.

Хвороби системи кровообігу:

вторинні артеріальні гіпертензії, гіпертонічна хвороба III ст., ішемічна хвороба серця, нестабільна стенокардія напруження, прогресуюча стенокардія напруження, гострий інфаркт міокарда, постгенеративний кардіосклероз, аневризма аорти, аневризма серця, коарктація аорти; розлади ритму серця і провідності (часті приступи параксизмальної тахікардії, слабкість синусового вузла, миготлива аритмія, блокади серця), зміни на ЕКГ без клінічних ознак ураження системи кровообігу, міокардіодистрофія, міокардити, природжені і набуті вади серця, перикардит, пухлини серця, гостра серцева недостатність.

Хвороби органів травлення:

ахалазія кардії, тяжка форма, що потребує хірургічного лікування; гострий езофагіт, ускладнений перебіг; гострий корозивний езофагіт, гострий флегмонозний дуоденіт, гострий корозивний гастрит, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки у фазі загострення, холелітіаз, ускладнений перебіг; хронічний холецистит у фазі загострення, середньотяжка, тяжка форми; хронічний холецистит, ускладнений перебіг («відключений» жовчний міхур, перихолецистит, тяжкий панкреатит, емпієма жовчного міхура), гострий катаральний холецистит, гострий гнійний холецистит, післяхолецистекмічний синдром, тяжка форма; хронічний панкреатит, рецидивуючий перебіг, прогресуючий перебіг, ускладнений перебіг (кіста, абсцес, механічна жовтяниця, підозра на рак підшлункової залози), псевдотуморозна форма; піддіафрагмальний абсцес, гострий гепатит, гостра печінкова недостатність, хронічний активний гепатит, хронічний персистуючий гепатит у фазі загострення, цироз печінки в фазі декомпенсації, ускладнений перебіг; паразитарні хвороби печінки, гепатози; рак шлунка, стравоходу, печінки та жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, товстої кишки; карциноїдний синдром, дисбактеріоз, септична форма; кандидоз травної системи, тяжкі форми з ускладненим перебігом; ішемічний коліт, гангренозна, стриктурна форма, неспецифічний виразковий коліт, тяжка форма, з частими загостреннями; хронічний коліт, тяжка форма, інфекційні і паразитарні коліти, туберкульоз органів травлення, гострий ентерит, тяжка форма; кишкова ентеропатія, тяжка форма; *гострі хірургічні хвороби черевної порожнини:* гострі шлунково-кишкові кровотечі, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу, гострий апендицит, проривна шлунково-дуоденальна виразка, гостра кишкова непрохідність, защемлена грижа, гострий холецистит, гострий панкреатит, закриті травми живота, поранення живота; геморой, тяжкі та ускладнені форми, гострий парапроктит, випадіння прямої кишки.

Нервові хвороби:

менінгіт, енцефаліт, менінгоенцефаліт, менінгеальний синдром, арахноїдит, судинна аневризма головного мозку, церебральний інсульт, спінальний інсульт, транзиторна ішемічна атака, тяжка форма; паркінсонізм, тяжка форма; розсіяний склероз, прогресуючий перебіг; бічний аміотрофічний склероз, діенцефальний синдром, тяжка форма; ней-родистрофічний діенцефальний синдром, сірингомієлія, гідроцефалія, дитячий церебральний параліч, вібраційна хвороба, тяжка форма; закриті та відкриті травми головного та спинного мозку, посттравматична енцефалопатія, мігренозний статус, міастенія, торзійна дистонія, вроджена міотонія, сімейна спастична параплегія, доброякісна спіна-льна аміотрофія, амавротична ідіотія, прогресуюча м'язова дистрофія, злякисний варіант; нейрофіброматоз Реклінгаузена, цереброретинальний ангіоматоз, туберозний склероз, хвороба Стерджа-Вебера, хорея Гентингтона, полірадикулоневропатія Гійєнна-Баррі, нейросифіліс, поліомієліт, пухлини головного та спинного мозку, ехінококоз, епілепсія, радикулоневрит, полірадикулоневропати, поліневрити, епідурит, фунікулярний мієлоз, тяжка форма; післявакцинальні ураження нервової системи, енурез, гепатоцеребральний синдром.

Хвороби вуха, горла та носа:

гострий зовнішній отит, ускладнений перебіг (абсцедування); гострий гнійний середній отит, гострий антрит, хронічний гнійний середній отит, лабіринтит, гострий мастоїдит, кохлеарний неврит, отосклероз, нейросенсорна туговухість, риногенні та отогенні внутрішньочерепні та очноямкові ускладнення, отогенний сепсис, носова кровотеча (в разі неефективного лікування на первинному рівні), хронічний гіпертрофічний риніт, дифузна форма, викривлення носової перетинки, озена, ринофіма, аденоїди II-III ст., заглотковий абсцес, хронічний гіпертрофічний фарингіт, тяжка форма; гострий стенозуючий ларинготрахеїт, хронічний гайморит, гострий фронтит, хронічний фронтит, гострий етмоїдит, хронічний етмоїдит, гострий та хронічний сфеноїдит, набряк гортані, периходрит гортані, рубцевий стеноз гортані, склерома дихальних шляхів, туберкульоз гортані, папіломатоз гортані, парез гортані, сторонні тіла вуха, носа, глотки, гортані, трахеї, травми вуха, горла та носа, рак вуха, горла та носа, фіброма носоглотки.

Хвороби та травми ока та придаткового апарату ока:

халазіон, гострий та хронічний дакріоцистит, дакріоаденіт, кератит, неврит зорового нерва та зорових шляхів, гострий іридоцикліт, хоріоїдит, глаукома, непрохідність центральної артерії сітківки, непрохідність

центральної вени сітківки, птоз, відшарування сітківки, опіки очей, енд офтальміт, виразка рогівки, проникні і непроникні поранення очей, панофтальміт, поранення очного яблука, ретиніт, симпатична офтальмія, абсцес повіки, сторонні тіла кон'юнктиви та рогівки, флегмона очної ямки.

Хвороби нирок та сечостатевого органів:

лікарські та токсичні нефропатії, променевої нефрит, папіломи, поліпи сечового міхура, уретри, чоловічих статевих органів; нефропатія вагітних II-III ст. пухлини нирок, сечового міхура, аденома передміхурової залози, туберкульоз нирок, гострий простатит, варикоцеле яєчка та сім'яного канатика, крипторхізм, фімоз, парафімоз, чоловіче безпліддя.

Хвороби залоз внутрішньої секреції та розлади обміну речовин:

цукровий діабет інсулінозалежний, тяжкі форми, дифузний токсичний зоб у осіб похилого віку, гіпотиреоз у осіб похилого віку.

Психічні розлади і травми:

олігофренія, деменція, галюцинаторний синдром, галюцинаторно-параноїдний синдром, деперсоналізаційно-дереалізаційний синдром, маячний синдром, іпохондричне маячення, апатико-абулічний синдром, апатико-дисоціативний синдром, депресивно-параноїдний синдром, кататонічний ступор, психогенний ступор, синдром загальної прогресуючої амнезії, синдроми розладу свідомості, маніакально-депресивний психоз, епілепсія, інволюційна паранойя, стареча деменція, гострі симптоматичні психози з затяжним перебігом, тяжкі форми, психомоторне збудження, алкоголізм, гострі алкогольні психози, алкогольний делірій, гострий алкогольний галюциноз, гострий алкогольний параноїд, наркоманія, токсикоманія, гострі церебротравматичні психози, істерія, реактивні стани і психози, психопатія.

Хвороби та пошкодження шкіри:

карбункули, абсцеси, флегмони, мікози, контагіозний моллюск, простий контактний дерматит III ст., пемфігоїд, ексfolіативний дерматит, генералізований та дифузний псоріаз, парапсоріаз, пухирчатка, кератоз старечий, оперізуючий лишай з ускладненим перебігом; алопеція дифузна, вроджена алопеція, келоїдні вугри, гнійний гідраденіт, простий контактний дерматит II-III ст., себорея пухирчатка, іхтіоз, пухлини шкіри, піодермії (генералізовані ускладнені форми), токсична еритема, опіки шкіри II-IV ст., опіки шкіри I-II ст. (більше 5% поверхні шкіри), відмороження II-IV ст., бешиха (гангренозна, абсцедуюча, ре-цидивуюча форми, катаральна, ускладнена форми), мікроспорія, трихофітія, бородавки, гострокінцеві кондиломи, туберкульоз шкіри.

Інфекційні хвороби:

грип, токсична форма, тяжкий перебіг, ускладнений енцефалопатією, менингеальними явищами та іншими тяжкими ускладненнями; легіонельоз, пневмонічна форма, тяжкий перебіг; менингококова інфекція; поліомієліт, кліщовий енцефаліт, епідемічний паротит, тяжкі та ускладнені форми; кір, тяжкі та ускладнені форми; скарлатина, тяжкі, гіпертоксичні форми; черевний тиф, ботулізм, дизентерія, тяжка форма, ієрсиноз, генералізована форма (септична або септикопіємічна), сальмонельоз, тяжкий перебіг, ускладнені, генералізовані форми; холера, малярія, токсоплазмоз, висипний тиф, сказ, правець, бешиха, ре-цидивуючий перебіг; бульозна, бульозно-геморагічна, гангренозна, абсцедуюча форми; гострий вірусний гепатит, лептоспіроз, амебіаз, балантідіаз, бруцельоз, кампілобактеріоздуляремія, сибірка, сап, ящур, альвеококоз, аскаридоз, опісторхоз, теніоз, теніаринхоз, трихінельоз, трихоцефальоз, фасциольоз, цистицеркоз, ехінококоз, геморагічна лихоманка, герпетична інфекція новонароджених, вісцеральна форма, генітальний герпес, герпетична інфекція очей, герпетичні енцефаліти; СНІД, патологічні реакції на щеплення.

Хвороби зубів і порожнини рота:

порушення розвитку та прорізування зубів, карієс зубів, надмірне стирання зубів, гострий гіпертрофічний гінгівіт, гострий виразковий гінгівіт, гнійний глосит, гострий пульпіт, хронічний пульпіт, некроз пульпи, періапикальний абсцес, гострий періодонтит, хронічний періодонтит, аномалії прикусу та інші щелепно-лицьові аномалії, лімфаденіт щелепно-лицьової ділянки, ушкодження зубів, кісти порожнини рота, гострий періостит щелеп, хронічний періостит щелеп, гострий остеомієліт, хронічний остеомієліт щелеп, хвороби слинних залоз, лейкоплакія, пухлини губи, слизової оболонки рота, язика, щелепно-лицьової ділянки, дефекти зубів та зубного ряду, анкілоз скроне-нижньощелепного суглоба, звичайний вивих скроне-нижньощелепного суглоба, гострий зубний біль, переломи зубів, щелеп, абсцес, флегмона навколощелепної ділянки, кровотеча після екстракції зубів, зубний камінь.

Д и т я ч і х в о р о б и

Хвороби та патологічні синдроми новонароджених:

внутрішньоутробні інфекції, герпес простий, лістеріоз, мікоплазмоз, токсоплазмоз, цитомегалія, сифіліс, гемолітична хвороба новонароджених, геморагічна хвороба новонароджених, респіраторний дистрес-синдром новонароджених, грижа пупкового канатика, мастит новонароджених, омфаліт, сепсис, стрептодермія, пухирчатка, флегмона новонароджених, ексфоліативний

дерматит Риттера, пологова травма головного мозку, гострий період та ранній відновлювальний період; пологова травма м'яких тканин і кісток, кефалогематома, переломи ключиці, пілороспазм, пілоростеноз, природжений гепатит.

Хвороби та патологічні синдроми у дітей грудного та старшого віку:

адреногенітальний синдром, акродерматит ентеропатичний, диспепсія проста, тяжка форма; гостра Д-вітамінна інтоксикація, гострий алергічний ларингіт, бронхіальна астма, тяжка форма з частими приступами, ускладнений перебіг; астматичний статус, залізодефіцитна анемія, тяжка форма; гострий обструктивний бронхіт, гострий бронхіоліт, синдром нейротоксикозу, гостра пневмонія, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки; хронічний холецистит з вираженим больовим, диспептичним та інтоксикаційним синдромом, у фазі загострення, тяжкі та ускладнені форми; синдром мальабсорбції, тяжка форма; ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, дерматоміозит, склеродермія, синдром імунологічної недостатності, синдром набутого імунодефіциту, геморагічний васкуліт Піст, активності, тяжка форма; гемофілія, хондродистрофія, хвороба Дауна, гіпофізарний нанізм, нецукровий діабет, судомний синдром, токсикоз з ексикозом, нейротоксикоз, ексудативна ентеропатія, міокардит, ревматизм.

Хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини:

подагра, рецидивуючий перебіг, гострий подагричний артрит; псоріатичний артрит, ревматоїдний артрит, тяжкий перебіг, що потребує хірургічного лікування; ревматизм, системний червоний вовчак, гранулематоз Вегенера, дерматоміозит, склеродермія, вузликовий періар-теріт, анкілозуючий спонділоартрит, облітеруючий тромбангіїт, хвороба Бехчета, синдром Стівенса-Джонсона, синдром Шегрена.

Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду та гінекологічні захворювання:

позаматкова вагітність, багатоплідна вагітність, загроза переривання вагітності, загроза асфіксії плода, аномалії положення плода, переносування вагітності, передчасне відшаровування нормально розташованої плаценти, передчасне відходження навколоплідних вод, випадіння пуповини та дрібних частин плода, підозра на розрив матки, післяпологові ускладнення, загроза передчасних пологів, передчасні пологи, гнійний мастит, аномалії пологової діяльності, патологічні пологи, акушерські кровотечі, безпліддя, туберкульоз жіночих статевих органів, гострі запальні хвороби жіночих статевих органів, хронічні запальні хвороби жіночих статевих органів у фазі загострення, тяжкі та ускладнені форми, опущення матки і піхви, випадіння матки та піхви,

гострий параметрит, гострий метроендометрит, пельвеоперитоніт, ендометриоз, перекручування ніжки кістоми, передпухлинні хвороби і новоутворення жіночих статевих органів, альгодисменорея, тяжка форма, адреногенітальний синдром, аменорея, аборт, що не відбувся, штучний аборт, загроза переривання вагітності, самовільний аборт, загроза асфіксії плода, аномалії положення плода, поліпи шийки і тіла матки, пухирний занос, травми жіночих статевих органів, блювота вагітних, тяжка форма, водянка вагітних, нефропатія, предеклампися, еклампсія, маткова кровотеча.

Хвороби системи крові:

агранулоцитоз, анемії (залізодефіцитна, вітамін В12-дефіцитна, гемолітична, апластична), гострі та хронічні лейкози, лімфолейкоз, лімфогранульоматоз, еритремія, мієломна хвороба, спадкові нейтропенії і аномалії лейкоцитів, порфірії, спадкові та набуті коагулопатії, тромбоцитопенія, гемофілія, геморагічний васкуліт, гемангіома, мієлофіб-роз, остеомієлофіброз, хвороба Вальденстрема, спадкова геморагічна телеангіоектазія, злюкисні лімфоми, променева хвороба, гемолітична хвороба новонароджених, синдром дисемінованого внутрішнього судинного згортання.

Невідкладні стани, при яких має надавати екстрену медичну допомогу ЛЗП/СЛ

Раптова смерть, в т.ч. синдром раптової смерті.

Клінічна смерть: зупинка серця, зупинка дихання, всі види шоку [анафілактичний, кардіогенний, аритмічний, травматичний, гіповолемічний, інфекційно-токсичний], гостра дихальна недостатність, гостра серцева недостатність, набряковий синдром новонародженого, стеноз гортані, напад бронхіальної астми, астматичний статус, пневмоторакс, гіпертензивний криз, гіпотензивний криз, гострі розлади ритму і провідності, приступ стенокардії, ангінозний статус, гострий інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, мозковий інсульт, «гострий живіт», печінкова коліка, гостра печінкова недостатність, гостра ниркова недостатність, гостра затримка сечі, ниркова коліка, всі види ком, епілептичний статус, алкогольний делірій, гострі психози, гострі алергози, гіпертермічний синдром, прееклампсія, еклампсія, нейротоксикоз, менінгококцемія, судоми, гостра надниркова недостатність, синдром дегідратації, тиреотоксичний криз, отруєння, травми, патологія вагітності та пологів, струс головного мозку, забій та стиснення головного мозку, гостра крововтрата, кровотечі, ураження електричним струмом, блискавкою, опіки і відмороження, укуси комах і тварин.

Хвороби, симптоми та синдроми, які потребують екстреної або планової госпіталізації хворих (після надання ЛЗП/СЛ необхідної медичної допомоги на догоспітальному етапі)

Хвороби органів дихання

За екстреними показаннями: гостра вогнищева пневмонія, тяжка або ускладнена форма, гостра вогнищева пневмонія у мешканців гуртожитків, самотніх осіб старших вікових груп, інвалідів; гостра пневмонія, гострий /хронічний обструктивний бронхіт (тяжка або ускладнена форма), гострий бронхіоліт, плеврит (сухий, ексудативний), вперше виниклий приступ бронхіальної астми, астматичний статус, пневмоторакс, легенева кровотеча, гостра дихальна недостатність, гостре легеневе серце.

За плановими показаннями: гострий бронхіт, затягнутий перебіг; рецидивуючий бронхіт, хронічний бронхіт з частими загостреннями, бронхіальна астма (тяжкий перебіг з частими приступами), хронічна пневмонія з частими загостреннями; хронічне легеневе серце у фазі декомпенсації.

Хвороби системи кровообігу

За екстреними показаннями: розшаровуюча аневризма аорти, вперше виниклі гострі розлади ритму та провідності, незалежно від результатів лікування; часті ранні, політопні екстрасистоли, групові шлуночкові екстрасистоли; приступ параксизмальної шлуночкової тахікардії, приступ параксизмальної надшлуночкової тахікардії в разі неефективної терапії; ектопічні ритми, гостра серцева недостатність; раптова зупинка кровообігу, гіпертонічний криз, що вперше виник, з клінічними ознаками коронарної недостатності та недостатності кровообігу або ЕКГ-ознаками коронарної недостатності; затягнутий приступ стенокардії, нестабільна стенокардія, гострий інфаркт міокарда, набряк легенів, тромбоемболія легеневої артерії, гострий міокардит, тяжкий перебіг; ідіопатичний міокардит, гострий ендокардит, гострий тромбофлебіт, глибоких вен, гострий тромбофлебіт поверхневих вен кінцівок, розрив варикозного вузла з кровотечею, гострий тромбоз і емболія магістральних судин, облітеруючий тромбангіт, облітеруючий ендартеріт, тромбоз гемороїдальних вузлів.

За плановими показаннями: гіпертонічна хвороба II-III ст., кризовий перебіг, тяжка форма; хронічна ішемічна хвороба серця з частими приступами стенокардії; хронічна коронарна недостатність II-III ФК, варикозне розширення вен кінцівок, хронічна венозна недостатність, тяжка форма.

Хвороби шлунково-кишкового тракту

За екстремими показаннями: гострий апендицит, гострий холецистит, гострий панкреатит, защемлена грижа, кишкова інвагінація, гостра кишкова непрохідність, шлунково-кишкова кровотеча, проривна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, «гострий живіт», гострий перитоніт, гострий корозивний гастрит, корозивний езофагіт, ішемічний коліт, гангренозна форма, гостра печінкова недостатність, гострий токсичний гепатит.

За плановими показаннями: гострий гастрит у фазі загострення, тяжка форма; хронічний гастрит у фазі ремісії (превентивне лікування), виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у фазі загострення, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у фазі ремісії (превентивне лікування), хронічний дуоденіт у фазі загострення, тяжка форма, хронічний дуоденіт у фазі ремісії (превентивне лікування), хронічний панкреатит у фазі загострення, тяжка форма, хронічний калькульозний холецистит у фазі загострення, хронічний персистуючий та агресивний гепатит у фазі загострення, кишковий дисбактеріоз, тяжка форма; хронічний коліт у фазі загострення, тяжка форма.

Хвороби нервової системи

За екстремими показаннями: гострі розлади мозкового кровообігу, транзиторна ішемічна атака, гострий інсульт, дисциркуляторна енцефалопатія (тяжка форма), гострий менінгіт, гострий енцефаліт, гострий мієліт, гострий параліч Ландрі-Гійєна-Баррі, неврит лицьового нерва, невралгія трійчатого нерва з вираженим больовим синдромом; полірадикулопатії з вираженим больовим синдромом, коматозні стани, абсцес мозку, закрита черепномозкова травма, струс головного мозку, епілептичний статус, міастенічний криз.

За плановими показаннями: хронічна недостатність мозкового кровообігу, розсіяний склероз, сірингомієлія, міастенія (тяжкі форми), посттравматична енцефалопатія (тяжка форма), дитячий церебральний параліч, неврологічні прояви остеохондрозу хребта (тяжкі форми).

Хвороби та травми вуха, горла та носа

За екстремими показаннями: гострий зовнішній отит, тяжка форма; гострий гнійний середній отит; гострий кохлеарний неврит, гострий лабіринтит, гострий мастоїдит, отогенні внутрішньочерепні ускладнення (гнійний менінгіт, абсцес мозку, отогенний сепсис), носова кровотеча в разі неефективної терапії, гострий синуїт, заглотковий абсцес, парантозилярний абсцес, гортанна ангіна, гострий стеноз гортані, пери-хондрит гортані, сторонні тіла вуха, горла та носа, травми носа, додаткових пазух, глотки, гортані.

За плановими показаннями: аденоїди II-III ст., поліпи носа, потравматична гематома носової перетинки, постравматичне викривлення носової перетинки, хронічний кохлеарний неврит, хронічний гнійний середній отит, отогематома, отосклероз, хронічний декомпенсований тонзиліт, флегмозна ангіна, тяжка форма; папіломатоз гортані.

Хвороби та травми ока та додаткового апарату

За екстреними показаннями: абсцес, флегмона повіки, орбіти, дакриоденіт гострий, дакриоцистит гострий, гострий кератит, виразка рогівки, гострий ірит, гострий іридоцикліт, пульсуючий екзофтальм, тромбофлебіт орбітальних вен, травма очного яблука, контузія очного яблука, термічні, хімічні опіки, ендодетальміт, панодетальміт, поранення орбіти, непроникні, проникні поранення рогівки, проникні поранення склери, виразка рогівки повзуча, відшарування сітківки, гострий ретиніт, неврит зорового нерва.

За плановими показаннями: атрофія зорового нерва, прогресуюча міопія, прогресуюча глаукома, природжена глаукома, хронічний ірит, протирецидивне лікування, хронічний перебіг у фазі загострення, неврит зорового нерва.

Хвороби нирок та сечостатевої системи

За екстреними показаннями: гостра ниркова недостатність, гематурія, гостра затримка сечі, гострий пієлонефрит, приступ ниркової коліки, що не купірується, паранефрит, гідронефроз, гострий гломерулонефрит, пієлонефроз або підозра на абсцес нирки, обструкція сечових шляхів, абсцес передміхурової залози, гострий орхіт, гострий епідидиміт, парафімоз, перекрут яєчка, пріапізм, флегмона мошонки, сторонні тіла уретри і сечового міхура, травми сечового міхура, уретри сечоводу, мошонки, нирок.

За плановими показаннями: підгострий гломерулонефрит злоякісний перебіг, хронічний пієлонефрит у фазі загострення, тяжка форма; хронічний пієлонефрит, превентивне лікування, туберкульоз нирок, хронічна ниркова недостатність, превентивне лікування.

Хвороби залоз внутрішньої секреції та розлади обміну речовин

За екстреними показаннями: діабетична кома, гіпоглікемічний стан, тиреотоксичний криз, гостра надниркова недостатність.

За плановими показаннями: цукровий діабет у вагітних в критичні періоди: 8-Ю, 36-38 тижнів, цукровий діабет у фазі декомпенсації, діабетична ангіопатія, тяжка форма; усі випадки вперше виявленого цукрового діабету, хронічний алкоголізм, стійкі невротичні стани в разі неефективної амбулаторної терапії, пресенільні і сенільні психози в разі неефективної терапії, токсикоманія і наркоманія.

Психічні розлади та хвороби

За екстреними показаннями: гострі психотичні стани, в т.ч. зі схильністю до агресії, систематизоване іпохондричне маячення, депресивний стан з суїцидальними тенденціями, маніакальні стани зі схильністю до агресії і порушення громадського порядку, психомоторне збудження, абстинентний синдром, тяжка форма; реактивні психози, гострі галюцинації, сутінкові стани, деліріозні розлади і стани; суїцидні спроби, істеричні стани, в разі неефективної терапії.

За плановими показаннями: хронічний алкоголізм, стійкі невротичні стани в разі неефективної амбулаторної терапії, пресенільні і сенільні психози, в разі неефективної терапії, токсикоманія і наркоманія.

Хвороби та пошкодження шкіри

За екстреними показаннями: абсцес шкіри обличчя, особливо носа, верхньої губи, носогубної складки, пухирчатка, набряк Квінке зі стенозом гортані, багатоформна бульозна еритема, токсичний епідермальний некроліз Лайєлла, токсична еритема, токсикодермія середньо-тяжка і тяжка форми, гідраденіт, генералізована форма; імпетиго з ускладненим перебігом, дисемінацією процесу; оперізуючий лишай з ускладненим перебігом, вираженим больовим синдромом; поліморфна ексудативна еритема, тяжка форма.

За плановими показаннями: вузликовий періартеріт, тяжка форма; хронічний кандидомікоз з генералізованим перебігом; мікроспорія, трихофітія, фавус, псоріаз, тяжка форма, екзема, тяжка форма; епідермофітія, тяжка форма; хронічна вузлувата еритема.

Інфекційні хвороби

За екстреними показаннями: гострі респіраторні вірусні інфекції, грип, тяжкі та ускладнені форми; хворі на грип - за медико-соціальними та епідеміологічними показаннями (діти молодшого віку, самотні особи старших вікових груп, мешканці гуртожитків), гострий тонзиліт, тяжка форма, інфекційний мононуклеоз, тяжка форма; легіонельоз, тяжка форма, пульмональна форма; черевний тиф або підозра на нього; хворі з лихоманкою нез'ясованого генезу протягом 5 днів на територіях з підвищеною захворюваністю на черевний тиф, ботулізм, дизентерію, тяжку форму, а також хворі на дизентерію за медико-соціальними та епідеміологічними показаннями (діти молодшого віку, самотні особи старших вікових груп, мешканці гуртожитків, члени закритих колективів, працівники закладів громадського харчування), сальмонельоз, тяжкі, ускладнені, генералізовані форми, а також – за медико-соціальними та епідеміологічними показаннями (діти молодшого віку, самотні особи старших вікових груп, мешканці гуртожитків, члени закритих

колективів, працівники закладів громадського харчування); гострий гастроентероколіт, тяжка форма, а також хворі за медико-соціальними показаннями (діти молодшого віку, самотні особи старших вікових груп, мешканці гуртожитків); ієрсиноз, тяжкі і ускладнені та генералізовані форми, кір, краснуха, епідемічний паротит, вітряна віспа, скарлатина, тяжкі та ускладнені форми; правець, малярія, сказ або підозра на нього, бешиха, тяжкі та ускладнені форми, токсоплазмоз, гострий перебіг, вірусний гепатит А, тяжка та ускладнена форма, вірусний гепатит В, С, Д, Е, лептоспіроз.

За плановими показаннями: токсоплазмоз, хронічний перебіг.

Хвороби зубів і порожнини рота, травми щелепно-лицьової ділянки

За екстреними показаннями: гострий одонтогенний періостит, остеомієліт щелеп, перелом щелеп, вивихи нижньої щелепи, флегмона щелепно-лицьової ділянки, абсцес навколощелепний.

Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду та гінекологічні захворювання:

За екстреними показаннями: токсикози вагітних: блювота вагітних II-III ст., нефропатія II-III ст., прееклампсія, еклампсія; енцефалопатія Верніке, передлежання плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, передчасне відходження навколоплідних вод, випадіння пуповини та дрібних частин плода, розрив матки або підозра на розрив матки; позаматкова вагітність, пухирний занос, загроза переривання вагітності або передчасних пологів, аборт в ході, передчасні пологи, гнійний мастит; апоплексія яєчника, гострий бартолініт (ускладнений перебіг), дисфункціональна маткова кровотеча, гострий аднексит, випадіння матки, піхви, гострий периметрит, гострий метроендометрит, пельвеоперитоніт, перекручування ніжки кісти, травма статевих органів.

За плановими показаннями: вагітні з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (звичайний викидень, передчасні пологи, мертвонародження, вади розвитку тощо) у критичні періоди, екстрагенітальні хвороби у вагітних (тяжкі та середньотяжкі форми): артеріальна гіпертензія, гіпертонічна хвороба, ревматизм, вади серця, анемія, інфекція сечовивідних шляхів, гломерулонефрит, виразкова хвороба, хронічний холецистит, хронічний панкреатит.

Зазначену схему доповнено переліком спеціальних знань і навиків, якими має володіти ЛЗП/СЛ, та обсягом невідкладної допомоги за «окремими профілями, яку ЛЗП/СЛ зобов'язаний надавати [34].

Перелік посилань

1. Панорама охорони здоров'я населення України / [під заг. ред. А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка]. – К., 2003 р. – 152 с.
2. Дедова Н. Г. Развитие нетрадиционных форм стационарной медицинской помощи населению Российской Федерации / Н. Г. Дедов // Развитие стационарной медицинской помощи в период реформы здравоохранения в России : сб. научн. тр. – М., 1996. – С. 124.
3. Енциклопедія сімейного лікаря / Під ред. А. С. Єфімова, в 2-х кн. – К. : Здоров'я, 1995. – Кн. 1. – 544 с. ; Кн. 2. – 672 с.
4. Концепція реформування системи охорони здоров'я України. – К., 1997. – 15 с.
5. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України // Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000. – Київ : Орієнтир, 2000. – С. 5–8.
 - i. Алма-Атинская декларация // Всеобщее право на здоровье и его реализация в различных странах мира / Под ред. Д. Д. Венедиктова. – М. : Медицина, 1981. – С. 257–267.
- 6.
7. Москаленко В. Ф. Охорона здоров'я України напередодні 10-річчя незалежності України / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2001. – №2. – С. 4–8.
8. Москаленко В. Ф. Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні / В. Ф. Москаленко // Мат. I Українського з'їзду сімейних лікарів, м. Львів, 7–9 листоп. 2001 р. – Львів, 2001. – С. 7.
9. Мулька О. Довідник сімейного лікаря / О. Мулька. – Л. : Мед. газета України, 1997. – 181 с.
10. Немедикаментозне лікування внутрішніх хвороб / Під ред. Є. М. Кейка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 270 с.
11. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За заг. ред. проф. В. М. Пономаренка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 310 с.
12. Поляков И. В. Проблемы семейной (общеврачебной) практики / И. В. Поляков, Т. М. Зеленская // Здравоохр. Рос. Федерации. – 2001. – №1. – С. 24–26.
13. Пономаренко В. М. Наукове обґрунтування реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Мат. I Українського з'їзду сімейних лікарів, м. Львів, 7–9 листоп. 2001 р. – Львів, 2001. – С. 14–16.
14. Пономаренко В. М. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, В. І. Євсєєв // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С. 57–61.
15. Пономаренко В. М. Концепція реформування ПМСД / В. М. Пономаренко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 67–73.
16. Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики / Под ред. акад. РАМН И. Н. Денисова. – М. : ГЭОТАРМЕД, – 2001. – 719 с.
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2001 р. №72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини».
18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.09.2000 р. №214 «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини».

19. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я».
20. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини: інструктивно-методичні матеріали для сімейних лікарів / За заг. ред. проф. В. М. Пономаренка. – Київ, 2001. – 186 с.
21. Салтман Р. Б. Организация службы ПМСП в Европейских странах / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас // Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. – М., 2000. – С. 347–355.
22. Семейная медицина. Руководство в 2-х т. – Самара : Изд-во Дом печати, 1994. – Т. 1. – 384 с.; – Т. 2. – 768 с.
23. Симбирцев С. А. Общая врачебная практика (семейная медицина) / С. А. Симбирцев // Организация акушерско-гинекологической помощи. – СПб : МАПО ; «ЛИГА», 1996. – С. 141–145.
24. Хартия по общей практике / семейной медицине в странах Европы // Медицина. – 1997. – №3. – С. 13–16.
25. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. – Copenhagen : Reg. Off Eur., 1999. – 224 p.
26. Taylor R. B. Family medicine: Principles and practices. 4th edition. – New York etc. : Springer, 1994. – 1092 p.
27. Vanselow N. I. Primary care and the specialist // JAMA. – 1998. – Vol.279, №17. – P. 1394–1395.
28. Весельський В. Л. Досвід діяльності лікарів загальної (сімейної) практики зарубіжних країн та його роль в реструктуризації системи амбулаторно-поліклінічної допомоги в Україні / В. Л. Весельський, В. В. Рудень // Практ. медицина. – 1999. – №2. – С. 10–13.
29. Галієнко Л. І. Характеристика основних особливостей реформи ПМСД в нових незалежних державах / Л. І. Галієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – №1. – С. 95–101.
30. Организация общей врачебной практики / Галкин Р. А. [и др.] – Самара : Дом печати, 1997. – 281 с.
31. Григор'єв П. Я. Хвороби органів травлення / П. Я. Григор'єв, С. М. Стародуб. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 582 с.
32. Гройсман В. А. Современные технологии управления лечебно-профилактическим учреждением / В. А. Гройсман. – Тольятти, 2000. – 472 с.
33. Ціборовський О. М. Реформування охорони здоров'я – це вдосконалення системи для збереження і зміцнення здоров'я народу, підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги в сучасних умовах / О. М. Ціборовський // Ліки України. – 2002. — №2(55). – С. 10–11.
34. Ціборовський О. М. Основні тенденції реформування системи медичної допомоги в економічно розвинених зарубіжних країнах / О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – №1. – С. 40–44.
35. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, Ю. А. Хунов, Л. І. Галієнко ; [за заг. ред. д.м.н., проф. В. М. Пономаренко]. – Київ-Луганськ : ВАТ «ЛЮД», 2003. – 83 с.

7. ЕКОНОМІКА ПМСД

Однією з ключових проблем розвитку галузі охорони здоров'я в сучасних умовах є усунення структурних диспропорцій в системі організації медичної допомоги.

Система охорони здоров'я продовжує фінансуватися за залишковим принципом, але діє – по затратному [1]. Все це спонукає до необхідності пошуку економічно вигідних та високоефективних організаційних технологій. Досвід багатьох економічно розвинених країн свідчить про можливість побудови такої системи як первинна медико-санітарна допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини.

Перелік посилань

1. Панорама охорони здоров'я населення України / [під заг. ред. А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка]. – К., 2003 р. – 152 с.

8. ПМСД В КРАЇНАХ ЗАХІДНОЇ ТА ПІВНІЧНОЇ ЄВРОПИ

Середня кількість мешканців, що приходиться на одного лікаря загальної практики в європейських країнах, характеризується значними коливаннями [1].

Найнижче співвідношення спостерігається в Бельгії (588:1) мешканців на ЛЗП, що посилює конкуренцію між лікарями ЗП та «вузькими» фахівцями.

З іншого боку, показник кількості ЛЗП в деяких країнах дуже низький (Німеччина, Швеція, Нідерланди, Швейцарія, Хорватія), хоча ці країни значно відрізняються одна від одної в наданні медичної допомоги. Так в Швеції та Швейцарії ЛЗП був на лише «надавачем» ПМСД, тоді як в Нідерландах і Хорватії їх роль є визначною. В Бельгії та Італії в якості ЛЗП працюють лікарі суміжних профілів. У Франції заклади ЗПСМ становлять значну кількість від закладів охорони здоров'я. У всіх європейських країнах ЛЗП становлять 20% від загальної кількості лікарів [2–4].

В країнах Європи якість надання первинної медико-санітарної допомоги населенню асоціюється з:

1. Недостатніми витратами на надання ПМСД;
2. Високим рівнем забезпечення населення ПМСД;
3. Покращенням стану здоров'я населення.

Стан організації ПМСД в країнах Європи представлено таблицею 8.1.

Таблиця 8.1

Становище лікарів загальної практики, котрі виступають у ролі «фільтру», а також за параметрами густини, зайнятості, віку та статі

Країна	Число жителів на 1 ЛЗП	% ЛЗП працюючих самостійно	Середній вік ЛЗП	% жінок ЛЗП
Австрія	1532	99	45,0	12
Бельгія	588	97	42,3	14
Болгарія	н/д	1	38,4	63
Угорщина	1975	12	51,0	32
Німеччина	3980	100	49,2	16
Греція	н/д	30	45,1	25
Данія	1609	100	49,0	16
Ізраїль	н/д	17	46,6	37
Ірландія	1559	91	45,8	25
Ісландія	1594	25	42,6	12
Іспанія	1970	4	41,5	34
Італія	930	98	44,1	16
Латвія	н/д	3	42,3	77
Литва	н/д	0	43,1	89
Люксембург	1680	98	41,1	17
Нідерланди	231	93	44,8	19

Продовження таблиці 8.1

Країна	Число жителів на 1 ЛЗП	% ЛЗП працюючих самостійно	Середній вік ЛЗП	% жінок ЛЗП
Норвегія	1360	58	43,1	25
Польща	н/д	0	44,8	42
Португалія	1476	1	40,9	49
Румунія	н/д	6	40,8	74
Словенія	н/д	1	41,4	55
Великобританія	1892	99	46,2	22
Туреччина	н/д	3	30,6	34
Фінляндія	1582	2	40,2	54
Франція	943	97	42,8	13
Хорватія	2010	0	43,7	66
Чеська Республіка	1527	33	42,9	62
Швейцарія	2030	99	48,2	7
Швеція	2870	1	47,0	35
Естонія	н/д	1	43,9	94

Албанія

В Албанії було проведено кілька реформ системи охорони здоров'я:

- в стаціонарному секторі, в забезпеченні лікарськими засобами;
- була створена система соціального медичного страхування і національний інститут медичного страхування;
- в наданні медичної допомоги, стоматологічної та аптечної справи було впроваджено систему надання приватних послуг;
- було частково децентралізовано районні адміністрації/відділи охорони здоров'я, які отримали велику незалежність в питаннях управління;
- у 2004 р. була затверджена довготривала стратегія розвитку системи охорони здоров'я.

Організація медичного обслуговування населення країни. Міністерство охорони здоров'я виконує функцію основного фондотримача і установи, які відповідає за надання медичної допомоги населенню і являється власником більшості служб на первинному і вторинному рівнях.

Первинна медико-санітарна допомога представлена бригадами медико-санітарної допомоги, які очолюють лікарі загальної практики, що надають ПМСД в центрах і пунктах охорони здоров'я. Пацієнти мають право вибирати ЛЗП, послуги якого оплачуються Інститутом медичного страхування. В роботу цих бригад на постійній основі інтегруються певні послуги, що відносяться до суспільної охорони здоров'я, наприклад, до охорони психічного здоров'я, профілактики туберкульозу, а також санітарно-просвітницької роботи та профілактики захворювань. Діюча система направлення через ЛЗП не зважає

пацієнтам безпосередньо звертатися до лікарів вузьких спеціальностей. лікаря, але в цьому випадку послуги лікарів сплачують готівкою. Власником медичних установ первинного рівня є національне або місцеве керівництво.

Вторинна і третинна медична допомога. Власниками лікарень, як правило є держава, найчастіше в особі Міністерства охорони здоров'я. Вони організовуються на національному, регіональному і муніципальному рівнях. Багато бідних і маленьких лікарень, особливо в сільській місцевості, були зачинені, й кількість ліжок інтенсивної терапії різко скоротилась. Деякі районні лікарні були переорієнтовано у регіональні. Національні лікарні залишаються профільними та високоспеціалізованими. Показники госпіталізації є досить низькими у зв'язку з тим, що при госпіталізації пацієнти вимушені додаткові витрати оплачувати з власної кишені. Лікарня Тиранського університету є найбільшою в країні(1442 ліжка), і відноситься до тієї невеликої кількості стаціонарів, котрі надають третинну медичну допомогу.

Роль державного і приватного секторів. Приватний сектор займається медикаментозним забезпеченням, стоматологічним обслуговуванням і наданням медичної допомоги в основному через діагностичні амбулаторії в містах, частина яких керується регіональними організаціями. В країні немає механізмів моніторингу якості послуг, що надаються приватними спеціалізованими амбулаторними установами.

Важливим у наданні медичної допомоги є практика звернення до лікарів-фахівців обминаючи первинний рівень охорони здоров'я, що є досить поширеним і що дуже важко змінити.

Службам ПМСД необхідно розширювати свій контингент пацієнтів, з тим, щоб досягнути не лише окремих контингентів але й інші групи населення.

Стаціонарна мережа виявилась під особливим тиском в період політичних криз і притоку біженців з Косово (Сербія та Чорногорія).

Покращення доступу до медичної допомоги і підвищення її якості продовжують залишатися важливими завданнями.

Білорусія

Успадкована семашківська система охорони здоров'я максимально утримується в країні. Спостерігається тенденція до передачі владних повноважень від Міністерства охорони здоров'я виконавчим комітетам на обласному та районному рівнях.

У 1992 та 1996–1997 рр. було спробовано впровадити систему соціального медичного страхування. У 1998 р. ключовими джерелами

фінансування охорони здоров'я будуть загальні податки. В цьому ж році була прийнята «Концепція розвитку охорони здоров'я». У 1999 р. – прийнято державну програму «Здоров'я народу» на 1999–2005 рр., в якій було підкреслено необхідність міжгалузевого співробітництва для покращення здоров'я народу. У 2004 р. підготована державна програма відродження села на 2005–2010 рр., було створено робочу групу з первинної медико-санітарної допомоги і було прийнято систему регіонального фінансування з розрахунку на душу населення. У 2005 р. було прийнято Державну програму відродження та розвитку села на 2005–2010 рр.

Стандартна медична допомога та нормативи медичного обслуговування на всіх рівнях визначаються на національному рівні, але відповідальність за контроль їх виконання несуть місцеві органи влади.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Надання ПМСД гарантується всьому населенню – але через різні установи. В селі існує велика мережа медичних пунктів або здоровпунктів, в яких працюють медичні сестри, фельдшери і акушерки, або лікарські пункти, де працюють лікарі.

В містах ПМСД населенню надається в поліклінічних відділеннях. Пацієнти приписуються до певних лікарів загальної практики незалежно від їх переваг. Передбачається, що ЛЗП мають бути ланкою першого контакту пацієнта з медичною системою, але на практиці ця їх функція не реалізується в повному обсязі. Залишається широка мережа поліклінік за місцем роботи. Розробляється система по переходу до системи загальної медичної практики як в містах, так і в селах.

Вторинна та третинна медична допомога. Хворі самі звертаються до лікарів-фахівців, а конституція країни гарантує їх право на це. Спеціалізовані амбулаторні клініки, стаціонарні і амбулаторні відділення лікарень надають вторинну медичну допомогу. Цей вид медичної допомоги організований за територіальним принципом і тому лікарні фінансуються через місцеві органи самоуправління, які також наймають весь медичний персонал. Домінуючою медичною допомогою на цьому рівні є стаціонарна допомога. На рівні вторинної та третинної медичної допомоги існують надлишкові резерви, що є причиною суспільної тенденції, яка виражається в прагненні до максимально можливого використанню наявного ліжкового фонду. Стаціонарні хворі отримують ліки безкоштовно.

Роль державного та приватного секторів. Всі установи вторинної та третинної медичної допомоги є державною власністю. Лікарі застосували певні спроби в створенні системи приватного надання медичної допомоги, завдяки

чому були створені напівприватні поліклініки. Виникаючий приватний сектор охорони здоров'я потребує офіційної нормативно-правової бази.

Болгарія

Структурні реформи спрямовані на раціоналізацію системи охорони здоров'я і покращення ресурсів. У 1991 р. була реалізована приватна медична практика. У 1995 р. управління охорони здоров'я було децентралізовано до обласного рівня. У 1997 р. лікувально-профілактичним закладам дозволено ставати незалежними юридичними та фінансовими суб'єктами. У 1998–1999 рр. в межах реформування системи амбулаторної допомоги було прийнято 3 нових закону (про медичне страхування, про професійні організації лікарів та стоматологів і установи охорони здоров'я). У 2001 р. почато проведення національної стратегії охорони здоров'я на 2001–2010 рр., яка являє собою конкретний план дій:

- проведення структурних та інституційних перетворень системи охорони здоров'я;
- консолідація функцій суспільної охорони здоров'я;
- створення нових комерційних відносин в системі і стимулів підвищення якості медичної допомоги;
- розвитку міжгалузевого співробітництва.

У 2002 р. Рада міністрів прийняла національну стратегію реформування системи стаціонарної допомоги. У 2004 р. було прийнято закон про суспільну охорону здоров'я.

Важливим у реформуванні охорони здоров'я є введення системи медичного страхування, реорганізація системи ПМСД, оптимізація мережі стаціонарних та амбулаторних медичних установ.

Первинна медико-санітарна допомога. Лікар загальної практики – сімейний лікар надає населенню всебічну допомогу, включаючи діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну та медико-соціальну допомогу. Вони також виконують функцію регулювання потоків пацієнтів на найбільш високий рівень медичного обслуговування.

Амбулаторна допомога в основному надається приватними постачальниками медичних послуг, які фінансуються з державного бюджету. Населення має вільний вибір сімейних лікарів і стаціонарних установ. Деякі послуги стали менш доступними з фінансової точки зору, що знайшло відображення в зниженні числа амбулаторних викликів, числа профілактичних

обстежень і показника використання ліжкових установ. Загальна мережа лікувально-профілактичних закладів була раціоналізована.

Вторинна і третинна медична допомога. В країні існує велика мережа стаціонарів, яка характеризується великою кількістю використання лікарняних ліжок (253 спеціалізованих лікарень або лікарень широкого профілю на національному, обласному та муніципальному рівнях). Щоб покращити ситуацію в цій області була розроблена державна програма зменшення кількості ліжок і підвищення ефективності стаціонарної допомоги. Тільки за 3 роки кількість ліжок було скорочено на 28%, було впроваджено нова система акредитації, зменшилась кількість лікарень, які не відповідають встановленим нормам. У 2001 р. лікарні стали фінансово незалежними і можуть функціонувати як комерційні підприємства. Вони заключають контракти з Національним фондом медичного страхування та Міністерством охорони здоров'я, які забезпечують їх фінансування.

Роль державного і приватного секторів. Багато кабінетів індивідуальної та групової лікарської практики функціонують як приватні підприємці, що підписують контракти з Фондом медичного страхування. По принципу приватної практики працюють стоматологічні кабінети, консультативні лікарські кабінети, хірургічні кабінети, аптеки, амбулаторні клініки та 18 стаціонарів. Приватні лікарні становлять 6% від всіх лікарень країни.

Великобританія

У Великій Британії лікарі ЗП завжди працювали приватно, тобто без його направлення пацієнт не міг потрапити до спеціаліста або в стаціонар. З 1990р введена практика фондотримання, створено Раду лікарів загальної практики і Департамент первинної ланки Національної системи охорони здоров'я, мета яких – підвищення ролі первинної ланки, що ґрунтується на загальних практиках в загальній системі охорони здоров'я.

У Великобританії до лікаря ЗП ставляться, як до «сімейного» і до недавнє існував окремий урядовий орган – Управління сімейною медициною, що оплачував роботу цієї ланки охорони здоров'я. Організація роботи сімейних лікарів має такий вигляд:

– сімейний лікар може самостійно запрошувати медичних сестер для догляду за своїми пацієнтами, а також для допомоги на консультативному прийомі (взяття крові, зняття ЕКГ, зміна пов'язок, імунізація та ін.);

– групова практика (більш поширена в складі 6 і більше лікарів, в яку можуть включатися «додаткові» спеціалісти – медичні сестри різного профілю,

працівники з ведення домашнього господарства, по догляду за важкохворим, що сплачується районними органами охорони здоров'я);

- державні центри підтримання здоров'я (надається стоматологічна допомога, спостереження за здоров'ям дітей, є клініки з вузькими спеціалістів);

- сателітні групи при лікарнях [5].

Біля 2/3 робочого дня ЛЗП займають спостереження, прийом і обстеження хворих з гострою патологією; від 1/3 до 1/2 робочого часу йде на прийом пацієнтів з хронічними хворобами. Прийом пацієнтів, як правило, ведеться рано вранці або увечері, а решта часу відводиться на візити додому до пацієнта. Багато часу приділяється пацієнтам з емоційними розладами, які потребують соціальної допомоги з залученням благодійних фондів, хворим із неповних сімей [6].

Система охорони здоров'я у Великобританії підпорядкована Державному Секретареві з питань охорони здоров'я. Виконавча влада з охорон здоров'я здійснює політику через 8 регіональних офісів і 100 компетентних спеціалістів з охорони здоров'я, які несуть стратегічну відповідальність за поліпшення стану здоров'я всього населення країни і за зниження частоти негативних показників.

Державна медицина визначає доступність медичних послуг для кожного, що має велике значення. Великобританія надає безкоштовне медичне обслуговування всім, хто має право на проривання у країні незалежно від громадянства та рівня доходів. Особливостями державної медицини є оснащення сучасним медичним обладнанням усіх лікувальних закладів та високий професіоналізм медичного персоналу.

Національна система охорони здоров'я здійснює суворий контроль за підбором медичних кадрів. У державі існують пільги на придбання лікарських засобів. Так, дітям, підліткам та особам старечого віку препарати надаються безкоштовно. Для пенсіонерів існує система знижок, яка визначається розмірами пенсії та рівнем їх добробуту. Крім того, Національний інститут якості клінічної медицини, створений у Великобританії 1999 р., приймає рішення стосовно переліку лікарських засобів лікування та досліджень, які повинні надаватися пацієнтам безкоштовно в разі таких захворювань, як ВІЛ/СНІД та хвороба Альцгеймера.

Уряд Великобританії приділяє серйозну увагу первинній ланці охорони здоров'я – на початку 90-х років на потреби ПМСД витрачалося близько 35% бюджету всієї національної служби охорони здоров'я, в тому числі 25%

складали витрати на загальну практику і 10% призначалося на медичні потреби на різні громади для організації служб общинних і патронажних сестер.

З 1991 р. у Великобританії запроваджується нова форма загальної лікарської практики – часткове фондотримання.

З 2000 р. Національна служба охорони здоров'я розпочала процес щодо свого реформування. Перш за все, реформування торкнулось збільшення фінансування галузі, що дало змогу покращити забезпечення населення медичними послугами і сприяло швидкому та зручному доступу до послуг приватних лікарів, служби швидкої допомоги, хірургічного лікування. Процес спрощується з кожним роком, підвищується його якість. Це стало можливим завдяки стабільному збільшенню кількості персоналу національної служби охорони здоров'я, діяльність якого спрямована на індивідуальне лікування пацієнтів, модернізацію лікувальних закладів, оснащення та послуг. Наступним етапом розвитку медицини Великобританії є гарантії того, що забезпечення, зручних та персоналізованих медичних послуг відбуватиметься в усій сфері охорони здоров'я і стосуватиметься усіх пацієнтів. Нині британці, попередньо ознайомившись з необхідною інформацією, можуть обирати де, як і коли лікуватися. Для мільйонів хворих з цукровим діабетом, бронхіальною астмою та серцево-судинними захворюваннями індивідуально можуть звертатися до фахівців.

Для боротьби з тривалим очікування лікування було впроваджено систему вибору: кожен пацієнта може обирати місце проходження лікування з-поміж 4–5 лікувальних закладів.

Первинна медико-санітарна допомога.

У Великобританії ПМСД в основному надається ЛЗП, а також акушерками, общинними сестрами, зубними лікарями тощо.

Все населення країни зареєстровано у своїх ЛЗП, які надають первинну допомогу всьому контингенту приписаних осіб незалежно від їх віку, статі і профілю патології, і контролюють надходження пацієнтів до системи вторинної допомоги. Слід зазначити, що пацієнти не мають прямого доступу до інших рівнів медичної допомоги (за виключенням швидкої допомоги), що здійснюється через систему направлень ЛЗП, який виконує функцію фільтра на шляху хворих при наданні найбільш витратних видів медичної допомоги – стаціонарної, високоспеціалізованої. У середньому 90% всіх пацієнтів ЛЗП лікує самостійно і лише для 10% – користується допомогою спеціалістів або госпітальними послугами. Більшість ЛЗП (до 90%) працюють у партнерстві або у груповій практиці, в т.ч. 75% лікарів мають практику у три чол. і більше.

Існує тенденція до витіснення індивідуальних практик груповими. Серед причин, що впливають на поширення групової практики – зменшення навантаження на лікарів у неробочі часи через можливість підміни їх один одним, більш широкі можливості для діагностики та лікування у зв'язку з об'єднанням зусиль по зміцненню матеріально-технічної бази практики, розширення можливостей професійного спілкування, взаємних консультацій тощо. Загальна кількість лікарів працює в орендованих приміщеннях або власних будинках. Приблизно чверть ЛЗП працює у центрах здоров'я.

Фінансові взаємовідношення між загальними лікарськими практиками та іншими медичними закладами і фахівцями дозволить забезпечити реальну відповідальність первинної ланки на здоров'я приписаного населення, створити умови для наступності дій окремих медичних організацій та служб, а також сформувати конкурентне середовище в секторах вторинної та третинної допомоги.

Вторинна і третинна медична допомога

Між загальною практикою та спеціалістами, стаціонарами укладають угоди про умови та порядок надання останніми допомоги. Для отримання цих послуг необхідне направлення лікаря загальної практики. Поліпшується контроль за вартістю виписаних ліків, зміцнилися зв'язки між ЛЗП та спеціалістами (хоч число консультацій у спеціалістів і не зазнало змін), зменшилися строки очікування консультацій та госпіталізації, покращилися організація та збір даних.

Казахстан

В Казахстані в 1989 р. в порядку експеримента група дільничних терапевтів, педіатрів і після 2-місячних курсів удосконалення за спеціальними програмами переводиться на роботу за принципом СЛ: разом з двома медичними сестрами обслуговували 1000 – 1200 осіб (300 – 350 сімей), оплата праці – до 2 ставок з диференціацією на об'єм і складність роботи і додатковою оплатою за чергування на дому в сільській місцевості (при відсутності «швидкої допомоги») [7].

Канада

В містечку з населенням біля 4000 осіб працює хірург, інтерніст і 6 компетентних СЛ. Вони працюють в місцевому шпиталі потужністю 60–80 ліжок. Щоденний прийом СЛ 25–40 пацієнтів. При госпіталізації пацієнта СЛ бере участь в наданні йому допомоги протягом всього строку перебування в

шпиталі. Робочий день СЛ такий: ранок – обхід пацієнтів в шпиталі, з 12 години приймає в амбулаторії, оснащій лабораторними приладами (від елементарних до спеціальних досліджень, залежить від наявного сертифіката). В середньому СЛ працює 60 і більше годин на тиждень, оглядаючи при цьому в середньому 182 пацієнтів [8,9].

Киргизстан

Сімейні лікарі в Киргизстані мають як індивідуальну, так і групову практику на базі поліклінік, лікарень, станцій «швидкої допомоги» і приватних практик. Працедавцями є держава, страхові компанії, медичні заклади, можлива приватна практика. Механізми практики, особливо в стаціонарах, поки не визначені. Декларується державна підтримка прав і безперервної освіти сімейних лікарів [10].

Литва

Реформування системи охорони здоров'я у Литві відбувалося поетапно починаючи з 1991 р. і базується на таких принципах:

- система охорони здоров'я ефективна тоді, коли за достатньо низьку ціну можна отримати високу якість;
- покращити якість без збільшення затрат;
- економити кошти через впровадження профілактики;
- холестичний підхід до проблем здоров'я людини.

В 1991 р. була прийнята Концепція реформування системи охорони здоров'я в якій першочергове місце належало зміцненню первинної медичної допомоги шляхом становлення сімейної медицини.

В 1994 р. прийнято Закон «Про національну систему розвитку охорони здоров'я», в якому визначено завдання національної системи охорони здоров'я. Згідно із цим Законом було чітко розмежовано функції первинного, вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги.

У 1995 р. було прийнято Закон «Про заклади охорони здоров'я», де сказано, що в країні функціонує чотири типи закладів охорони здоров'я, а саме: заклади національної системи охорони здоров'я, муніципальні/державні, муніципальні/приватні заклади (незалежні контактери), які працюють за контрактним принципом із державним лікарняним фондом та приватні заклади.

У Литві було апробовано різні організаційні моделі закладів сімейної медицини – це кабінети сімейного лікаря, амбулаторії, центри первинного рівня медичної допомоги та поліклініки. Форми власності цих закладів теж різні.

Найбільш ефективною державною моделлю виявилась групова практика. Для створення конкуренції держава проводила заохочення щодо створення приватних практик, так у 1998 р. була прийнята «Декларація підтримки приватної медицини».

Рівень стандарту визначено прийняттям у 1996 р. Закону «Про обов'язкове медичне страхування і здоров'я», де Фонд обов'язкового медичного страхування виступає замовником медичних послуг як у державних і муніципальних закладів так і у приватних. Приватно практикуючі лікарі так само, як і державні амбулаторії працюють на договірних засадах з Фондом. Сімейний лікар отримує подушову оплату. Фонд контролює якість виконаного замовлення. Лікарі вторинного і третинного рівнів отримують оплату за виконану послугу. Відповідальність залежить не від виду власності, а від того, хто платить.

Згідно Закону про первинну медичну допомогу в Литві визначено наступні види первинної медичної допомоги: амбулаторна допомога, швидка допомога, дома пристарілих, хоспіси. Фінансуються і хоспіси і дома пристарілих і Міністерством охорони здоров'я і Міністерством соціального забезпечення.

На початку становлення сімейної медицини чинились перешкоди і вузькими спеціалістами, які стимулювали коштами сімейних лікарів, спонукаючи їх направляти пацієнтів зразу на II рівень медичної допомоги. Лікарняні каси вимушені були займатись адмініструванням грошей, а не контролем якості послуг. З часом визначилось, що послуги прогресивно зростають, а їх оплата в 4–5 разів перевищує бюджет лікарняних кас, оскільки вузькі спеціалісти брали на себе і диспансеризацію і лікування. Були перешкоди і з боку головних лікарів, які чинили супротив становленню сімейного лікаря, як розпорядника коштів.

На сьогодні сімейний лікар отримує заробітну плату за кількість осіб, які він обслуговує. З 2004 р. для сімейного лікаря введено додаткову оплату за послугу, яка визначена державними профілактичними програмами, наприклад, за проведення вакцинації – згідно програми «Імунопрофілактика», за взяття цитологічного мазка – згідно програми «Онкологія». За програмою «Профілактика серцево-судинних захворювань» одним з завдань за які сімейний лікар отримує додаткові кошти є визначення ліпідів. Апарат для визначення холестерину входить до таблицю оснащення амбулаторії як на селі так і в місті. Згідно державної програми «Цукровий діабет» – лікар отримує додаткову оплату за проведення моніторингу діабету. Це стосується і

визначення простатного антигена чоловікам після 45 років. Заробітна плата сімейного лікаря на сьогодні в середньому складає 1000–1100 євро.

Македонія

У 2001 р. прийнято закон про охорону здоров'я, який є основою національної політики в галузі охорони здоров'я і створення фонду медичного страхування. У 1994 р. прийнято національну програму профілактичної допомоги. У 1995, 1997 рр. прийнято закон, який дозволяє вільний вибір лікаря первинної медико-санітарної допомоги. У 1996–2002 рр. розроблено проект по реформуванню сектора охорони здоров'я. У 2000 р. прийнято Закон про медичне страхування. У 2003 р. затверджені нові положення про оплату спеціалізованої, консультативної та стаціонарної допомоги. У 2005 р. внесені поправки до Закону про охорону здоров'я і Закону про медичне страхування.

Медична допомога представлена різними організаціями громадського здоров'я. 16 медичних центрів надають допомогу як первинну, так й вторинну допомогу.

Первинна медико-санітарна допомога. В державі існує 1200 пунктів, які надають ПМСД. Чверть з них розташовані в сільській місцевості, де працює майже половина всього лікарського персоналу країни. ПМСД надається відділеннями терапії, професійних захворювань, педіатрії, шкільної медицини, охорони здоров'я жінок і може доповнюватися наданням первинної стоматологічної допомоги. Вона включає також профілактику туберкульозу, мед сестринську допомогу вдома та загальну стоматологічну допомогу.

Головний підрозділ центру охорони здоров'я розташований у головному місці того району, який він обслуговує, в той же час послуги можуть надаватися в сільських населених пунктах. В невеликих сільських населених пунктах існують лише терапевтичні служби.

Служби загальної медичної практики організовані на базі підрозділів, до складу яких входять лікар загальної практики та медсестра. Вони можуть доповнюватися спеціалізованими службами для конкретних груп населення (дітей, підлітків, жінок, працюючого населення, хворих на туберкульоз). Ці спеціалісти складають співвідношення до лікарів загальної практики 1,4:1.

Вторинна та третинна медична допомога. Різниця між установами різного рівня не чітко виражена. Спеціалізовані консультативні служби амбулаторної допомоги надають послуги пацієнтам, які направляються підрозділами ПМСД. Стаціонарна допомога надається мережею, до складу якої входить 16 лікарень загального профілю (часто в рамках медичних центрів), 6

спеціалізованих лікарень, 6 реабілітаційних центрів, а також однією центральною і однією університетською лікарнею. Всі установи третинного рівня розташовані в м. Скоп'є. Доступ до вторинної та третинної медичної допомоги здійснюється по направленню лікаря ПМСД,

Роль державного та приватного секторів. Надання приватних послуг в первинній і спеціалізованій амбулаторно-медичній допомозі знаходиться на стадії становлення. Взаємовідношення між державним та приватним секторами недостатньо відрегульовані. Приватний сектор менше контролюється. Установи приватного сектора розташовані в міських районах і обіймають широке використання видів послуг. Працює кілька приватних лікарень, розташованих в м. Скоп'є та в західній частині країни. Більшість служб стоматологічної допомоги перейшли на приватну основу, за виключенням первинної і профілактичної стоматологічної допомоги дітям, а також стоматологічного клінічного центру при університеті в м. Скоп'є.

Молдова

Реформуванню охорони здоров'я приділяється велика увага. Функції прийняття стратегічних рішень та планування передані обласним органам охорони здоров'я. Прийнято національний план дій з модернізації системи епіднадзора за інфекційними хворобами, але відсутня національна політика по зниженню факторів ризику, які пов'язані зі способом життя людей. У 1995 р. прийнято закон про охорону здоров'я, в якому йдеться про впровадження нових фінансових механізмів та покращання управління службами, а також визначається ступень приватизації в галузі охорони здоров'я. У 1997–2003 рр. розроблена національна стратегія реформуванні і розвитку системи медичного обслуговування. У 1999 р. було прийнято закон про гарантований мінімум безкоштовної медичної допомоги. Врегульовано питання за тарифами на оплату медичних послуг. Було розпочато децентралізацію медичного обслуговування, ухвалено план реструктуризації стаціонарного сектору з метою зменшення питомої ваги вторинної та третинної медичної допомоги. У 2001 р. було змінено характер фінансування галузі охорони здоров'я, який оснований на перерозподілу коштів на душу населення. Збалансована співвідношення між службами ПМСД та лікарняними службами, а також підвищення ефективності використання належних засобів.

Базові медичні послуги надаються населенню в межах системи обов'язкового медичного страхування. Крім того держава забезпечує

мінімальний пакет медичної допомоги для незастрахованих осіб. ЛЗП надають ПМСД і направляють пацієнтів на консультацію до лікарів-спеціалістів.

Первинна медико-санітарна допомога. Функція первинної ланки охорони здоров'я спрямована на направлення пацієнтів на біль високий рівень медичної допомоги, ніж в наданні широкого спектру медичних послуг. Забезпечення населення ПМСД входить в обов'язки обласної адміністрації, яка надається через мережу клінік і центрів охорони здоров'я, що пропонують обмежений вибір діагностичних, вакцино-профілактичних, невідкладних та екстрених послуг. Передбачається, що ця ланка повинна надавати певний мінімальний пакет послуг, але ця мета поки що не досягнута.

ПМСД є важливим в державному реформуванні галузі. Забезпечення установ ПМСД обладнанням, медикаментами та фінансуванням для виплати зарплати медичному персоналу повинні бути адекватними.

Вторинна та третинна медична допомога. На початку перехідного періоду в країні була велика амбулаторна мережа, мережа базового медичного обслуговування та спеціалізованих лікарень. Ця мережа надавала навіть ПМСД. У відповідності з нинішньою практикою ці лікувально-профілактичні установи на районному рівні об'єднані в одне юридичне об'єднання, що не дуже вигідно як з фінансової, так й з підвищення ефективності сектору ПМСД.

Роль державного та приватного секторів. Надання приватної медичної допомоги має фрагментарний характер. Приватні медичні послуги надаються в деяких державних медичних установах, зокрема, в поліклініках. Лише 6% лікарень являються приватними.

Пріоритетна увага приділяється сімейній медицині, яка повинна знайти практичне відображення у програмах навчання і підготовки медичних працівників. Служби спеціалізованої медичної допомоги продовжують бути сконцентровані в столиці держави, у зв'язку з дублюванням деяких видів медичного обслуговування виникає питання забезпечення їх якості.

Російська Федерація

Починаючи з 1991 р. державною були застосовані значні зусилля до прийняття нового законодавства в галузі охорони здоров'я:

– у 1991 та у 1993 рр. були прийняті закони про медичне страхуванні і введена система обов'язкового медичного страхування;

– у 1997 р. в рамках концепції розвитку охорони здоров'я і медичної науки розвиток приватного сектору було винесено як найбільш важливу структуру, до якої потрібно прагнути;

– у 2000 р. було введено єдиний соціальний податок, який заміняє окремі внески в різні фонди.

Крім того, розмежування постачальників та надавачів медичних послуг являється головними структурними змінами, котрі, як очікується, підвищать ефективність і якість допомоги. Розробляються комп'ютерні інформаційні системи до пацієнтів, страховиків, послуг і стандартів Застосовуються методи оплати, як засновані на показниках ефективності роботи. Розширюються права пацієнтів у відношенні вибору надавачів медичних послуг і підвищується рівень поінформованості пацієнтів про їх права.

Сектор охорони здоров'я було децентралізовано, що привело не лише до більш ефективного прийняття рішень пацієнтами, а також до різниці і значної нерівності між окремими регіонами. Децентралізація також привела до посилення ролі багаточисельних донорів на регіональному та місцевому рівнях.

Система охорони здоров'я відповідає адміністративній структурі країни за розподіленням відповідальності на федеральному, регіональному і муніципальному рівнях. Основна увага продовжує приділятися спеціалізованій стаціонарній допомозі, переважно в медичних установах вторинного і третинного рівнях.

Крім того, медична допомога надається Міністерством охорони здоров'я і соціального розвитку та іншими організаціями, які включають міністерства і державні підприємства, що містять в собі паралельні системи охорони здоров'я, кількість яких досягає 18 і більше. Вони містять в собі служби як поліклінічної, так і стаціонарної допомоги, на долю котрих приходиться 15% всіх амбулаторних і 6% всіх стаціонарних лікувальних установ. Багато з яких мають краще обладнання і надають високий рівень послуг, ніж деякі державні установи.

Громадська охорона здоров'я орієнтована на все населення, організована на базі системи санітарно-епідемічного нагляду, яка функціонує на регіональному і муніципальному рівнях, хоча підпорядкована федеральним органам, виконуючи такі функції як профілактика інфекційних захворювань і боротьба з ними, імунізація, гігієна дітей та підлітків, безпека продуктів харчування і радіаційна безпека, а також профілактика професійних захворювань.

Первинна медико-санітарна допомога. Установи ПМСД мають таку ієрархію:

– сільські медичні пункти в штаті котрих є фельдшери і в деяких випадках акушери;

– медичні центри, до штату котрих входять педіатр, терапевт, гінеколог і медсестри;

– міські поліклініки, до штату котрих входять різні спеціалісти;

– незалежні диспансери, спеціалізовані і відомчі поліклініки.

В країні продовжує впроваджуватися інститут сімейної медицини, спеціальність лікаря загальної практики впроваджується, в основному, в сільській місцевості. У 2000 р. Міністерство охорони здоров'я і соціального розвитку видало постанову, у якій визначаються вимоги до підготовки прав, обов'язків лікаря загальної практики.

Проводиться послідовна робота з укомплектування установ ПМСД, замінюючи дільничних терапевтів. В деяких районах установи ПМСД ефективно виконують функцію регулювання потоків пацієнтів. В середньому біля 30% первинних звернень за медичною допомогою приходиться на рівень первинної ланки, хоча більшість показників становить 8–10%.

Вторинна та третинна медична допомога. Спроби перевести надання допомоги на амбулаторну основу не дали очікуваних результатів. Система охорони здоров'я залишається орієнтованою на вторинну і третинну медичну допомогу на базі стаціонарних установ. Стаціонари фінансуються з розрахунку на одне ліжко, що потребує скорочення середнього перебування в лікарні. Ліжка в відділеннях невідкладної допомоги часто використовують для людей похилого віку і хронічних хворих, які повинні відноситися до діяльності соціальної допомоги. Умови в лікарнях і поліклініках по відношенню до технічного обладнання та оснащення залишають багато проблем.

Більшість поліклінік спеціалізованих амбулаторних центрів, санаторіїв, а також сільських, районних і федеральних лікарень знаходяться у власності держави. Їх працівники заключають трудові угоди з місцевими органами влади, які також субсидують установи вторинної і третинної медичної допомоги. Ці установи заключають контракти зі страховими фондами. Роль страхових фондів у фінансуванні різноманітна в різних регіонах країни, В деяких містах схема страхування не відіграє значної ролі у фінансуванні надання вторинної допомоги в той час, як в інших регіонах на їх долю припадає до 80%.

Роль державного та приватного секторів. Сектор охорони здоров'я не було швидко приватизовано з метою збереження рівності і доступності. Але широко розповсюджена приватна і напівприватна служби надання допомоги. Деякі приватні установи охорони здоров'я і приватні лікарі загальної практики широко розвиваються в сільській місцевості. Почали розвиватися ринки о наданню приватних послуг в обліт медичного страхування, медикаментозного

забезпечення, медичного обладнання, стоматологічної та офтальмологічної допомоги. Приватні медичні установи функціонують без розвиненої юридичної бази.

Зусилля, що спрямовані на реорганізацію служб стаціонарної та амбулаторної допомоги не рідко впроваджуються неузгоджено і необ'єднані деякою загальною стратегією.

Одним із можливих шляхів покращення доступу до служб охорони здоров'я є розвиток реальної конкуренції між надавачами послуг. В той же час необхідно проводити просвітницьку роботу серед населення для того, щоб люди розуміли що вони купують.

Румунія

Домінуючим фактором в реформуванні охорони здоров'я був політичний процес приєднання до європейської спільноти. Велике значення має впровадження законодавства Європейського Союзу у відповідних сферах охорони здоров'я. Реформування галузі охорони здоров'я проводилося за участю всіх основних задіяних сторін як в середині, так поза системою охорони здоров'я. Такі заходи, що відносяться вирішення питань, пов'язаних з дитячими будинками, особами з фізичними та психічними розладами або дітей зі Снідом були вирішені за допомогою міжнародних організацій. У 2004 р. Міністерство охорони здоров'я перейшло до проведення двох нових стратегій охорони суспільного здоров'я і раціоналізацією стаціонарного сектору, які повинні покращити доступ до лікарських засобів. Часта зміна міністрів та міністрів охорони здоров'я і президентів Фонду страхування ускладнює забезпечення проведення реформ, здійснення прийнятих законів і приводить до постійної необхідності змін існуючого законодавства.

У зв'язку з процесом політичних реформ охорона здоров'я характеризується фрагментарністю і неоднорідністю. Тому реформи були спрямовані на проведення конкретних технічних заходів, але якихось даних про їх результати поки що не має.

первинна медико-санітарна допомога. ПМСД населенню надають сімейні лікарі, які є незалежними працівниками охорони здоров'я, що заключають договори з національними фондами медичного страхування, але працюючих в своїх особистих кабінетах або клініках. Оплата їх праці проводиться за допомогою комбінованого механізму, подушного фінансування і за надані послуги. Право пацієнтів на вибір сімейного лікаря сприяє підвищенню конкурентності на ринку медичних послуг.

Вторинна і третинна медична допомога. Амбулаторна вторинна медична допомога надається мережею амбулаторних відділень стаціонарів, діагностичними центрами і спеціалістами, які працюють в своїх кабінетах. Стаціонарна і третинна медична допомога надається чотирма видами лікарень: сільські муніципальні, районні і учбові або спеціалізовані лікарні. Показник госпіталізації є дуже високим в той час, як їх середнє перебування досить низьким, що можна пояснити встановленими правилами розрахунків з організаціями медичного страхування, згідно яких госпіталізації є важливим елементом контракту на надання медичних послуг, але витрати лікарень на стаціонарних хворих не відшкодовуються, коли період госпіталізації перевищує нормативні терміни, що встановлений для даного виду лікування. Продовжується реформування служби екстреної медичної допомоги, метою якої є підвищення рівня медичного обслуговування населення до стандарту Європейського Союзу.

Роль приватного та державного секторів. Майже вся система охорони здоров'я знаходиться у власності держави і складається з мережі лікарень, поліклінік, диспансерів та інших установ. Міністерство охорони здоров'я керує своєю мережею через свої районні директорії. Деякі невеликі установи медичного обслуговування є власністю інших державних органів і відомств, які також управляють їх функціонуванням. Приватна медична практика була узаконена у 1990 р., а ліцензування приватно практикуючим медичним працівникам здійснюється під егідою Міністерства охорони здоров'я.

Сполучені штати Америки (США)

Фрагментація медицини на окремі спеціальності призвела до фрагментації охорони здоров'я населення [11,12].

У 1969 р. створено Раду з сертифікації спеціальності СМ. Принципи якої базуються на таких фундаментальних концепціях:

1. Безперервність допомоги – турбота лікаря про пацієнта від моменту зачаття до смертного часу включаючи і профілактику захворювань.

2. Холістичний підхід – потреба в спеціалісті, який спроможний розібратися у впливі різних психо-соціальних, фінансових і культурних факторів на життя родини і громади. СЛ не повинен обмежуватися рамками лише причини візиту пацієнта, а і здійснювати консультування сім'ї вдома у пацієнта, обов'язково має з'ясувати актуальні аспекти поведінки відповідно до віку та епідеміологічних обставин, для чого необхідні знання психіатрії, психології і навіть педагогіки [13].

3. Неділимі проблеми – СЛ повинен бути готовим мати справу з будь-яким проявом будь-якого захворювання у пацієнта любого віку і статі, оскільки пацієнт звертається по допомогу лікаря на різних стадіях захворювання з різними скаргами – від симптомів простуди до невідкладних станів та ін.

4. Висока якість – робоча гіпотеза діагнозу, яка бере до уваги природу і стадію захворювання, унікальність особистості і взаємовідносини її з родиною та громадою, умови життя та ін., відпрацьовується в рамках часу одного відвідування з мінімальними фінансовими затратами [14].

У США використовуються три принципові моделі роботи сімейного лікаря:

- лікар-диспетчер;
- самостійна практика зі спеціальності загальна практика – сімейна медицина;
- робота в команді: сімейний лікар-терапевт, педіатр, хірург, акушер-гінеколог [15].

Модель лікар-диспетчер найчастіше використовують страхові компанії, або великі шпиталі, що мають свою інфраструктуру. Такий лікар добре обізнаний з диференційною діагностикою станів, що потребують невідкладної або планової спеціалізованої допомоги. Від нього залежить правильна і швидка організація лікувально-діагностичного процесу. Лікар працює або в телефонному режимі або в приймальному покої при допомозі однієї-трьох медичних сестер.

При веденні самостійної практики більшість проблем лікар вирішує самостійно, а в разі складної ситуації – разом зі спеціалістом.

Третя модель краща і легша для лікаря, але є більш затратною для держави. В такій моделі сімейний лікар виконує функції терапевта. Амбулаторії такого типу частіше розташовані в невеликих містечках, мають власну лабораторію і рентгенологічне обладнання.

Ставлення до СЛ забезпечують федеральні закони і підтримка розвитку програм їх освіти. Середня заробітна плата СЛ, який працює індивідуально або у складі групи лікарів, складає від 44 до 60 тис. американських доларів в рік; при 49,7–60-годинному робочому тижні (47,4 тижнів на рік). Лікар приймає на тиждень біля 175–182 пацієнтів і робить 27 викликів у шпиталь до своїх пацієнтів [11,12].

В США нормою для лікаря ЗП є його власне рішення щодо необхідності госпіталізації і продовження терміну лікування в умовах стаціонару, де здебільшого пацієнта він веде самостійно. Результати дослідження,

проведеного в США, виявили позитивну кореляцію між кількістю лікарів первинної медичної ланки і більш сприятливою динамікою показників демографії і здоров'я населення, а відсутність доступу до первинної допомоги виявилась найбільш важливим фактором з числа тих, що зумовлюють незадовільний стан здоров'я [16].

Туреччина

Національною стратегією охорони здоров'я є Програма трансформування системи охорони здоров'я. Вона являється результатом вивчення досвіду, проведення обговорень розробки політики на протязі більше 10 років. Діючий уряд офіційно декларує свої зобов'язання по проведенню реформи в галузі охорони здоров'я. В якості інструменту фінансування Програми визначено проект Всесвітнього банку, бюджет якого становить 200 млн доларів США. Реформування передбачає:

- раціоналізацію системи фінансування охорони здоров'я;
- розширення управлінської автономії постачальників послуг державного сектору;
- інтегрування ПМСД шляхом систематизованого впровадження інституту сімейної медицини ефективно функціонуючих схем направлення на спеціалізовану допомогу;
- усунення фрагментації відповідальності за політику що проводиться;
- встановлення національних стандартів для мінімізації наслідків стихійних лих для здоров'я населення.

Застосовуються зусилля по зменшенню розбіжностей між плануванням інвестицій і стратегічним плануванням. Уряд готує «білу книгу» з реформ соціального забезпечення, підготовлено проект законодавства з медичного страхування і соціального забезпечення.

Медична допомога надається державними, приватними і благодійними організаціями. Їх взаємодія недостатньо урегульовано і структуризовано. Міністерство охорони здоров'я керує системою надання первинної, вторинної і третинної медичної допомоги і є єдиним постачальником послуг профілактичної медичної допомоги. Міністерство оборони і деякі інші установи також надають медичну допомогу. Надання медичної допомоги характеризується певною фрагментацією; поряд із звичайною системою охорони здоров'я існують вертикальні програми з туберкульозу, онкологічних захворювань, діабету.

Первинна медико-санітарна допомога надається в центрах охорони здоров'я, ч пунктах, центрах педіатричної допомоги і планування сім'ї, а також туберкульозних диспансерах. Дані, які існують показують, що не дивлячись на деякі успіхи галузі охорони здоров'я, первинні служби охорони материнства і імунізації можуть підвищити ефективність допомоги, що ними надається. Система спрямована на спеціалізовану допомогу гальмується відсутністю координації між різними рівнями медичної допомоги; нема обмежень на госпіталізацію хворих, які звертаються безпосередньо в лікарні без направлень.

Вторинна і третинна медична допомога. Під керівництвом Міністерства охорони здоров'я знаходиться 61% лікарень і 50% ліжок, а під керівництвом організації соціального страхування – відповідно, 10% і 16%. Міністерство охорони здоров'я також керує деякими спеціалізованими лікарнями, хоча університетські лікарні слугують центрами спеціалізованої допомоги для регіонів, де вони знаходяться. Майже всі хворі звертаються в амбулаторні установи без направлень з боку системи ПМСД. В цілому лікарні потребують високого професійного рівня управління. Призначення головних лікарів залежить від управлінського досвіду або навиків, майже всі вони займаються приватною практикою.

Роль державного та приватного секторів. В країні існує 257 приватних лікарень, які пропонують діагностичні, амбулаторні стаціонарні послуги, а також цілий ряд приватних поліклінік і діагностичних центрів. Багато лікарів, які працюють у державному секторі охорони здоров'я працюють також приватним чином для отримання додаткових доходів. Приватні установи більш оперативно реагують на існуючий попит. Деякі державні організації купують послуги у приватних лікарнях. За останні роки приватний сектор охорони здоров'я розвивається швидкими темпами. Однак цей процес може посилити існуючу нерівність по відношенню доступності до медичної допомоги і викликає занепокоєння у відношенні якості допомоги, яка надається і її кінцевих результатів.

Туркменістан.

В Туркменістані проблемі переходу ПМСД на засади сімейної медицини не відрізняються від інших країн. В ході експерименту сімейному лікареві було передано 57,6% профілактичних і 42,4% лікувально-діагностичних відвідувань. Від педіатрів передано 98,8% лікувальних і 100% профілактичних оглядів, від терапевтів – 94,6 і 100% відповідно, від підліткових лікарів – 100% лікувальних і профілактичних оглядів, від оториноларінгологів – 65,4 і 71,0% відповідно, від

хірургів – 53,3 і 70%, від офтальмологів – 51,4 і 70%, від венерологів – 86,7% профілактичних оглядів, від ендокринологів – 25%, від невропатологів – 34% і від кардіологів – 36,5% та ін. Всього від лікарів-спеціалістів було передано СЛ 53,4% всіх відвідувань, від служби «швидкої допомоги» – 40% викликів (57,2). Сума всіх відвідувань за рік до СЛ становить 6617,2, до лікарів-спеціалістів – 2183,0. СЛ обслуговував 100 сімей (400 дорослих і 420 дітей). Робочий день – 3 години в амбулаторії і 3 години на дільниці [17].

Фінляндія

Лікар ЗП працює в центрах здоров'я, які обслуговують мінімум 10 тис осіб; в кожному мінімум 3 лікарів ЗП і допоміжний персонал в середньому 11 чоловік. Центр здоров'я відрізняється від індивідуальних і парних практик тим, що він містить: лабораторію, рентгенівський кабінет, місцеві лікарні (ліжковий фонд) для гострих випадків і загострень хронічних захворювань. Деякі центри здоров'я мають власних спеціалістів-консультантів. Центр здоров'я – це не будинок і не комплекс будинків, а система організації первинної допомоги. Акцент в таких центрах робиться на охороні материнства і дитинства, збереженні здоров'я особам похилого віку, плануванні сім'ї, санітарній просвіті. Домашні візити виконують медичні сестри, а лікарі ЗП відвідують лише осіб похилого віку або хронічних хворих, які знаходяться на домашньому стаціонарі. В центрах здоров'я немає персональної, реєстраційної системи прикріплення пацієнтів до конкретного лікаря. Всі лікарі несуть колективну відповідальність в межах зони обслуговування центра. Mc Whinney додав до цього переліку концепцію за якою все населення потрібно розглядати як групу ризику, а не лише на тих, хто звертається за консультацією [18].

Франція

У Франції [19] щорічні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення найбільші після США і зростають швидше, ніж загальний національний дохід.

Клієнти вільно обирають ЛЗП і не приписані до нього постійно. Кожне відвідування лікаря оплачується пацієнтом по фіксованих розцінках (100 франків). Розходи пацієнтів частково компенсуються державним медичним страхуванням: за медичну консультацію або день в лікарні – 70%, за необхідні ліки – 65%, за догляд і фізіотерапію – 60%. Але постійно зростає доля, яка не компенсується. За бажанням пацієнтів можуть укладатися договори часткового страхування, які компенсують те, що не компенсується державним

страхуванням. Ще 5 років тому пацієнт міг звернутись до спеціаліста без попереднього звернення до ЛЗП, не існувало обмежень в проведенні біологічного тестування, рентгенографії або додаткових досліджень по призначенню лікарів. Зараз у Франції відбувається удосконалення безперервної системи медичного обліку і зниження кількості направлень до різних вузьких спеціалістів з приводу однієї і тієї ж проблеми.

Один ЛЗП обслуговує 1000 осіб, всього працює 58000 ЛЗП і трохи менше спеціалістів. Єдиний дохід ЛЗП — це оплата за консультації і домашні візити, інших джерел не існує. Асоціацій ЛЗП існує багато, але лише 2 спілки представляють їх на переговорах з урядом і керівництвом державної системи страхування. В 1993 р. створена нова асоціація — Інститут досліджень по загальній практиці (IRMP), завданням якого є допомога, просування, організація фінансування і виконання досліджень з покращення загальної практики.

Хорватія

У 1999 р. було розпочато фінансування Всесвітнім банком проекту «Новий напрямок політики охорони здоров'я», який розраховано до 2005 р. У 2000 р. було прийнято план реформування охорони здоров'я, який передбачав досягнення: підвищення очікуваної тривалості життя, покращання якості життя з точки зору здоров'я, зменшення нерівності у відношенні здоров'я і доступності медичної допомоги. У 2001 р. в рамках реформування охорони здоров'я і системи медичного страхування було прийнято нове законодавство з медичного страхування. Децентралізовано українську ланку системи медичного страхування, в результаті чого центральні керівні органи замінили 130 напівавтономних установ. У 2004 р. було прийнято новий закон про медичне страхування, що містять роз'яснення у відношенні державного і окружних бюджетів, а також відповідальності Фонду медичного страхування за субсидійний обсяг медичним страхуванням окремих груп населення і впровадження нової системи спів плати населення.

Первинна медико-санітарна допомога. Загальними елементами служб ПМСД являється загальна медична і педіатрична допомога, яка надається через центри здоров'я (укомплектована лікарями загальної практики, патронажними медичними працівниками і лікарями-діагностами), приватні лікарські практики (укомплектовані лікарями загальної практики, педіатрами і гінекологами), центри екстреної медичної допомоги, центри надання медичної допомоги вдома (укомплектовані патронажними медсестрами) та аптеки. Кількість

медичних бригад і спеціалістів за останні 10 років не змінилося. Лікарі з інших медичних служб також надають ПМСД,

Вторинна і третинна медична допомога. Більшість лікарень є власністю держави і в країні є лише декілька приватних лікарень. Найважливішою проблемою для всіх лікарень є недостатність фінансування і відсутність належних механізмів забезпечення якості, ресурси, особливо високотехнологічного обладнання і лікарняні ліжка, сконцентровані у великих містах. Вторинна медична допомога в основному (70–80%) надається в лікарнях. У 2003 р. майже 55% всіх лікарів в державних медичних установах працювали в стаціонарній мережі. Кількість ліжок у всіх стаціонарних установах послідовно знижується, починаючи 1990 р. Спеціалізована медична допомога надається в межах системи стаціонарного обслуговування.

Роль державного і приватного секторів. Медичні установи належать державі або округу і лише невелика кількість є приватними. У 2003 р. з 73 лікарень і санаторіїв приватними були лише три спеціалізовані лікарні і чотири санаторія. Лікарні, які займаються навчанням студентів-медиків, клінічні медичні центри і державні інститути є власністю держави. Завдяки децентралізації управління більшість установ медичного профілю (центри здоров'я, спеціалізовані лікарні і лікарні широкого профілю, поліклініки, служби екстреної медичної допомоги, аптеки, служби патронажного обслуговування та окружні інститути суспільного здоров'я) перейшли у власність округів. У 2003 р. було зареєстровано 6598 приватних медичних підприємств, включаючи 2827 приватних лікарських практик і 2400 приватних стоматологічних кабінетів. Більше половини із 1060 аптек, які працюють в країні, є приватною власністю.

Перелік посилань

1. Арнаудова А. 10 вопросов о здравоохранении в странах – новых соседях ЕС / А. Арнаудова. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 292 с.
2. Вітенко І. С. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих : [навчальний посібник] / І. С. Вітенко, О. Є. Чабан, О. О. Бусло. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 186 с.
3. Іпатов А. В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги і Україні [монографія] / А. В. Іпатов. – Дніпропетровськ : ПОРОГИ, 2000. – 260 с.
4. Сімейна медицина : [підручник] / О. М. Гиріна [та ін.] ; за заг. ред. чл.-кор. АМН України, проф. В. М. Москаленка, проф. О. М. Гаріної. У 3 кн. – Кн. 1. Організаційні основи сімейної медицини. – К. : Медицина, 2007. – 392 с.

5. Рарова В. Н. Семейная врачебная практика за рубежом / В. Н. Рарова // Актуальные вопр. соц. гигиены и орг. здравоохранения : сб. науч. работ. – Москва. – 1980. – Вып. 4. – С. 184–186.
6. International congress of internal medicine : Internal medicine today and tomorrow. – New York, 1986. – P. 56.
7. Урмурзина Г. Г. О проведении эксперимента «семейный врач» в амбулаторно-поликлинических учреждениях Казахской ССР / Г. Г. Урмурзина, Г. Л. Жетписбаева, Н. Ф. Ильичева, Н. А. Белимов // Здравоохранение Казахстана. – 1990. – 1. – С. 9–12.
8. Jorke D. Der internis-generalist oder specialist? /D. Jorke // Yes. inn. Med. – 1988. – Bd. 43, № 3. – S. 53–55.
9. Раис Д. Семейная медицина в Канаде. Почему и как? / Д. Раис // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача : Межд. сов.-канад. семинар. – Владикавказ, 1991. – С. 23–29
10. Холмс Ф. Ф., Чуваков Т. / Первичная медицинская помощь: образ международной медицинской практики будущего века / Ф. Ф. Холмс, Т. Чуваков // Наше здоровье. – 1995. – Весна. – С. 18–19.
11. Taylor R. Family medicine. Principles and practice / R. Taylor // American health care. – New York, 1988. – P. 78–89.
12. Dougherty C. American health care / C. Dougherty. – New York, 1988. – P. 78–89.
13. Pereira Gray. The key to personal care. / Gray Pereira // J. R. Coll. Gen. Pract. – 1979. – №29. – P. 666–678.
14. Хант В. Р. Семейная медицина: ретроспектива и базовые принципы / В. Р. Хант // Врач. – 1994. – №2. – С. 34–36.
15. Иванов Д. Д. Сімейна медицина: зарубіжний досвід та перші кроки в Україні / Д. Д. Иванов // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – №5. – С. 104–107.
16. Shi. L. The relationship between primary care and life chances / L. Shi // Journal of health care for the poor and underserved. – 1992. – № 3. – P. 321–335.
17. Омаров Х. П. Потребность сельского населения Туркменистана в семейных врачах : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 25 с.
18. Mc Whinney I. R. A Textbook of Family Medicine / Mc I. R. Whinney. – New York : Oxford University Press, 1989.
19. Хуас Д. Общая врачебная практика во Франции / Д. Хаус // Межд. мед. обзоры. – 1994. – Т. 2, № 1. – С. 39–40

9. ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

9.1. Механізм взаємодії ПМСД з лікувально-профілактичними закладами II рівня (м. Вознесенськ)

Вознесенська ЦРЛ, згідно з наказом МОЗ України від 17.02. 2004 р. №88, увійшла до медичних закладів, які беруть участь у розробці моделі розподілу обсягів медичної допомоги і фінансових ресурсів на основі подушного нормативу.

У м. Вознесенську створені унікальні умови для експерименту, тому що все населення міста, без винятку, обслуговується лікарями загальної практики – сімейної медицини, причому під свій нагляд лікарі взяли жителів всіх вікових категорій – від ново народжених до осіб похилого віку.

Розробка нових технологій неможлива була б і без належного інформаційного забезпечення.

У 2003 та 2004 рр. було виграно 2 гранти з сімейної медицини на Всеукраїнському конкурсі проектів та програм, за рахунок коштів яких були придбані комп'ютери для фахівців сімейної медицини та комп'ютерна програма «Автоматизоване робоче місце сімейного лікаря».

В основі моделі управління медичною допомогою населенню, що розробляється, були покладені наступні принципи:

1. Персоніфікація медичної допомоги і фінансових витрат з метою максимального задоволення медичних потреб конкретного пацієнта.

2. Перехід до розподілу об'ємів медичної допомоги і фінансових витрат на основні послуги.

3. Інтеграція можливостей первинної ланки закладів II рівня в рамках єдиного медичного поля з чітким розподілом обов'язків (функцій) і загальною відповідальністю за кінцевий результат.

4. Раціональний розподіл медичних послуг в межах подушного нормативу, з обліком потреби пацієнта, собівартості послуг, реальних можливостей медичних установ та їх структурних підрозділів.

5. Забезпечення якості медичної допомоги в межах інтегрованої системи на основі використання стандартів і протоколів надання медичної допомоги.

6. Використання «воротарської» функції сімейних лікарів – лікарів загальної практики для формування найраціональнішого медичного маршруту пацієнтів.

7. Організація спадкоємності та координації в роботі між рівнями надання медичної допомоги населенню на основі сучасних комунікаційних і управлінських систем.

Це дозволило створити систему інформаційного забезпечення, в основі якої покладено персоніфіковані розподілені медичні бази даних населення амбулаторій. Ці бази даних призначені для накопичення медичної, статистичної і медико-економічної інформації про кожного мешканця впродовж усього життя.

На практиці це виглядає так: кожний пацієнт дільниці сімейного лікаря має бути оглянутий обов'язково один раз на рік, незалежно від стану здоров'я, – це так званий первинний огляд.

Дані при потребі консультації «вузького спеціаліста», тобто сімейний лікар проводить пацієнтові необхідний мінімум лабораторних та клінічних обстежень і оформлює направлення на консультацію до необхідного лікаря-спеціаліста (рис. 9.1).

Тел. роб.		Вознесенск	
Тел. дом. 4-78-69		Амбулатория №4	
Тел. моб.		НАПРАВЛЕННЯ	
		Група крові:	Не опр.
		Резус:	0
Пацієнт: Царенко В.А.		Стать: Чол	13.01.1966 р. народж., вік: 43
Адрес: Вознесенск		вул. Толстого ул.	буд. 54 кв. Нет
Місце роботи: Не працює		Спеціальність: Не внесена	
Куди: КП Вознесенская ЦРБ		Відділення: Поліклінічне	Лікар: Отоларінголог
Дата направлення: 14.02.2008		Сімейний лікар: Гедульянова Г. Ф.	План/Ургент.: План.
Основной диагноз МКБ-10 при направлении на консультацию или обследование:			
H608 [иные] зовнішні отити			
Резюме:			
жалобы на боли в левом ухе при надавливании на козелок			
Жалобы на высыпания на предплечьях			
Диагноз клинический основной: О.отит левого уха			
Сопутні діагнози: Аллергический дерматит			
Резюме: конс дерматолога, конс ЛОР			
<i>Сімейний лікар:</i>			
Талон обратной связи (амбулаторная помощь)			
Куди: Вознесенск		Амбулатория №4	
Пацієнт: Царенко В.А.		Сімейний лікар: Гедульянова Г. Ф.	
Адрес: Вознесенск		Стать: Чол 13.01.1966 р. народж., код: МВААНВАФИ24118	
		вул. Толстого ул. буд. 54 кв. Нет	
Код основного диагноза МКБ-10 после завершения консультаций и обследования:			
Дата	Конс./Обследов./Леч.	Диагноз клинический	Подпись
			Затраты
Резюме:			

Рис. 9.1. Зразок направлення пацієнта на консультацію до необхідного лікаря-спеціаліста

Оскільки 5 амбулаторій сімейної медицини розташовані в різних мікрорайонах міста, запис хворого на консультацію до лікаря-спеціаліста проводить сімейна медсестра по телефону через реєстратуру консультативної поліклініки на день і час, зручний для пацієнта.

У призначений день пацієнт приходить в реєстратуру поліклініки та отримує маршрутний лист консультацій (табл. 9.1), в якому вказано номер кабінету, назва посади спеціаліста-консультанта, прізвище лікаря та точний час призначеної консультації.

Таблиця 9.1

Зразок маршрутного листа пацієнта

Маршрутний лист пацієнта Абаза Т. М. Поиск АБАЗАЖТАМИЕВЛЕ 17151			
Дата приєма	Кабинет	Спеціаліст	Время приєма
24.07.2008	308 ЛОР	Пономаренко А.М.	8:10
24.07.2008	303 Офтальмологический	Мунтян Н.И.	11:30
<i>Видано 24 июля 2008 г.</i>			

Ця система консультативної допомоги слугує, насамперед, зручності надання спеціалізованої медичної допомоги мешканцям міста.

Вона дозволяє основні види обстежень виконувати безпосередньо в амбулаторіях сімейної медицини поблизу місця проживання пацієнта, а консультативна допомога в поліклініці регламентована чітким розкладом часу консультації, що дозволяє уникнути великих черг та знервованості під дверима лікаря.

В разі необхідності планового лікування хворого, яке визначає знову ж таки сімейний лікар, пацієнта одержує направлення у відділення ЦРЛ (рис. 9.2) та телефоном сімейним лікарем або медсестрою визначається дата його госпіталізації.

Такий підхід дозволяє сімейним лікарям чітко визначити маршрути, координувати обсяги і якість медичної допомоги, раціонально розподіляти послуги в єдиному, медичному полі.

Зворотна інформація про надану консультацію лікаря-спеціаліста або стаціонарного лікування хворого із зазначенням діагнозу, рекомендацій щодо лікування, проведеного лікування, економічних розрахунків собівартості наданих йому послуг повертаються до сімейного лікаря. В основі обміну лежать клієнт-сервісні технології, де як сервіс виступає сервер ЦРЛ, а як клієнт – сервери амбулаторій.

<i>Тел. роб.</i>	Вознесенск		
<i>Тел. дом.</i> 4-88-63	Амбулатория №4		
<i>Тел. моб.</i>	<u>НАПРАВЛЕНИЯ</u>		<i>Группа крови:</i> Не опр. <i>Резус:</i> 0
<i>Пациент:</i> Гжебовская Р.Ф.	<i>Стать:</i> Жін	<i>12.12.1938 р. народж., вік:</i> 70	ЖРАФЕАНЕВ14224
<i>Адрес:</i> Вознесенск	<i>вул. Толстого ул.</i>	<i>буд. 8</i>	<i>кв. Нет</i>
<i>Місце роботи:</i> Пенсионер	<i>Спеціальність:</i> Не внесена		
<i>Куди:</i> КП Вознесенская ЦРБ	<i>Відділення:</i> Терапевтичне	<i>Лікар:</i> Терапевт	
<i>Дата направлення:</i> 13.03.2006	<i>Сімейний лікар:</i> Гедульянова Г. Ф.	<i>План/Ургент.:</i> План.	
<i>Основной диагноз МКБ-10 при направлении на госпитализацию:</i>			
J460 Астматичний стан (status asthmaticus)			
<i>Резюме:</i>			
Жалобы на слабость ,одышку особенно при физ нагрузке кашель с трудноотделяемой мокротой Обно Т тела 36.6 Бледность кожных покровов. Дыхание везикулярное ,пневмосклеротическне хрипы . Тоны приглушены ритмичны . Живот мягкий б/б Д/з бронхиальная астма ,гормонозависящая Резюме: ОАК ,ОАМ , ЭКГ , Сахар крови . Спирография. ФЛГ ,конс гинеколога . . Направляется на стац лечение в терапевтическое отд			
<i>Сімейний лікар:</i>			
Талон обратной связи (госпитальная помощь)			
<i>Куди:</i> Вознесенск	<i>Амбулатория №4</i>	<i>Сімейний лікар:</i> Гедульянова Г. Ф.	
<i>Пациент:</i> Гжебовская Р.Ф.	<i>Стать:</i> Жін	<i>12.12.1938 р. народж., код:</i>	ЖРАФЕАНЕВ14224
<i>Адрес:</i> Вознесенск	<i>вул. Толстого ул.</i>	<i>буд. 8</i>	<i>кв. Нет</i>
<i>Код основного диагноз МКБ-10 при выписке:</i>			
<i>Д/госп.</i>	<i>Д/вып.</i>	<i>Отделение</i>	<i>Специалист</i>
			<i>Подпись</i>
			<i>Затраты</i>

Рис. 9.2. Зразок направлення пацієнта у відділення ЦРЛ

Такий підхід дозволяє сімейним лікарям чітко визначити маршрути, координувати обсяги і якість медичної допомоги, раціонально розподіляти послуги в єдиному, медичному полі.

Зворотна інформація про надану консультацію лікаря-спеціаліста або стаціонарного лікування хворого із зазначенням діагнозу, рекомендацій щодо лікування, проведеного лікування, економічних розрахунків собівартості наданих йому послуг повертаються до сімейного лікаря. В основі обміну лежать клієнт-сервісні технології, де як сервіс виступає сервер ЦРЛ, а як клієнт – сервери амбулаторій.

Проведена останніми роками реорганізація системи управління в рамках єдиного медичного комплексу на базі Вознесенської ЦРЛ позитивно вплинула на ефективність використання ресурсів, своєчасність і якість медичної допомоги населенню. Так, істотно збільшився обсяг первинної медико-санітарної допомоги в амбулаторіях сімейної медицини за рахунок поступового перерозподілу функцій між сімейними лікарями, профільними фахівцями поліклініки і госпітальних відділень.

У міру розширення функцій і збільшення навантаження амбулаторій сімейної медицини йшов перерозподіл фінансових потоків на користь первинної медичної допомоги.

У загальній структурі витрат у 2007 р. втрати на первинну медичну допомогу становили 19,8%.

Паралельно збільшенню обсягів медичної допомоги в первинній ланці охорони здоров'я відбулося зниження госпітальної допомоги і навантаження профільних фахівців поліклініки. Так, кількість госпітальних ліжок скоротилася з 510 до 340 (47,6 на 10 тис. населення). Кількість відвідин в поліклініці зменшилася з 353495 тис. до 304005 тис. (-14%). Щодо основних профільних фахівців, це виглядає таким чином:

– кардіологи – з 6960 тис. до 5662 тис. (-19,2%);

- педіатри – з 18323 тис. до 10817 тис. (-40,9%);
- гінекологи – з 38759 тис. до 36684 тис. (-5,3%);
- отоларингологи – з 39817 тис. до 32804 тис. (-17,6%);
- невропатологи – з 37030 до 30647 тис. (-17,2%).

Зниження навантаження основних профільних фахівців поліклініки пов'язане також з тим, що активно йде процес передачі диспансерних груп сімейним лікарям. Чисельність диспансерних груп у вузьких фахівців знизилася з 7045 чол. до 5020 чол. (-29%). При цьому істотно зросла чисельність диспансерної групи сімейних лікарів (12284 чол.), розширився її якісний склад. На сьогодні профільні фахівці поліклініки почали більшою мірою здійснювати свою безпосередню консультативну функцію, ніж первинну роботу з населенням.

Поза сумнівом, поліпшилася якість управління потоками пацієнтів на госпітальну допомогу, тобто «воротарська» функція сімейних лікарів. Нині понад 60% госпіталізації в стаціонари проводився з напрямків сімейних лікарів проти 16,7 тис. у 20904 р. По госпітальних відділеннях це виглядає таким чином:

- терапія – 64%;
- неврологія – 74%;
- хірургія – 50%;
- педіатрія – 60%.

Слід зазначити також позитивну динаміку в показниках здоров'я населення, насамперед, у групі серцево-судинних захворювань, онкопатології.

Поза сумнівом, це більшою мірою заслуга первинної ланки охорони здоров'я, організація системної роботи з населенням, персоніфікація цієї роботи, якісніша, ніж раніше, диспансеризація і профілактика захворювань [1].

9.2. Програма розробки пілотних проектів об'єктів первинної медичної допомоги в селах Львівської області

Актуальність проблеми

Успішний сталий розвиток сільських територій в значній мірі залежить від їх енергозабезпечення, наявності житла та рівня забезпечення соціальних стандартів. Їх невирішеність призводить до негативних демографічних диспропорцій (зменшення народжуваності, еміграція з села, безробіття, заробітчанство...), погіршення здоров'я населення, і в кінцевому результаті — до повної руйнації і зникнення багатьох населених пунктів [2]. У розрізі сучасних тенденцій цивілізаційного розвитку села найбільш критичними є проблеми:

- організації первинної медичної допомоги мешканцям села;
- організації системи дошкільної та початкової освіти;
- забезпечення житлом молодих спеціалістів;
- великих енергетичних затрат на експлуатацію існуючих об'єктів;
- доріг, транспортного сполучення з обласним (районним) центром.

Головною причиною виникнення проблем на селі є недостатній рівень державної підтримки на облаштування сільських територій, про що однозначно заявлено в Державній цільовій Програмі розвитку села на період до 2015 р. Подолання майже двадцятирічної кризи в країні відбувалось в значній мірі за рахунок ресурсів села. Держава визнала свою відповідальність за сьогоднішній стан села і декларує готовність до значних капіталовкладень в його розвиток.

Вирішення практично всіх проблем на селі починається з будівництва: доріг, закладів дошкільної та початкової освіти, охорони здоров'я, культури... Існуючі на сьогодні мережі охорони здоров'я давно вже не відповідають сучасним вимогам і сучасним можливостям.

Протягом останніх десяти років рівень народжуваності сільського населення (з розрахунку на 1000 осіб) скоротився з 13,7 до 9,4 осіб, натомість рівень смертності підвищився з 14,4 до 20,5 осіб і перевищив аналогічний показник смертності міського населення в 1,4 рази. На недопустимо високому рівні залишаються показники загальної захворюваності сільського населення. Однією з головних причин такої ситуації є незадовільний стан первинної медичної допомоги на селі. Особливо першочергового відновлення і розвитку потребує мережа фельдшерсько-акушерських пунктів, які надають первинну медико-санітарну допомогу сільському населенню, та сільські амбулаторії сімейної медицини.

На початку 2008 р. у Львівській області медичну допомогу сільському населенню надавали 187 закладів охорони здоров'я (57 сільських лікарських амбулаторій, 114 сільських амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, 12 дільничних лікарень, 4 районні лікарні) та 1020 фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів). З них 28% потребують капітального ремонту, 48% – поточного, 2% – в аварійному стані. З них 33% – типові, решта 67% об'єктів розміщені в пристосованих будівлях. Майже половина сільських медичних закладів Львівщини введена в експлуатацію понад 50 років тому.

Дуже гострою залишається проблема забезпечення молодих спеціалістів, що скеровуються на роботу в сільську місцевість після навчання, житлом, що породжує високу плінність кадрів, їх неукомплектованість та зниження кваліфікаційного рівня.

Вирішення цих проблем закладено в Концепції Програми розвитку села та формування самодостатніх територіальних громад на період до 2015 р., прийнятою Львівською обласною радою 4 грудня 2007 р. за №410. Згідно Програми, передбачається будівництво 82 нових фельдшерсько-акушерських пунктів і 36 нових амбулаторій сімейної медицини. Оскільки більшість сільських закладів охорони здоров'я розташовані в пристосованих приміщеннях та приміщеннях, збудованих понад 50 років тому, питання доцільності проведення їх реконструкції також не має під собою економічного підґрунтя.

Однак на сьогоднішній день немає типових проектів фельдшерсько-акушерських пунктів і амбулаторій сімейної медицини, які б:

- враховували сучасний практичний досвід експлуатації об'єктів сільської медицини, збудованих протягом останніх десяти років;
- повністю відповідали всім новим проектним нормам;
- повністю відповідали всім останнім постановам МОЗ України;
- враховували новітні досягнення в сфері творення медичної апаратури, обладнання, інструментів (компактність, мініатюризація, одноразовість);
- містили в своїй структурі житло для молодих медпрацівників;
- відповідали б сучасним і перспективним вимогам що до енергоощадності, автономності енергозабезпечення;
- були орієнтовані на використання при будівництві малокваліфікованої робочої сили, мали низький коефіцієнт механізації робіт (для залучення до будівництва дешевих сільських безробітних);
- забезпечували найкоротші терміни будівництва;
- були максимально дешевими в реалізації.

Мета концепції – запропонувати методологічні засади альтернативних ресурсощадних підходів до формування об'єктів сільської медицини, адекватних сучасним можливостям держави та перспективним вимогам енергозбереження.

Вихід з ситуації вбачається в розробці експериментальних проектів, які б дали комплексне рішення всіх актуальних проблем. З метою вироблення базових принципів розробки таких проектів науковцями Інституту архітектури Національного університету «Львівська політехніка» і кафедри архітектури та планування сільських поселень Львівського національного аграрного університету було проведено дослідження закладів охорони здоров'я в селах Львівської області, яке супроводжувалось натурним обстеженням, фотофіксацією і інтерв'юванням медперсоналу. Зокрема були відзначені наступні постулати:

– при фельдшерсько-акушерських пунктах та сільських амбулаторіях сімейної медицини бажано проектувати житло для молодих медпрацівників;

– в ФАГПах, заради економічності, можна відмовитись від групи приміщень для прийняття пологів, оскільки пологи – центрорегатива дільничних і районних лікарень. Крім того, реально, не вдалось виявити жодного ФАГПу, в якому протягом останніх кількох десятиків років були прийняті хоча б одні пологи;

– є побажання ввести в структуру амбулаторії сімейної медицини дві палати денного стаціонару для осіб різної статі;

– припускається можливість зменшення площі практично всіх робочих приміщень, порівняно з нормативними величинами, якщо це не призведе до скорочення їх обладнання і не відіб'ється незручності користування ним;

– широке розповсюдження одноразових інструментів, шприців, рукавичок, тощо і наявність компактних переносних стерилізаторів виводить приміщення окремої стерилізаційної з розряду безумовно необхідних приміщень в ФАПі амбулаторії сімейної медицини;

– не відчувається особливої потреби в двох окремих приміщеннях для зберігання брудної і чистої білизни, якщо пральні будуть обладнані сучасними пральними і сушильними автоматами.

Окремий блок питань – енергетичне забезпечення. Динаміка світових цін на енергоносії, зменшення планетарних запасів енергоносіїв залишає мало часу і мало шансів на використання традиційних не відновлюваних джерел енергії, таких як природний газ, рідке паливо. Стає актуальним і економічно доцільним енергоощадне будівництво та використання альтернативних джерел енергії в процесі експлуатації.

Оскільки сумарні видатки на будівництво і експлуатацію протягом 50 років сільських об'єктів, збудованих за діючими типовими проектами і традиційними матеріалами (цегла, бетон...) знаходяться у співвідношенні 3:7, стає очевидним необхідність кардинального зменшення долі експлуатаційних витрат. Це досягається шляхом:

– розробки типових проектів з компактною планувальною структурою і мінімальним периметром зовнішніх стін;

– розробки типових проектів з високоефективними інженерними системами, орієнтованими на комплексне використання комбінованого енергетичного живлення, в т.ч. – альтернативних джерел енергії: сонячної (сонячні колектори) і геотермальної (теплові помпи), а також – рекуперації тепла відпрацьованого повітря в системах вентиляції.

Економічні енергоефективні повітряні рекуператори тепла вже розроблені, апробовані і запатентовані.

Оскільки вартість інженерних систем, що забезпечують енергетичну автономність об'єктів, збільшується майже в геометричній прогресії із збільшенням площі опалюваної будівлі, було прийнято рішення про створення сільських ФАПів та амбулаторій сімейної медицини з мінімально достатньою номенклатурою приміщень і мінімальними площами приміщень.

Такий курс на раціоналізацію величини об'єктів сільської медицини не означає зниження якості обслуговування, але відповідає обмеженим економічним можливостям держави і великими обсягами будівництва, які необхідно здійснити у відносно короткі терміни. Подібні компактні об'єкти з автономним енергозабезпеченням можуть також дуже пригодитись на випадок масштабних повеней, яка сталась цього року в Україні, інших природних катастроф.

Мінімальні площі приміщень будуть визначатись на основі параметрів обладнання, ергономічних параметрів функціональних зон, необхідних для користування цим обладнанням (з можливістю накладання зон), плюс транзитна площа.

Така тотальна економія дозволить компенсувати високу вартість енергоавтономних інженерних систем і забезпечити якісним медичним обслуговуванням втричі більшу кількість сільського населення в найкоротші терміни (об'єкт може бути збудований протягом весняно-осіннього сезону).

Результати дослідження були використані при розробці пілотних проектів закладів первинної медичної допомоги для сіл Львівської області.

Визначення площ приміщень відбувалось на основі ергономічних параметрів основних функціональних зон і процесів, які мають відбуватись в приміщенні (табл. 9.2, 9.3).

Таблиця 9.2

Порівняльний аналіз номенклатури і площ (м²) приміщень сільського ФАПу

Назва приміщення	Типовий проект	ДБН В.2.2-10-2001	Документи МОЗ	Пілотний проект
Кабінет фельдшера	11,7	14	+	10,9
Кабінет акушерки		18		
Кабінет патронажної сестри	9,5	12		8,1
Вестибуль-чекальня		16		9,9
Процедурна-перев'язочна	12,6	18	+	14,2
Кімната тимчасового перебування хворого		8		
Кімната для зберігання і приготування вакцини БЖД		8		

Ізолятор		16		
Кімната екстреного приймання пологів		24		
Кімната тимчасового перебування породіль		12		
Оглядова з санітарною обробкою вагітних і породіль		18		
Допологова на одне ліжко		9		
Підготовча персоналу		12		
Пологова новонародженого з туалетом і шлюзом		24+5		
Стерилізаційна		10	+	
Приміщення миття інструментів		4		
Палата породіль		7+3		
Приміщення для:				
– миття і дезинфекції суден		8		
– предметів прибирання		2		0,8
– зберігання брудної білизни		2		
– зберігання дезинфекційних засобів		2		
Буфетна з кухнею		12+4		
Кімната виписки		8		
Комора (при кабінеті фельдшера)		6		
Кабінет фізіотерапевтичний	18,7	12+4		
Кімната персоналу		8		
Комора чистої білизни		3		
Вбиральня	1,4+3,9	3		1,3
Оглядовий кабінет				6,7
Кабінет стоматолога	11,7			
Коридор	19,9			1,8 I
Пральня-опалювальна	17,8	12		7,8
Всього по ФАПу	107,2	238		72,4
Квартира для медпрацівника	112,4	-		87,6
Разом: ФАП + квартира	219,6			160,0

Таблиця 9.3

Порівняльний аналіз номенклатури і площ(м²)
приміщень сільської амбулаторії сімейної медицини

Назва приміщення	ДБН В.2.2-10- 2001	Документи МОЗ	Зразковий проект*	Пілотний проект
Вестибуль - почекальня	мінімум 12	+	44,1	15,9
Реєстратура	мінімум 10		9,7	5,2
Кімната виклику лікаря на дім	12			
Кімната для дільничних лікарів	12			
Кімната для медсестер	12		10,25	10
Вбиральні для відвідувачів	3		3x2	3,4
Кабінет терапевта	12			
Процедурна	12	+	10,7	10,1
Процедурна	12			
Чекальня	мінімум 10			
Вестибуль дитячого відділення	0,38/особу			
Фільтр-бокс для прийому дітей	15x2			
Кабінет педіатра	15			
Процедурна дитяча	18			
Кабінет щеплень дітей	10		9,5	9
Масажна для дітей грудного віку	15			
Кабінет здорової дитини	15			
Кабінет збору грудного молока	10+6			
Комора прибирального інвентарю	2			2,5
Вбиральні дитячі	3			
Чекальня дитяча	мінімум 10			6
Кабінет хірурга	18			
Перев'язочна чиста	22			
Перев'язочна гнійна	22			
Кімната для зберігання гіпсу	6			
Чекальня хірургічного відділення	мінімум 10			
Кабінет акушера-гінеколога	18	+		12
Процедурна-оглядова	20	+	10,7	9,4
Кабінет психопрофілактики	8			
Кімната особистої гігієни відвідувачів	5			
Чекальня гінекологічного відділ.	мінімум 10			
Кабінет лікаря-консультанта	18+8			
Кабінет стоматолога-хірурга	14		16,2	8
Кабінет стоматолога-терапевта	14			
Приміщення приготування амальгами	8			
Чекальня стоматологічного відділення	мінімум 10			9,2
Кабінет фізіотерапії	12+4		23,9	14
Діагностична лабораторія	10+9	+	11,3	10+9
Стерилізаційна		+		
– приміщення прийому	9			
– мийна	10			
– приміщення стерилізації	12			
– приміщення зберігання і видачі	9			
Рентген-кабінет				
Кабінет головного лікаря	14		23,9	7,5
Приймальня головного лікаря	8			
Кімната завгоспа	8			

Продовження таблиці 9.3

Назва приміщення	ДБН В.2.2-10-2001	Документи МОЗ	Зразковий проект*	Пілотний проект
Канцелярія, бухгалтерія, каса	10			
Кімната занять з персоналом	15			
Медичний архів	8			
Інвентарна	4		7,7	6
Приміщення зберігання чистої білизни	6			
Приміщення зберігання брудної білизни	6			
Гардероб вуличного одягу персоналу	0,08/особу			
Гардероб вуличного одягу персоналу	0,55/особу			
Кімната громадських організацій	10			
Туалет персоналу	3		2,7	
Комірка господарського інвентарю	6			
Комірка прибирального інвентарю	4			4
Кімната персоналу	8			
Кабінет сімейного лікаря	18	+	18,35	11
Палата денного стаціонару (жіноча)			9	10,3
Палата денного стаціонару (чоловіча)				13,6
Аптечний кіоск				5,2
Пральня-опалювальна			7,1	13,5
Тамбур окремого входу в дитяче відділення				1,6
Всього по амбулаторії	695		228,2	205,4
Квартира для медпрацівника				77,6
Разом: амбулаторія + квартира				

Примітка:

* За зразковий проект прийнято амбулаторію сімейної медицини в с. Зіболки Жовківського району Львівської області, введена в експлуатацію в 2003 р., яка на думку фахівців найбільше відповідає вимогам, що ставляться до схожих об'єктів.

Наприклад, площа стоматкабінету буде обумовлена параметрами стоматустановки, площею столика лікаря і площею шафи для інструментів, а також площею підходів до вказаного обладнання. Враховувався і той факт, що це не традиційний міський стоматкабінет, в якому буде здійснюватись безперервний прийом відвідувачів з ранку до вечора. Переважно це буде патронажний стоматолог, який буде здійснювати прийом громадян лиш кілька днів на тиждень, цілком можливо і не повний робочий день, а решту часу кабінет стоматолога буде пустувати.

Параметри кабін фізіотерапевтичних процедур не є жорстко зафіксованими, вони піддаються будь-якій корекції завдяки мобільним перегородкам і будуть уточнюватись у відповідності із медичним завданням

Відсутність деяких приміщень пояснюється також їх відсутністю в успішно діючих аналогічних об'єктах. Так головний лікар амбулаторії в Зіболках вважає, що при наявності сучасних компактних стерилізаторів і в умовах широкого використання одноразових інструментів (про які, до речі,

навіть не було мови під час розробки чинних проектних норм) відпадає потреба в спеціальному приміщенні стерилізаційної.

Ми свідомо пішли на те, щоб в ФАПі не передбачати кімнату для термінового приймання пологів і кімнати для тимчасового перебування породіллі з дитиною, оскільки нам не вдалось виявити жодного ФАПу в селах Львівщини, в яких би за останні десятиліття здійснювались би пологові функції. То для чого марно затрачати державні кошти для будівництва приміщень, які потенційно пустують?

Так само ми вважаємо за марнотратством давати нормативні два приміщення по 10м² для щеплень дітей, з огляду на потенційну частоту використання цих приміщень. Хоча з іншого боку, ми були б вдячні за пропозиції, як найбільш раціонально розподіляти виділену в проекті сумарну площу між цими двома приміщеннями.

Ми також свідомо пішли на те, щоб в наших об'єктах не передбачати кімнат для зберігання брудної і чистої білизни, натомість передбачили пральні, обладнані пральними автоматами, каландрами для прасування. З одного боку брудна білизна не буде залежуватись, і це забезпечить вищий рівень гігієни. З іншого боку, пральна машин сьогодні коштує значно дешевше, ніж площа, яку вона займає, не кажучи вже про вартість окремих приміщень для зберігання брудної і чистої білизни. До речі, доцільність влаштування пральні у всіх без винятку наших об'єктах нам підказало опитування персоналу діючих об'єктів. В багатьох діючих ФАПах ***персонал вимушений забирати брудну білизну додому і там її прати.***

В цілому, на наш погляд, необхідно враховувати, що ми маємо справу з пілотними проектами (тобто експериментальними), в яких допускається відхилення від чинних проектних норм. У всякому випадку ***пропоновані проекти не будуть гіршими від сотень діючих сьогодні об'єктів.*** А експериментальна реалізація дасть відповідь, чи можна буде їх використовувати як проекти для повторного використання, які припущення виявились вірними, а які потребують доопрацювання.

Крім того, введення в структуру об'єктів сільської медицини відомчого житла для медпрацівника (сімейного лікаря, фельдшера) сприятиме залученню і закріпленню дипломованих спеціалістів на селі.

Якщо МОЗ України дасть дозвіл на проектування і пілотне будівництво, експериментальні ФАП і амбулаторія сімейної медицини будуть збудовані протягом 2009 р., в 2010 р. буде проведено всебічне обстеження і узагальнення

практичного досвіду їх експлуатації. Детальний звіт про результати пілотного будівництва буде представлено в МОЗ України в листопаді 2010 р.

9.3. Досвід впровадження сімейної медицини в Харківській області

Необхідно зазначити, що робота з реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини проводиться в контексті загального впорядкування мережі та потужності закладів охорони здоров'я, скорочення кількості стаціонарних лікарняних ліжок та одночасного розвитку позалікарняних, стаціонарозамінюючих форм медичної допомоги населенню області. [3].

В Харківській області впровадження сімейної медицини започатковане в 1998 р., коли в Харківській медичній академії післядипломної освіти була організована кафедра сімейної медицини та розпочато підготовку сімейних лікарів.

В 1999 р. вивчався досвід організації первинної медико-санітарної допомоги в Сполучених Штатах Америки, в рамках реалізації програми українсько-американського співробітництва в межах міжурядових відносин за участю Американського альянсу охорони здоров'я.

Метою програми визначено впровадження соціально-орієнтованої системи первинної медико-санітарної допомоги в поліклініці і лікарських здоровпунктах обласної студентської лікарні м. Харкова та сільській лікарській амбулаторії села Коробочкіно Чугуївського району Харківської області.

Ці центри стали базою для підготовки і перепідготовки лікарів і середніх медичних працівників за фахом «сімейна медицина», діючою моделлю для організації амбулаторій сімейної медицини в інших районах та містах області.

Головним для впровадження засад сімейної медицини стала постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я». На її виконання було розпорядження голови Харківської обласної державної адміністрації від 11 серпня 2000 р. №758.

Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації було визначено основні, напрямки реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Відповідні планові завдання були розроблені в розрізі адміністративних сільських районів та обласного центру на період 2001–2005 рр., та затверджені на рівні заступника голови Харківської обласної державної адміністрації.

Планом були визначені чотири основні завдання:

1. Відкриття 120 амбулаторій сімейного лікаря на 125 дільниць на базі фельдшерсько-акушерських пунктів.

2. Трансформація 136 існуючих сільських лікарських амбулаторій та дільничних лікарень в амбулаторії сімейної медицини на 429 дільниць в сільській місцевості.

3. Відкриття 26 амбулаторій на 72 дільниці сімейної медицини в містах шляхом вилучення їх із складу територіальних поліклінік та наближення до населення.

4. Перетворення 998 лікарських терапевтичних та педіатричних дільниць в поліклінічних закладах у дільниці сімейної медицини в місті Харкові, райцентрах і містах обласного підпорядкування.

Заходи з реалізації програми передбачали чотири блоки дій:

- 1) Кадрове забезпечення.
- 2) Матеріально-технічне та фінансове забезпечення.
- 3) Організаційні заходи.
- 4) Супровід впровадження.

В плані кадрового забезпечення програми ми поставили перед собою питання: яким ми бачимо сімейного лікаря і де ми його візьмемо?

Головну, переломну роль у впровадженні сімейної медицини в стислі терміни, що визначені постановою Кабінету Міністрів, має тільки післядипломна спеціалізація нині працюючих дільничних терапевтів та педіатрів. При цьому, що дуже важливо, зберігається кадровий потенціал галузі та зменшується соціальна напруга в медичних колективах, яка завжди супроводжує подібні реорганізації.

На замовленням обласного управління охорони здоров'я Харківською медичною академією післядипломної освіти було визначено обсяги спеціалізованої медичної допомоги, що можна передати сімейним лікарям а на цій основі – перелік мінімально необхідного медичного обладнання для забезпечення роботи окремої амбулаторії сімейного лікаря.

Потрібно визначити, що в теперішній час діють відповідні накази МОЗ України №72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» та №303 від 2001 р. «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини», які забезпечують методичні основи впровадження сімейної медицини.

Виникла необхідність підготовки кадрів дня переводу первинної ланки (за 1–2 роки), окремого адміністративного району на засади сімейної медицини.

У 2000 р. ректором ХМАПО професором М.Л.Хвисяком створено перший в Україні факультет сімейної медицини у складі 19-ти кафедр. Це дало змогу провести в 2001 р. 3 цикли підготовки сімейних лікарів з числа діючих терапевтів та педіатрів. Навчання пройшли не лише дільничні лікарі, але й керівники відділень та закладів, окремі «вузькі спеціалісти».

Паралельно з цим, в 2001 р. розподілено сімейними лікарями 12 випускників Харківського державного медичного університету. У 2008 р. в області функціонує 982 штатні посади ЛЗП, тоді як працює 747 фізичних осіб. Тобто укомплектовано 76%, що ілюструє складності практичної реалізації програми реформування охорони здоров'я.

Для забезпечення закладів сімейної медицини середнім медичним персоналом удосконалено систему підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу, укладено угоду з Харківською медичною академією післядипломної освіти на підготовку середнього медичного персоналу на базі коледжу академії.

Підготовка сімейних медичних сестер в коледжі проводиться в межах обласної програми післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів, яку раніш здійснювали курси медичних сестер при обласній клінічній лікарні.

У 2008 р. функціонує 1698,5 штатних посад і працює 1585 фізичних осіб, що становить 93,3% від штатних осіб.

Співвідношення штатних посад медичних сестер до штатних посад лікарів – 1,7. Співвідношення фізичних осіб медичних сестер до фізичних осіб лікарів становить 2,1. Ми бачимо що кількість фізичних осіб медичних сестер наближається до нормативів, але все одно цього не достатньо.

Залишилась проблема невідповідності обсягів практичної підготовки медичних сестер для закладів сімейної медицини створеним можливостям для їх роботи. Медичне обладнання, яке отримали створені амбулаторії сімейного лікаря, не використовувалось: лікар не має часу. А медична сестра не може. Це спонукало нас створити тренінговий центр сімейної медицини, який і був відкритий в 2003 р. на базі обласної клінічної лікарні для відпрацювання практичних навичок середніх медичних працівників. Паралельно практикуються «кущові» конференції та семінари, які проводять обласні спеціалісти.

Для фінансового забезпечення реалізації програми, в першу чергу на селі, рішеннями сесій обласної ради від 19 червня 2001 р. було затверджено «Програму удосконалення медичної допомоги на засадах сімейної медицини жителям сільської місцевості на 2001–2003 роки» та від 24 квітня 2003 р. «Про

удосконалення медичної допомоги жителям області на засадах сімейної медицини до 2005 року», що дозволило направити за ці роки з обласного бюджету 6 млн. грн. на укомплектування амбулаторій сімейної медицини на селі медичним обладнанням і автомобілями «Таврія».

До складу комплекту медичного обладнання ввійшли:

– загальне медичне обладнання (ростомір, ваги медичні дорослі та дитячі, столик дитячий сповивальний, електрокардіограф, столик для інструментів, штативи для крапельниць);

– для невідкладних станів (ноші санітарні, набір зондів, катетерів та шин);

– малий хірургічний набір (скальпелі, пінцети, голки, ножиці, затискачі, корнцанг);

– акушерсько-гінекологічний набір (дзеркала, стетоскоп акушерський, вимірювач розміру тазу);

– отоларингологічний набір (рефлектор лобний, дзеркало носове, пінцет);

– офтальмологічний набір (офтальмоскоп, набір лінз для підбору окулярів, таблиця Рабкіна);

– лабораторне обладнання (мікроскоп, глюкомер, камера Горєва, лабораторний посуд);

– стерилізаційне обладнання (сухо-жарова шафа, бікси, випромінювач бактерицидний).

Отримання медичного обладнання для амбулаторій та дільниць сімейних лікарів за рахунок обласного бюджету} - стало суттєвим стимулом для органів місцевої влади Керівники районних державних адміністрацій, голови сільських, селищних та міських рад стали особисто піклуватись питанням відкриття закладів сімейної медицини.

Завдяки цьому на ремонт, пристосування, підготовку приміщень для відкриття амбулаторій сімейної медицини та оснащення їх побутовим інвентарем було ще додатково вишукано виконавчими органами місцевої влади та місцевими громадами 3,5 млн грн, в тому числі понад 2,5 млн – залучено позабюджетні кошти.

Ці заходи дали можливість впровадити в дію дві сільські моделі закладів сімейної медицини:

– лікарських амбулаторій на одну дільницю, створених на базі ФАПів;

– амбулаторій і відділень сімейної медицини, відкритих на базі існуючих сільських лікарських амбулаторій та дільничних лікарень.

За три роки – з 2001 по 2003 рр. на базі фельдшерсько-акушерських пунктів відкрито 111 амбулаторій сімейної медицини на 119 дільниць, ще 100 амбулаторій на 170 дільниць створено шляхом перепрофілювання існуючих сільських лікарських амбулаторій та дільничних і міських лікарень.

Складніше реалізуються моделі впровадження сімейної медицини в умовах міста. Це пов'язано з необхідністю значних організаційних заходів, в першу чергу, перерозподілу дорослого і дитячого населення, суттєвої трансформації мережі закладів охорони здоров'я

В місті Харкові організовано 6 амбулаторій в мікрорайонах на 14 лікарняних дільниць та з 1 січня 2003 р. функціонує перша поліклініка сімейної медицини з 4 відділеннями на 33,75 дільниць, де відпрацьовується в реальному експерименті модель впровадження сімейної медицини в умовах функціонування великої поліклініки, яка розташована в типовій будівлі та обслуговує 50 тис. населення, в тому числі майже 7 тис. дітей у віці до 14 років.

Цей об'єкт був обраний з урахуванням того, що в цій поліклініці вже існували відділення для дорослих та дітей. Це дозволило уникнути адміністративних питань при перерозподілі дитячого та дорослого населення, які неминуче виникають при передачі до ведення сімейних лікарів дитячого населення від окремих дитячих поліклінік та лікарень.

Цей об'єкт був обраний з урахуванням того, що в цій поліклініці вже існували відділення для дорослих та дітей. Це дозволило уникнути адміністративних питань при перерозподілі дитячого та дорослого населення, які неминуче виникають при передачі до ведення сімейних лікарів дитячого населення від окремих дитячих поліклінік та лікарень.

Плідний досвід опрацьовано в містах обласного підпорядкування – райцентрах: Куп'янську, Балаклії, Краснограді, Лозовій.

На базі 23 поліклінічних відділень ЦРЛ були створено 10 відділень сімейної медицини.

На цьому етапі ми спіткнулися з проблемою обслуговування дитячого населення. Тому було відпрацьовано такі моделі щодо їх обслуговування:

І модель – надання медичної допомоги дітям від 0 років. Така модель застосовна переважно в амбулаторіях, що створені на базі ФАПів, де сімейні лікарі з числа педіатрів та в тих закладах, де сімейний лікар з числа терапевтів і педіатрів працюють в одному приміщенні.

Для прикладу можемо привести Круп'янську центральну міську лікарню, що забезпечила 100% охоплення населення сімейними лікарями.

Кількість населення становить 32 тисячі мешканців, в тому числі 4500 тис. дітей до 14 років.

В своїй структурі амбулаторія, яка створена на базі ФАПУ має одне відділення сімейної медицини з 22 дільницями.

Медичне обслуговування дитячого населення забезпечено від 0 років сімейними лікарями, що з числа педіатрів і терапевтів.

На першому етапі впровадження цієї моделі практикувалися сумісні прийоми з метою взаємної передачі досвіду.

II модель – надання медичної допомоги дітям від 7 років. Ця модель запроваджена в Чугуївському районі.

III модель – надання медичної допомоги дітям від 10 років, вона впроваджена в двох містах області (Балаклея та Красноград).

Досвід роботи дозволяє виділити наступні форми організації надання медичної допомоги населенню сімейними лікарями: індивідуальну та групову.

Групову форму застосовує перша модель, за відділенням закріплене як доросле так і дитяче населення, але дитяче населення у віці до 10 років обслуговують сімейні лікарі-педіатри.

Тобто опрацьовується практика обслуговування всієї сім'ї лікарями одного відділення, розширена практика обслуговування дітей терапевтом.

Застосування бригадної практики застосовується у другій та третій моделях: все населення, в тому числі і діти, розподілено між сімейними лікарями у відповідності із дільницями по 1400–1600 жителів. Лікарі, які раніш були педіатрами надають консультації своїм колегам з питань медичної допомоги дітям, та навпаки – колишні терапевти консультують своїх колег – «педіатрів».

За більшістю відділень сімейної медицини закріплюється акушер-гінеколог, що сприяє наступності надання медичної допомоги.

В Ленінградському районі м. Харкова відпрацьовано модель сімейної медицини з чисельністю населення 116 тис. жителів, в тому числі 16 тис. дитячого населення.

Планується використати бригадну практику (терапевт, педіатр, акушер-гінеколог), що є найбільш притаманна для міських умов на першому етапі,

Дитяче населення до 7 років буде обслуговуватись сімейними лікарями педіатрами, з 8 до 14 років – сімейними лікарями-терапевтами за консультацією колег педіатрів.

Але це потребує, по-перше відділення стаціонару від поліклініки, по-друге – об'єднання дорослих та дитячих поліклінік, тобто змін в існуючій мережі медичних установ.

Охоплення обслуговуванням сімейними лікарями сільського населення області вже досягло 70%, це 435 тис. жителів села, де працюють 360 сімейних лікарів. Показник забезпеченості населення сімейними лікарями досяг 1,91 на 10 тис. населення (Україна – 1,35).

Охоплення обслуговуванням сімейними лікарями в районах Харківської області відрізняється. В чотирьох районах досягнуто 100% охоплення обслуговуванням сімейними лікарями.

Необхідно вказати, що робота по впровадженню сімейної медицини сприяла покращанню показника забезпеченості посадами лікарів первинної ланки з 3,79 у 2000 р. до 6,63 на 10,0 тис. населення у 2003 р. (1709,0 посад в 2000 р., 1889,0 – в 2003 р.). При цьому кількість посад дільничних лікарів-терапевтів та педіатрів зменшилась на 26,8% – 449,0 посад (від 1675,0 до 1226,0). Кількість посад сімейних лікарів зросла на 33,2% (з 2% в 2000 р. до 9% в 2001 р., до 21,7% в 2002 р., до 35,2% в 2003 р.).

Важливим чинником, що забезпечує супровід впровадження сімейної медицини є моніторинг діяльності амбулаторій та відділень сімейної медицини, а також стану здоров'я сільського населення, який проводиться на виконання відповідного наказу МОЗ України.

Результати моніторингу підтверджують значну медичну та економічну ефективність впровадження сімейної медицини.

На дільницях сімейної медицини відзначається зменшення викликів швидкої медичної допомоги, зниження рівня госпіталізації хворих, збільшення обсягів профілактичних оглядів з та диспансерного нагляду.

В місті Харкові за перший рік роботи 9-ї поліклініки на засадах сімейної медицини навантаження лікаря невропатолога на годину прийому зменшилося з 7,1 до 6,0, кардіолога – 6,4 до 5,0, гастроентеролога – з 6,2 до 5,5, отоларинголога – з 8,3 до 6,8.

З кожним роком зростає кількість стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги населенню. Якщо на кінець 2001 р. ліжок денного перебування було 329, в 2002 р. – 1437, то на кінець 2003 р. вже 1701 ліжка, що в 5 разів більше. Кількість пролікованих на цих ліжках зросла в порівнянні з 2001 р. в 33,8 рази (з 951 до 32117 хворих). Оберти ліжка зросли в 6,5 разів (2,9 в 2001 р., 10,4 – в 2002 р., 18,8 – в 2003 р.).

Показник забезпеченості ліжками денного перебування на 10 тисяч населення становить 16,5 (область – 12,8), а пролікованих хворих 309,0 (область – 367,9).

При трансформації найбільш віддалених від райцентрів дільничних лікарень в амбулаторії сімейної медицини, одночасно скорочувався та переводився в режим денного перебування їх ліжковий фонд.

Програмою передбачено для надання невідкладної медичної допомоги населенню в сільській місцевості відкрити 25 пунктів невідкладної медичної допомоги, обладнати їх санітарним транспортом. На сьогодні 9 таких пунктів вже організовано.

Приємно відмітити позитивну тенденцію в об'ємах та якості надання медичної допомоги населенню, особливо в сільській місцевості. Як результат вищевказаної роботи по підготовці лікарів та медичних сестер вдвічі зменшилась кількість викликів швидкої допомоги до дітей та на 15% до хронічних хворих.

Охоплення профілактичними оглядами підлягаючих контингентів: працівників сільського господарства, дітей, ветеранів війни та інших груп населення зросло на 34,0% (з 59,0% до 93%).

Одночасно покращилась робота з групами хронічних хворих, реконвалесцентів та дітьми. Завдяки цій роботі рівень диспансеризації на тисячу населення у сімейних лікарів зріс майже вдвічі (з 214,0 в 2001 р. до 510,0 в 2003 р.).

Підвищується авторитет сімейного лікаря серед населення. Питома вага осіб, які розпочали і закінчили лікування у сімейного лікаря з кожним роком зростає. В 2003 р. цей показник склав 93% проти 77% у 2002 р.

Слід відзначити покращення використання в закладах сімейної медицини лабораторно-діагностичного та профільного медобладнання. Так, в амбулаторіях сімейного лікаря в 2003 р. виконано 69,0 клініко-діагностичних досліджень на 100 відвідувань проти 57,0 в 2002 р.

При аналізі структури відвідувань до сімейного лікаря відмічається тенденція до поступового зменшення питомої ваги відвідувань з приводу терапевтичної патології (з 71,2% в 2001 р. до 60,3% в 2003 р.). Одночасно, зростають відвідування з приводу педіатричної, неврологічної, хірургічної, офтальмологічної патології та інших захворювань, які раніше лікувалися у вузькопрофільних фахівців (з 28,8% в 2001 р. до 39,7% в 2003 р.).

Із всіх хворих, пролікованих у сімейного лікаря, амбулаторно проліковано 85%, вдома – 4,6%, в денних стаціонарах – 4,9%, направлено в стаціонар – 5,5% (рис. 9.3).

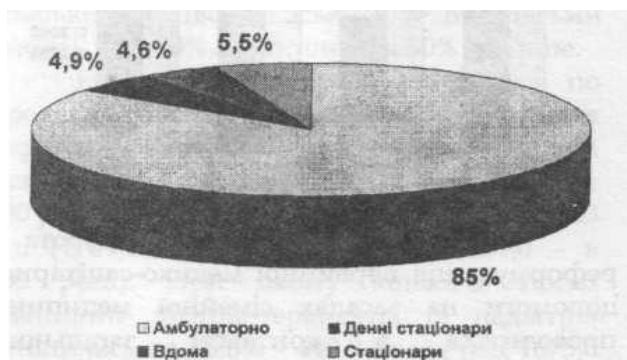


Рис. 9.3. Види лікування у сімейного лікаря

Як переконливий приклад ефективності роботи сімейних лікарів можна навести те, що під час проведення Всеукраїнської акції «Зір» сімейні лікарі забезпечили 35% профілактичних офтальмологічних оглядів інвалідів та ветеранів Великої Вітчизняної війни, що забезпечило отримання ними окулярів. Особливо це було важливим для жителів віддалених сіл та селищ.

Показники впровадження сімейної медицини включені в систему обласної щомісячної рейтингової оцінки особистої діяльності голів районних державних адміністрацій, що проводиться особисто головою Харківської обласної державної адміністрації. Результати реформування первинної ланки постійно знаходять своє відображення в матеріалах та резолюціях активу області про підсумки соціально-економічного розвитку регіону, що проводяться кожне півріччя.

Вважаємо за доцільне внести зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України №33 від 03.02.2003 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», які б передбачали в якості основного варіанту посади сімейних лікарів і лише, як виняток, у разі тимчасової неможливості введення посад сімейних лікарів, заміни їх на посаду дільничного терапевта та педіатра.

Необхідно розробити єдиний концептуальний підхід Міністерства до організації медичної допомоги дітям в перехідний період впровадження сімейної медицини.

В теперішній час – таке взагалі відсутнє. Мало того, наказ Міністерства №465 від 19.12.2002 р. зобов'язує провести реорганізацію медичного забезпечення

дітей підліткового віку шляхом передачі функцій надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги дітям вказаної вікової категорії.

Номенклатура закладів охорони здоров'я, що затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я №385 від 28.10.2002 р. «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» передбачає дитячі поліклініки, а наказ №33 дитячі консультації, доля яких при тотальному переведенні первинної ланки на засади сімейної медицини знову ж таки є не визначеними і керівники змушені вишукувати якісь компромісні шляхи, що б залишити їх як консультативно-діагностичні підрозділи (заклади) для дітей, однак, знову ж таки, не мають для цього законних підстав.

Заходи, що повинні забезпечити економічну зацікавленість лікаря первинної ланки щодо переходу на засади сімейної медицини нам здаються сьогодні недостатніми. право надання керівникам охорони здоров'я встановлювати доплати сімейним лікарям за інтенсивну працю, ненормований робочий день тощо, залишається на папері через значну нестачу фонду заробітної плати. Тож було би доцільним сьогодні підвищити в законодавчому порядку заробітну плату сімейним лікарям як мінімум в 2 рази (в сільській місцевості в 2,5–3 рази). Це би дозволило реально збільшити питому вагу асигнувань на первинну ланку охорони здоров'я та стимулювати процеси укомплектування її лікарськими кадрами. При цьому необхідно було би розробити рекомендації щодо диференційованої оплати праці сімейних лікарів в залежності від обсягів спеціалізованої допомоги, що ними надається.

Відкриття відділень сімейної медицини на базі фельдшерсько-акушерських пунктів стримується нормами Бюджетного Кодексу України, який передбачає їх утримання з бюджетів сільських рад. На нашу думку, процес відкриття таких амбулаторій та трансформації існуючих дільничних лікарень та сільських лікарських амбулаторій традиційного типу проходив би швидше, як би вони утримувалися з районного бюджету.

Успішний перебіг процесу впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я вимагає удосконалення його інформаційно-аналітичного забезпечення, постійного аналізу та оцінки ефективності результатів здійснення запланованих заходів. Одержані дані дозволяють забезпечити опрацювання та внесення необхідних коректив, постійне удосконалення моделей і організаційних форм сімейної медицини, нормативно-правових документів та інструктивно-методичних матеріалів, що регламентують її діяльність.

Необхідно продовжувати моніторинг сімейної медицини і в подальшому удосконалювати існуючу на сьогодні форму звіту по моніторингу.

Управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації відпрацьовані доповнення до моніторингу у вигляді 17 таблиць, які будуть аналізуватися щоквартально. Це дасть можливість наблизитись до стандартів якості роботи кожного сімейного лікаря і в подальшому аналізувати якість їх роботи та ефективність впровадження сімейної медицини.

Підводячи підсумки ми можемо зробити висновок, що наступним етапом має стати робота по створенню умов щодо економічної зацікавленості медичного персоналу в кінцевому результаті своєї праці.

Цього можна досягти, на нашу думку за рахунок переходу від фінансування мережі закладів охорони здоров'я з фіксованою заробітною платою персоналу до фінансування, виходячи з об'ємів наданої медичної допомоги.

Другою складовою, на нашу думку має стати надання пацієнтам права вільного вибору лікаря. Це призведе до формування ринку медичних послуг з притаманною йому конкуренцією і в кінцевому результаті виграє пацієнт.

9.4. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні на прикладі м. Комсомольська Полтавської області

В 1996 р. в м. Комсомольську з ініціативи місцевої влади проведене перше соціологічне опитування для визначення думки територіальної громади щодо найактуальніших проблемних питань, які є в місті. В подальшому такі опитування проводилися щорічно і тема ефективності роботи міської системи охорони здоров'я, традиційно визначалась як найголовніша [4].

Тому, у березні 1997 р. була розроблена та затверджена міською радою «Концепція по забезпеченню населення м. Комсомольська медичною допомогою та раціоналізації системи охорони здоров'я в період фінансово-економічної кризи» (надалі Концепція) та заходи її реалізації.

В Концепції визначено політику місцевої влади по збереженню та поліпшенню здоров'я населення міста, сформульовано стратегічні напрямки роботи закладів охорони здоров'я, основні завдання по раціоналізації роботи всієї системи охорони здоров'я в м. Комсомольську та на території Дмитрівської сільської ради.

Концепцією передбачалося:

– запровадження багатоканальності;

- фінансування закладів охорони здоров'я;
- багатокладність власності при провідній ролі державних лікувально-профілактичних закладів;

- доступність первинної медико-санітарної допомоги;
- розвиток сімейної медицини та групової сімейної практики.

В межах виконання Концепції проведено:

- реструктуризацію Комсомольської центральної міської лікарні (ЦМЛ), внаслідок чого в місті утворилася мережа юридично самостійних лікувально-профілактичних закладів, що була підпорядкована ЦМЛ;

- у 1997 р. засноване комунальне підприємство «Комсомольська госпрозрахункова поліклініка», чим було започатковано багатокладність форм власності муніципальної системи охорони здоров'я міста;

- у 1998 р. затверджена міська програма «Сімейна медицина»;

- у серпні 1998 р. наказом №242 «Про затвердження медичних закладів м. Комсомольська Полтавської області експериментальною базою з організації медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини» Міністерство охорони здоров'я України дало дозвіл на проведення широкомасштабного експерименту при наданні медичної допомоги населенню міста.

Перший етап (1998 р.)

З 1998 р. розпочався перший етап міської програми «Сімейна медицина». В ході її реалізації місто отримало суттєву підтримку від керівництва Дніпропетровської державної медичної академії у вирішенні кадрових питань та формуванні у місцевих спеціалістів сучасного уявлення про розвиток охорони здоров'я. Протягом шести місяців у місті Комсомольську проводився виїзний цикл підготовки 28 лікарів за спеціальністю загальна практика – сімейна медицина (ЗПСМ).

У 1999–2000 рр. в м. Комсомольську проведено медико-соціальний та медико-економічний аудит незалежною консультативно-експертною групою «Фірма MEDMA» – Медичний Менеджмент і Аудит, керівник лікар Мостшан О.В. В наслідок цього у липні 2000 р. затверджені «Першочергові заходи по оптимізації діяльності комунальних медичних закладів у відповідності до «Концепції по забезпеченню населення м. Комсомольська медичною допомогою».

У 2000 р. затверджені «Першочергові заходи по оптимізації діяльності комунальних медичних закладів» у відповідності до «Концепції по забезпеченню населення м. Комсомольська медичною допомогою».

У 2000 р. вперше в Україні укладено договір на надання первинної медико-санітарної допомоги між ЦМЛ і лікарем загальної практики сімейним лікарем, який отримав ліцензію МОЗ України на проведення медичної практики.

Другий етап реалізації програми «Сімейна медицина»(1999–2000 рр.)

У 1999 р. першої в Україні засновано юридично-незалежну амбулаторію сімейної медицини №1, де почала працювати група найбільш ініціативних та цілеспрямованих лікарів ЗПСМ:

Буткевич О.О., Дяченко Л.Б., Пегза Н.М., Третякова Н.Р. Впродовж 1999–2000 рр. також було відкрито Дмитрівську сільську амбулаторію сімейної медицини, та засновано амбулаторію сімейної медицини (надалі АСМ) в мікрорайоні Низи (лікар Файда М.М.). Файда М.М. отримав ліцензію МОЗ України на приватну медичну практику. Наприкінці 2000 р. з ним, як з приватним підприємцем, було укладено договір про надання ПМСД населенню мікрорайону Низи (1670 мешканців). Така практика на той час була інноваційною для України.

У листопаді 1999 р. сесією міської ради прийняте рішення про необхідність створення лікарняної каси. Громадські слухання завершили процес обговорення проблеми створення лікарняної каси і положень її статуту.

З 2000 р. у місті працює «Міська лікарняна каса» (МЛК), яка, зокрема, стала інструментом реалізації міських соціальних програм медикаментозного забезпечення непрацюючих пенсіонерів при стаціонарному лікуванні та ведення пологів в ЦМЛ.

Засновниками каси стали найбільші підприємства міста, їх представники увійшли до наглядової ради. У квітні 2000 р. благодійну членську організацію «Міська лікарняна каса» зареєстровано Комсомольським управлінням юстиції.

У 2000 р. розпочалася робота по розробці плану стратегічного розвитку міста, а напрацювання медиків стали його складовою частиною. Його затверджено на громадських слуханнях у 2001 р.

Планом передбачалося:

- заснування в місті органу управління галуззю охорони здоров'я з функціями замовника медичних послуг населенню, що надаються за бюджетні кошти;
- налагодження системи незалежного моніторингу якості надання медичних послуг;
- розвиток сучасної технологічної бази охорони здоров'я в місті;

– запровадження різних форм власності в галузі охорони здоров'я та їх рівноправність.

Третій етап реалізації програми «Сімейна медицина» (2001–2002 рр.)

У 2001 р. згідно з рішенням Полтавської обласної ради і управління охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, вперше в Україні, лікувальні заклади м. Комсомольська отримали можливість відпрацювати інноваційну модель між бюджетних відносин в галузі охорони здоров'я.

За цією моделлю в міському бюджеті було зарезервовано кошти в сумі 305 тис. грн. За рахунок цих коштів протягом року проводились взаєморозрахунки з лікувальними закладами обласного підпорядкування за надану медичну допомогу мешканцям нашого міста. Розрахунки проводились щомісячно за кожного окремого пацієнта, направленого на лікування з м. Комсомольська, на підставі актів прийому-передачі виконаних робіт обласних лікувальних закладів.

У 2001 р. для цих цілей в обласному бюджеті було передбачено 1500,0 тис. грн. Таким чином, м. Комсомольськ заощадив більше одного мільйона гривень з обласного бюджету. З введенням в дію «Бюджетного кодексу» продовження такого експерименту, на жаль, стало неможливим.

У 2001 р. проведено порівняльну оцінку чотирьох організаційних моделей ПМСД на засадах загальної практики – сімейної медицини, що існували в місті на той час (табл. 9.4).

Таблиця 9.4

Організаційні моделі надання ПМСД, які опрацьовані в ході виконання програми «Сімейна медицина»

Структурний підрозділ поліклініки по наданню ПМСД	Відділення сімейної медицини (СМ) поліклініки центральної міської лікарні
Лікувально-профілактичний заклад	Амбулаторія СМ №1 (у мікрорайоні міста)
	Дмитрівська сільська амбулаторія СМ
Суб'єкт підприємницької діяльності	Приватний підприємець-лікар загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ)

Визначено, що пріоритет має організаційна модель надання населенню ПМСД в амбулаторії сімейної медицини, яка юридично відокремлена від лікарні (поліклініки) і якій населення надає перевагу («Вісник АСІМЕД» №1(8) 2003 р. Висновки соціопитування мешканців м. Комсомольськ 2002–2003 рр.). Враховуючи досвід і результати роботи АСМ приватного лікаря ЗПСМ Файди

М.М., прийняте рішення, що подальший розвиток сімейної медицини в м. Комсомольську відбуватиметься за такою моделлю.

У грудні 2001 р. адміністрацією ЦМЛ укладено договори з 10-ма приватними лікарями ЗМП/СМ, що мали ліцензії МОЗ України на надання медичних послуг (Виконавець). Вартість послуг розраховано за подушним нормативом (певна сума коштів на кожного мешканця, що обслуговується даним лікарем). В цьому нормативі були передбачені кошти на проведення часткових взаєморозрахунків за консультації фахівців і стаціонарне лікування в ЦМЛ при плановій госпіталізації. Така оплата за надані послуги (за рахунок бюджетних коштів) визначається, як часткове фондотримання.

Організаційна модель надання населенню ПМСД приватно-практикуючими сімейними лікарями, які працюють за ліцензією МОЗ України, передбачає укладання договорів з органом управління охорони здоров'я. Договори укладеш за результатами проведеного тендеру. При цьому враховано: вікова структура населення, кваліфікація лікаря, умови розташування амбулаторії. Визначено розмір оплати для надання первинної медико-санітарної допомоги на одного мешканця, в середньому це 17 грн. на рік.

Сам договір має декілька додатків, в яких є форми статистичних звітів медичної діяльності та акт виконаних робіт, Цей акт містить в собі перелік планових та дефектних показників. Він подається за результатами роботи щомісячно. Комісією УОЗ міської ради розглядаються показники і робиться відповідний висновок про надання оплати на наступний місяць.

Щоквартально розраховується економічна ефективність діяльності сімейних лікарів згідно з досягнутими показниками:

- зниження рівня госпіталізації до стаціонару;
- зменшення кількості відвідувань до профільних спеціалістів;
- зменшення викликів швидкої медичної допомоги.

Внаслідок реалізації програми «Сімейна медицина» відбулися позитивні зміни в роботі реформованої ланки первинної медико-санітарної допомоги, створені чинники її реальної керованості. Налагоджена система мотивації лікарів загальної практики – сімейних лікарів до покращення якості роботи та професійного удосконалення. Розробляється автоматизоване робоче місце (АРМ) сімейного лікаря та ведеться підготовча робота по забезпеченню первинної медико-санітарно допомоги інформаційно-довідниковою програмою персоніфікованого обліку «Сімейний лікар» з налагодженням зв'язку між амбулаторіями «Загальної практики – сімейної медицини» та інформаційно-аналітичним відділом міського управління охорони здоров'я.

За рахунок впровадження моделі роботи сімейних лікарів за ліцензією МОЗ України, що працюють на умовах договору, досягнуто:

- збільшення доступності ПМСД за рахунок наближення до населення територіальних дільниць;

- позитивна динаміка збільшення

- диспансерних груп хворих по окремим нозологіям;

- зменшення рівня госпіталізації хворих до стаціонару;

- зменшення кількості відвідувань до профільних спеціалістів;

- зменшення викликів швидкої медичної допомоги;

- збільшення економічної ефективності роботи сімейних лікарів:

За 2003 р. вона складає 602 тис. грн., у тому числі за рахунок:

- 1) зменшення рівня госпіталізації хворих – 394.5 тис. грн;

- 2) зменшення відвідувань до профільних фахівців – 99,5 тис. грн;

- 3) зменшення викликів швидкої медичної допомоги – 108,0 тис. грн.

Охоплення населення міста та Дмитрівської сільської ради сімейною Одним із завдань Концепції II є залучення громадськості міста до процесу прийняття політичних та управлінських рішень у галузі охорони здоров'я та контролю за їх виконанням.

У 2003 р. разом з Міністерством охорони здоров'я України та профільним Комітетом Верховної Ради розроблена програма «Створення сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню», яка передбачає відпрацювання моделі системи забезпечення населення міста доступними, якісними послугами з охорони здоров'я на основі:

- налагодження взаємодії між органами місцевого самоврядування, громадськістю м. Комсомольська та вищими органами законодавчої і виконавчої влади України з метою спільного опрацювання змін нормативно-правової бази охорони здоров'я, адаптації її до вимог часу, на основі вивчення досвіду системного реформування галузі охорони здоров'я міста;

- налагодження міжсекторальної взаємодії в інтересах розвитку охорони здоров'я населення міста;

- ефективного використання бюджетних ресурсів у галузі охорони здоров'я за рахунок оптимізації її інфраструктури, формування ринкових відносин і конкурентного середовища на медичному просторі міста;

- поетапного переведення надавачів медичних послуг та служб забезпечення закладів на засади підприємництва;

– застосування механізмів громадського нагляду за роботою галузі охорони здоров'я, громадського моніторингу оцінки якості медичних послуг з боку населення;

– використання зовнішнього незалежного інструментарію інформаційно-аналітичної підтримки прийняття управлінських та політичних рішень в галузі охорони здоров'я міста;

– впровадження автоматизованої системи управління охороною здоров'я міста та інформатизації охорони здоров'я міста.

Повномасштабна реалізація цієї програми є передумовою апробаційного введення страхової медицини в місті Комсомольську.

На кінець поточного року в рамках визначеної програми ми плануємо мати наступні практичні результати:

– розмежовані первинний та вторинний рівень медичних послуг, як за функцією, так і за статусом окремих юридичних осіб з самостійними бюджетами;

– первинна допомога до 80% населення планується надаватися лікарями загальної практики – сімейними лікарями, суб'єктами підприємницької діяльності. В мікрорайонах міста з цією метою будуть відкриті ще 3-4 амбулаторії;

– вторинна медична допомога надаватиметься міською лікарнею, де організовані спеціалізовані профільні служби. Послуги ВМД будуть надаватися в тому числі за рахунок співпраці з приватними лікарями;

– в межах експерименту буде впроваджена контрактна основа оплати праці на окремих ділянках медичних закладів міста;

– 100% фінансування муніципальної системи охорони здоров'я проводитиметься за принципом програмно-цільового методу формування та виконання бюджету;

– планується закупити сучасне медичне обладнання на суму до 1 млн. грн.;

– планується покращити кадровий потенціал муніципальної системи охорони здоров'я.

Про ефективність такої програми, перш за все за розвиток системного впровадження сімейної медицини свідчать соціологічні опитування населення міста та досягнутий економічний ефект, а саме, скорочення видатків відбувається за рахунок зменшення госпіталізації, консультації фахівців та викликів швидкої допомоги (табл. 9.5).

Порівняння рівнів користування послугами ВМД і ШМД клієнтами двох моделей ПМСД (дані за 2002 р.)

Типи медичної допомоги	Показники діяльності	Перша модель клієнти поліклініки	Друга модель – клієнти приватно-практикуючого сімейного лікаря	Відмінність
Послуги вторинної медичної допомоги (ВМД)	Використання консультацій фахівців (на 10000 населення)	1643,7	1204,2	-36%
	Показник госпіталізації дорослого населення	32,8	28,2	-16%
Використання швидкої медичної допомоги, ШМД (кількість викликів на 10000 населення)		262	179	-46,4%

Поряд з цим, в ході реформування системи охорони здоров'я в м. Комсомольську виникла низка проблем, що стримують подальший розвиток процесу реформування муніципальної системи охорони здоров'я, це:

- відсутність механізму визначення гарантованого обсягу медичних послуг, які забезпечуються місцевим бюджетом в межах виділених асигнувань на охорону здоров'я;

- правова нерівність суб'єктів надання медичних послуг різних форм власності та їх працівників;

- соціальна незахищеність медичного та іншого персоналу суб'єктів надання медичних послуг приватної форми власності (збереження медичного стажу, отримання листків тимчасової непрацездатності, наявність права виходу на пенсію за вислугою років) у суб'єктів надання медичних послуг приватної форми власності права видачі листків непрацездатності та довідок про непрацездатність, виписування рецептів суворої звітності, використання та зберігання наркотичних, психотропних медикаментів та прекурсорів;

- відсутність нормативно-правового забезпечення використання строкових трудових договорів (контрактів) при наймі працівників у галузі охорони здоров'я;

- відсутність взаєморозрахунків між медичними закладами, у тому числі які фінансуються з бюджетів різних рівнів;

- складність, тривалість і витратність процедури отримання ліцензії на приватну медичну практику, в тому числі на послуги первинної медичної допомоги;

- відсутність єдиних галузевих стандартів (протоколів) надання медичної допомоги.

Досвід роботи лікаря загальної практики

У місті Комсомольську Полтавської області розроблена, запропонована та впроваджена, як експеримент лікарям загальної практики нова модель «приватно практикуючого сімейного лікаря на договірних умовах з органом управління охорони здоров'я та частковим фондотриманням», в якій передбачені економічні важелі впливу на ефективність та якість праці медичних працівників.

Замість запропонованої моделі – орган управління охорони здоров'я міста, на основі проведеного тендеру, складає договір з лікарем, що має ліцензію МОЗ України на приватну практику, та на надання ПМСД населенню закріпленої дільниці. В договорі оговорені планові статистичні та економічні показники лікувально-профілактичної роботи, терміни їх виконання, та передбачені штрафні санкції при неефективній праці. При виконанні умов договору, на основі акту прийому-передачі виконаних робіт, лікар щомісячно отримує оговорені договором кошти, в розрахунку на одного мешканця дільниці

Алгоритм дії ЛЗП згідно нової моделі:

1. Укладання угоди з керівництвом міської лікарні на обслуговування населення в кількості 1700 осіб.

2. Уклав договір оренди приміщення амбулаторії та медичного обладнання. На виконання умов договору, я отримав щомісячно кошти в розрахунку 1 грн 68 коп. на одного мешканця – це 20 гривень на рік, що складає 20% від запланованої суми витрат на одного мешканця на охорону здоров'я по місту.

3. В вартість послуг по наданню ПМСД входить заробітна плата штатної посади лікаря, 2-х посад дільничних медсестер, 1 посади молодшого мед. працівника, 0,5 посади робітника з обслуговування будівлі та прилеглої території, нарахування на заробітну плату, видатки на медикаменти для надання невідкладної допомоги, дезинфікуючі та миючі засоби, канцелярські товари, комунальні платежі, утримання чи оренду санітарного автомобіля, а також кошти на взаєморозрахунки за пролікованих планових хворих у стаціонарних відділеннях ЦМЛ за моїми направленнями (40 копійок щомісяця, на одного мешканця), за проведені лабораторні та інструментальні обстеження пацієнтів, консультації «вузькими» спеціалістами.

Згідно договору, я надаю ПМСД населенню закріпленої дільниці в амбулаторії та вдома, виклики до хворих обслуговую на протязі доби.

Щоб зменшити рівень госпіталізації хворих в стаціонарні відділення ЦМЛ та заощадити кошти на взаєморозрахунках за пролікованих планових хворих; я запровадив стаціонарозамінні види медичної допомоги: денний стаціонар, та

стаціонари вдома, організував роботу при амбулаторії, фізіотерапевтичного та маніпуляційного кабінетів.

Для зменшення кількості викликів «швидкої» медичної допомоги на дільницю, практикую падання невідкладної допомоги пацієнтам в амбулаторії та вдома.

Особливу увагу приділяю профілактичній роботі, створив умови для проведення профілактичних щеплень в амбулаторії.

4. Постійно працюю над підвищенням професійного рівня помічників лікаря – дільничних медсестер.

5. Завдяки організованим на дільниці профілактичним, лікувально-діагностичним та реабілітаційним заходам, покращились показники лікувально-профілактична робота та показники здоров'я населення, а саме:

– на третину скоротились виклики «швидкої» медичної допомоги на дільницю;

– на половину зменшився об'єм госпіталізації планових хворих в стаціонарні відділення ЦМЛ;

– близько 90 відсотків пацієнтів закінчили лікування у сімейного лікаря (решта потребували консультацій у «вузьких» спеціалістів та подальшого лікування);

– економія фонду оплати праці згідно додатку №28 та 46 наказу №33 МОЗ України від 23.02.2000 р. – склала 40%.

Переваги нової моделі на думку практикуючого ЛЗП/СЛ в м. Комсомольську Полтавської області.

Як приватний підприємець – самостійно веду адміністративно-господарчу діяльність закладу, в одній особі я – керівник закладу, лікар, менеджер, бухгалтер, економіст, касир, та інше, сам відслідковую та керую фінансовими потоками закладу, маючи, три джерела надходжень:

1. Від бюджету (згідно договору з органом управління ОЗ за надання ПМСД закріпленому населенню).

2. За надання платних мед послуг, не обумовлених договором.

3. Благодійну фінансову допомогу, маючи власний рахунок в банку.

Працюю за спрощеною системою оподаткування, перераховуючи до податкової служби 30 грн. щомісячно та 15 грн. за кожною найманого працівника. Кошти за кодом 1120 (нарахування на заробітну плату) залишаються у мене. Мій прибуток не оподатковується прибутковим податком, як при бюджетному фінансуванні. Своім прибутком я маю право розпорядитись на

власний розсуд; преміювати найманих працівників за інтенсивну працю, закуповувати необхідне обладнання, інвентар та інше.

Головною перевагою моделі, я вважаю; зацікавленість лікаря в інтенсивній та якісній праці бо мій прибуток знаходиться в прямій залежності від позитивної динаміки основних показників лікувально-профілактичної роботи, показників здоров'я населення дільниці та виконання умов договору.

Недоліки нової моделі:

– часткове фондотримання на договірних умовах (підготовчий етап впровадження моделі може тривати до 2-х місяців);

– не кожен лікар зможе витримати фізичного та морального навантаження, працюючи в нових умовах, до існуючої звітності додається звітність перед органом управління ОЗ по виконанню умов договору, та звітність приватного підприємця (перед податковою службою та 4-ма фондами);

– при неефективній праці по взаєморозрахунках з закладами охорони здоров'я, лікар може залишитись з низьким прибутком;

– при ефективній праці існує загроза спровокувати соціальну напругу серед колективу медпрацівників; частина «вузьких» спеціалістів може стати «зайвою ланкою»;

– є ризик отримати мінімальну пенсію за віком;

– потребують законодавчого врегулювання порядок видачі лікарю з ліцензією МОЗ України на приватну практику, бланків лікарняних листків довідок та рецептів «суворої» звітності.

– необхідно підвищити кваліфікацію та статус помічника лікаря – дільничної медсестри;

– необхідно впровадити контрактну систему трудових відносин з лікарями, які залишились на бюджетному фінансуванні, та з дільничними медсестрами;

– необхідно створити автоматизовані робочі місця лікаря та дільничної медсестри, що заощадить робочий час.

– необхідно розробити модель фінансування лікаря загальної практики за об'ємом наданих послуг;

– необхідно укласти трудові угоди безпосередньо лікарем з сім'єю на надання ПМСД, щоб частину відповідальності, згідно умов договору, за своє здоров'я і здоров'я своїх дітей «взяли «на себе пацієнти, що, на мою думку, покращить показники здоров'я населення та задоволеність медичною допомогою.

Перелік посилань

1. Демченко Г. Механізм взаємодії первинної медико-санітарної допомоги з лікувально-профілактичними закладами II рівня / Г. Демченко // Бібліотека сімейного лікаря та сімейної медсестри. – 2008. – №5(14). – С. 27–29.

2. Львівська ???

3. Сердюк О. І. Досвід впровадження сімейної медицини в Харківській області / О. І. Сердюк // Актуальні питання подальшого розвитку сімейної медицини в Україні : матеріали навч.-практ. семінару. – К., 2004. – С. 27–36.

4. Попов О. П. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні / О. П. Попов // Актуальні питання подальшого розвитку сімейної медицини в Україні : матеріали навч.-практ. семінару. – К., 2004. – С. 37–42.

10. ОПЛАТИ ПРАЦІ ЛІКАРЯМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ

З метою наукового обґрунтування ефективних та прийнятих для національної системи охорони здоров'я України підходів до фінансування первинної медичної допомоги, оплати праці працівників первинної ланки та відповідного інформаційного забезпечення ПМСД необхідно розробити відповідні моделі.

Виходячи з матеріалів вивчення сучасного стану первинної медико-санітарної допомоги, були вибрані три основних схеми функціонування системи ПМСД [1–3].

Пусковим і регулюючим механізмом в усіх варіантах виступають фінансово-економічні відносини, тобто порядок фінансування ПМСД і оплати праці спеціалістів зайнятих у цьому секторі:

- гонорар за послугу,
- оплата за випадок захворювання,
- подушний принцип фінансування і оплати праці лікарів.

Взаємодія та розмежування повноважень між ЛЗП та вузькими спеціалістами мають бути економічно доведеними та мотивовані. Система оплати ЛЗП повинна стимулювати надання висококваліфікованої первинної медичної допомоги, надання допомоги по зміцненню здоров'я та профілактиці захворювань, розширення переліку та обсягу допомоги сімейного лікаря з медичних послуг, які в даний час надаються спеціалістами.

Оплата праці вузьких спеціалістів поліклінік повинна сприяти виконанню високотехнологічних медичних послуг, у тому числі тих, які в теперішній час проводяться в умовах стаціонару.

Найбільше відповідає цим вимогам оплата праці ЛЗП за подушним нормативом з підвищуючи ми/понижуючими коефіцієнтами. Застосування консультативних послуг повинно впливати на заробітну плату ЛЗП.

Варіант 1 – *гонорар за послугу*, який можна розглянути на прикладі моделі технології організації ПМСД при фінансуванні і оплаті за гонорарним принципом (схема 10.1).

Економічний тиск орієнтує лікарів первинної ланки на інтенсифікацію роботи і пошук шляхів збільшення кількості послуг, що надаються населенню на первинному рівні. Логіка економічних відносин визначає послідовність заходів по нарощуванню обсягу медичних послуг:



Схема 10.1. Модель технології організації ПМСД при фінансуванні і оплаті за гонорарним принципом

- а) зростання числа медичних послуг, насамперед більшої вартості, в кожному випадку захворювання;
- б) збільшення числа випадків захворювань, переважно не ускладнених, коли втручання здійснюється на первинному рівні, що поєднується з тенденцією делегування ряду функцій іншим ланкам (вузьким спеціалістам, стаціонарам та інше);
- в) найменш імовірна поведінка – розширення лікарської практики за рахунок залучення нових пацієнтів.

Викладена схематично технологія функціонування первинної ланки по 1 варіанту призводить до нераціонального використання коштів і являє загрозу розкручування витратного механізму. В країнах, де робота первинної ланки організується за першим варіантом, створено ряд компенсаторних механізмів: встановлення лімітів приросту витрат на амбулаторну допомогу, тарифні переговори між страховими компаніями і лікарськими асоціаціями, складання статистичних профілів лікарів первинної ланки, введення часткової оплати вартості медичних послуг безпосередньо пацієнтом та інше. Ці ходи не виключають витратної орієнтації описаної моделі, але декілька стримують темпи зростання витрат.

Модель не має дійового способу контролю. Поряд з традиційним способом контролю якості медичної допомоги через вибір лікаря пацієнтом, підключаються методи експертизи з використанням експертів. Однак все це не виключає одного з головних недоліків цієї моделі – слабкої зацікавленості лікаря в здоров'ї пацієнта, відсутності інтересу до здоров'я громади і звідси – відсутність мотивації до профілактичної роботи.

Варіант другий – *оплата за випадок захворювання* – близький до описаного, окрім здешевлення втручання в конкретних випадках захворювань за рахунок зменшення кількості призначень. Інші недоліки такі ж, як і в варіанті першому, що можна розглянути на прикладі моделі технології організації ПМСД при фінансуванні і оплаті за випадок захворювання (схема 10.2).



Схема 10.2. Модель технології організації ПМСД при фінансуванні і оплаті за випадок захворювання

Варіант третій – *подушне фінансування і оплата праці лікарів* – принципово відрізняється від перших двох, це видно на моделі технології організації ПМСД при фінансуванні і оплаті праці лікарів (схема 10.3).

. При цьому підвищується ступінь передбачених витрат. Інтенсифікація роботи проявляється у розширенні практики через залучення нових пацієнтів. Чисто економічний варіант реалізації цієї моделі не створює у лікаря зацікавленості у тому, щоб основну частину медичної допомоги взяти на себе, не перекладаючи її на спеціалістів і стаціонари.



Схема 10.3. Модель технології організації ПМСД при фінансуванні і оплаті праці лікарів

Тому поряд з оцінкою обґрунтованості напрямлень пацієнтів до інших секторів охорони здоров'я, практикуються різні форми економічної зацікавленості для розширення обсягу втручань і, відповідно, скорочення звернень до інших ланок охорони здоров'я, а також – корекція подушної оплати праці лікарів через коефіцієнти, які в узагальненій формі відображують стан здоров'я обслуговуючого населення.

В основу імітаційної моделі ПМСД було покладено наступну формалізацію процесів медичного обслуговування.

Система ПМСД складається із трьох окремих елементів: населення, лікарів і органу управління. Поведінка кожного елемента системи визначається поточним станом як його самого, так і інших пов'язаних з ним елементів, відповідно до власної цільової настанови.

Мета лікарів полягає в одержанні максимального прибутку при певному рівні витрат власних ресурсів, населення - в одержанні найкращої (з точки зору певного критерію) медичної допомоги, органу управління – у збільшенні чисельності населення, що обслуговується з певним рівнем якості за обмеженим обсягом фінансування.

Стан кожного елемента представляє собою набір параметрів. За змістом параметри поділяються на дві групи. Параметри першої групи описують результати функціонування Елемента на кожному кроці моделювання. Тому їх названо результуючими: кількість лікарів, випадків захворювання, сума прибутку і т.п. Параметри другої групи описують чинники, що впливають на

формування. результуючих параметрів: коефіцієнти зміни рівня захворюваності, рівень репутації, коефіцієнти приписок і відхилень від стандартів послуг і т.п. Параметри цієї групи змінюються в залежності від того, наскільки елемента системи вдалося наблизитися до мети функціонування. Параметри цієї групи позначено як регулюючі.

Крім того, в модель входить ряд незмінних параметрів, що описують зовнішні умови, в яких функціонує система ПМСД. їх було названо параметрами моделі.

Імітація функціонування моделі ПМСД виконувалася кроками, що відповідають одиниці модельного часу.

Виходячи з визначених початкових значень, обчислювалися значення результуючих параметрів, коректувалися значення регулюючих параметрів. Процес повторювався до тих пір, доки система не стабілізувалася при певних значеннях параметрів. Порівнюючи ці значення для трьох варіантів моделі що відповідають різним схемам економічного управління (оплати медичних послуг) в системі, можна зробити висновок про перевагу одного з варіантів.

Допустимість вибору одного з варіантів моделі управління для прийняття рішень можна обґрунтувати таким чином:

а) вибір варіанта управління визначається кількістю пацієнтів (побічний параметр) і результатами їх обслуговування, які в свою чергу залежать від якості медичного обслуговування, обсягу профілактичних заходів, тобто від якісних параметрів;

б) оскільки модель призначається для рішення якісної задачі - вибору кращої схеми управління через оптимальну форму оплати праці лікарів, знання точного виду залежностей параметрів уявляється некритичним. Якщо експеримент з моделлю покаже переваги одного з варіантів перед іншими в разі широкої варіабельності параметрів, можна достатньо обґрунтовано вважати, що це співвідношення можливо в дійсності.

Основними параметрами, що характеризують елемент «населення», є: чисельність населення; загальна кількість захворювань за нозологічними формами (статистичні дані за 39 нозологіями, які визначають захворюваність понад 90% усіх звертань до лікарів первинної ланки); кількість захворювань, обслуговуваних лікарями.

Зміна поточної чисельності населення пов'язана відходом частки пацієнтів, незадоволених обслуговуванням (зменшення) або з приходом нових пацієнтів, залучених доброю репутацією лікарів (збільшення).

Припускалося, що захворюваність населення залежить від її початкового рівня (статистичні дані), обсягу профілактичної і диспансерної роботи, ступеня використання населенням самопомоги, а також від кількості ятрогенних захворювань.

Поточна кількість захворювань ZN_j по нозологічній формі j розраховувалася, виходячи з поточної чисельності населення N , рівня захворюваності за нозологічними формами Z_j (на 1000 населення) та коефіцієнтів його зміни KUZ_j за формулою:

$$ZN_j = N * Z_j * KUZ_j / 1000 \quad (10.1)$$

Кількість захворювань, обслуговуваних лікарями, визначається наявними ресурсами лікарів та відносною «вигідністю» захворювань. Поняття «ресурсу» формалізує можливість лікарів обслуговувати обмежену кількість захворювань за один період моделювання. Ці обмеження враховують як фізичні можливості (фонд робочого часу), так і матеріальні витрати на медичні послуги.

Поняття «вигідність захворювання» використовується для формалізації процедури вибору: всі нозологічні форми ранжуються за зменшенням показника «прибуток від лікування одного випадку захворювання». Залежно від варіанту оплати нозологічні форми мають різну «вигідність». Для потреб моделювання ранги «вигідності» отримані експертним шляхом.

У зв'язку з вищевикладеним, вибір випадків захворювань для обслуговування моделюється таким чином:

а) генерується кількість послуг кожного виду для найбільш «вигідної» нозологічної форми захворювань $\{ U_{jk}, k=1, \dots, m \}$;

б) обчислюються витрати ресурсів RR на обслуговування одного випадку захворювання j :

$$RR = \sum_k D_k * U_{jk}, \quad (10.2)$$

де D_k – витрати ресурсів на одну послугу виду k ;

в) кількість обслугованих випадків ZNO_j дорівнює загальній кількості випадків ZN_j захворювання j , якщо ресурсів достатньо, або ж знаходиться як корінь рівняння:

$$RR * ZNO_j = DI, \quad (10.3)$$

де DI – залишок наявних ресурсів;

г) обчислюється новий залишок ресурсів:

$$DI = DI - RR * ZNO_j; \quad (10.4)$$

д) якщо $DI > 0$, кроки а)–д) повторюються для захворювань, що залишилися.

Для зменшення дефіциту ресурсів лікарі можуть:

- збільшувати масштаб делегування функцій (більше 1); зменшувати стандартний обсяг послуг (стандарти диспансеризації та лікування) без або зі шкодою для кінцевого результату лікування;
- допускати відхилення від стандарту якості шляхом використання низькотехнологічних втручань і профілактичних заходів;
- зменшувати обсяг профілактичної та диспансерної роботи.

Надмір ресурсів приводить як до відхилення від стандарту в бік збільшення кількості послуг без або зі шкодою для кінцевого результату (виникнення ятрогенних захворювань), так і до збільшення кількості послуг, що дорого коштують.

Елемент «лікарі» описується такими параметрами як чисельність, кількість наданих населенню послуг, отриманий прибуток. Чисельність лікарів зменшується, якщо прибуток на одного лікаря менше визначеного мінімуму, і збільшується, якщо він більше визначеного максимуму. Зміна чисельності лікарів пов'язана також з репутацією лікувального закладу. Репутація вимірюється в частках одиниці;

Кількість наданих населенню послуг кожного виду k U_{jk} розраховується як величина, генерована за Гаусовим законом з параметрами M і s . M обчислюється відповідно до значень стандартного для конкретного захворювання набору послуг (далі – стандарту послуг) за первинним U_{1jk} і повторним U_{2jk} відвідуваннями, поточної кількості захворювань ZN_j , масштабу делегування функцій іншим спеціалістам KDF_j і коефіцієнтів відхилення від стандарту послуг ZAM_j

$$M = [U_{1jk} + U_{2jk} * (1 - KDF_j)] * ZN_j * ZAM_j \quad (10.5)$$

σ визначається як дозволене відхилення від стандарту послуг, що охоплює переважно призначення послуг за показаннями.

Прибуток лікаря SUM обчислюється залежно до варіанту оплати.

1. При оплаті за послугу він визначається через поточні кількості лікарів V і наданих послуг U_{jk} , суму оплати за послугу кожного виду O_{1k} , собівартості

матеріальних витрат на послугу ZM_k та премії за зменшення масштабу делегування функцій PR:

$$SUM = \left\{ \sum_{j,k} [\sum U_{jk} * (O_{ik} - ZM_k)] + PR \right\} / V \quad (10.6)$$

2. При оплаті за випадок захворювання прибуток визначається через параметри V , PR, ZM_k , ZN_j , U_{jk} та суму оплати за випадок захворювання O_{2j} :

$$SUM = \left\{ \sum_j [ZN_j * O_{2j} - \sum_k U_{jk} * ZM_k] + PR \right\} / V \quad (10.7)$$

3. При подушній оплаті прибуток визначається через параметри V , N , PR, ZM_k , U_{jk} , суму оплати за кожного закріпленого за лікарем мешканця O_3 та величину штрафу за зниження рівня результативності лікування SH:

$$SUM = (N * O_3 - \sum_{j,k} U_{jk} * ZM_k + PR - SH) / V \quad (10.8)$$

Елемент «орган управління» (відділ охорони здоров'я, місцеві органи влади, страхові компанії) характеризується результативністю лікування, економічними заходами управління у вигляді штрафів і премій, обсягом фінансування.

Під час визначення результативності медичного обслуговування досить складною проблемою виявився вибір інтегрального показника якості та ефективності медичної допомоги населенню. Відсутність загальноприйнятих, науково обґрунтованих критеріїв оцінки кінцевих результатів діяльності примусила нас в рамках даного дослідження використати відомий показник – кількість днів тимчасової непрацездатності на 100 працюючих – в припущенні, що аналогічні залежності мають місце для населення в цілому. Цей показник дозволяє враховувати як ступінь результативності лікування окремого захворювання (за тривалістю одного захворювання), так і зміну частоти виникнення захворювань за окремими нозологіями.

Обсяг фінансування був фіксованим для всіх варіантів оплати. Достатнім вважався рівень фінансування, що покривав витрати на медичне обслуговування узвичаєного обсягу і структури звертань до первинної ланки, в разі забезпечення стандартного для кожної нозології набору медичних послуг.

Незалежно від схеми оплати загальна сума зменшується на суму понесених витрат (на обладнання, матеріали тощо), яка вважається постійною для кожної послуги одного виду.

Крім того, передбачається при зменшенні стандартного масштабу делегування послуг преміювання в розмірі певної частки вартості цих послуг.

Моделювання показало, що премія (навіть 50% від вартості послуг) не має вирішального значення у випадку загальної нестачі ресурсів. При подушній оплаті на лікарів накладається штраф, якщо результативність лікування нижче певного рівня. При встановленні величини штрафу треба зважати на достатність ресурсів та фінансування. В окремих випадках, коли ресурсів недостатньо для поступового зниження рівня захворюваності (за рахунок профілактики, диспансеризації та самопомоги), а рівень оплати незадовільний – штрафи призводять до негативних наслідків – зменшення кількості лікарів у системі.

Кожна схема оплати визначає своєрідність шляху, який використовується лікарями для досягнення своєї мети - збільшення прибутку.

Для подушної оплати такими шляхами є:

- зниження кількості послуг, що надаються для одного захворювання (в межах, які не викликають зниження результативності);
- проведення профілактичної, диспансерної роботи і роботи по навчання самопомозі для зниження рівня захворюваності (і, відповідно, кількості необхідних послуг);
- збільшення чисельності населення, що обслуговується, за рахунок заощаджених ресурсів.

Для оплати за випадок збільшення прибутку досягається за рахунок:

- зниження кількості послуг, що надаються на один випадок захворювання (в межах, які не викликають погіршення репутації);
- приписок випадків захворювань, в тому числі за рахунок компенсованих станів;
- зменшення обсягу профілактичної і диспансерної роботи, оскільки вони призводять до зниження рівня захворюваності.

Для оплати за послугу підвищення прибутку досягається за рахунок:

- перевищення стандарту послуг (в межах, які не викликають погіршення репутації);
- приписок послуг (кількість приписок збільшується, якщо репутація не знижується, і зменшується у протилежному випадку);
- заміни дешевих послуг на дорогі;
- зменшення обсягу профілактичної і диспансерної роботи.

Дослідження проводилося з використанням комп'ютерних баз даних про діяльність поліклінік та автономних підрозділів ПМСД центральної міської

лікарні м. Орджонікідзе Дніпропетровської області, міської клінічної лікарні №1 м. Дніпропетровська. Для моделювання низку параметрів (розподіл ресурсів на різні види діяльності, динаміка стану здоров'я закріпленого населення залежно від організації та якості профілактичної і лікувально-діагностичної роботи, ступінь використання населенням самопомоги тощо) було отримано експертним шляхом. Широко використовувалися матеріали спеціальних досліджень з організації та ефективності служб і систем охорони здоров'я.

Моделювання викопувалося для різних рівнів обсягу фінансування: достатнього, 20% та 40% дефіциту. Для кожного варіанта оплати праці моделювалося 30 кроків функціонування системи ПМСД, ідо було достатнім для стабілізації системи. Аналіз результатів (рис. 10.1, 10.2) дозволяє стверджувати:

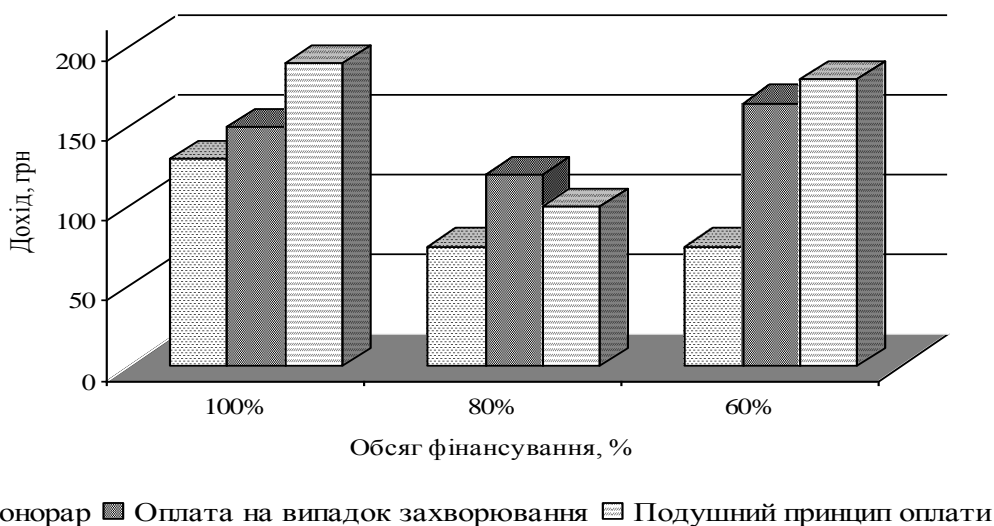


Рис. 10.1. Оплата праці лікарів ПМСД

1) у разі варіантів подушного принципу оплати та оплати за випадок захворювання невеликий дефіцит ресурсів компенсується зниженням рівня наданих медичних послуг відносно стандарту. При цьому дещо збільшується прибуток лікарів за рахунок зменшення витрат па надання послуг. Заощаджені ресурси дозволяють зменшити масштаб делегування функцій для отримання премій та збільшити рівень профілактичної та диспансерної роботи в разі подушної схеми;

2) в разі оплати за послугу в системі активізується надання більш дорогих послуг та зменшення масштабу делегування функцій іншим спеціалістам. Рівень прибутку значно нижчий від інших варіантів оплати, а результативність лікування гірша;

3) покращання загального рівня результативності у випадку подушної оплати (див. рис. 10.2) пояснюється зменшенням загальної кількості днів тимчасової непрацездатності у зв'язку зі зменшенням як кількості випадків, так і тривалості одного випадку захворювання за рахунок поліпшення організації профілактичної та диспансерної роботи, самопомоги, дотримання стандартів надання медичної допомоги. Незацікавленість у зменшенні кількості захворювань у разі оплати праці за випадок та послугу пояснює відносно гірший рівень результативності лікування для цих варіантів;

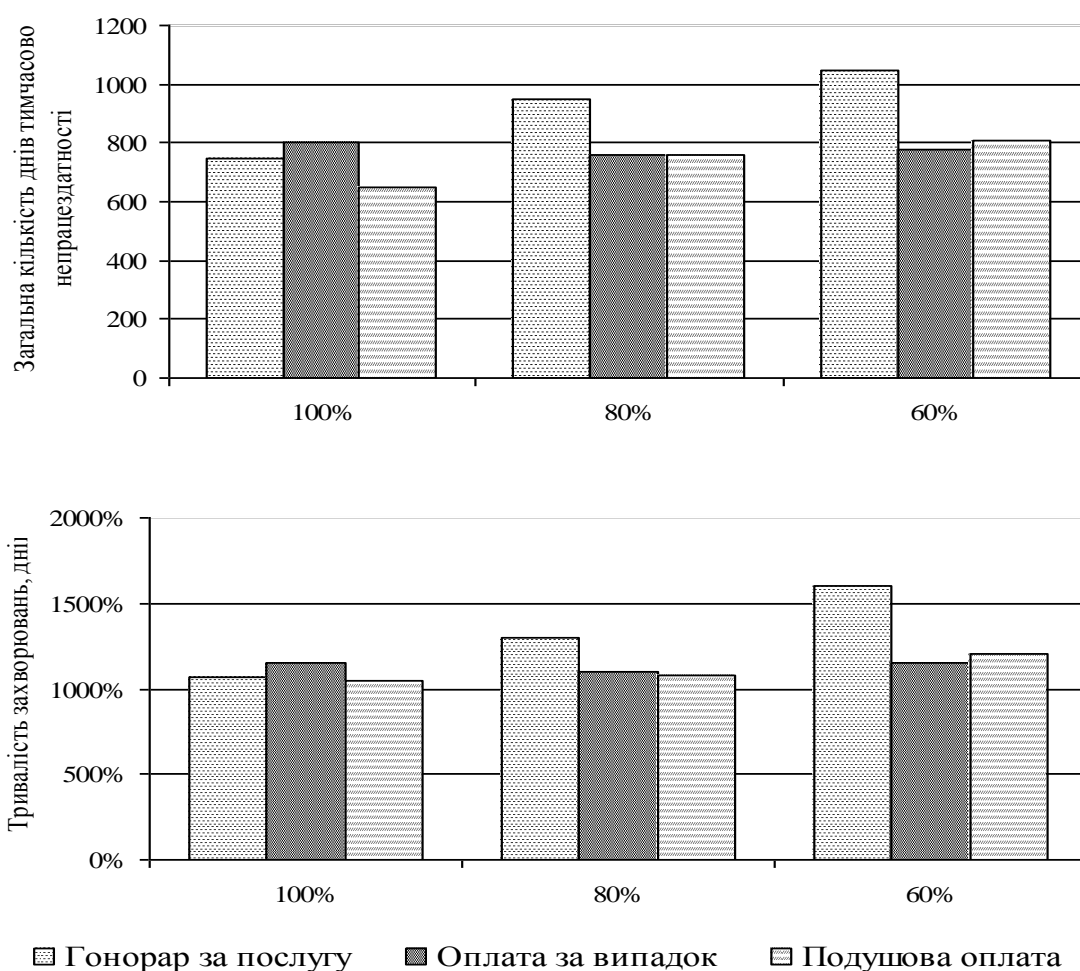


Рис. 10.2. Рівень результативності у випадку подушної оплати лікарям ПМСД

4) зменшення обсягу фінансування призводить до різкого зменшення прибутку (вартість матеріальних витрат вважається постійною, тому частка власного прибутку зменшується значно більше, ніж обсяг фінансування). Якщо рівень прибутку недостатній (при моделюванні цей рівень встановлено на 10% нижче від потрібного обсягу), лікарі покидають систему ПМСД. При цьому збільшується навантаження на лікарів, які залишилися, та зменшується загальний наявний ресурс, що призводить до подальшого погіршення

результативності лікування. Це, в свою чергу, призводить до погіршення репутації і зменшення чисельності населення.

Загалом результати імітаційного моделювання показують, що надання первинної медичної допомоги достатнього рівня результативності можливе лише при наявності двох складових; обсягу її фінансування відповідного об'єму та структурі медичних послуг та оплаті праці медичних працівників, яка враховує обсяг і відповідальність роботи на первинному рівні.

Найбільшою результативністю лікування, включаючи зміни показників здоров'я громадян, характеризується технологічний варіант з подушним фінансуванням системи разом з комплексом механізмів, що компенсують можливі негативні тенденції. При цьому традиційна концепція орієнтації лікаря первинної ланки на індивіда (біологічна модель) трансформується у концепцію орієнтації на громаду (біосоціальна модель), в центрі уваги якої знаходиться громадське здоров'я.

Автори вважають, що для прийняття остаточного рішення щодо стратегії розвитку і моделі організації ПМСД необхідно продовжити дослідження в умовах натурного експерименту, провести економічне обґрунтування послідовності і перебудови національної системи ПМСД.

Однією з *модифікацій подушного методу фінансування є перетворення лікаря первинної ланки (ЛЗП) на основного утримувача фінансових коштів*. При цьому ресурси, що призначені для медико-санітарного обслуговування населення, координуються через ПМСД. ЛЗП оплачує вторинні послуги (спеціалістів, стаціонарну допомогу) та інші види медичного обслуговування. З'являється потенційна можливість збалансування потреб у медичній допомозі різних рівнів спеціалізації, раціоналізації і скорочення використання спеціалізованої та шпитальної допомоги, створення пірамідальної системи медичного обслуговування. Концепція фондотримання створює економічну основу для забезпечення ПМСД ключової ролі в охороні здоров'я діяльності. Передача всіх коштів поліклінікам, а в них дільничним службам була однією з *центральної ідей технології реалізації» нового господарчого механізму»*.

Система ЛЗП – фондоутримувачів, як вже згадувалося, практикується у Великобританії, деяких регіонах Росії, розглядається можливість її використання у Швеції [4,5]. Необхідно зазначити, що така організаційно-фінансова модель потребує присутності, як мінімум, двох дуже важливих факторів: розгалуженої інформаційної бази з даними про число, структуру і вартість детальних медичних послуг та управління з використанням підходів фінансового менеджменту. Водночас слід пам'ятати, що децентралізація

фінансової діяльності, як умова впровадження фондотримання, призводить до певного зростання витрат на адміністративне управління, хоча в наявності вигреш через підвищення адекватності використання ресурсів та керованості впливу на кінцеві показники здоров'я. Згідно з результатами згаданого дослідження, подушну систему фінансування ПМСД доцільно доповнити гонорарною оплатою окремих медичних послуг для стимулювання надання послуг переважно профілактичного характеру (щеплень, планування сім'ї тощо) та системою надбавок. Міжнародний досвід застосування подібної змішаної системи фінансування ПМСД свідчить, що прибуток ЛЗП складається з 3-х складових:

1. Подушної оплати – на 50–60%;
2. Оплати окремих послуг за гонорарним принципом – 15%;
3. Надбавок – 25–35%.

На основі експертної оцінки для України пропонується співвідношення 60:20:20.

Рекомендований перелік і відносна вартість медичних послуг, що сплачуються за гонорарним принципом, представлені далі в рамках характеристики інформаційного забезпечення системи ПМСД.

Система надбавок орієнтована на стимулювання тривалої роботи на дільниці, компенсацію за роботу в складних умовах, стимулювання професійного росту. Рекомендується розподіл загальної суми надбавок, прийнятої за 1, за схемою [6]:

- 1) за стаж: 3–10 років – 0,10; 11–20 років – 0,20; більше 20 років – 0,30;
- 2) за роботу в сільській місцевості: при наявності хороших комунікацій – 0,10; при наявності поганих комунікацій – 0,25;
- 3) за 24-годинне обслуговування: одним лікарем – 0,25; в умовах групової практики – 0,10;
- 4) на утримання заступника на час відсутності лікаря – 0,10;
- 5) на професійне удосконалення – 0,10.

Перелік посилань

1. Исакова Л. И. Оплата медицинской помощи в условиях медицинского страхования / Л. И. Исакова, И. М. Шейман. – Кемерово : НКФ «Кубисконсалт», 1993. – 105 с.
2. Лехан В. М. Напрямки реформи первинної медико-санітарної допомоги в Україні / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, К. К. Духовненко // Мед. перспективи. – 1996. – №1. – С. 68–71.
3. Лехан В. Н. Технология организации медицинской помощи населению / В. Н. Лехан // Мед. страхування. – 1994. – №5. – С. 68–71.

4. Жильцова Е. П. Процесс реформирования здравоохранения Швеции / Е. П. Жильцова // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 1994. – №5. – С. 41–44.
5. Сми К. Х. Проведение реформ в системе здравоохранения Великобритании: результаты и уроки / К. Х. Сми // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. – 1994. – №3. – С. 37–45.
6. Медик В. А. О переходе к работе по принципу врача общей практики / В. А. Медик, А. С. Абдулин // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1994. – №3. – С. 16–18.

11. ЕКСПЕРТИЗА ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

У державному масштабі проблема експертизи тимчасової непрацездатності є однією з найбільш серйозних і актуальних, оскільки вона призводить до значних економічних витрат. Ефективна і якісна робота у цьому напрямі можлива лише за умови правильного розуміння та вміння використовувати на практиці лікуючими лікарями та керівниками закладів охорони здоров'я і органів управління охороною здоров'я основних принципів, понять та положень, на яких базується експертиза тимчасової непрацездатності

Терміни та методологія експертизи тимчасової непрацездатності

Працездатність – це сукупність фізичних, розумових та емоційних можливостей, яка дає змогу працівникові виконувати роботу визначеного обсягу, характеру та якості.

Непрацездатність – це стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможлиблює виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я.

Деякі види тимчасової непрацездатності визначають лише за соціальними показникам — наприклад, тимчасова непрацездатність з догляду за хворим тощо.

В експертній практиці передбачається розділення непрацездатності на тимчасову та стійку (тривалу, постійну).

Тимчасова непрацездатність — це непрацездатність особи внаслідок захворювання, травми або з інших причин, що не залежать від факту втрати працездатності (пологи, карантин, догляд за хворим тощо), яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин – до закінчення причин відсторонення від роботи. Тимчасова непрацездатність застрахованих осіб засвідчується листком непрацездатності.

Тимчасова непрацездатність поділяється на повну і часткову.

Повна непрацездатність – це втрата можливості продовження професійної праці, пов'язана із необхідністю дотримання спеціального режиму та проведення лікування.

Часткова непрацездатність (або обмеження працездатності) – це неможливість виконання звичайної професійної діяльності. При цьому хворий без шкоди для здоров'я може виконувати іншу, легшу роботу. Хворі з частковою непрацездатністю потребують працевлаштування за висновком клініко-експертної комісії або бюро медико-соціальної експертизи.

Тимчасова непрацездатність визначається на період уточнення клінічного і трудового прогнозу. Термін тимчасової непрацездатності залежить від прогнозу.

Головними критеріями, за якими тимчасова втрата працездатності відрізняється від стійкої, є сприятливі клінічний та трудовий прогнози.

У експертній практиці окрім клінічного прогнозу оцінюють і **трудовий прогноз**, що визначається як «працездатність у майбутньому». У повсякденній клінічній практиці лікарям систематично доводиться розділяти момент переходу тимчасової непрацездатності у стійку, особливо у пацієнтів з хронічними прогресуючими захворюваннями. Основним критерієм диференціації у таких випадках є характер як клінічного, так і трудового прогнозів.

Клінічний прогноз передбачає прогнозування на найближчий час (один-два роки) перебігу захворювання (тривалість ремісій, частота загострень, кризових станів тощо). Клінічний прогноз буває:

– сприятливий – можливість стабілізації чи поліпшення стану здоров'я, зменшення ступеня вираженості порушень функцій організму, які призводять до обмеження життєдіяльності;

– несприятливий – неможливість стабілізації стану здоров'я, призупинення прогресування патологічного процесу та зменшення ступеня вираженості порушень функцій організму, які призводять до обмежень життєдіяльності;

– сумнівний (невизначений).

Трудовий прогноз – передбачувана можливість хворого відновити або продовжити трудову діяльність.

У більшості випадків трудовий прогноз залежить від клінічного і часто збігається з ним. Водночас вони відображають різні аспекти і можуть перебувати в певному протиріччі один з одним, особливо в тих випадках, коли хронічне захворювання протікає без виражених функціональних порушень і хворі можуть довго зберігати працездатність.

Не існує відповідності між клінічним та трудовим прогнозами у сліпих, глухих, а також з травмами, які навіть із функціональними порушеннями можуть бути працевлаштовані як у спеціальних, так іноді і в звичайних умовах. Певні складнощі виникають під час оцінювання трудового прогнозу при сумнівному клінічному прогнозі.

Держава приділяє особливу увагу експертизі тимчасової непрацездатності, адже листок непрацездатності є підставою для призначення матеріальної допомоги застрахованій особі. А це – гроші. Проаналізувавши

показники тимчасової непрацездатності серед працюючих по Україні, можна підрахувати, скільки держава сплачує застрахованим особам

11.1. Актуальні питання експертизи тимчасової непрацездатності

До *нормативно-правових актів* з питань експертизи тимчасової непрацездатності (далі – ЕТН) відносяться такі:

– наказ МОЗ України «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» від 9 квітня 2008 р. №189;

– наказ МОЗ України «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» від 13 листопада 2001 р. №455;

– спільний наказ МОЗ, Мінпраці, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України за погодженням Державного комітету статистики та Федерації профспілок України «Про затвердження зразка, технічного опису листка непрацездатності та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності» від 3 листопада 2004 р. №532/274/1 Зб-ос/1406;

– наказ МОЗ України від 14 березня 1986 р. №150 «О мерах по дальнейшему улучшению экспертизы временной нетрудоспособности и усилению контроля за лечением больных, находящихся на больничном листах»;

– методичний посібник «Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності при основних нозологічних формах захворювань і травм», розроблений МОЗ України, кафедрою медико-соціальної експертизи Дніпропетровської державної медичної академії та Українським державним науково-дослідним інститутом медико-соціальних проблем інвалідності (видано у 2006 р.).

Останнім часом МОЗ України приділяє особливу увагу **доопрацюванню** чинної нормативно-правової бази щодо удосконалення ЕТН.

Завершено роботу по внесенню змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.

Підготовлено накази МОЗ України, які наразі проходять процедуру державної реєстрації в Міністерстві юстиції України:

- «Про затвердження змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» від 20 жовтня 2008 р. №590;

- «Про затвердження Інструкції про порядок контролю організації та якості експертизи тимчасової непрацездатності в закладах охорони здоров'я» від 10 листопада 2008 р. №647. Ця інструкція про порядок контролю організації та якості ЕТН у закладах охорони здоров'я регламентує:

- види контролю;

- права і обов'язки комісії (уповноваженої особи);

- права і обов'язки закладу, що підлягає перевірці;

- порядок проведення перевірки;

- методи експертної оцінки стану організації та якості ЕТН при відомчому та позавідомчому контролі;

- критерії оцінки організації та якості ЕТН;

- оформлення результатів перевірок.

В Україні діє Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, що має міські та обласні виконавчі дирекції в усіх регіонах України. На місцях створено відділи експертизи з 4-5 лікарів-експертів на чолі із завідувачем відділу, які керуються чинним законодавством [1–13], посадовою інструкцією заступника головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності та положенням про експертизу тимчасової непрацездатності (додаток 1,2).

Одним із завдань відділів експертизи Фонду є *перевірка закладів охорони здоров'я* з питань ЕТН, обґрунтованості видачі листків непрацездатності, їх тривалості, своєчасного працевлаштування, виписки до роботи, направлення на СЕК.

11.2. Порядок та умови видачі документів, які засвідчують тимчасову непрацездатність

На сьогодні питання порядку та умов видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, регулює Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затверджена наказом МОЗ України від 13 листопада 2001 р. №455 [14].

Тимчасова непрацездатність працівників засвідчується листком непрацездатності (додаток 3). Видача *інших документів* (додаток 4,5) про тимчасову непрацездатність забороняється, крім випадків, передбачених законодавством [15–18], зокрема:

- особам, направленим фельдшером здоров'я пункту під час робочої зміни до лікувально-профілактичного закладу, при невизнанні їх тимчасової

непрацездатними лікарем закладу видається довідка довільної форми з позначкою про час звернення. У випадку, коли працівник звертався в здоровпункт в нічну зміну, видається листок непрацездатності з часу звернення у здоровпункт до закінчення робочої зміни;

- довідкою встановленої форми (ф. №095/о, затверджена наказом МОЗ України від 29 грудня 2000 р. №369) засвідчується тимчасова непрацездатність студентів вищих навчальних закладів та учнів професійно-технічних навчальних закладів;

- довідка довільної форми, засвідчена підписом *головного лікаря* і печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається особам, які проходять обстеження:

з приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці (перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України);

за направленням слідчих органів, прокуратури і суду;

- довідка довільної форми, засвідчена підписом *завідувача відділення* та печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається:

у разі тимчасової непрацездатності громадян, які шукають роботу, і безробітних, враховуючи період їхньої професійної підготовки та перепідготовки;

особам, які проходять обстеження в лікувально-профілактичних закладах за направленням військових комісаріатів;

- особам, які самостійно звернулись по консультативну допомогу, видається довідка довільної форми за підписом лікуючого лікаря, засвідченим печаткою лікувально-профілактичного закладу, обов'язковим зазначенням часу проведеної консультації.

Листок непрацездатності **видається:**

- громадянам України, іноземцям, особам без громадянства, які проживають в Україні і працюють на умовах трудового договору(контракту) на підприємствах, в установах і організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних представництвах та консульських установах;

- особам, обраним на виборні посади до органів державної влади, місцевого самоврядування та інших органів, у тому числі громадських організацій;

- членам колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів;

- особам, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, зокрема члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок);

- громадянам України, які постійно проживають на території України та працюють на умовах трудового договору (контракту) за межами України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають (додаток 6).

Особам, які перебувають під арештом та проходять судово-медичну експертизу, листок непрацездатності не видається.

Право видачі листків непрацездатності мають:

- лікуючі лікарі державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- лікуючі лікарі стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України;
- лікуючі лікарі туберкульозних санаторіїв;
- фельдшери у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах (список фельдшерів затверджується щороку органами охорони здоров'я).

Не мають права видачі листків непрацездатності лікарі:

- станцій (відділень) швидкої медичної допомоги;
- станцій переливання крові;
- закладів судово-медичної експертизи;
- бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік;
- будинків відпочинку;
- туристичних баз;
- зубопротезних поліклінік (відділень);
- санітарно-профілактичних закладів;
- приватних закладів охорони здоров'я, приватні лікарі (фізичні особи суб'єкти підприємницької діяльності);
- лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

Видача документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюється лікуючим лікарем (фельдшером) за пред'явлення паспорта чи іншого документа, який засвідчує особу непрацездатного.

Видача та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюються тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем (фельдшером), про що робиться відповідний запис у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності.

Листок непрацездатності (довідка) видається і закривається в одному лікувально-профілактичному закладі, а при наявності показань може бути продовжений в іншому.

В амбулаторно-поліклінічних закладах листок непрацездатності (довідка) видається лікуючим лікарем (фельдшером) переважно за місцем проживання чи роботи. У разі вибору громадянином лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи, документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, видаються за наявності заяви-клопотання громадянина, погодженої з головним лікарем обраного лікувально-профілактичного закладу, засвідченої його підписом та печаткою лікувально-профілактичного закладу.

У випадку, якщо тимчасова непрацездатність осіб настала поза місцем постійного проживання і роботи (під час відрядження, санаторно-курортного лікування, відпустки тощо), то таким особам листок непрацездатності (довідка) видається за місцем їхнього тимчасового перебування з дозволу головного лікаря лікувально-профілактичного закладу на число днів непрацездатності.

При стаціонарному лікуванні поза постійним місцем проживання, у тому числі й з інших адміністративних районів міста, листок непрацездатності видається на число днів, необхідних для лікування, з дозволу головного лікаря, засвідчується його підписом і печаткою лікувально-профілактичного закладу.

Документи, які засвідчують тимчасову непрацездатність громадян України під час їхнього тимчасового перебування за межами держави, необхідно обміняти на листок непрацездатності згідно з рішенням лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання чи роботи у разі:

- гострих захворювань і травм;
- загострення хронічних захворювань;
- вагітності та пологів;
- оперативних втручань при невідкладних станах;
- лікування згідно з рішенням комісії МОЗ України з питань направлення на лікування за кордон.

Обмін здійснюється на підставі перекладених на державну мову та нотаріально засвідчених документів, які підтверджують тимчасову втрату працездатності під час перебування за межами України.

Щодо видачі документів, які засвідчують тимчасову непрацездатність, *іноземцям*, що тимчасово перебувають на території України і не працюють на підприємствах, в установах і організаціях України, то таким особам видається витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, де вказується термін тимчасової непрацездатності, якщо інше не передбачено міжнародними угодами.

У разі *втрати листка* непрацездатності за рішенням ЛКК лікувально-профілактичного закладу, в якому його видано, видається новий листок непрацездатності з позначкою «дублікат» на підставі довідки з місця роботи про те, що за період тимчасової непрацездатності виплата допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю не здійснювалась.

Як правило, *листки непрацездатності видаються* особам у випадках:

- непрацездатності через захворювання чи травму;
- непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до 3 років та дитиною-інвалідом до 16 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною;
- непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами;
- визнання хворого інвалідом після огляду медико-соціальною експертною комісією (МСЕК);
- карантину;
- санаторно-курортного лікування.

У разі втрати працездатності внаслідок захворювання або травми лікуючий лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видавати листок непрацездатності особисто терміном до 5 календарних днів з наступним продовженням його залежно від тяжкості захворювання до 10 календарних днів (додатки 7,8). Якщо непрацездатність триває понад 10 календарних днів, продовження листка непрацездатності **до 30 днів** проводиться лікуючим лікарем спільно із завідувачем відділення, а надалі – ЛКК, яка призначається керівником лікувально-профілактичного закладу, після комісійного огляду хворого, з періодичністю не рідше одного разу на 10 днів, але не більше терміну, встановленого для направлення до СЕК.

В окремих випадках, коли захворювання вимагає *тривалого лікування*, наприклад, у разі важких травм та туберкульозу, періодичність оглядів ЛКК з

продовженням листка непрацездатності може бути не рідше одного разу на 20 днів залежно від тяжкості перебігу захворювання.

У лікувально-профілактичних закладах, розташованих у сільській місцевості, у штаті яких є тільки один лікар, листок непрацездатності (довідка) може видаватись особисто одним лікарем з продовженням від 5 до 10 днів, але не більше ніж до 14 днів з наступним направленням хворого до ЛКК у разі його тимчасової непрацездатності. Список таких лікарів затверджується щороку наказом органів охорони здоров'я.

Листок непрацездатності у разі захворювання, травми, у тому числі й побутової, видається **в день установаження непрацездатності**, крім випадків лікування в стаціонарі.

Для догляду за **хворим членом сім'ї** листок непрацездатності видається лікуючим лікарем одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, що фактично здійснює догляд.

Для догляду за дорослим членом сім'ї та хворою дитиною, старшою 14 років, при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах листок непрацездатності видається на термін до 3 днів. Як виняток, залежно від важкості перебігу захворювання та побутових умов, цей термін може бути продовжений за рішенням ЛКК, а в разі її відсутності – головного лікаря, але не більше 7 календарних днів.

Для догляду за хворою дитиною віком до 14 років листок непрацездатності видається на період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше 14 календарних днів, а для догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС, – на весь період її хвороби, включаючи санаторно-курортне лікування.

У разі **стаціонарного лікування дітей** віком до 6 років одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, видається листок непрацездатності на весь період перебування в стаціонарі разом із дитиною. У разі стаціонарного лікування важкохворих дітей старшого віку (6–14 років) листок непрацездатності видається одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, на період, коли, за висновком ЛКК дитина потребує індивідуального догляду.

Листок непрацездатності видається працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною віком до 3 років, дитиною-інвалідом віком до 16 років, у випадку хвороби матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці для догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 16

років) на період, коли вона за висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною. У цьому випадку листок непрацездатності видається

лікарем-педіатром на підставі довідки з поліклініки чи стаціонару, що засвідчує захворювання матері (опікуна, іншого члена сім'ї). Листок непрацездатності *не видається для догляду:*

- за хронічним хворим у період ремісії;
- хворою дитиною в період щорічної (основної та додаткової) відпусток, відпустки без збереження заробітної плати, частково оплачуваної відпустки для догляду за дитиною до 3 років;

- за здоровою дитиною на період карантину;

- за хворим старшим 14 років при стаціонарному лікуванні.

Листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається за місцем спостереження за вагітною з 30 тижнів вагітності водночас на 126 календарних днів (70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 – після).

У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, на підставі запису в історії пологів та обмінній карті вагітної, засвідченого підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу, де відбувались пологи, за місцем спостереження за вагітною додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів, крім жінок, яких віднесено до I-IV категорій постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС.

Жінкам, які належать до I-IV категорій постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС, видається листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової відпустки і 90 — на період післяпологової відпустки).

Якщо вагітна не спостерігалась з приводу вагітності до дня пологів, листок непрацездатності видається з дня пологів на період тривалості післяпологової відпустки лікувально-профілактичним закладом, у якому відбулися пологи.

У разі *передчасних пологів* до 30 тижнів вагітності, якщо жінка виписується з живою дитиною, листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається лікувально-профілактичним закладом, де відбулися пологи, на 140 календарних днів, а у випадку смерті дитини при таких пологах – на 70 календарних днів.

Жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, видається довідка встановленої форми.

У зв'язку з операцією *штучного переривання вагітності* на бажання жінки (у тому числі міні-аборти) листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час операції чи в післяабортному періоді листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.

У випадках переривання вагітності з інших причин, у тому числі за медичними або соціальними показаннями, листок непрацездатності видається з дня госпіталізації жінки на весь період непрацездатності.

Жінкам, яким проводиться *терапія безпліддя* за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, листок непрацездатності видається лікувально-профілактичним закладом, в якому проводилась така терапія, від дня початку ультразвукового та гормонального контролю медикаментозної стимуляції овуляції до моменту підтвердження наявності вагітності ультразвуковим методом. Питання про подальшу непрацездатність жінки вирішується за місцем спостереження за вагітною індивідуально, залежно від перебігу вагітності.

Листок непрацездатності на період санаторно-курортного лікування, необхідність якого встановлена ЛКК лікувально-профілактичного закладу за місцем спостереження, видається на термін лікування та проїзду до санаторію і назад, але з урахуванням тривалості щорічної (основної та додаткової) відпустки.

Листок непрацездатності видається до від'їзду в санаторій **за наявності:**

- путівки;
- довідки з місця роботи про тривалість щорічної (основної та додаткової) відпустки;
- картки санаторно-курортного відбору.

Перелік посилань

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2801-ХІІ (із змінами та доповненнями).
2. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України».
3. Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення».
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. №14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки».

5. Постанова Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 р. №815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року».

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 січня 2008 р. №14 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України «Український прорив: для людей, а не політиків».

7. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2008 р. №366-р «Про схвалення пріоритетів діяльності міністерств на 2008 рік».

8. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням» від 18 січня 2001 р. №2240-111 (із змінами та доповненнями).

9. Наказ МОЗ України від 9 квітня 2008 р. №189 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» (zareestrovano v Ministerstvi yustitsii Ukraini 4 lipnya 2008 r. za №589/15280).

10. Наказ МОЗ України від 13 листопада 2001 р. №455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» (zareestrovano v Ministerstvi yustitsii Ukraini 4 grudnya 2001 r. za №1005/6196).

11. Спільний наказ МОЗ України, Мінпраці України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності і Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 3 листопада 2004 р. №532/274/136-ос/1406 «Про затвердження зразка, технічного опису листка непрацездатності та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності» (zareestrovano v Ministerstvi yustitsii Ukraini 17 listopada 2004 r. za №1454/10053).

12. Наказ МОЗ України від 2 червня 2004 р. №275 «Про відміну галузевої статистичної звітної форми №23-ТН-здоров «Звіт про причини тимчасової непрацездатності» та інструкції щодо її заповнення».

13. Наказ МОЗ України від 9 квітня 2008 р. №189 «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» (zareestrovano v Ministerstvi yustitsii Ukraini 4 lipnya 2008 r. za №589/15280).

14. Наказ МОЗ України від 13 листопада 2001 р. №455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» (zareestrovano v Ministerstvi yustitsii Ukraini 4 grudnya 2001 r. za №1005/6196).

15. Спільний наказ МОЗ України, Мінпраці України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності і Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 3 листопада 2004 р. №532/274/136-ос/1406 «Про затвердження зразка, технічного опису листка непрацездатності та Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності» (zareestrovano v Ministerstvi yustitsii Ukraini 17 listopada 2004 r. za №1454/10053).

16. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2000 р. №369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)» (із змінами та доповненнями).

17. Постанова правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 23 червня 2008 р. №25 «Про затвердження Положення про комісію

(уповноваженого) із соціального страхування підприємства, установи, організації» (zareєстровано в Міністерстві юстиції України 14 липня 2008 р. за №636/15327).

18. Положення МОЗ СРСР від 14 липня 1975 р. №06-14/6 «Об експертизу временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях (в том числе в клиниках высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей и научно-исследовательских институтов)».

12. УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ РЕФОРМУВАННЯ ПМСД

Надання первинної медико-санітарної допомоги шляхом впровадження загальної лікарської практики – сімейної медицини потребує адекватних змін в методах управління.

Процес управління містить в собі: планування, керівництво та контроль, організацію та прийняття рішень. Крім того, сюди входить порядок використання ресурсів, вивчення мотивації людей, що є суб'єктами практичної діяльності системи. Особлива увага повинна приділятися меті, розробці короткострокових та довгострокових планів, виконанню стратегічних завдань реформи – створення служби загальної лікарської – сімейної практики в структурі охорони здоров'я.

При цьому стратегічним аспектом процесу управління реформою є розробка концепції організації служби загальної лікарської практики з урахуванням системного підходу, як комплексного вирішення завдань: планування, впровадження, моніторингу.

Планування:

- визначення мети та завдань;
- аналіз стану первинної медико-санітарної допомоги;
- оцінка стану лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ);
- оцінка матеріальних, кадрових та нормативно-правових можливостей;
- короткотривале прогнозування (заходи підготовчого етапу, розробка цільових програм);
- довготривале прогнозування (заходи заключного етапу, розробка стратегічного плану реформування ПМСД);
- керування процесом впровадження розробленої програми.

Впровадження:

На рівні органів управління:

- розділення поточної та перспективної мети та завдань (поетапний план впровадження);
- розробка установочних наказів управління охороною здоров'я;
- матеріально-технічне, фінансове забезпечення;
- професійна підготовка;
- зміни організаційно-штатних структур ЛПЗ;
- визначення джерела та порядку фінансування;
- ліцензування та акредитація загальних лікарських практик;

На рівні ЛПЗ:

- мотивація: чітке визначення мети та планів реформ;
- чітке знання кожним працівником своїх обов'язків;
- адекватне матеріальне забезпечення;
- виховання відчуття особистої відповідальності у кожного працівника;
- своєчасні зміни організаційно-штатної структури;
- ліцензування виду медичної діяльності: загальна лікарська практика;
- розподіл відповідальності;
- забезпечення координації діяльності між керівництвом, вузькими фахівцями і створення відносин взаємної підтримки між співробітниками;
- виховання розуміння необхідності змін та здатності прилаштовуватися до нових умов;
- адекватна заробітна плата у відповідності з об'ємом і якістю надання медичної допомоги;
- оволодіння нової статистичної, обліково-звітної документації та програмного забезпечення;
- безперервна професійна підготовка та оволодіння практичними навичками.

Моніторинг:

- оцінка ефективності (аналіз статистичної документації, анкет, опитувань, зокрема громадської думки та інше);
- аналіз результатів, добування знань та вироблення висновків;
- корегування стратегічного плану;
- перерозподіл завдань, ресурсів у відповідності з досягнутим знанням.

Стратегія в теорії управління передбачає розробку планів (програм) діяльності, напрямків на досягнення мети реформи – організація загальної лікарської практики (ЗЛП) в структурі охорони здоров'я.

При цьому слід враховувати соціальне значення та медико-соціальні результатів реформи, системний характер реформ які проводяться, вплив на всі рівні надання медичної допомоги, масштабність залучення матеріальних, кадрових та інших ресурсів, етапність реалізації, особливості в реалізації первинної медико-санітарної допомоги міському та сільському населенню.

Концепція реформування ПМСД передбачає інтеграцію та координацію діяльності медичних установ та взаємодіючих муніципальних служб для досягнення стратегічної мети: організація служби ЛЗП в первинній ланці охорони здоров'я.

Кінцевими результатами повинні бути:

1. Збільшення об'ємів і якості надання медичної допомоги, її доступності та безперервності на догоспітальному етапі.

2. Покращення спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги. Скорочення прийомів спеціалістами непрофільних хворих, збільшення об'ємів і покращення умов надання спеціалізованих видів амбулаторної допомоги.

3. Скорочення рівня госпіталізації, реструктуризації стаціонарної допомоги.

4. Покращення основних демографічних показників.

5. Зниження рівня захворюваності.

6. Ефективне та раціональне використання фінансових ресурсів.

Максимальне збереження всіх наявних матеріальних та фінансових ресурсів охорони здоров'я, що передбачає не знищення існуючих ЛПЗ, а зміну їх функцій, методів роботи, системи фінансування.

Заходи, які розроблені лікувально-профілактичними установами (накази ЛПЗ);

– про затвердження плану заходів по реалізації цільової районної програми;

– про утворення відділення загальної лікарської практики;

– про затвердження положення про відділення ЗЛП;

– про порядок взаємодії спеціалістів з лікарями ЗЛП;

– про затвердження порядку прийому хворих лікарями ЗЛП;

– про реструктуризацію територіальних дільниць, що обслуговуються ЛЗП;

– про організацію роботи міських кабінетів.

Методичною базою для розробки концепції є державні законодавчі та нормативно-правові акти, які створюють правове поле реформи ПМСД [1].

12.1. Підготовчий етап для створення загальної лікарської практики

Метою першого етапу є створення в структурі охорони здоров'я району служби загальної лікарської практики – сімейної медицини, формування основ та умов для підвищення ефективності та посилення первинної ланки охорони здоров'я при провідній ролі в розвитку ПМСД загальної лікарської практики – сімейної медицини. Для досягнення поставленої мети передбачено комплексне рішення трьох системоутворюючих завдань:

1. Розробка документів, нормативно-розпорядчих актів, які визначають організаційну структуру (моделі ЗЛП), її форми (особисту, групову);

2. Професійна підготовка спеціалістів в достатній кількості для розгортання служби відділення загальної практики;

3. Фінансове та матеріально-технічне забезпечення впровадження відділення загальної практики.

Вирішення організаційно-методичних заходів.

– формування координаційної ради по реалізації районної цільової програми (положення, права, обов'язки);

– включення до складу управління охорони здоров'я головного позаштатного спеціаліста з загальної лікарської практики (наказ начальника управління охорони здоров'я);

– створення робочих груп в лікувально-профілактичних закладах (наказ головних лікарів) з впровадження загальної лікарської практики;

– комплексна оцінка та аналіз стану первинної медико-санітарної допомоги в районі. Визначення потреби ЛПЗ району в загальній лікарській практиці;

– розробка концепції створення служби загальної лікарської практики (цільова районна програма, постанова голови району);

– вибір ЛПЗ для проведення експерименту (експериментальні площі). Розробка моделей для сільських та міських ЛПЗ;

– розрахунок бюджетних витрат та внесення їх в бюджетні плани фінансування.

Вирішення професійної підготовка кадрів для роботи в системі лікаря загальної практики.

– створення учбового центру для підготовки спеціалістів;

– створення системи безперервного ьнавчання спеціалістів ЗЛП (удосконалення, стажування та інше);

– організація бригадного методу навчання: лікар + медсестра;

– удосконалення освітньо-професійних програм, кваліфікаційних вимог до півня професійної підготовки спеціалістів;

– атестація на робочому місці.

Вирішення матеріально-технічне забезпечення:

– приведення матеріально-технічної бази ЛПЗ відповідно до вимог;

– реалізація програми удосконалення матеріальної бази ЛПЗ району;

– проведення капітальних ремонтів, реконструкцій амбулаторій та поліклінік;

– перепрофілювання під відділення та офіси відділень лікарської практики виділених приміщень;

– забезпечення ЛПЗ обладнанням для відділень лікарської практики, засобами для надання невідкладної допомоги, комп'ютеризація.

Вирішення питання ліцензування ЛПЗ, які працюють за принципом ВЗП:

– підготовка до ліцензування ВЗП сільської амбулаторії. Отримання статусу юридичної особи і реєстрації;

– підготовка до ліцензування відділення ЗЛП як структурного підрозділу міської поліклініки;

– приведення до вимог ліцензування нормативно-методичної і матеріально-технічної бази для виконання функції загальної лікарської практики, чк виду медичної діяльності;

– формування «ліцензійної справи»;

– організація ліцензування у відповідності з розробленим планом;

– отримання ліцензії.

12.2. Організація діяльності загальної лікарської практики – сімейної медицини

Концепція реформування ПМСД передбачає впровадження ЗЛП за кілька етапів:

I етап:

1. Провести реформування галузі охорони здоров'я шляхом перебудови первинної медико-санітарної допомоги (надалі – ПМСД) на засадах сімейної медицини:

– відкриття амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (надалі – АЗПСМ) на базі існуючих ФАПів з чисельністю населення 1000 і більше осіб;

– перепрофілювання існуючих лікарських амбулаторій в АЗПСМ;

– проведення реструктуризації дільничних лікарень, міських лікарень (розташованих в селищах міського типу) на первинну (АЗПСМ) та інші види медичної допомоги;

2. Провести реструктуризацію центральної районної лікарні на первинну, вторинну, стаціонарну та швидку медичну допомогу (відділення).

3. Провести об'єднання ресурсів первинної допомоги шляхом передачі лікувальних закладів первинної ланки у спільну територіальну власність громад сіл, селищ, міст району.

4. Провести об'єднання всіх підрозділів ПМСД та ЩМД (самостійні та у складі ЦРЛ) в Центр (Об'єднання) ПМСД.

5. Організація управлінської структури первинної допомоги передбачає 2 варіанти: в районах з населенням більше 30 тис. жителів організувати відділи охорони здоров'я райдержадміністрацій (ВОЗРДА), з населенням менше 30 тис. – Центри ПМСД передати в оперативне управління центральних районних лікарень.

Власником виступатиме районна рада, розпорядником коштів і замовником медичних послуг – районна державна адміністрація (відділ охорони здоров'я), надавачем (постачальником) – Центр ПМСД.

II етап

Здійснити перехід Центрів ПМСД з бюджетних установ на державні комунальні підприємства (надалі – КП «Центр ПМСД») з неприбутковою формою власності, подушним принципом фінансування, незалежним господарюванням на підставі Господарського кодексу, Закону про місцеве самоврядування, Закону про закупівлю товарів, робіт та послуг, Статуту затвердженого районною радою, договору укладеного з райдержадміністрацією та інших нормативних документів.

Це дає такі переваги:

– Централізоване фінансування з районного бюджету (*гарантоване надання медичної допомоги всім мешканцям незалежно від виконання бюджету сільських рад, рівні умови для роботи медпрацівників та своєчасну і диференційовану оплату праці*)

– Централізоване управління (*проведення державної політики в сфері охорони здоров'я, ефективне використання ресурсів, виконання цільових програм*)

– Незалежне господарювання (*самостійність у розподілі та використанні коштів, можливість оперативного маневрування фінансами, створення оптимального штатного розкладу та структури, спрощення звітності*) Дозвіл на реорганізацію комунального закладу в комунальне некомерційне підприємство надає рішення сесії районної ради.

III етап

Створення КП «АЗПСМ» та приватних лікарських підприємств (ПЛП), підпорядкованих КП «Центр ПМСД».

Для цього планується організувати декілька моделей ЗЛП, які будуть відрізнятися за ступенем «інтенсивності розвитку», обсягами надання спеціалізованої медичної допомоги, можливостями з надання невідкладної допомоги, здійсненням сучасних профілактичних технологій, готовністю до роботи в команді ПМСД з участю соціальних працівників (схеми 12.1, 12.2)

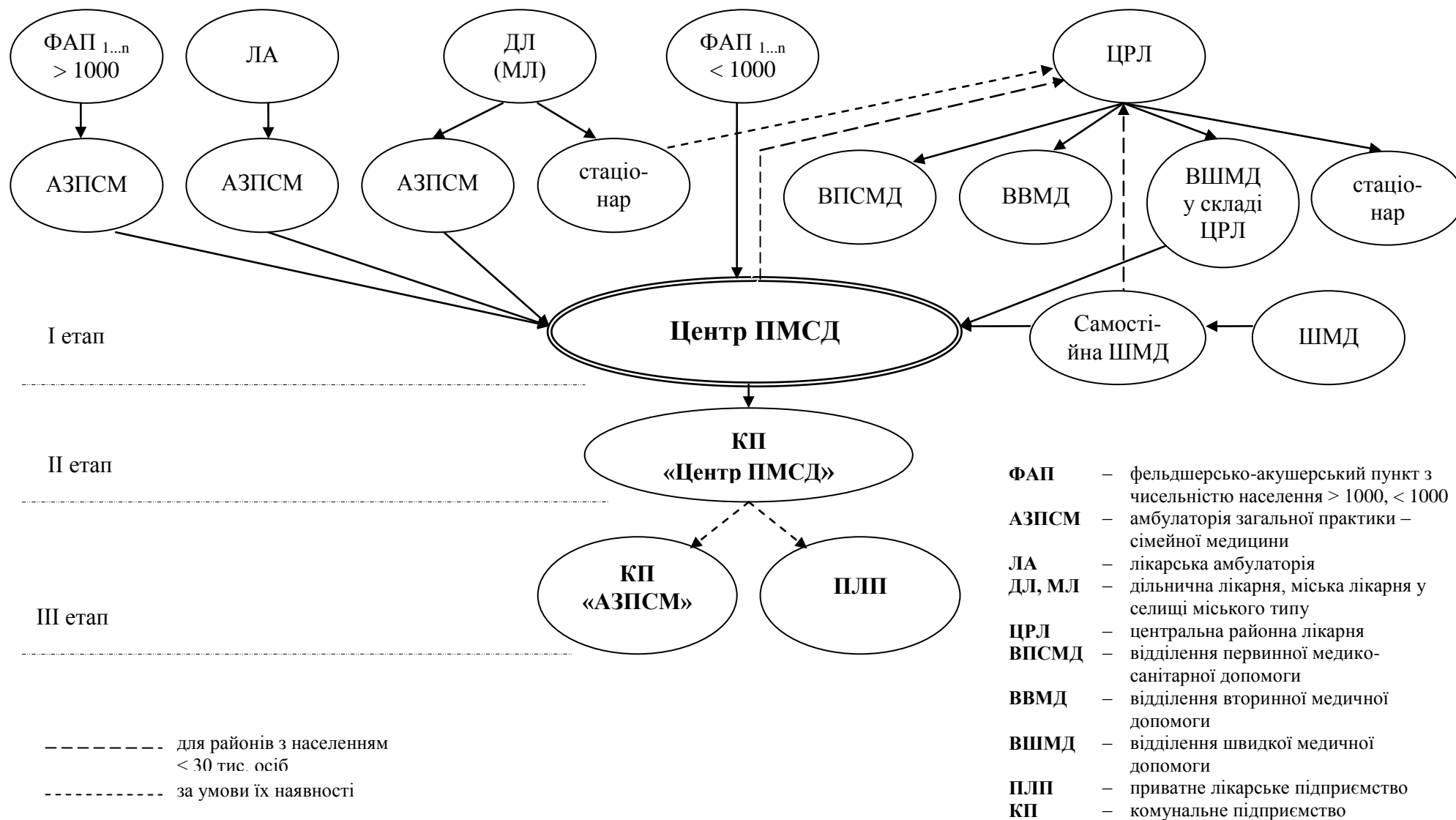
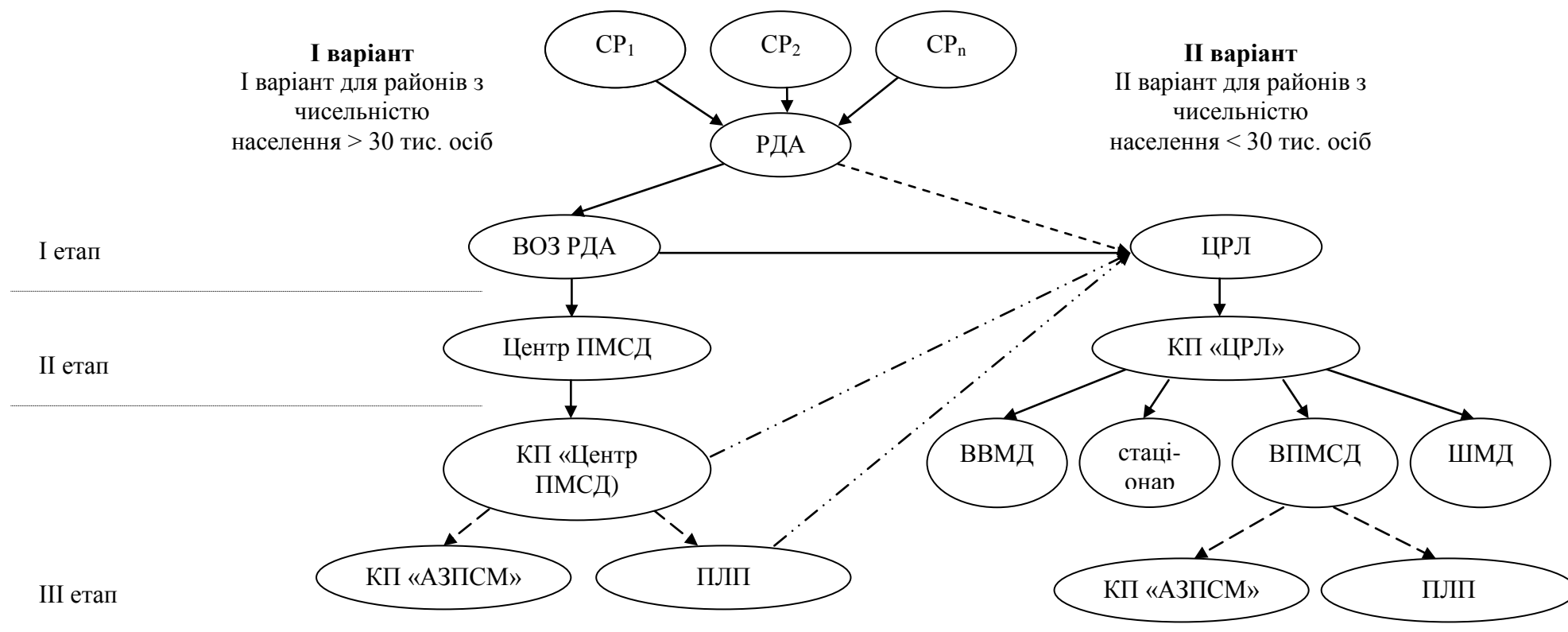


Схема 12.1. Організаційна структура первинної допомоги на етапі її розбудови



- СР** – сільська (селищна) рада
- РДА** – районна державна адміністрація
- ВОЗ РДА** – відділ охорони здоров'я РДА
- ВВМД** – відділення вторинної медичної допомоги
- ВПСМД** – відділення первинної медико-санітарної допомоги
- ПЛП** – приватне лікарське підприємство
- ЦРЛ** – центральна районна лікарня
- АЗПСМ** – амбулаторія загальної практики–сімейної медицини
- ВШМД** – відділення швидкої медичної допомоги
- КП** – комунальне підприємство

- > для районів з населенням < 30 тис. осіб
- > фінансування медицини
- > за умови створення
-> договірна оплата послуг: планова консультація, госпіталізація

Схема 12.2. Фінансово-організаційна структура первинної допомоги на етапі її розбудови

Організаційні моделі ЛЗП які впроваджені в сільських лікарських установах відрізняється від міських моделей ЛЗП по мірі специфіки надання медичної допомоги сільському та міському населенню.

Метою реорганізації сільських амбулаторій та терапевтичних дільниць міських поліклінік в загальній лікарській практиці є оволодіння ЛПУ нових принципів роботи, поступової зміни моделі ЗЛП від початкових до розвинених форм по мірі оволодіння технологій та обсягів надання медичної допомоги. Розширення обсягів медичної допомоги силами лікарів загальної практики за рахунок прийому хворих з патологією, котра традиційно лікувалася «вузькими» спеціалістами, являючись основним завданням заходів, що проводяться.

Впровадження ЗЛП в систему охорони здоров'я та формування потоків хворих до ЛЗП супроводжується скороченням відвідувань до інших спеціалістів. В наслідок передачі ЛЗП навантажень, які не потребують високої кваліфікаційної підготовки та залишаючи «вузьким» спеціалістам більш важчі та складні випадки звернень населення за медичною допомогою потребують більше часу, і відповідно більш низьких навантажень на робочий час.

В той же час у ЛЗП формується «змішаний» прийом хворих, що впливає на його робочий час, в наслідок чого необхідно розробити заходи, які передбачають передачу від лікарів до медсестер певних видів навантажень. Чітке планування роботи є гарантом успіху реорганізацій, що проводяться.

Неможливість одночасного оволодіння ЛЗП покладених на них обов'язків по лікуванню хворих примушує здійснювати процес передачі частини обсягів медичної допомоги від фахівців до ЛЗП поетапно. Розширена кваліфікована терапевтична допомога, зменшення направлень до «вузьких» спеціалістів-терапевтів є початковим етапом і передбачає оптимізацію надання терапевтичної допомоги, усуває дублювання і визначення більш чітких показників для направлення до фахівців, при цьому йде скорочення кількості відвідувань до спеціалістів-терапевтів

Розширення кваліфікованої терапевтичної допомоги, а також первинна допомога з отоларингології та офтальмології в структурі всіх відвідувань питома вага хворих з ЛОР та офтальмологічною патологією становить 6% та 5% відповідно. В структурі амбулаторно-поліклінічних відвідувань для неврологічних хворих становить 10%–20% обсягу неврологічної допомоги. Амбулаторна хірургічна допомога в структурі всіх відвідувань до лікарів становить 5% Всього планується передати від хірургів до ЛЗП до 50% всієї допомоги.

Загалом обсяг акушерсько-гінекологічних відвідувань до ЛЗП може становити 53%. Найбільша питома вага приходить на профілактичні огляди – 24%, ведення вагітних – 22,5%, лікування гінекологічної патології становить – 7,3%. В повному обсязі передається акушерський патронаж і терапевтичний огляд вагітних, що дає змогу скоротити 1,5 ставки акушера-гінеколога, 1 ставку лікаря-терапевта та 3 ставки акушерки.

Участь ЛЗП у здійсненні акушерсько-гінекологічної допомоги можна здійснювати на трьох рівнях:

I рівень – динамічне спостереження фізіологічного перебігу вагітності, профілактичні гінекологічні огляди, раннє виявлення патології, направлення до жіночих консультацій, акушерсько-гінекологічні стаціонари, консультування з планування сім'ї та профілактиці абортів.

II рівень – надання невідкладної допомоги, обстеження, консультування, участь у лікувальному процесі по рекомендації лікаря-гінеколога.

III рівень – самостійне ведення вагітності та гінекологічних хворих, використання стаціонарозамінних технологій. В цьому випадку ЛЗП повинен мати кольпоскоп, апарат для ультразвукового дослідження.

Перехід на сімейний принцип обслуговування передбачає передачу частини педіатричної допомоги від лікаря-педіатра до ЛЗП. Таким чином, поетапна передача обсягів допомоги від фахівців веде до збільшення відвідувань до ЛЗП на 65%, відповідно до цього зростає функція лікарської посади.

12.3. Підготовка кадрів для роботи в системі ПМСД

Для професійної підготовка кадрів в системі лікарів загальної практики необхідно:

- створення учбового центру для підготовки спеціалістів;
- створення системи безперервного навчання спеціалістів ЗЛП (удосконалення, стажування та інше);
- організація бригадного методу навчання: лікар + медсестра;
- удосконалення освітньо-професійних програм, кваліфікаційних вимог до півня професійної підготовки спеціалістів;
- атестація на робочому місці.

Підготовка медичних кадрів забезпечується відомчими нормативними актами, які розробляються згідно з нормативно-правовими документами Верховної Ради та Кабінету міністрів України, такими як Закон України «Про

внесення змін і доповнень до Закону Української РСР «Про освіту» та затвердженого постановою Кабінету Міністрів» переліку напрямів та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями.

До діючої нормативної бази МОЗ входять накази колишнього МОЗ СРСР та МОЗ України з питань, що стосуються: організації професійної організації населення; медичного відбору осіб на навчання; номенклатури спеціальностей за якою здійснюється підготовка медичних працівників; затвердження базових учбових закладів та опорних кафедр; введення в дію навчальних планів; затвердження переліку закладів охорони здоров'я; переліку лікарських і фармацевтичних посад; підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; положень про навчальні та лікувально-профілактичні заклади.

1. Реформування вищої медичної, фармацевтичної та післядипломної освіти реалізується на принципах єдиної безперервної системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців. Система медичної освіти повинна мати такі державні законодавчі і нормативні механізми, що забезпечать систематичне удосконалення знань потребою самого спеціаліста. З цією метою проводяться відповідні організаційні зміни в системі підготовки спеціалістів [1].

2. Переддипломний досвід роботи в сільській місцевості і підвищення кваліфікації аспіранта в галузі сільської медицини тісно пов'язані із сільською практикою. Вищі медичні навчальні заклади, розташовані в межах аграрної області, мають сільське спрямування. Вони заохочують прийом студентів з сільськими направленнями і забезпечують проходження медичної практики в сільській місцевості.

Недостатнє забезпечення селян адекватною та якісною ПМСД часто вказує на нераціональний розподіл наявних ресурсів системи охорони здоров'я. В усьому світі простежується тенденція до недостатньої кількості лікарів у селі порівняно з містом, що негативно позначається на якості та доступності ПМСД в селі.

Тому сьогодні назріла проблема в радикальних змінах системи охорони здоров'я в сільській місцевості, щоб досягти мети, поставленої ВООЗ – «до 2010 р. всі люди протягом їхнього життя будуть мати доступ до всебічної, цілісної, якісної охорони здоров'я, що підтримується необхідними стратегіями системи охорони здоров'я».

Медична освіта, орієнтована на сільську практику розвивається в усьому світі, щоб задовольнити потребу в освіті і навчанні значної кількості лікарів зі знаннями, практичним досвідом і прагненням стати сільськими лікарями.

Післядипломна освіта лікарів-інтернів та молодих спеціалістів – це складний процес, який визначається співпрацею викладачів, лікарів-інтернів та висококваліфікованих лікарів загальної практики – сімейних лікарів, що максимально наблизить лікаря до хворого та забезпечити профілактику розвитку того або іншого захворювання у родині.

На всіх рівнях – від сімейної лікарської амбулаторії до організаторів системи охорони здоров'я – потрібно усвідомлювати значущість удосконалення післядипломної підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів, економно використовуючи наявні ресурси.

До 30–40-х років минулого століття навчальні програми та вимоги, які стосувалися підготовки лікарів, були однаковими для всіх спеціальностей. З 1950 р. велику увагу надавали ефективним навчальним програмам, які засвідчили свою дієвість на практиці і дають змогу оцінити компетентність молодого спеціаліста.

Основними і найпоширенішими методами підвищення кваліфікації ЛЗП є самопідготовка, відвідування спеціальних курсів, науково-практичних конференцій сімейних лікарів через поширення хронічних захворювань.

Різноманітність інструментів удосконалення професійності майстерності сімейних лікарів ідентифікують як їхню потребу, що ґрунтується на таких моделях:

– модель освітньої стратегії, ЛЗП повинні мати певні знання та вміння постійно застосовувати їх в повсякденній практиці, що можна здобути шляхом традиційної освіти, отримання необхідної інформації поштою, поширення комп'ютерної інформації а також інші шляхи поширення інформації, які нині детально не вивчено. Проведення семінарів для сімейних лікарів вважають ефективними, якщо їхньою метою є удосконалення набутих практичних навичок;

– модель нагадування, застосовуються методичні розробки, спрямовані на удосконалення медичної допомоги в різних галузях;

– модель перевірка/зворотний зв'язок. Систематичні перевірки впровадження в практику охорони здоров'я сучасних діагностично-лікувальних методів менш ефективні, ніж нагадування. Вони потребують певних зусиль і ресурсів для окремих ситуацій, наприклад, для профілактичних заходів.

Оцінюючи питання ефективності впровадженої моделі, фахівці визначають потреби. Вибір стратегії оцінки залежить від наявних ресурсів.

Інформація значно розширює можливості лікаря передусім як діагноста, оскільки сприяє застосуванню опанованих сучасних методів на практиці.

Професійність медичні працівники набувають або підвищують у процесі спілкування, під час обговорення проблеми з досвідченими колегами. «Навчання» це двосторонній процес. Знання тимчасові і динамічні, тільки деякі з них у часі залишаються без змін.

Для реалізації мети – організації служби ЗЛП взамін дільничної, необхідність перепідготовки лікарів та медсестер. Складність в організації навчання – довгий термін первинної спеціалізації (6 місяців) відрив від роботи дільничних лікарів, відсутня можливість одночасної перепідготовки великої кількості медичних працівників, а також значні фінансові затрати на навчання примушують органи управління шукати найбільш оптимальні рішення з підготовки кадрів. Складність навчання ЛЗП в том, що на відміну від інших видів підготовки лікарів, програма підготовки ЛЗП включає навчання більш ніж 20 лікарських спеціальностей, що потребує значної навчальної та матеріальної бази (схема 12.3).



Схема 12.3. Планування підготовки спеціалістів сумісно з медичним вищим учбовим закладом

Програма тематичного удосконалення передбачає: набуття знань, вмінь та практичних навичок курсантами-спеціалістами охорони здоров'я з організації та методики викладання сімейної медицини, достатніх для самостійного виконання учбової та учбово-методичної роботи при навчанні ЛЗП в системі післявузовської професійної освіти.

Одночасно з підготовкою викладачів створюється учбово-методична та матеріальна база, розроблялися та готувалися учбові посібники, стенди, придбалось обладнання, виділялися приміщення під навчальні класи, які відповідно обладнувались.

Для організації професійної підготовки спеціалістів ЗЛП, програмою передбачалося виділення фінансів з місцевого бюджету на:

- учбово-методичну роботу;
- розробку та написання навчально-методичних матеріалів, рекомендацій;
- роб ротка та виготовлення муляжів, схем, стендів, ескізів та інше;
- розробка та написання програмних, організаційно-методичних документів, навчальних та тематичних планів, розкладу занять, програм конференцій, практикумів, курсів та модулів;
- ремонт класів та матеріальної частини;
- придбання меблів та обладнання (меблі, комп'ютери, демонстраційної техніки, ксероксів, стендів);
- заробітна пата викладачам;
- навчальне обладнання ЛЗП;
- канцелярські витрати.

Для професійної підготовка кадрів в системі лікарів загальної практики створюють Національний науково-методичний центр (або інститут) для підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів наказом МОЗ України за поданням директора інституту стратегічних досліджень який є підрозділом інституту, мета діяльності якого полягає у здійсненні заходів наукового, методичного та організаційного професійного спрямування.

Центр утворюється у формі державного підприємства, створеного відповідно до законодавства, яке не має на меті отримання прибутку.

Центр розміщується і виконує свої завдання на базі інституту стратегічних досліджень.

В своїй роботі Центр керується законодавчими і нормативними документами України щодо вищої освіти, охорони здоров'я, у тому числі з

питань сімейної медицини, Статутом інституту стратегічних досліджень та Положенням (додаток 9).

В навчальному центрі проводяться семінари, заняття, науково-практичні конференції, теоретична частина викладається на курсах удосконалення лікарів післядипломної освіти (схема 12.4).



Схема 12.4. Організація учбово-методичного центру сумісно з курсом ЛЗП факультету удосконалення лікарів Інституту післядипломної освіти.

Учбовий центр повинен готувати та перепідготувати (навчання та удосконалення) ЛЗП за узгодженими програмами, планами та розкладом, у відповідності до державних стандартів.

Кінцевою метою професійної підготовки та перепідготовки ЛЗП є набуття теоретичних знань, умінь та практичних навичок, достатніх для самостійної професійної діяльності ЛЗП, тобто тій, яка відповідає його кваліфікаційній характеристиці.

Практичні навички слухачі відпрацьовують за індивідуальним планом під час занять (демонстрація хворих, клінічні розбирання), поза аудиторних занять (чергування у відділенні, прийом хворих з викладачем, самостійна підготовка). Крім того, програмою передбачена тижнева практика в сільських амбулаторіях, міських відділеннях ЛЗП, в поліклініках, на станціях швидкої допомоги (схема 12.5).



Схема 12.5. Планування та організація навчального процесу підготовки ЛЗП на курсі факультету удосконалення лікарів сумісно з учбовим центром.

Заочне (поза аудиторне) навчання йде у формі учбово-виробничої практики за розробленими програмами у вигляді завдання для заочного навчання з урахуванням специфіки праці кожного курсанта. В програму входить: розробка плану та методики реорганізації ПМСД за принципом ЛЗП, відповідно до своєї ЛПУ, проекту цільової програми «Загальна лікарська практика», набуття навичок з діагностики та лікування найбільш поширених захворювань, оволодіння лікарськими маніпуляціями, освоєння лабораторних та спеціальних методів досліджень. Після закінчення практики слухачами подається звіт з пропозиціями в щоденнику. Закінчується навчання підсумковим іспитом, який містить в собі: оцінку курсової роботи, звіт про проходження практики, виконання індивідуального плану оволодіння практичними навичками, кваліфікаційні тести, курація хворих, співбесіда.

Крім циклів спеціалізації цикли тематичного удосконалення, стажування за вибраними темами, мастер-класи, семінари, науково-практичні конференції.

Тематичне удосконалення планується у відповідності з держстандартом та уніфікованою програмою.

Додаткові освітні програми (стажування, професійна перепідготовка) проводять на основі «Типового положення про освітні установи додаткової професійної освіти (підвищення кваліфікації)» з урахуванням потреб

замовника, вимогам освітнього держстандарту у відповідних напрямках (спеціальностях) та державним вимогам до вищої освіти.

Програми цільових короткострокових стажувань можуть передбачати вивчення будь-якої однієї теми.

Основним регламентуючим документом для стажиста є затверджена керівником освітньої установи програма стажування, узгоджена з керівником організації де вона проводиться.

Основним звітним документом для стажиста та освітньої організації є щоденник стажистів.

В учбовому центрі проводять короткострокові стажування ЛЗП за вибраними ними темами з акцентом на відпрацювання практичних навичок, поглибленим вивченням окремих тем або тем, що не увійшли до Уніфікованих програм.

З метою якісного навчання і підготовки спеціалістів у центрі проводиться моніторинг слухачами, який містить в собі: контрольні теми до практичних занять, заліки з модулів та курсів, реферати, курсові роботи, щоденники обліку відпрацювання практичних навичок, щоденники учбово-виробничої практики, кваліфікаційні тести, іспит, відкриті заняття, трудові наради з курсантами, трудові наради з викладачами, анкетування.

З наведеного вище можемо зробити висновок, що наближене навчання до місця праці слухачів робить навчання доступним, цілеспрямованим, орієнтованим на практику та здатним забезпечити як освіту лікарів, так і середнього медичного персоналу.

12.4. Надання медичної допомоги сільському населенню

Сільські лікарські амбулаторії найбільш підготовлені до роботи за принципом ЛЗП. Сумісно з ФАПами вони утворюють ефективну мережу установ, що надають безкоштовну та доступну медичну допомогу всім категоріям населення, що враховується в типових положеннях про фельдшерсько-акушерський та фельдшерський пункт.

Зараз в сільських амбулаторіях організовані такі види загальної лікарської практики:

- індивідуальна (1 лікар, 2–3 м/с);
- індивідуальна (1 лікар, 3 м/с з круглодобовим наданням невідкладної та швидкої допомоги);
- індивідуальна з денним стаціонаром (1 лікар, 3 м/с);

- групова практика (2–3 лікарі, 3–4 м/с);
- центр сімейної медицини (3–4 лікарі, 3–4 м/с).

Вибір моделі за обсягом лікарської практики (індивідуальна, групова) залежить від кількості обслуговуючого населення, віддаленості від лікарень, підготовки персоналу (табл. 12.1).

Таблиця 12.1

Розподіл амбулаторій по видах організації загальної лікарської практики

Вид практики	Кількість			Кількість обслуг. населення одним ЛЗП / кількість усього населення
	амбулаторії	ЛЗП	медсестри ЛЗП	
Індивідуальна	8	8	18	1500 / 12300
Індивідуальна з цілодобовим наданням невідкладної допомоги	3	3	7	1500 / 4800
Індивідуальна з денним стаціонаром	1	1	3	1400 / 1700
Групова практика	1	2	4	1300 / 2800
Центр сімейної медицини	1	3	3	1300 / 3900
РАЗОМ	14	17	33	1400 / 25500

Також йде упорядкування амбулаторної служби. Амбулаторії трансформуються в самостійні лікувальні установи індивідуальних та групових загальних практик (додаток 10).

В сільських амбулаторіях, більшість яких працює з одним лікарем, відвідування та функція лікарської посади збільшується рівномірно в середньому на 36%.

Показник забезпеченості лікарями на первинному етапі знаходився у межах 0–20 на 10 тис. населення, що практично співпадає з даними, де показник знаходився у межах 2,5–19 на 210 тис. населення. Медіанна кількість середнього персоналу СЛД становила 11 чол. з типовим значенням 5–23 чол.

Розподіл СЛД за радіусом дещо зміщений в сторону великих значень, так як типовим є радіус від 3 км до 10 км. Це обумовлено наявністю відділених приписних ділянок, віддаленість яких від ЦРЛ трактувався як радіус обслуговування [2].

Посада лікаря-терапевта перепрофілюється в посаду лікаря загальної практики, де ЛЗП працює за спеціальностями терапевта та педіатра, так як лікарська практика ділиться на 0,75 лікаря ЗП та 0,25 – лікаря-терапевта і педіатра (табл. 12.2).

Штатний розклад амбулаторія» (доводиться як приклад)

Назва структурного підрозділу і посад в ньому	Кількість штатних одиниць
Головний лікар	1,0
Лікар загальної практики	0,75
Лікар-педіатр	0,25
усього	2
Фельдшер	1,0
Зубний лікар	1,0
Медсестра загальної практики	0,75
Медсестра дільнична дитяча	0,25
Медсестра фізіотерапевтичного кабінету	0,5
Медсестра стоматологічного кабінету	0,25
Медсестра процедурного кабінету	0,25
Лаборант	0,25
усього	4,25
Санітарка	1,0
РАЗОМ	7,25

Впровадження ЗЛП в сільські амбулаторії відновлює всі ті функції, які були втрачені ними в результаті терапевтичної спеціалізації. Основним завданням реорганізації сільських амбулаторій в загальні лікарські практики на підготовчому етапі є навчання та освоєння обсягів надання багатопрофільної допомоги, особливо дітям. На цьому етапі зберігається роздільний прийом дитячого та дорослого населення. Педіатри, які пройшли підготовку з ЗЛП, поступово при отриманні професійних знань беруть на себе зобов'язання з надання медичної допомоги дорослому населенню, а терапевти, які пройшли підготовку з ЗЛП, починають приймати дітей. Йде формування змішаних дільниць за сімейним принципом надання медичної допомоги. Працюючи в груповій практиці, ЛЗП консультують один одного з терапії або педіатрії.

Медична допомога дітям здійснюється силами сільських амбулаторій, дитячими консультаціями та кабінетами селищних лікарень..

В амбулаторіях з одним лікарем який і раніше приймав дітей і дорослих на цьому етапі йде розширення обсягів надання медичної допомоги і відповідно зменшення напрямлень на консультацію до вузьких спеціалістів. ЛЗП забезпечує надання педіатричної допомоги в обсязі вторинного та третинного рівнів (додаток 11). Якщо ЛЗП має базову освіту з педіатрії, то надання ним допомоги здійснюється в більшому обсязі і на більш високому рівні, тоді немає необхідності в допомозі педіатрів, консультативні прийоми яких становлять 30-

40% Якщо в штаті амбулаторії є лікар-педіатр, то перерозподіл допомоги здійснюється так само, як в міських моделях групових практик.

Якщо в штаті сільської амбулаторії є акушерка, то організація та порядок надання акушерсько-гінекологічної допомоги значно полегшить працю ЛЗП. Ще однією особливістю надання акушерсько-гінекологічної допомоги в селі є етапність (амбулаторія – жіноча консультація селищних лікарень – міська жіноча консультація). Це необхідно враховувати при плануванні передачі обсягів допомоги сільським ЛЗП. В сільській місцевості допомога буде здійснюватися силами ЛЗП, як правило в обсягах другого рівня.

Амбулаторна хірургічна допомога в сільській місцевості на 43% передається ЛЗП.

На рис. 12.1 зображений розподіл ФАПів в залежності від незабезпеченості перерахованою медичною апаратурою, а саме: холодильник, гінекологічне крісло, дитячі ваги, діюча стерилізаційна камера, столик сповивальний, столик інструментальний, діючий стерилізатор, діючий тубус-кварц, діючий апарат для гальванізації «Поток», діючий апарат «Солюкс», діючий апарат УВЧ, діючий парафінонагрівач, діючий інгалятор, телефон [2]..

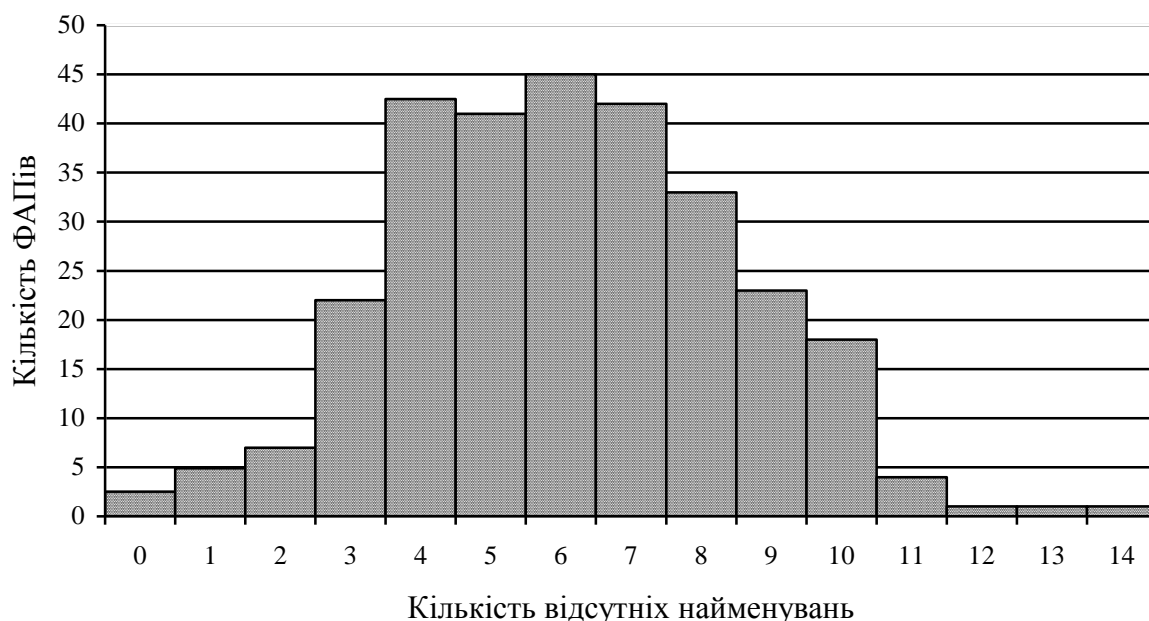


Рис. 12.1. Розподіл ФАПів в залежності від незабезпеченості медичною апаратурою

Незабезпеченість виражена кількістю відсутніх найменувань з переліку необхідних до програми акредитації ФАПів. Виражає явна незабезпеченість ФАПів, майже половина з них не має близько половини і більше потрібного діючого оснащення. Є навіть ФАПи, які не мають жодного з перерахованих найменувань (с. Омельне Романтивської ЦРЛ).

Відповідно вимогам будівельним нормам і правилам, вимогам протипожежної безпеки, санітарно-гігієнічним вимогам, метрологічному контролю апаратури, ці норми не виконуються.

За кількістю кімнат ФАПів розподіляються так: одну кімнату займає 1,7%, 2 кімнати мали 13,9% ФАПів, 3 кімнати – 19,1%, 4 кімнати – 36,1%, 5 і більше кімнат – 29,3%.

Впровадження ЛЗП у переобладнаних ФАПах передбачає організацію додаткових кабінетів або перепрофілювання існуючих а також необхідне оснащення (додаток 12).

В проектах ФАПів передбачені всі необхідні кабінети для ефективної роботи, для надання безкоштовної та доступної медичної допомоги всім категоріям населення.

Анотація до проекту сільського фельдшерсько-акушерського пункту

Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) запроектовано 2-поверховим. На першому поверсі знаходяться всі необхідні медичні, допоміжні і технічні приміщення, на другому поверсі – 3-кімнатна службова квартира фельдшера. Наявність квартири в принципі забезпечує можливість цілодобової медичної допомоги в разі надзвичайних ситуацій, а також сприяє залученню медичних працівників до роботи на селі.

ФАП запроектовано без підвалу, із звичайним горищем під 4-схилим дахом. Для економії будматеріалів, простоти і швидкості будівництва, а також мінімізації експлуатаційних затрат будівля ФАПу має мінімально можливий периметр зовнішніх стін і форму квадрата в плані (10x10 м).

Орієнтація ФАПу на ділянці згідно сторін світу універсальна.

Вхід в квартиру фельдшера здійснюється з бокового фасаду на рівні першого поверху, звідки сходові клітка веде на другий поверх. Кабінет фельдшера має внутрішній зв'язок з його квартирою. Бокова і тильна частина ділянки, на якій розміщуватиметься ФАП, є фактично садибною ділянкою сім'ї фельдшера.

На першому поверсі ФАПу знаходиться господарсько-технічне приміщення, в якому буде розміщено генератор тепла (теплова помпа), бойлер, пральна машина. З цього приміщення передбачено технічний вертикальний лаз по драбині прямо на горище, де може знаходитись додаткове технічне устаткування.

Номенклатура приміщень ФАПу та їх площі прийняті з урахуванням практичного досвіду експлуатації аналогічних об'єктів в селах львівської області (додаток 13).

Анотація до проекту сільської амбулаторії сімейної медицини

В типових проектах для сільських амбулаторій є всі кабінети та приміщення, що необхідні для роботи ЛЗП: кабінет ЛЗП, маніпуляційна, перев'язувальна, процедурна, окремий кабінет для прийому дітей з кабінетом для щеплення, оглядовий кабінет, лабораторію, фізіотерапевтичний кабінет, стоматологічний кабінет, аптека (аптечний пункт).

Сільська амбулаторія сімейної медицини запроектовано 2-поверховою. На першому поверсі знаходяться всі необхідні медичні, допоміжні і технічні приміщення, половину другого поверху займає 3-кімнатна службова квартира сімейного лікаря. Наявність квартири в принципі забезпечує можливість круглодобової медичної допомоги в разі надзвичайних ситуацій, а також сприяє залученню медичних працівників до роботи на селі.

Сільська амбулаторія сімейної медицини запроектована без підвалу, із звичайним горищем під 4-схилим. дахом. Для економії будматеріалів, простоти і швидкості будівництва, а також мінімізації експлуатаційних затрат будівля сільської амбулаторії сімейної медицини має мінімально можливий периметр зовнішніх стін і форму прямокутника в плані (18x9,3 м).

Орієнтація сільської амбулаторії сімейної медицини на ділянці згідно сторін світу універсальна.

Вхід в квартиру сімейного лікаря здійснюється з бокового фасаду на рівні першого поверху, звідки сходові клітка веде на другий поверх. Бокова і тильна частина ділянки, на якій розмішуватиметься сільська амбулаторія сімейної медицини, є фактично садибною ділянкою сім'ї лікаря.

На першому поверсі сільської амбулаторії сімейної медицини знаходиться господарсько-технічне приміщення, в якому буде розміщено генератор тепла (теплова помпа), бойлер, пральна машина, насос водопостачання. На горищі знаходиться додаткове технічне устаткування. Вихід на горище здійснюється по сходовій клітці.

Номенклатура приміщень сільської амбулаторії сімейної медицини та їх площі прийняті з урахуванням практичного досвіду експлуатації аналогічних об'єктів в селах Львівської області. Для щеплень здорових дітей передбачено окремий вхід в торці будівлі, почекальню і кабінет (додаток 14).

Для оцінки діяльності лікаря загальної практики можуть використовуватися різноманітні індикатори, які можуть виступати у вигляді статистичних показників, або показників отриманих під час експертної оцінки. Індикатори діяльності ЛЗП можливо організувати у декілька груп:

1) Показники, що характеризують об'єм діяльності та використання ресурсів (ресурсні показники) в загальній лікарській практиці (закладі первинної ланки):

- Чисельність населення, що обслуговується одним ЛЗП .
- Середнє число відвідувань на одного прикріпленого жителя на рік.
- Число консультацій (відвідувань), що надається одним лікарем за визначений період часу (тиждень, рік)¹.
- Розподіл консультацій (відвідувань) за місцем їх надання (в приміщенні медичного закладу або вдома).
- Розподіл відвідувань за типом звертань (з приводу захворювань чи профоглядів).
- Число направлень до спеціалістів на 100 звертань за первинною медичною допомогою або загальне число звертань на 1000 прикріпленого населення (всього та до різних спеціалістів).
- Число направлень в стаціонари на 100 звертань за первинною медичною допомогою або загальне число госпіталізації на 100 прикріпленого населення.
- Рівень госпіталізації в денні стаціонари на 1000 пацієнтів ЛЗП.
- Число звертань за швидкою допомогою на 1000 прикріпленого населення.
- Обсяг діагностичних обстежень на одного прикріпленого жителя (в тому числі по кожній категорії).
- Кількість виписаних рецептів на одного прикріпленого жителя (в тому числі з призначенням високовартісних ліків).

2) Показники кінцевих результатів діяльності первинної ланки (показники здоров'я населення – оцінюються загальні показники і спеціальні по 10 так званих «контрольованих»² захворюваннях

- Захворюваність за даними звернень (загальна, первинна) на 1000 пацієнтів ЛЗП.

¹ Для позначення числа консультацій наданих лікарем протягом року використовується термін «функція лікарської посади»

² Контрольовані захворювання - це найбільш поширені стани і захворювання, розвиток і наслідки яких можуть успішно контролюватися системою охорони здоров'я, і боротьба з якими віднесена в країні або регіоні до пріоритетних заходів. До таких захворювань можуть бути віднесені: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, ревматизм, бронхіальна астма, діабет, виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки, хвороби кістково-м'язової системи, туберкульоз легень та ін

- Частота первинного виходу на інвалідність на 10000 пацієнтів ЛЗП.
- Реабілітація інвалідів (повна та часткова), в % до числа, що перебувають на обліку.

- Смертність населення.

3) Показники результативності та якості лікування на первинному рівні

- Рівень якості лікування (РЯЛ) (у % до стандарту).
- Рівень якості диспансеризації (РЯД) осіб працездатного віку по 10 контрольованих (у % до стандарту).

- Питома вага випадків розходження амбулаторного і клінічного діагнозів (повного та часткового) (у % до числа пролікованих у стаціонарі пацієнтів ЛЗП).

- Частота штучних абортів (на 1000 жінок у віці 15–49 років).
- Смерть у перинатальному періоді (випадок мертвонародженості і смерті новонароджених у перші 6 днів життя – експертна оцінка дефектів нагляду за вагітними).

- Смерть дитини першого року життя (випадок смерті новонароджених дітей на протязі 1-го року життя – експертна оцінка дефектів медобслуговування на первинному рівні).

- Смерть дітей до 5 років (випадок смерті дитини у віці 2–5 років – експертна оцінка дефектів медобслуговування на первинному рівні).

- Смерть вдома осіб, що не доглядалися лікарем (випадок смерті особи, що не доглядалася ЛЗП – експертна оцінка дефектів медобслуговування контрольованих).

- Смерть у працездатному віці від визначених 10 контрольованих захворювань (випадок смерті особи в працездатному віці – експертна оцінка дефектів медобслуговування на первинному рівні).

- Первинна інвалідність у працездатному віці від визначених 10 контрольованих захворювань (випадок первинного визнання інвалідом особи працездатного віку – експертна оцінка дефектів медобслуговування на первинному рівні).

- Виявлення «занедбаних» хворих з туберкульозом, злоякісними новоутвореннями (випадок виявлення хворого в занедбаному стані – експертна оцінка дефектів медобслуговування на первинному рівні).

- Частота скарг та пропозицій по роботі ЛЗП на 1000 пацієнтів.

4) Показники організації діяльності ЛЗП (проміжні показники)

- Число пацієнтів, що змінили ЛЗП протягом року (в % до числа прикріпленого населення).

- Своєчасність обліку вагітних (% вагітних, що взяті на облік до 12 тижнів вагітності з загального числа взятих на облік протягом року).
- Систематичність спостереження за вагітними (% вагітних, що спостерігалися систематично).
- Охоплення вагітних ультразвуковим обстеженням (% вагітних, охоплених ультразвуковим спостереженням).
- Охоплення вагітних і породіль допологовим і післяпологовим патронажами (% вагітних і породіль, що були охоплені до- і післяпологовим патронажем).
- Систематичність нагляду за дітьми 1-го року життя (% дітей першого року життя, нагляд за якими здійснювався без тривалих перерв).
- Частота грудного вигодування дітей до 6 місяців життя (% дітей першого року життя, які знаходились на грудному вигодовуванні до 6 місяців).
- Охоплення дітей перших 5 років життя щорічним профілактичним обстеженням (% дітей перших п'яти років життя, що щорічно проходили профілактичне обстеження).
- Систематичність диспансерного нагляду за дітьми з груп ризику (% дітей, з груп ризику, нагляд за якими здійснювався без тривалих перерв).
- Охоплення жінок 15–49 років послугами по плануванню сім'ї (% жінок фертильного віку, що користуються ВМС).
- Охоплення жінок у віці 40–75 років скринінговим обстеженням 1 раз у 2 роки молочної залози і жінок у віці 20–65 років обстеженням з цервікальною цитологією 1 раз на 3 роки.
- Охоплення населення профобстеженням 1 раз у 3 роки (% осіб з прикріпленого до ЛЗП контингенту, які були обстежені з профілактичною ціллю протягом 3-х років).
- Охоплення осіб з груп високого ризику захворювання на туберкульоз дослідженням мокроти з мікроскопією мазків (% осіб з груп високого ризику захворювання на туберкульоз, у яких було проведено дослідження мокротиння з мікроскопією мазків).
- Охоплення диспансеризацією осіб працездатного віку хворих і з ризиком розвитку контрольованих захворювань (% осіб працездатного віку хворих і з ризиком розвитку контрольованих захворювань, що знаходяться під диспансерним наглядом).
- Процент диспансерних хворих з контрольованої групи захворювань, що пройшли лікувальні курси по підтримці здоров'я.

- Процент хворих на туберкульоз, що пройшли стандартизовані короткострокові курси хіміотерапії.
- Процент населення, що відноситься до категорії злісних курців (20 і більше сигарет в день).
- Процент населення, що відноситься до категорії, які кинули палити або що палять менше у останні 2 роки.
- Процент населення з індексом маси тіла (вага/зріст) більше 30 кг/м.

Аналіз медико–організаційних чинників і стану здоров'я сільських мешканців вибірки у розрізі основних типів сільських районів (табл. 12.3) засвідчив їх достовірні відмінності [3].

Таблиця 12.3

Характеристика типів сільських районів, утворених за процедурами ієрархічної кластеризації (середні рівні)

Характеристика	Тип сільського району				
	I	II	III	IV	V
Вік	↑	↓	↓	*	*
Кількість населення	↓	↑	*	↓	*
Забезпеченість і доступність ПМСД	*	*	↑	*	*
Первинна захворюваність	*	↑	*	*	*
Ураженість хронічною патологією	↑	*	↓	↑	*
Загальна захворюваність	↑	*	*	*	*
Кратність загострень хронічних хвороб	↑	*	↓	*	*
Сумарна тривалість хвороб	↑	*	*	↑	*

↑ – максимальні рівні; ↓ – мінімальні рівні; * – середні рівні

Перший тип районів характеризувався найменшою кількістю населення, найвищими рівнями загальної захворюваності та охоплення диспансерним спостереженням, характерних для старшої вікової структури населення. Сільські мешканці відповідно мали найвищі рівні ураженості хронічною патологією (2015‰), первинної 1083‰ та загальної (2410‰) захворюваності, кратності загострень хронічних хвороб (1,73), одні з найвищих рівнів сумарної тривалості хвороб (3525 днів на 100 с.н.).

Другий тип відрізнявся найбільшою кількістю населення, найвищою часткою сільських жителів з вищою освітою, найвищими рівнями первинної захворюваності та часткою вагітних, охоплених ранніми медичними оглядами, що характерно для молодшої вікової структури населення. Відповідно сільські жителі цього прошарку мали найнижчі рівні первинної (688‰) та загальної (1906‰) захворюваності, сумарної тривалості хвороб (2556 днів на 100 с.н.).

Третьюму типу притаманна найменша частка сільського населення, відповідно його питома вага з вищою освітою та працездатного сільського

населення, найвища забезпеченість ліжками при найнижчих рівнях первинної і загальної захворюваності, що пояснюється молодшим складом міського населення. Відповідно сільські мешканці цього прошарку мали найнижчі рівні ураженості хронічною патологією (1380‰), кратності загострень хронічних хвороб (1,09).

Четвертий тип характеризувався найнижчими рівнями забезпечення і доступності медичної допомоги населенню, чим і пояснюються одні з найвищих рівнів ураженості хронічною патологією (1849‰), а також найбільша сумарна тривалість хвороб в днях (4528 днів на 100 с.н.) у жителів цього прошарку.

П'ятий тип мав найвищу частку сільського населення, та відповідно нижчі рівні забезпеченості ліжками і народжуваності, що виявилось типовою ситуацією, в результаті чого показники захворюваності у жителів цього прошарку теж мали типові рівні.

Проаналізовані інтегральні зв'язки між показниками захворюваності, потребами звернень, частотою, структурою звернень, видами лікувально-оздоровчої допомоги сільського населення в залежності від характеристик ПМСД, які детальніше досліджені багатомірними процедурами з отриманням парціальних статистик.

Аналіз ситуації із захворюваністю (табл. 12.4) засвідчив достовірне (Лямбда Уїлкса 0,991 з $p < 0,01$) її покращення за наявності на СЛД інших закладів ПМСД (медпунктів, санаторіїв–профілакторіїв, здоровпунктів).

Таблиця 12.4

Деякі показники захворюваності сільського населення в залежності від наявності інших первинних ЛПЗ (крім СА/СЛ), які обслуговують населення, закріплене за ФАПом

Показники	Наявність інших первинних ЛПЗ		
	0	1–2	>2
Ураженість хронічною патологією*	2201	1517	1136
Рівень первинної захворюваності*	1006	1052	1167
Рівень загальної захворюваності*	2289	2158	2591
Кратність загострень хронічних хвороб	1,78	1,38	1,56
Сумарна тривалість хвороб в днях**	3873	3213	2262

Примітки: 1. * на 1000 с.н., ** на 100 с.н.

2. Лямбда Уїлкса = 0,991; $F = 3,12$; $p = 0,008$

Так, при наявності більше двох інших первинних ЛПЗ ураженість хронічною патологією прогресивно зростає з 1136‰ до 2201‰ серед населення, яке обслуговується лише ФАПом. Аналогічна тенденція простежена щодо кратності загострень хронічних хвороб (з 1,56 до 1,78) та сумарної тривалості хвороб (з 2262‰ до 3873‰). При наявності інших первинних ЛПЗ доступність

допомоги покращується, про що свідчить зростання показників первинної (від 1006‰ до 1167‰) та загальної (від 2289‰ до 2591‰) захворюваності. Виявлені закономірності дозволяють стверджувати важливу роль розгалуженої мережі первинних ЛПЗ в медичному забезпеченні сільського населення.

Встановлено, що віддаленість ФАПів понад 1 км від місця проживання позначилась на зменшенні звернень до них сільських жителів: від 255 на 100 сільського населення при відстані меншій 1 км до 200 при відстані понад 3 км. Особливо зменшується кількість звернень з метою профогляду (від $24 \pm 1,1\%$ до $5 \pm 1,9\%$), диспансерного нагляду (з $40 \pm 1,3\%$ до $15 \pm 4,6\%$) та реабілітації (з $8 \pm 0,7\%$ до 0%). Крім того, за межами трьохкілометрової відстані ФАПу від місця проживання практично відсутні відвідування до нього з приводу реабілітації, експертизи непрацездатності, соціальної та правової консультації.

В той же час скорочення відстані до ФАПу засвідчило зростання більш ранніх звернень до нього (табл. 3). Так, $70 \pm 2,7\%$ з них відбулися до трьох днів з моменту виникнення потреби при відстані до 1 км, а при понад 3 км – майже вдвічі менше ($38 \pm 6,3\%$) (табл. 12.5)

Таблиця 12.5

Структура звернень сільських жителів за медичною допомогою в залежності від часу звернення з моменту виникнення потреби та відстані до ФАПу від місця проживання

Час звернення, дні	Відстань до ФАПу		
	до 1 км	1–3 км	понад 3 км
До 3	$70 \pm 2,7\%$	$57 \pm 1,3\%$	$38 \pm 6,3\%$
4–10	$23 \pm 2,5\%$	$30 \pm 1,2\%$	$41 \pm 6,3\%$
11–30	$5 \pm 1,3\%$	$10 \pm 0,8\%$	$18 \pm 4,9\%$
Понад 30	$2 \pm 0,7\%$	$3 \pm 0,5\%$	$3 \pm 1,3\%$

Аналіз структури звернень сільських мешканців за медичною допомогою в залежності від часу звернення та потреби засвідчив, що найбільший відсоток за давності візитів спостерігався у випадках потреб «Диспансерного візиту» ($6 \pm 0,5\%$), «Лікування» ($3 \pm 0,4\%$) та «Діагностики» ($3 \pm 0,4\%$). В той же час найвищі частки вчасних (до 3–х днів) відвідувань припадали на «Консультації з соціальних питань» ($83 \pm 0,9\%$), «Експертизу непрацездатності» ($67 \pm 1,1\%$), «Реабілітацію» ($64 \pm 1,2\%$), що можна пояснити не тільки невідкладністю цих потреб, а й очевидністю для населення результатів їх задоволення.

В табл. 4 наведені дані щодо аналізу перешкод до вчасних звернень, які свідчать, що незалежно від етапу/місця основною перешкодою до

вчасних звернень була зайнятість респондентів, а у $3\pm 0,4\%$ випадків – неможливість задоволення потреби на рівні ФАПу, в той час як на віддаленість медичного закладу вказали лише $6\pm 0,6\%$ опитаних. Однак при зверненні до акушерки першочерговості набуває віддаленість медичного закладу ($24\pm 1,0\%$), а також низька якість допомоги ($3\pm 0,4\%$), що свідчить про необхідність її удосконалення. Щодо звернень до районної та обласної лікарень, зайнятість, як перешкода, дещо зменшує своє значення – відповідно $64\pm 1,2\%$ і $50\pm 1,2\%$, і збільшує свою роль віддаленість медичного закладу – $12\pm 0,8\%$ і $29\pm 1,1\%$ відповідно (табл. 12.6).

Таблиця 12.6

Структура звернень сільських жителів за медичною допомогою в залежності від причини запізнення із зверненням та місця звернення

Причина запізнення	Куди звернувся				
	фельдшер	акушерка	дільничний лікар	районна лікарні	обласна лікарня
Зайнятість	$74\pm 1,0\%$	$52\pm 1,2\%$	$74\pm 1,1\%$	$64\pm 1,2\%$	$50\pm 1,2\%$
Віддаленість медичного закладу	$6\pm 0,6\%$	$24\pm 1,0\%$	$9\pm 0,7\%$	$12\pm 0,8\%$	$29\pm 1,1\%$
Хвороба/потреба незначна	$16\pm 0,9\%$	$17\pm 0,9\%$	$14\pm 0,8\%$	$18\pm 0,9\%$	$12\pm 0,8\%$
Погана якість медичної допомоги	$0\pm 0,2\%$	$3\pm 0,4\%$	$1\pm 0,2\%$	$1\pm 0,2\%$	$2\pm 0,3\%$
Нечуйне ставлення медперсоналу	$0\pm 0,1\%$	$2\pm 0,3\%$	$0\pm 0,0\%$	$0\pm 0,2\%$	$1\pm 0,2\%$
Неможливість задоволення на рівні ФАПу	$3\pm 0,4\%$	$2\pm 0,3\%$	$2\pm 0,3\%$	$3\pm 0,4\%$	$4\pm 0,4\%$
Неможливість задоволення на рівні сільської амбулаторії / лікарні	$0\pm 0,1\%$	$0\pm 0,0\%$	$1\pm 0,2\%$	$1\pm 0,3\%$	$1\pm 0,3\%$

Аналіз структури звернень сільських жителів за медичною допомогою, їх наслідками і місцем звернення показав, що найбільш задоволені респонденти результатами відвідувань фельдшера (повністю задоволені $34\pm 1,1\%$) та дільничного лікаря (повністю задоволені $33\pm 1,1\%$). Несподівано низька задоволеність результатами візиту до районної та обласної лікарень (лише частково задоволені відповідно $44\pm 1,2\%$ і $53\pm 1,2\%$ візитів) пояснюється більшою складністю хвороб/потреб, а також більшою відстроченістю – звернень.

Встановлено зростання обсягів різних видів лікувально-оздоровчої допомоги при кращій забезпеченості середнім медичним персоналом як ФАПів ($84,9\pm 0,8\%$ при одному медпрацівнику ФАПу і $96,5\pm 1,4\%$ при кількох), так і сільської дільниці в "цілому" ($84,3\pm 1,0\%$ при менш ніж 10 середніх медпрацівників на СЛД і $96,9\pm 1,0\%$ при їх кількості понад 10). Закономірність простежується по всім видам лікувально-оздоровчої допомоги, що доводить важливу роль середнього медичного працівника сільської ланки охорони здоров'я.

Аналіз медико–організаційних факторів, які формують якість обслуговування долікарською допомогою першого етапу, зокрема формування та перебіг захворювань, своєчасність і результативність звернень жителів села, дозволив встановити, що саме вони обумовлюють ураженість хронічною патологією на 40,2%, рівень первинної захворюваності на 23,1%, рівень загальної захворюваності на 34,7%, кратність загострень хронічних хвороб на 28,0%, сумарну тривалість хвороб на 20,3%, інвалідність на 21,7%, своєчасність звернень на 13,2% , результативність звернень на 52,3%, що дозволяє встановити межі керованого впливу.

Доведено, що у відповідності до величини критерію Фішера провідні рангові позиції впливу на здоров'я сільського населення займали такі характеристики ПМСД, як кількість середнього медперсоналу СЛД ($F=16,2$), чисельність населення на дільниці ($F=11,1$), кількість ФАПів СЛД ($F=8,7$), відстань від ФАПу до найближчого лікарського медичного закладу ($F=8,5$), стаж/категорія фельдшера ($F=8,4$), радіус СЛД ($F=1,5$).

Результати дослідження, отримані з використанням багатоцільового лінійного програмування, дозволили встановити оптимальні значення медико–організаційних характеристик СЛД, які найкраще задовольняють потреби жителів села за 8 функціоналами доступності і якості обслуговування. При цьому ранговий порядок функціоналів виявився наступним: результативність звернення, його своєчасність, кратність загострень хронічних хвороб, інвалідність, тривалість хвороб, кількість хронічних хвороб на мешканця, кількість первинних випадків хвороб на одного жителя, загальна кількість випадків хвороб на одну особу.

Кожний функціонал математично задавався рівнянням між залежною змінною (відповідає назві функціоналу, наприклад, змінні «результативність звернення», «кількість первинних випадків хвороб на мешканця») і незалежними змінними – медико–організаційними характеристиками, які суттєво детермінують відповідну залежну змінну.

Структурна форма функціоналів (склад незалежних змінних для кожного з них) базувалась на встановлених закономірностях детермінації рівнів хронічної, первинної, загальної захворюваності, кратності загострень хронічних хвороб, сумарної тривалості хвороб, інвалідності, своєчасності та результативності звернень сільських жителів комплексом медико–організаційних характеристик. Пошук оптимальних значень параметрів здійснювався на основі процедури оптимізації LP системи статистичного аналізу SAS 9.01.01M3P072804 TSLevel1, ліцензованої О.М. Очередько.

Отримані результати, зокрема зв'язки між характеристиками макро– та мікро–інфраструктур, параметрів ПМСД, станом здоров'я дозволили обґрунтувати основні оптимальні параметри для моделювання ПМСД сільським жителям у складі СЛД і ФАПів з визначенням їх якісного наповнення та числових характеристик (схема 12.6).

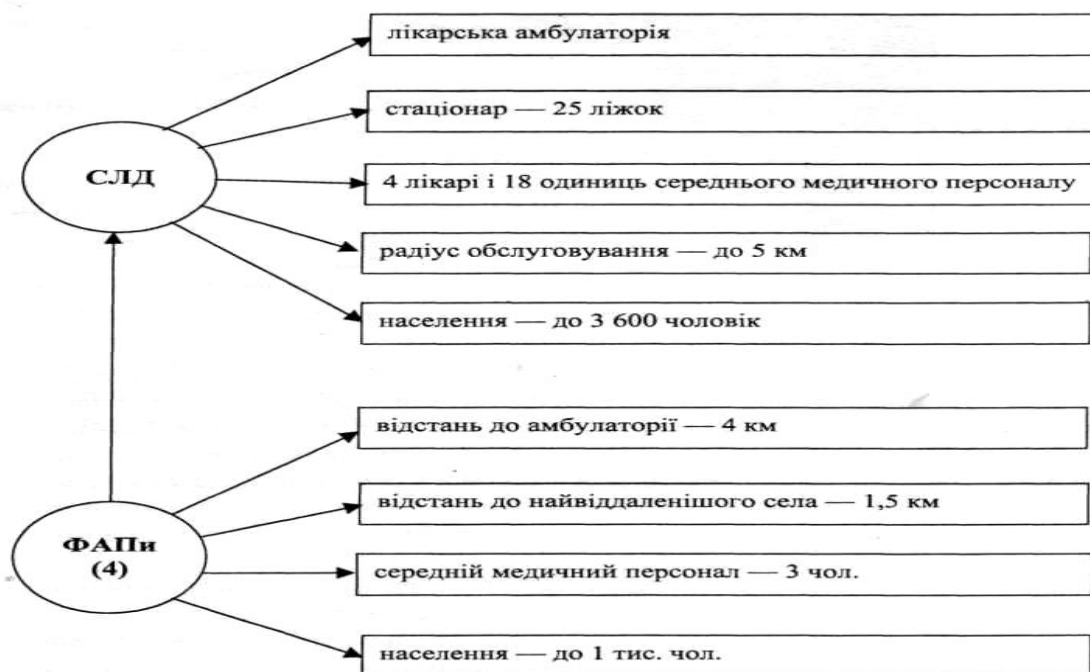


Схема 12.6. Якісне наповнення та числові характеристики ПМСД сільським жителям

Розрахунки свідчать, що при запропонованому моделюванні ФАП може забезпечити до 1450 звернень на рік та понад 850 відвідувань на дому.

Діюча модель МОЗ України стосовно ПМСД на селі лише прив'язує лікарську посаду до кількості населення (одна посада на 1100–1200 сільських мешканців в залежності від розселення) та зазначає максимальний рекомендований радіус СЛД 7 км.

Відмінність запропонованої моделі є більш чітка регламентація співвідношень відстаней та забезпечення медичним персоналом. Саме співвідношення можуть бути поширені на різні за розміром села та типи розселення.

Параметри запропонованої моделі впроваджені в ході розукрупнення 47 СЛД при реорганізації ПМСД сільському населенню Вінницької, Житомирської, Хмельницької областей. Наслідком стало збільшення доступності та якості медичної допомоги, в тому числі: ріст звернень на 9,4%, скорочення на 7,0% занедбаних випадків соціально–важливих хвороб, виявлених при зверненні, а захворювань, виявлених в пізніх стадіях – на 12,2%,

ріст рівня планової госпіталізації на 4,1%, охоплення диспансерним наглядом, профоглядами – на 14,0% при зниженні рівня невідкладної госпіталізації на 8,2%.

Логічно передбачити, що покращення вчасного задоволення потреб, доступності та якості ПМСД дозволить зекономити майбутні соціальні та медичні витрати на додаткові випадки звернень, особливо при невідкладних та занедбаних станах, і продовжити соціально активне довголіття та якість життя сільських мешканців.

В результаті впровадження ЗЛП в сільській місцевості значно кращим стає якість надання медичної допомоги в амбулаторіях загальної лікарської – сімейної практики, які оснащені необхідним обладнанням (додаток 15):

- сільське населення отримує максимально можливі види медичної допомоги за місцем проживання, у тому рахунку і спеціалізовану;
- лікуватися при гострих та хронічних захворюваннях в денних стаціонарах, які наближені до житла;
- отримувати медико-соціальну допомогу в необхідних обсягах;
- набувати вичерпних знань з профілактики хвороб та факторів ризику;
- кожному члену сім'ї знаходитися під спостереженням сімейного лікаря.

Міністерству охорони здоров'я України контролювати оснащеність сільських медичних закладів первинної мережі, від чого на 50–60% залежать показники звернення селян за долікарською допомогою. Розглянути можливість розукрупнення СЛД і відродження стаціонарної допомоги першого етапу зважаючи на розмір СЛД, щільність проживання населення, віддаленість сіл і вік сільських мешканців. Саме від медико-організаційних факторів на 80–90% залежать кількісні показники діяльності ФАПів.

Міністерству освіти і науки України, Міністерству охорони здоров'я України, директорам медичних коледжів. Програму навчання фельдшерів постійно приводити у відповідність до потреб сільського населення. Найкраще задовольняються візити з приводу лікування та профогляду (частка повністю задоволених візитів $33\% \pm 1,1\%$ і $40\% \pm 1,2\%$). Низькі результати задоволення візитів з потреб диспансеризації та реабілітації (частка повністю задоволених візитів лише $17\% \pm 0,9\%$ і $15\% \pm 0,9\%$).

Головам райдержадміністрацій, головам районних Рад оснастити амбулаторії, які обслуговують віддаленні, малі села транспортом, денними та цілодобовими ліжками, привести потужність існуючих стаціонарів до 25 ліжок як оптимальної.

Привести у відповідність медичних закладів первинного етапу до вимог медичного обслуговування за оснащеністю, відповідністю будівельним нормам і правилам, вимогам охорони праці і експлуатації будівель, СЕС, протипожежної безпеки.

Організувати при ЦРЛ міжрайонні філії «медтехніка» з метою здійснення регулярного обслуговування та ремонту медичної апаратури ЛПЗ первинного рівня.

Керівникам обласних відділів охорони здоров'я, головним лікарям ЦРЛ, заступникам по мережі спонукати та забезпечувати всі умови для вчасного підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу СЛД, яка достовірно обумовлює до 3% впливу на показники звернення сільських мешканців за долікарською допомогою.

Головним лікарям ЦРЛ, головним державним санітарним лікарям районів. Підвищити якість проведення регулярних медичних обстежень сільських мешканців шляхом: комплектації ЛПЗ первинного рівня необхідною діагностичною апаратурою; розширення можливостей надання лікувально-оздоровчої допомоги виявленим в процесі огляду хворим і практично здоровим особам, що дозволить вплинути на своєчасність та відповідно результативність медичного обслуговування, так як саме зайнятість є основним фактором, який у $74\% \pm 1,0\%$ заважає вчасному зверненню (до 3-х днів з моменту виникнення потреби звертається лише $58\% \pm 1,2\%$ селян). При запізненому зверненні (понад 30 днів) результативність падає втричі.

Персоналу СЛД зосередити увагу на старших, де якість менша (у осіб старше 40 повністю задоволені лише 28%). Особливу увагу звернути на обслуговування відділених сіл. Так, при відстані від ФАПу понад 3 км вчасно звертаються лише 38% селян [2].

Таким чином можемо зробити такі висновки, що проведений аналіз дає можливість обґрунтувати проведення первинного рівня надання медичної допомоги сільському населенню на рівнях впровадження [4]:

1. Державний рівень.

Державним відомствам, що формують соціальну інфраструктуру сіл, місцевим органам влади при прийнятті заходів щодо збереження здоров'я мешканців великих сіл зосередитись на (за рангом важливості):

- 1) забезпеченні мінімального переліку діючих установ соціального призначення;
- 2) наблизенні первинної медико-санітарної допомоги за розробленими параметрами;

3) збалансуванні ринку праці та вирішенні питань зайнятості сільських мешканців.

Міністерству економіки, Міністерству охорони здоров'я, Державному комітету по житлово-комунальному господарству, місцевим Радам взяти під особливу опіку малі (до 100 мешканців) села.

II. Галузевий рівень.

Міністерству охорони здоров'я України у зв'язку із значними змінами економічних, соціальних, екологічних умов на селі, медико-демографічного стану переглянути контингенти ризику сільського населення. За результатами спостереження до контингентів ризику належать, зокрема, соціально менш захищені групи некваліфікованих робітників, безробітних, виробничі (експозиція до трьох і більше виробничих шкідливостей), шлюбні (удівці/удовиці, розведені), з вадами способу життя (мешканці, які щодня вживають алкоголь та палять, з режимом харчування менше трьох разів на добу).

III. Регіональний рівень.

Головам райдержадміністрацій, головам районних рад оснастити амбулаторії, які обслуговують відділені, малі села транспортом, денними та цілодобовими ліжками, привести потужність існуючих стаціонарів до 25 ліжок і більше. разом з місцевими закладами соціального захисту населення створити мережу постійних і сезонних соціальних стаціонарів потужністю 10% від потужності цілодобових дільничних лікарень. Привести у відповідність медичних закладів первинного етапу до вимог медичного обслуговування за оснащеністю, відповідністю будівельним нормам і правилам, вимогам охорони праці і експлуатації будівель, СЕС, протипожежної безпеки. Організувати при ЦРЛ міжрайонні філії «медтехніка» з метою здійснення регулярного обслуговування та ремонту медичної апаратури ЛПЗ первинного і вторинного рівнів.

Головним лікарям РТМО, головним державним санітарним лікарям районів. Підвищити якість проведення регулярних медичних обстежень сільських мешканців та умов праці, спеціальних обстежень осіб з професійними шкідливостями шляхом: комплектації ЛПЗ первинного рівня необхідною діагностичною апаратурою; розширення можливостей надання лікувально-оздоровчої допомоги виявленим в процесі огляду хворим і практично здоровим особам; участі в профоглядах співробітників відділень гігієни праці районних СЕС.

12.5. Надання медичної допомоги міському населенню

Програма розвитку ЛЗП охорони здоров'я у місті передбачає:

- формування міської мережі ЗЛП: оволодіння нових методів роботи, реструктуризація дільничної мережі, об'єднання терапевтичних та педіатричних дільниць, сумісна робота ЛЗП-терапевта і ЛЗП-педіатра з обслуговування сім'ї та постійна заміна дільничної мережі мережею ЗЛП;
- продовження розгортання офісів у відповідності до програми;
- доукомплектування спеціалістами ЗЛП відділень поліклініки, дооснащення обладнанням та технікою;
- оволодіння дитячою та дорослою поліклініками функцій консультативно-діагностичних центрів.

Організоване на базі дорослої поліклініки відділення ЗЛП надає медичну допомогу лише дорослому населенню.

Розширення обсягів надання ПМСД службою ЗЛП сприяє вивільненню «вузьких» спеціалістів від невластивих їм функцій, що покращить якість надання спеціалізованої медичної допомоги.

Створене на базі дорослої поліклініки відділення ЗЛП обслуговує лише доросле населення. Для формування сімейного лікаря та комплексного обслуговування сім'ї необхідно об'єднати терапевтичну та педіатричну дільниці. Необхідні сумісні робочі місця та сумісні територіальні дільниці, де необхідно вирішити такі задачі: реструктуризація дільниць та формування нових з одночасним обслуговуванням ЛЗП дитячого та дорослого населення, чисельність якого становить 62500 осіб (11670 та 50830 осіб відповідно).

Організаційною формою впровадження ЗЛП в місті вибрана групова практика у складі відділення ЗЛП дорослої поліклініки де 3 лікарі приймають доросле населення, 1-дитяче. Вони сумісно обслуговують сім'ю, замінюючи один одного, поступово переходять на сімейний принцип надання медичної допомоги, при цьому педіатр виступає і як спеціаліст, консультуючи в особливо складних випадках. Перевагами роботи групової ЗЛП в міських офісах є:

- взаємозаміна, коли ЗЛП може надавати консультативну та діагностичну допомогу пацієнту з сумісної дільниці;
- розширення обсягів медичної допомоги (спеціалізована, невідкладна);
- збільшення загального часу обслуговування;
- збільшення доступності в наданні медичної допомоги, можливість реалізації на практиці профілактичних програм.

Згідно наказу головного лікаря затверджено штатний розклад, виділені приміщення, затверджені положення про лікарську амбулаторію ЗПСМ (додаток 16), функціональні обов'язки та перелік основного оснащення (табл. 12.7).

Таблиця 12.7

Структура відділення ЛЗП

Назва приміщення	Загальна кількість
Кабінет лікаря загальної –сімейної практики	4
Процедурний кабінет	1
Кабінет для проведення діагностичних досліджень і маніпуляцій	2
Приміщення для денного стаціонару на 3 ліжка	1
Приміщення для очікування прийому	2
Туалетна кімната	2
Перев'язувальна (у складі хір. відділення по виділеному для ЛЗП часу)	1
Оглядова (у складі гінекологічного кабінету по виділеному для ЛЗП часу)	1

У відділеннях ЗЛП повинні бути – дорослі та дитячі блоки, кожен з яких містить в собі:

- кабінет лікаря загальної практики – сімейного лікаря;
- процедурний кабінет;
- кабінет для проведення діагностичних досліджень і маніпуляцій.

В просторому холі знаходиться регістратура, проводиться сортування хворих, долі карський кабінет, всі бажаючі мають можливість ознайомитися з наглядною агітацією.

У відділеннях, які знаходяться далеко від поліклінік, знаходяться фізіотерапевтичні, стоматологічні, перев'язувальні кабінети, лабораторія, аптечний кіоск.

Штатний розклад відділення ЗЛП:

- завідуючий відділенням ЗЛП – 1;
- лікар загальної практики – 10;
- медична сестра загальної лікарсько практики – 18

Вибір обладнання, придбання та оснащення установ проводиться централізовано у відповідності з таблицями оснащення амбулаторії (додаток 15).

Режим роботи відділення ЗЛП – з 8.00 до 20.00 забезпечується позмінною роботою ЛЗП, кожен з яких працює 4 години на амбулаторному прийомі та 3,6 – на дому, крім того, для проведення профілактичних оглядів у графіку виділені 1 день в неділю для дітей та 2 дні в місяць – для дорослого населення.

Направлення на консультацію хворих проводиться за спеціальними бланками, відривна частина яких залишається у спеціалістів (додаток 17).

Надання амбулаторно-поліклінічної допомоги міському населенню йде в умовах роботи дорослої і дитячої поліклінік та жіночої консультації. Головною метою є об'єднання терапевтичної, педіатричної та акушерсько-гінекологічної дільничних служб під назвою ЗЛП, та передача ЛЗП частини обсягів медичної допомоги.

Міському населенню надання медичної допомоги безпосередньо жіночою консультацією, яка працює за територіальним принципом, а невідкладна допомога забезпечується гінекологічними та пологовими відділеннями міською лікарнею. Це необхідно враховувати при плануванні передачі обсягів медичної допомоги ЛЗП.

В місті досить довго буде надаватися допомога в обсязі першого рівня (1-й рівень – динамічне спостереження фізіологічного перебігу вагітності, профілактичні гінекологічні огляди, раннє виявлення патології, направлення в жіночі консультації, акушерсько-гінекологічні стаціонари, консультування з планування сім'ї та профілактичні аборти).

Надання медичної допомоги третього рівня, тобто самостійне ведення вагітності та гінекологічних хворих, використання стаціонарозамінних технологій можливе на заключних етапах розвитку ЗЛП. В цьому випадку у ЛЗП має бути кольпоскоп, апарат для ультразвукового дослідження.

Перехід на сімейний принцип обслуговування передбачає передачу частини педіатричної допомоги від лікаря-педіатра до ЛЗП. В місті ця допомога здійснюється силами групової практики, коли:

– групова практика здійснюється з роздільним прийомом дітей та дорослих. Організується у міських відділеннях ЛЗП на перших етапах реформи. Відділенням мають 2–3 ЛЗП та 1 педіатра. Їх сумісна робота забезпечує ефективний обмін інформацією, взаємодію, виключає дублювання в наданні медичної допомоги. На цьому етапі проводиться реструктуризація дільничної служби та суміщення терапевтичної та педіатричної дільниці. ЛЗП приймає участь в профілактичних оглядах дітей та надає спеціалізовані види допомоги;

– групова практика ЛЗП із змішаним прийомом дітей та дорослих. Особливістю роботи цієї практики в тому, що прикріплене населення до ЛЗП здійснюється незалежно від віку з формуванням змішаної дільниці. При цьому, зберігається можливість консультування ЛЗП у лікаря-педіатра;

– групова практика сімейних лікарів. Обслуговування хворих здійснюється за сімейним принципом. ЛЗП надають педіатричну допомогу в повному обсязі та консультується тільки з педіатрами-спеціалістами.

Надання педіатричної допомоги в місті здійснюється силами групової практики, що складається з трьох ЛЗП, один з яких педіатр. В залежності від

вибраної організаційної форми та ступеня «зрілості» практики, ЛЗП може надавати допомогу дітям на трьох рівнях.

1 рівень. Лікаря загальної практики передається частина педіатричної допомоги дітям у віці від 3 до 17 років. ЛЗП надає медичну допомогу всім дітям за спеціалізованими видами (ЛОР, офтальмологія, хірургія, неврологія), та веде прийом неважких хворих під спостереженням педіатра. Спостерігає динамічне спостереження за дітьми 1 та 2 групи здоров'я. На цьому рівні ЛЗП не обслуговує новонароджених та дітей до 3 років.

Два лікарі загальної практики – групової практики обслуговують біля 640 відвідувань (28%) та 1540 (40%) профілактичних відвідувань. При цьому, лікар-педіатр бере на себе обслуговування дітей до 1 року та всіх хворих із складною і неясною для ЛЗП патологією.

2 рівень. ЛЗП обслуговує дітей різного віку під контролем та спостереженням лікаря-педіатра ЗЛП. Діти, які обслуговуються ЛЗП групової практики розподіляються на три дільниці, приблизно по 300 дітей кожен. До обсягу педіатричної допомоги, яку виконує ЛЗП входить: антенатальна охорона плода, профілактична робота з охорони здоров'я новонароджених, динамічне спостереження за дітьми першого року життя, диспансеризація здорових дітей дошкільного віку та шкільного віку, організація раціонального вигодовування дітей, особливо грудного та раннього віку, динамічне спостереження за дітьми із групи ризику та оздоровлення таких дітей, проведення щеплень, підготовка дітей до поступлення в дитячі дошкільних установи та школу, лікувально-діагностична робота (амбулаторний прийом хворих дітей під контролем та спостереженням педіатра ЛЗП, своєчасне направлення на консультації до фахівців складних випадків). На цьому рівні ЛЗП обслуговує змішані дільниці, при цьому лікар-педіатр репрофілюється на лікаря загальної практики і йому передається від інших ЛЗП частина обсягів медичної допомоги дорослому населенню.

Обсяг педіатричної допомоги всередині групової практики розподіляється так: 2 ЛЗП (33%) відвідувань по захворюваності та (66%) профілактичних відвідувань, що становить 54% всього обсягу педіатричної допомоги. 1 ЛЗП-педіатр обслуговує 36% відвідувань з приводу захворюваності. До педіатрів-спеціалістів переходить 20% від відвідувань з приводу захворювань.

3 рівень. ЛЗП обслуговує дітей всіх вікових груп самостійно, консультуючись при цьому у лікарів-педіатрів. На цьому рівні лікарі ведуть хворих за сімейним принципом незалежно від статі та віку. У груповій практиці працюють три сімейних лікарів з можливістю консультуватися у одному з них, підготовленого з педіатрії. Обсяг надання педіатричної допомоги

розподіляється так: 2 сімейних лікаря – 60% відвідувань, 1 сімейний лікар (консультант з педіатрії) – 33%, лікарі-спеціалісти – 7% від загального обсягу та 20% від усіх відвідувань з приводу захворювань.

В структурі відвідувань до ЛЗП 41% становлять профілактичні огляди. Це пояснюється передачею на обслуговування ЛЗП дітей і вагітних. Для того, щоб упорядкувати роботу лікаря, необхідно 2500 відвідувань передати медичній сестрі ЛЗП в основному за рахунок профілактичних оглядів.

Структура амбулаторно-поліклінічного прийому ЛЗП прогнозується таким чином:

- прийом з приводу терапевтичних захворювань 64%;
- спеціалізований прийом 36%;
- педіатрична допомога 10%;
- акушерсько-гінекологічний прийом 4,5%;
- профілактичні відвідування 41%..

Для надання невідкладної медичної допомоги укомплектовано шафу невідкладної медичної допомоги, яка дає можливість надати невідкладну медичну допомогу при невідкладних станах.

По мірі оволодіння ЛЗП навиків роботи з дітьми, їх діяльність набуде сімейного спрямування і на завершальному етапі реформування первинної ланки охорони здоров'я в місті буде сформовано Центр сімейної медицини, який буде складатися з відділень ЗЛП та підрозділів, що базуються в 7–9 міських лікарських офісів, центру профілактики, денного стаціонару, відділення відновлюваного лікування. Одним з важливих моментів є формування команди сестри загальної практики на постійній основі входять соціальний працівник та медична сестра соціальної допомоги. До сімейних лікарів після становлення первинної мережі медико-соціальних установ планується прикріпити робітників медико-соціальної служби.

Для проведення лікування у відділенні ЗЛП створено денний стаціонар (ДС) на 3 ліжка, які працюють у чотири зміни. ДС є зручною формою роботи та ефективним у соціальному плані. Ефективність підтверджується тим, що 93% хворих виписані з покращенням, 6% – з видужанням і лише 1% хворих залишилися без змін.

Перелік посилань

1. Организация службы общей врачебной практики в системе первичной медико-санитарной помощи муниципального здравоохранения / [под ред. акад. РАМН проф. И. Н.

Денисова, к.м.н. Е. И. Черниенко, проф. Б. В. Агафонова] ; Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ. – М., 2004. – 210 с.

2. Очередько О. М. Резерви удосконалення первинної медико-санітарної допомоги сільським мешканцям у контексті соціального розвитку сіл України / О. М. Очередько, В. П. Клименюк. – Житомир : Полісся, 2008. – 224 с.

3. Клименюк В. П. Оптимізація долікарської допомоги сільським мешканцям : Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Вінницький нац. мед. університет ім. М. І. Пирогова. – К., 2009. – 23 с.

4. Визначення оптимальної організаційної структури первинного рівня надання медичної допомоги сільському населенню за багатофункціональним лінійним програмуванням : методичні рекомендації. – Вінниця, 2008. – 16 с.

13. МЕХАНІЗМИ ВЗАЄМОДІЇ ЛЗП ТА ЛІКАРІВ-СПЕЦІАЛІСТІВ

Одним із завдань становлення ЗЛП є формування механізмів взаємодії або розмежування повноважень ЛЗП з вузькими спеціалістами поліклініки та стаціонару [1].

У відповідності до сучасного визначення дисципліни та вимог до ЗЛП/СЛ (WONCA, 2002 р.) професійна компетентність сімейного лікаря принципово відрізняється та перекриває компетентність дільничного лікаря терапевта/педіатра [2].

В організації та управлінні взаємодії належить головним позаштатним фахівцям, які входять до робочої групи координаційної ради з впровадження ЛЗП (схема 13.1).



Схема 13.1. Організації взаємодії ЛЗП і спеціалістів

Головні позаштатні спеціалісти мають такі обов'язки:

- розробка планових прогностичних показників обсягів надання ЛЗП спеціалізованих видів допомоги і координація роботи з їх виконання;
- розробка територіальних стандартів ПМСД;
- навчання та методичне супроводження впровадження ЛЗП;
- моніторинг;
- контроль за якістю та ефективністю надання медичної допомоги.

Передача лікарю загальної практики частини обсягів амбулаторної спеціалізованої допомоги змінює професійний статус вузьких спеціалістів. Спеціалісти перш за все стають консультантами ЗЛП.

Ефективна взаємодія ЗЛП та вузьких спеціалістів є важливим компонентом гарантії якості медичної допомоги. Для пацієнта краще, коли ЗЛП і спеціаліст взаємодіють, ніж, коли кожен з них буде конкурувати один з одним і працювати незалежно.

Взаємодія ЗЛП та лікарів-спеціалістів містить в собі:

- участь спеціалістів у визначенні обсягів медичної допомоги та передача частини їх, які не входять до кваліфікованої допомоги від спеціалістів до ЗЛП;
- забезпечення безперервності та передачі функцій в наданні медичної допомоги хворим;
- консультування ЗЛП, сумісне ведення хворих;
- надання ЗЛП методичної та практичної допомоги.

Лікар загальної практики є лікарем «першого контакту», який регулює взаємодію пацієнтів з спеціалістами поліклінік та стаціонарів, виходячи з необхідності та керуючись найкращими інтересами пацієнта. ЗЛП виконує роль фільтру по відношенню до спеціалізованих видів допомоги. Доступ до послуг спеціалістів, включаючи госпіталізацію, повинен в основному здійснюватися за направленням ЗЛП.

Поняття «амбулаторна допомога» можна застосовувати як для первинної, так і для вторинної медичної допомоги. Важливим принципом ефективної роботи первинної ланки є відсутність прямого доступу хворого до лікарів-спеціалістів. В компетенції ЗЛП є відбір тих хворих, які дійсно потребують консультацію спеціалістів. Тобто ЗЛП так повинен організувати свій прийом, щоб у хворого відпала необхідність відвідувати спеціалістів. Необхідно створити в поліклініці умови для організації такого порядку прийому. Необхідно щоб хворий без черги потрапив до ЗЛП, який вибирає йому оптимальний маршрут, являючись його провідником.

Пацієнт є рівноправним учасником процесу взаємодії ЗЛП з вузькими спеціалістами поліклінік і стаціонарів. Прийняття клінічного рішення базується на етичних, орієнтованих на пацієнта принципах.

Взаємодія ЗЛП з вузькими спеціалістами є об'єктом оцінки якості надання медичної допомоги. Для забезпечення її високих стандартів, надання медичної допомоги ЗЛП повинно моніторуватися та аналізуватися всі складові процесу направлення на консультацію/госпіталізацію: необхідність, передача інформації, зворотній зв'язок, після консультаційне обстеження, а також

задоволення пацієнтів взаємодії ЛЗП з спеціалістами при рішенні проблем його здоров'я.

Кожен ЛЗП повинен розробити для себе план поетапного переходу прийому всіх пацієнтів незалежно від віку, статі, психічного стану або тієї чи іншої категорії скарг та проблем, які пов'язані зі здоров'ям. В залежності від етапу встановлюються взаємини зі спеціалістами і маршрут пацієнта.

До основних заходів плану відносяться:

- визначення переліку та обсягу медичних послуг для кожного ЛЗП у відповідності до моделі, з урахуванням місцевих умов та професійної компетентності сімейного лікаря;

- розробка та впровадження регламентуючих документів на рівні ЛПЗ про маршрут пацієнта, госпіталізації, ведення обліково-звітної документації, моніторингу та інше;

- розробка та впровадження схем взаємодії ЛЗП з вузькими спеціалістами;

- виділення із структури ПМД спеціалізованої допомоги в консультативно-діагностичні центри;

- передача консультативної функції вузьких спеціалістів поліклінік стаціонарам. Створення на базі стаціонарів амбулаторних консультативних відділень;

- організація денних стаціонарів та центрів амбулаторної хірургії;

- розробка схеми оплати праці ЛЗП з урахуванням його компетентності та використання консультативних послуг;

- професійна підготовка лікарів та сестер загальної практики;

- інформаційно-роз'яснювальна робота серед населення;

- праця з вузькими спеціалістами.

Консультація спеціаліста проводиться сумісно з ЛЗП, що скоротить час та дублювання при обстеженні хворого. Хворий повинен відчути різницю у прийомі дільничного лікаря та ЛЗП. Також необхідно, щоб спеціалісти знали технологію роботи ЛЗП і бачити в ній перевагу для себе. Для цього необхідно створити бригаду спеціалістів у складі: офтальмолога, ЛОРа, хірурга, акушер-гінеколога, невролога, лікаря функціональної діагностики, завданням якої є здійснення не лише термінових консультацій, а також навчання ЛЗП практичним навичкам надання медичної допомоги ведення хворих та здійснення координації їх роботи з іншими спеціалістами. Вони сумісно працюють з ЛЗП та періодично проводять клінічні розбирання важких випадків. Всі вони добре володіють технологією роботи ЛЗП.

Рішенням керівництва ЛПЗ необхідно ввести в дію положення про направлення пацієнтів до вузьких спеціалістів поліклінік та стаціонарів лише за направленням ЛЗП за винятком особливих показань (невідкладні стани, які потребують надання допомоги вузькими спеціалістами).

Існують такі види взаємодії та направлень ЛЗП до спеціалістів поліклінік та стаціонарів:

- направлення пацієнта від сімейного лікаря до спеціаліста/консультанта з подальшою взаємодією пацієнта до лікаря який його направляє;

- для вирішення специфічних або складних проблем пацієнта спеціалісти/консультанти можуть паралельно надавати допомогу;

- при необхідності спеціалісти/консультанти надають медичну допомогу пацієнтам, як амбулаторно так і в стаціонарі;

- направлення пацієнта від сімейного лікаря до консультанта (колатеральне направлення) з подальшим поверненням пацієнта до лікаря, який його направив;

- спеціаліст/консультант повинен своєчасно повідомляти сімейного лікаря про направлення його пацієнта до лікарні;

- інколи спеціалісти/консультанти надають першу допомогу. У цьому випадку для подальшого ведення пацієнт повинен бути направлений до сімейного лікаря. Інколи пацієнт не має свого сімейного лікаря, спеціаліст/консультант повинен рекомендувати йому сімейного лікаря;

- спеціалісти стаціонарів повинні своєчасно повідомляти сімейного лікаря про виписку його пацієнта з лікарні з відповідними документами;

- при необхідності спеціалісти/консультанти направляють пацієнта до спеціалістів/консультантів, до інших спеціалістів/консультантів, у тому рахунку до стаціонару другого та третього рівнів.

Алгоритм лікаря-спеціаліста: після огляду хворого лікар-спеціаліст приймає рішення про продовження лікування у ЛЗП або залишає його у себе для проведення лікувально-діагностичних заходів на рівні кваліфікованої медичної допомоги. У випадку продовження лікування у ЛЗП, лікар-спеціаліст дає письмовий висновок з рекомендаціями про проведення лікувально-діагностичних, реабілітаційних та профілактичних заходів аж до повного видужання хворого.

Взаємодія та розмежування повноважень між ЛЗП та вузькими спеціалістами мають бути економічно доведеними та мотивовані. Система оплати ЛЗП повинна стимулювати надання висококваліфікованої первинної медичної допомоги, надання допомоги по зміцненню здоров'я та профілактиці

захворювань, розширення переліку та обсягу допомоги сімейного лікаря з медичних послуг, які в даний час надаються спеціалістами.

Оплата праці вузьких спеціалістів поліклінік повинна сприяти виконанню високотехнологічних медичних послуг, у тому числі тих, які в теперішній час проводяться в умовах стаціонару.

Найбільше відповідає цим вимогам оплата праці ЛЗП за подушним нормативом з підвищуючи ми/понижуючими коефіцієнтами. Застосування консультативних послуг повинно впливати на заробітну плату ЛЗП.

Направлення до вузьких спеціалістів здійснюється по домовленості з пацієнтом. При цьому пацієнт повинен розуміти мету направлення на консультацію та госпіталізацію. Пацієнт не повинен відчувати ускладнень при отриманні медичних послуг із-за недостатнього між професійного зв'язку між сімейним лікарем та спеціалістами.

Госпіталізація пацієнта за екстреними показаннями здійснюється ЛЗП. Для планової госпіталізації у спеціалізоване відділення лікарні визначає ЛЗП за участю лікаря-спеціаліста.

При консультації/госпіталізації виділяють такі основні етапи:

- направлення на консультацію/госпіталізацію;
- консультація/госпіталізація;
- пост консультативне/пост госпітальне обслуговування.

При виписці лікар-спеціаліст передає виписний епікриз з проведеним обстеженням, лікуванням та рекомендаціями з подальшим веденням пацієнта ЛЗП. При необхідності долікування проводить ЛЗП. В денному стаціонарі або створюється стаціонар на дому.

Взаємовідносини сімейних лікарів із спеціалістами багато в чому залежить від доступності спеціалізованої допомоги. У сучасних системах охорони здоров'я розрізняють чотири моделі доступу від первинної допомоги до вторинної (спеціалізованої) [3].

Існують такі моделі доступу від первинної допомоги до вторинної (спеціалізованої):

– повний контроль доступу до спеціалізованої медичної допомоги здійснює ЛЗП, виконуючи функцію розпорядника послуг (Сполучене королівство, Норвегія, Фінляндія, Італія);

– модель доступу до вторинної медичної допомоги, відрізняється тим, що крім ЗЛП направлення до вузьких спеціалістів і в стаціонар здійснюється також педіатрами та акушерами-гінекологами, які працюють в ПМД та ведуть первинний прийом (Іспанія);

– у Німеччині контроль госпіталізації надають лікарі стаціонару;

– у четвертій моделі взагалі не існує ніякого контролю.

Розпорядження є лише в перших двох моделях.

Етика взаємовідносин ЛЗП та «вузьких» спеціалістів в процесі направлення необхідна умова щоденної роботи ЛЗП. Етичні принципи та норми моралі, які регулюють професійну діяльність лікарів, відображені в таких міжнародних та вітчизняних документах, як Женевська клятва лікаря, Хельсинська декларація Всесвітньої медичної асоціації, Міжнародна хартія з прав людини, Міжнародний кодекс медичної етики та інші документи [4].

Актуальними у сфері етичної регламентації є взаємовідносини між сімейними лікарями, спеціалістами/консультантами та пацієнтами.

Коледж сімейних лікарів Канади та Королівський Коледж лікарів і хірургів Канади виділяють такі важливі аспекти медичної етики взаємовідносин ЛЗП та спеціалістів [5]:

– відносини між сімейними лікарями та спеціалістами/консультантами «торкаються» пацієнтів;

– пацієнт-центровані етичні принципи повинні бути невід’ємною частиною відносин між сімейними лікарями та спеціалістами/консультантами і містять проблеми пацієнтів при прийнятті клінічних рішень;

– в клінічній практиці та дослідженнях мають застосовуватися етичні принципи автономії, милосердя, безкорисності та правосуддя;

– центральний керівний принцип взаємовідносин «найкращі інтереси пацієнта».

До важливих етичних питань процесу направлення відноситься дотримання сімейним лікарем балансу між збереженням з максимальною можливістю інтересів пацієнтів, та збереженням принципів соціальної рівності в розподіленні наявних ресурсів серед всіх пацієнтів. Особливо це актуально для системи охорони здоров’я з дефіцитом фінансування.

В етичному трикутнику (схема 13.2) показані шляхи взаємодії основних діючих осіб надання медичної допомоги: ЛЗП, пацієнтів та страхових компаній. Відносини між ними залежать від їх основних потреб (інтересів). Формуються під дією системи фінансування і у зв’язку з цим визивають відповідні етичні проблеми. У страхових компаній з’являються етичні проблеми, коли вони вводять спів платежі пацієнтам, так-як цим вони загрожують справедливості в наданні медичної допомоги, а саме, принципу «однакового доступу при однаковій проблемі», оскільки можливість платити змінюють доступ до засобів охорони здоров’я. Теоретична, розпорядники контролюють доступ на основі потреб, які визначаються ЛЗП, а не на можливостях пацієнта платити за медичні послуги.

ОСНОВНІ АКТОРИ В НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА КЛЮЧОВІ ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЦИМИ ВІДНОСИНАМИ



Схема 13.1. Основні учасники в наданні медичної допомоги та ключові етичні проблеми, пов'язані з цими відносинами

Згідно етичних норм сімейний лікар повинен стати розпорядником системи охорони здоров'я та координувати медичні послуги, що надаються населенню, зацікавлюючи їх сім'ї членів команди медичних працівників, «вузьких» спеціалістів та стаціонарні послуги. Завдяки знанням пацієнта та всієї системи охорони здоров'я, сімейні лікарі знаходяться в привілейованому стані для прийняття рішення про те, коли і як необхідно здійснювати спеціалізовану медичну допомогу. Сімейний лікар є вирішальною ланкою, через яку для користі пацієнта здійснюється комунікація, просвіта та створення загального розуміння серед всіх зацікавлених осіб і організацій.

Функції медичної сестри загальної практики – сімейної медицини. Ще в 60-ті роки Комітет експертів ВООЗ з сестринської справи визначив сестринських нагляд як «практику людських відносин», вважаючи, що медична сестра повинна вміти розпізнавати потреби пацієнтів. Сестринський догляд повинен бути націлений на особистість, на фізичні, психологічні та соціальні потреби, які виникають перед цією особистістю у зв'язку з хворобою, а також на сім'ю в цілому.

Реорганізація амбулаторно-поліклінічної допомоги в сучасних умовах передбачає працю лікарів та медичних сестер ЗЛП. Збільшення обсягів надання медичної допомоги можливе лише при співдружності членів команди: лікаря та медичної сестри (МС).

При переході охорони здоров'я на принцип сімейної медицини необхідно вирішити ряд питань, які пов'язані з організацією сестринської служби: які місце та завдання сестринської служби, як розмежувати функції ЛЗП та медичної сестри загальної практики (МСЗП), як визначити долю відповідальності кожного з них за якість лікувально-профілактичної роботи в нових умовах та інше?

У своїй роботі медична сестра загальної практики – сімейної медицини керується Законодавством України з питань надання медичної допомоги, наказами МОЗ України з питань надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина, внутрішніми наказами та інструкціями ЛПЗ.

Зараз виникли нові потреби до професійної підготовки МСЗП та до організації її праці в умовах страхової медицини. Розширення функціональних обов'язків і відповідальності МСЗП повинно йти в декількох формах.

По-перше, це розвиток стаціонарозамінних методів надання медичної допомоги, де МС відводиться головна роль: патронаж хворих та стаціонар на дому. В умовах фондотримання така організація медичної допомоги дає змогу поліклініці заощадити кошти на госпіталізація.

По-друге, ведення МСЗП самостійного прийому пацієнтів в поліклініці, тобто, бере на себе частки функцій, які традиційно виконував дільничний лікар-терапевт.

По-третє, це проведення МСЗП занять з пацієнтами у формі «шкіл», які організовані за нозологічним принципом (школа бронхіальної астми, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії). В цих школах пацієнти отримують знання, які необхідні їм для свідомого виконання призначеного лікування і для самостійного контролю за своїм станом.

Робота медичної сестри сімейного лікаря регламентується відповідними документами, які узгоджені та затверджені Міністерством охорони здоров'я України. Це:

- Положення про медичну сестру загальної практики – сімейної медицини (додаток 18);
- Кваліфікаційна характеристика медичної сестри загальної практики – сімейної медицини (додаток 19).

МСЗП здійснює такі функції: долікарський прийом – вимірювання температури тіла, пульс, артеріальний тиск; визначає гостроту зору та підбір простих окулярів, знімає та розраховує ЕКГ; вимірює ріст, масу тіла; визначає рівень глікемії експрес-методом за допомогою гліюкометру; працює з певною групою диспансерних хворих, зокрема з хворими на хронічні захворювання

ШКТ, органів дихання, сечовидільної системи, які знаходяться у стані довготривалої стійкої ремісії; працює з жінками фертильного віку з пріоритетним виділенням вікової групи до 30 років, збирання інформації, первинне формування груп ризику з екстрагенітальною патологією; проводить ряд лікувальних маніпуляцій: промиває зовнішній слуховий прохід, змазування слизової ротоглотки різноманітними лікарськими препаратами; закапування, закладання очних мазей в кон'юнктивальний мішечок, проведення ін'єкцій та заходів невідкладної допомоги ургентних випадках; працює із обліково-звітною документацією: заповняє форми №30, паспорт дільниці, флюорографію та знімки, журнали спостережень за хворими; заповнює санаторно-курортні карти, виписує різного виду довідки, направлення на обстеження за рекомендаціями лікаря.

Середнє навантаження на одну МСЗП за зміну самостійного медсестринського прийому – 6-8 пацієнтів.

Змінився і характер діяльності МСЗП на дільниці: активне відвідування на дому пацієнтів, які часто викликають «Швидку допомогу» – в середньому 4 відвідування на тиждень; активні відвідування пацієнтів, що знаходяться під динамічним спостереженням з хронічними захворюваннями довготривалого перебігу переважно похилого та старечого віку – в середньому 5 відвідувань на тиждень; праця з родичами хворих; подвірні обходи з метою реєстрації та виявлення щеплень, які зроблені в інших ЛПУ.

У зв'язку з цим, змінилися якісні показники праці МСЗП: це збільшення кількості пацієнтів, які прийняті самостійно, розширилася група диспансерного та динамічного спостереження, збільшилась кількість активних патронажів на дому та інше. Розширився спектр нозологій та патологічних станів, які входять в компетенцію МСЗП, підвищилось значення профілактичних заходів, участь в проведенні аналізу та управління рівня зовнішніх послуг на дільниці.

МСЗП виконує програму по захисту та зміцненню здоров'я сім'ї, повинна знати та вміти оцінювати сім'ю як систему, її культурні та етичні особливості, взаємовідносини її членів, характер харчування в сім'ї, шкідливі звички та фактори ризику, визначити вплив змін у складі сім'ї на здоров'я. Тобто МСЗП проводить скринінг різноманітних аспектів здоров'я сім'ї.

Всі ці нові послуги покладають додаткові обов'язки на медичних сестер, та одночасно дають змогу матеріального стимулу їх діяльності та вимагають від них праці на новому, більш високому рівні. Але для якісного виконання самостійної роботи медичним сестрам необхідне безперервне підвищення рівня теоретичних знань та практичних навичок.

МСЗП – це рівноправний учасник, поряд з ЛЗП, всіх видів лікувально-профілактичної роботи на дільниці. У відповідності з світовими стандартами МСЗП повинна відноситися до пацієнтів як до унікальних особистостей, вміти виявляти їх проблеми, у тому випадку внутрішньосімейні, координувати медичну допомогу на протязі всього життя пацієнта. Дружня робота в команді ЛЗП і МСЗП є важливим у зниженні захворюваності та підвищення показників здоров'я.

Сімейна медицина передбачає тісний взаємозв'язок медичної сестри в своїй роботі з усіма спеціалістами і з різними службами (схема 13.3.).



Схема 13.3. Взаємодія медичної сестри загальної практики – сімейної медицини

Таким чином, медична сестра загальної практики є рівноправним, активним, в більшості самостійно працюючим спеціалістом первинної ланки.

Перелік посилань

1. Основа для взаимодействия врачей общей практики и узких специалистов поликлиник и стационаров в переходный период становления общей врачебной практики (семейной медицины) : проект рекомендаций. – Москва, 2004. – 32 с.
2. The European Definition of General Practice // Family Medicine, WONCA EUROPE, 2002.
3. Воерма W. G. W. Роль общей практики в первичной медико-санитарной практике / W. G. W. Воерма, D. M. Fleming. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998. – 182 с.
4. Петров В. И. Практическая биоэтика: этические комитеты России / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – М. : Триумф, 2002. – 192 с.
5. Ross L. G. The Relationship between Family Physicians and Specialist / Consultants / Reeport by a Task Force of the Colege of Family Physicians of Canada and the Royal College of Physicians and Surgeans of Canada. – Canada, 1993. – 44 p.

14. ВЗАЄМОДІЯ СЛУЖБ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Планування, організація та процес взаємодії двох служб соціального забезпечення та первинної медико-соціальної допомоги в установах здійснюється на основі загальних задач, які стоять перед ними. Працюючи на одній території, обслуговуючи одне й те ж населення та одні й ті ж сім'ї, ці установи вирішують загальну задачу – надання медико-соціальної допомоги населенню. Ця єдність закладається в тому, що соціальна складова створює значний вплив на здоров'я людей. В свою чергу, стан здоров'я людей впливає на соціальний стан кожної людини і населення в цілому. Тому, групи населення, які відносяться до соціального ризику, і групи ризику захворювань багато в чому співпадають та утворюють єдину медико-соціальну групу ризику (схема 14.1).



Схема 14.1. Взаємодія служб соціального забезпечення та первинної медико-санітарної допомоги

Службами ПМСД та соціального захисту на лікарській дільниці в середньому обслуговуються на дому дільничними лікарями (терапевтом або ЛЗП, гінекологом, педіатром) 8–10 хворих, медичними сестрами – 20–25

хворих, соціальними працівниками на дому до 20–30 хворих, медсестрами медико-соціальної допомоги до 10 чоловік, у денному стаціонарі ЗЛП – 2–3 пацієнта, в установах денного перебування соціального обслуговування – до 2 пацієнтів, амбулаторних відвідувань – 50–60 хворих (табл. 14.1).

Таблиця 14.1

Показники команди медико-санітарної та медико-соціальної допомоги

Спеціаліст	Обслуговування на дому	Амбулаторний прийом	Денний стаціонар
Дільничний терапевт	3-4	18	-
Дільнична медсестра	4-5	18	-
Лікар ЗЛП	4-5 (1-2 стац. на дому)	20	1-2
Медсестра ЗЛП	5-6 (1-2 стац. на дому)	20	3-2
Лікар-педіатр	3-4	14-15	-
Лікар-гінеколог	5-6	14-15	-
Акушерка	1-2 на тиждень	18-20	-
Соціальний робітник медико-соціальної допомоги на дому	5-6	18-20	-
Медсестра медико-соціальної допомоги на дому	9	-	-
Соціальний робітник з обслуговування на дому людей похилого віку	10	-	-
Соціальний робітник з обслуговування у відділенні денного перебування	8	-	25
Медсестра з обслуговування у відділенні денного перебування	-	-	20-25
Соціальний робітник соціально-реабілітаційного центру для неповнолітніх	-	1-2	30
Соціальний робітник кризисного центру для жінок	1-2	2-3	-
Кабінет планування сім'ї кризисного центру	1-2	6-7	-
Акушер-гінеколог кризисного центру	-	6-7	-
Сексопатолог	-	3-4	-
Соціальний робітник центру для дітей та підлітків з обмеженими можливостями	-	-	20
Лікар-офтальмолог центру для дітей та підлітків з обмеженими можливостями	-	1-2	10
Лікар-невропатолог центру для дітей та підлітків з обмеженими можливостями	1-2	1-2	10
Лікар-педіатр центру для дітей та підлітків з обмеженими можливостями	-	1-2	20
Медсестра центру для дітей та підлітків з обмеженими можливостями	1-2	1-2	20
Соціальний робітник центру реабілітації інвалідів	-	-	10

Сумісна робота ЛЗП та працівників соціальних служб повинна бути організована у вигляді команди первинної медико-соціальної допомоги, яка визнана найбільш ефективною формою взаємодії двох служб.

Команда організується для повсякденної діяльності з надання медико-соціальної допомоги (схема 14.2).



Схема 14.2. Первинна медико-санітарна та медико-соціальна допомоги

Організація команди йде кілька етапів, по часу залежності від темпів проведення реформи та впровадження ЗЛП. Спочатку планується проведення реструктуризації лікарських дільниць з переходом на сімейний принцип роботи, суміщення педіатричних та терапевтичних дільниць. Трансформація дільничної служби в групову ЗЛП буде йти шляхом передачі частини обсягів роботи від педіатра та акушерів-гінекологів до ЛЗП.

Кількість соціальних працівників, які необхідні для роботи в команді ПМСД, визначається кількістю на дільниці осіб, які потребують медико-соціальної допомоги.

З метою покращення ефективності надання ПМСД, створюються відділення де зібрані всі спеціалісти ПМСД. При цьому групову ЗЛП має бути організаційною основою команди ПМСД (2–3 лікаря ЗЛП, 3–4 медичні сестри ЗЛП, 1 лікар–педіатр), група соціальних працівників (2–3 соціальних працівники, 1–2 медичні сестри). Значення соціальних працівників в команді є

безспірним. Добре організована праця на багато разів посилює якість надання медичної допомоги сім'ї.

Соціальний працівник дає команді ПМСД (лікаря ЗЛП) індивідуальні програми соціальної реабілітації для всіх хто потребує допомоги. На основі цих програм при необхідності розробляються комплексні програми із залученням інших спеціалістів (охорони здоров'я, освіти, правоохоронних органів тощо).

Працівники соціальної допомоги, які обслуговують населення на дому, працюють сумісно з спеціалістами стаціонарних та напівстаціонарних установ соціального забезпечення, які допомагають вирішувати проблеми, що пов'язані з охороною материнства та дитинства, реабілітацією інвалідів та хронічно-хворих.

Так у відділенні денного перебування центру соціального забезпечення можуть бути направлені люди похилого віку, які потребують медичної допомоги (добове моніторингування АТ, вимірювання очного тиску, проблеми з слухом та зором та інше), а також організують консультації спеціалістів поліклініки.

Консультативну допомогу команді ПМСД надають також : психологи, юристи, педагоги, працівники культури.

Значна роль відводиться медичним сестрам, які працюють у відділенні медико-соціального забезпечення на дому, і вирішують задачі: визначення виду та обсягу медико-соціальної допомоги на кожному конкретному випадку, здійснюють поточний сестринський патронаж, догляд на дому, відновлення рухової функції та соціальних контактів, усунення соціальної ізоляції пацієнтів, психологічна підтримка, забезпечення харчуванням, медикаментами та іншими препаратами по догляду, контроль за своєчасним наданням лікарської допомоги, госпіталізація, подальша реабілітація, подальше навчання родичів та близьких догляду за хворими.

Таким чином, важливість організації ефективної взаємодії служб соціального захисту та ПМСД обумовлена:

- збільшенням кількості хронічно-хворих та інвалідів, які потребують у великому обсязі соціальної медичної допомоги;
- збільшенням кількості людей похилого віку, які потребують соціально-медичної підтримки по догляду, зміщення середнього віку населення на більш старший вік;
- високою потребою в соціально-медичних, оздоровчих та реабілітаційних заходах;

– необхідністю створення та розвитку інтегрованого денного та круглодобового догляду на дому і в спеціалізованих медичних установах, розвиток мережі будинків сестринського догляду з наданням необхідної медичної допомоги та хоспісів.

Кінцевим результатом другого етапу є організація служби ЗЛП, яка містить в собі міську та сільську мережу ЛЗП. Сільська мережа: амбулаторії ЛЗП, центр сімейної медицини, відділення селищних ЛЗП. Міська мережа: відділення ЗЛП, міські кабінети ЛЗП, початок формування з із дорослої та дитячої поліклінік діагностичного центру. Залучення до надання цілодобової невідкладної допомоги ЛЗП у тісній співпраці з відділенням швидкої медичної допомоги. Передача частини обсягів надання медичної допомоги від спеціалістів до ЛЗП. Розширення обсягів кваліфікованої медичної допомоги, зниження госпіталізації на 30%, що становить значний економічний ефект.

15. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СТАЦІОНАРІВ НА ДОМУ

Перебудова, яка проводиться в системі охорони здоров'я України передбачає проведення широкого кола заходів, спрямованих на поліпшення якості надання медичної допомоги населенню, підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я та медичних працівників при більш раціональному використанні ресурсів [1,2].

Особливої уваги та вдосконалення вимагає система надання позалікарняної допомоги, як найбільш масова форма медичного обслуговування населення.

Варто додати, що важливою складовою роботи закладів ЗПСМ є впровадження стаціонарозамінних технологій, таких як денні стаціонари та стаціонари на дому, Примірне положення про які затверджено наказом МОЗ України від 23.02.01 №72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» (додаток 20).

У світлі поставлених завдань потрібно широко застосовувати такі нові форми роботи, як стаціонари вдома, денні стаціонари в поліклініках, палати (відділення) денного перебування в лікарнях для госпіталізації хворих з деякими гострими та хронічними захворюваннями, стан яких не потребує цілодобового спостереження, але лікування яких має бути стаціонарним [3].

Обслуговування лікарем загальної практики – сімейним лікарем пацієнтів у денному стаціонарі сприяє збереженню цілісності процесу лікування. Лікування в умовах денного стаціонару зменшує ризик розвитку «ятрогенних» захворювань та внутрішньолікарняних інфекцій. Пацієнтам при лікуванні в умовах денних чи домашніх стаціонарів не потрібно змінювати життєві стереотипи. Особливо зручним і ефективними є такі форми лікування для осіб літнього віку. Надання медичної допомоги в умовах домашнього стаціонару підвищує роль середніх медичних працівників.

Існує дві форми організації стаціонарів вдома: централізована та децентралізована.

При впровадженні централізованої форми стаціонарів вдома, переваги якої не визивають сумніву, виникають певні проблеми, а саме:

– створення ще одного структурного підрозділу з своєю адміністративною надбудовою, що в сучасних економічних умовах практично не можливо;

– краще ЛЗП ніхто не знає своїх пацієнтів. Він спостерігає за ними в динаміці, тому при організації централізованої форми стаціонарів вдома виникають проблеми в організації наступності на етапі ЛЗП – лікар стаціонару на дому – ЛЗП;

– зараз ЛПУ потребують санітарний автотранспорт, а організація централізованої форми стаціонару на дому потребуватиме виділення додаткового санітарного автотранспорту, що практично не можливо.

В зв'язку з цим в Україні широко застосовується децентралізована форма організації стаціонарів на дому.

Але вибір організаційної форми діяльності стаціонарів на дому залежить від головного лікаря ЛПУ в залежності від економічних, кадрових умов та типу розселення населення, яке він приймає по узгодженню з органами місцевого самоврядування.

Метою створення стаціонару вдома – це організація кваліфікованої медичної допомоги на дому, рівень якої наближується до такої в стаціонарному закладі.

Задачі діяльності стаціонару на дому:

– надання в домашніх умовах кваліфікованої медичної допомоги, яку раніше надавали лише в умовах стаціонару;

– відновлення працездатності пацієнтів в домашніх умовах;

– забезпечення до госпітальної екстреної допомоги пацієнтам на період їх не транспортабельності;

– проведення заходів з медичної, соціальної та побутової реабілітації;

– усунення або зменшення дії факторів ризику виникнення захворювань та їх ускладнень;

– забезпечення якісного доліковування пацієнтів після їх виписки із стаціонару лікарні;

– пропагування на рівні сім'ї:

а) здорового способу життя: систематичне заняття фізичною культурою, раціональне харчування; навчання батьків гігієнічному вихованню дітей; сімейна психогігієна;

б) заходів з усунення шкідливих звичок: паління, пияцтва, токсикоманії;

в) заходів з первинної та вторинної профілактики захворювань.

В сучасних умовах з впровадженням сімейної медицини, в основу організації різних видів домашнього обслуговування та в першу чергу людей похилого віку, пацієнтів з хронічними захворюваннями проводиться переорієнтація всієї системи охорони здоров'я на розвиток поза лікарняних форм медичного обслуговування і безпосередньо шляхом організації стаціонарів на дому. Організація стаціонарів на дому в умовах впровадження сімейної медицини дозволяє на більш високому якісному рівні забезпечити обслуговування пацієнтів середнім медичним працівником на дому. Можливості сімейного лікаря по

виконанню діагностичних та лікувальних процедур при проведенні на дому лікувально-діагностичних, профілактичних та санітарно-освітніх заходів мають значні переваги.

Загальними медичними показниками для організації стаціонару на дому є:

- потреба в постільному режимі без необхідності цілодобового медичного нагляду;
- стан пацієнта не потребує дотримання постільного режиму, але він не в змозі регулярно відвідувати амбулаторно-поліклінічний заклад;
- долікування пацієнта після курсу стаціонарного лікування (важкохворі);
- проведення курсу реабілітаційних заходів – відновне лікування;
- надання медичної допомоги пацієнтам, які знаходяться в термінальній стадії захворювання (паліативна допомога).

Таким чином стаціонари на дому можна розглядати як один із етапів лікування пацієнтів.

Загальними соціальними та організаційними показниками для організації стаціонару на дому є:

- можливість поліклініки (служби ЛЗП) належним чином організувати пацієнту необхідну діагностично-лікувальну та профілактичну медичну допомогу на дому;
- перебування в стаціонарі на дому позитивно вплине на стан здоров'я пацієнта;
- побутові умови дозволяють організувати стаціонар на дому з повноцінним доглядом за пацієнтом;
- відсутність цілодобового медичного нагляду не впливає негативно на стан здоров'я пацієнта.

До загальних медичних протипоказань можна віднести:

- важкий стан пацієнта, при якому потрібен постійний медичний нагляд та його стан здоров'я погіршується вночі;
- неможливо в домашніх умовах виконати складні медичні втручання, які необхідні для пацієнта за станом його здоров'я;
- неможливість в домашніх умовах забезпечити необхідний для пацієнта постільний режим;
- ускладненнях для вірного першочергового прийняття рішення щодо методу лікування та неможливість виключення ускладнень під час лікування на дому;
- необхідність частих внутрішньовенних вливань та ін'єкційного введення сильнодіючих лікарських засобів.

До загальних соціально–організаційних протипоказань відносяться:

- незадовільні соціально-побутові умови;
- неможливість забезпечити за пацієнтом належний догляд.

Організація стаціонару на дому здійснюється за наказом головного лікаря ЛПУ, а його діяльність регламентується відповідними нормативними документами. Взаємозв'язки стаціонару на дому з іншими структурними підрозділами лікувально-профілактичного закладу наведені в схемі 15.1.

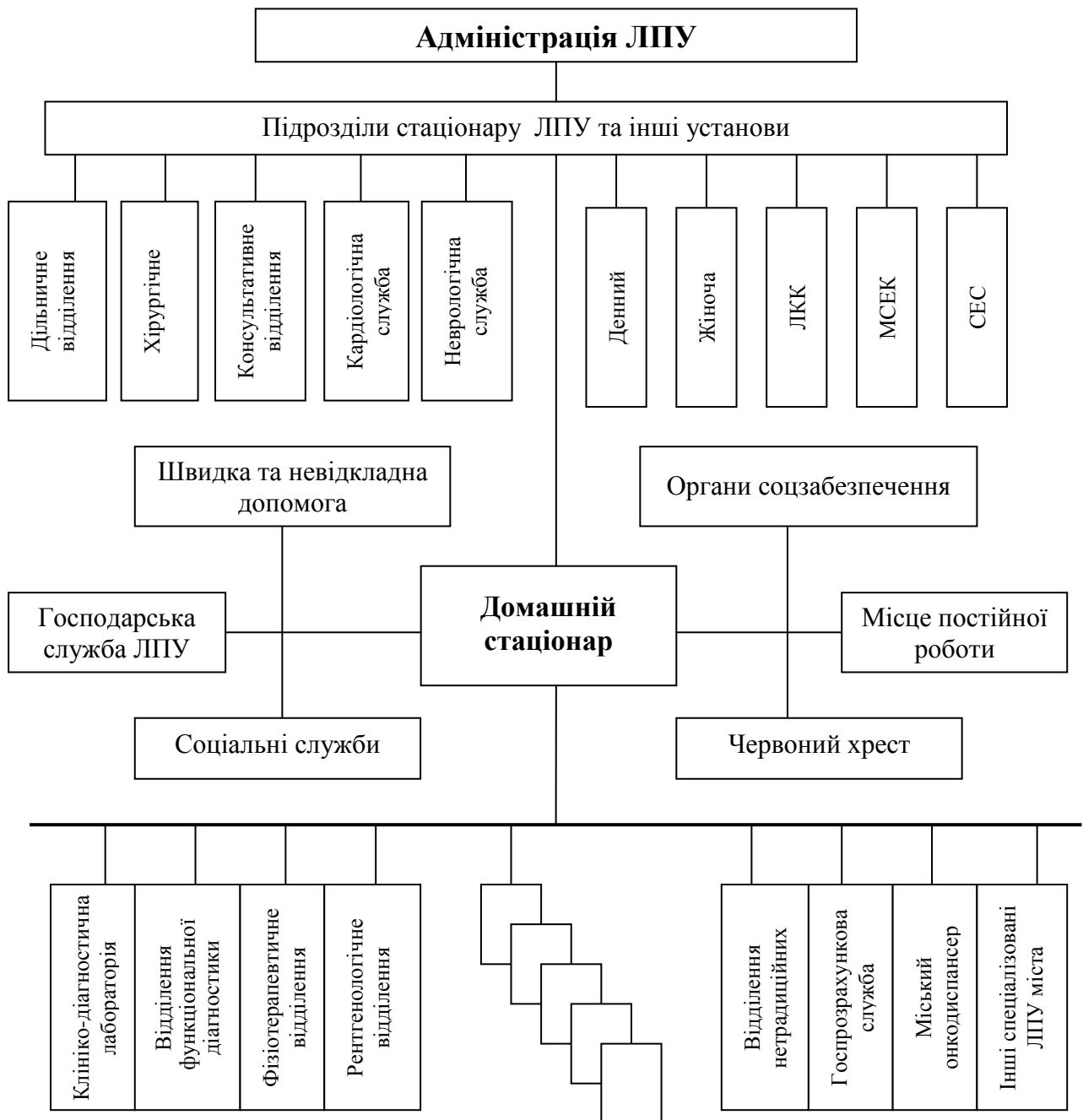


Схема 15.1. Взаємозв'язок стаціонару на дому із структурними підрозділами лікувально-профілактичної та інших установ

Стационар на дому для пацієнтів терапевтичного профілю організує ЛЗП, педіатр (сімейний лікар) по узгодженню з завідувачем відповідного відділення. При захворюваннях не терапевтичного профілю (неврологічного, онкологічного, хірургічного, інфекційного тощо) після консультації на дому лікаря-спеціаліста.

Діагностичні обстеження пацієнтів, включаючи лабораторні та функціональні (інструментальні) методи дослідження, які проводяться як в домашніх умовах так і в умовах поліклініки (схема 15.2).

		Код форми за ДКУД _____ Код закладу за ЄДПОУ _____
М О З У к р а ї н и		Медична документація Форма № 001-3/о Затверджена наказом МОЗ України 29.11.2002 № 434
Назва закладу		

Ж У Р Н А Л обліку перебування хворого в денному стаціонарі, стаціонарі вдома

Почато « ____ » _____ р.

Закінчено « ____ » _____ р.

№ з/п	Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Вік (до 1 року – місяців)	Домашня адреса	Дата надходження хворого (або початку лікування)*	Заключний діагноз	Дата виписки	Примітка

* відноситься до стаціонарів вдома

І Н С Т Р У К Ц І Я
щодо заповнення журналу обліку перебування хворих в денному стаціонарі, стаціонарі вдома

«Журнал обліку перебування хворих в денному стаціонарі, стаціонарі вдома» (форма 003-3/о) призначений для реєстрації хворих, які перебувають на лікуванні в денному стаціонарі поліклініки, або стаціонарі вдома. Записи в журналі дають можливість проводити аналіз даних щодо хворих, які лікувались у вказаних стаціонарах.

Журнал обліку перебування хворих в денному стаціонарі поліклініки, стаціонарі вдома ведеться старшою медичною сестрою в поліклініці.

В журнал записується кожний хворий, який перебував на лікуванні у денному стаціонарі поліклініки, або у стаціонарі вдома.

Графи 2-5 заповнюються на підставі даних ф.112/о, 025/о.
Графи 6,8 заповнюються при виписці хворого.
У графі "Примітка" відмічається місце лікування хворого (денний стаціонар поліклініки, стаціонар вдома).
Термін зберігання – 3 роки.

Схема 15.2. Журнал обліку перебування хворого в денному стаціонарі, стаціонарі вдома

В домашніх умовах використовують експрес-методику та портативну апаратуру, для лабораторного дослідження. Необхідні матеріали доставляються в лабораторію лікувально-профілактичного закладу.

В умовах стаціонару на дому пацієнти повинні бути обстеженими на туберкульоз шляхом трьох кратного обстеження зібраного в спеціальну посуду мокротиння.

З метою діагностики в стаціонарі на дому використовують також дані лабораторно-інструментальних обстежень, проведених на передодні.

При лікуванні пацієнтів в умовах стаціонару на дому притримуються принципу наступності на етапах стаціонар – поліклініка – стаціонар на дому.

Схеми лікування пацієнтів в стаціонарі на дому принципово не відрізняються від тих, що використовуються в стаціонарі і мають відповідати затвердженим МОЗ України клінічним протоколам за відповідною нозологією (додаток 21).

Її встановлює ЛЗП або лікар спеціаліст який організовує для пацієнта стаціонар на дому. Він же корегує цей курс в залежності від стану здоров'я пацієнта та динаміки клінічного процесу.

В роботі медичних працівників з членами сім'ї пацієнтів стаціонарів на дому важливим є їх навчання основам догляду за хворим та створення необхідних соціально-побутових та психологічних умов, скерованих на видужування пацієнта.

Керівництво стаціонарами вдома здійснює завідувач терапевтичного відділення, підпорядкований у своїй діяльності головному лікарю та його заступнику з амбулаторно-поліклінічної роботи.

Лікар подає на затвердження завідувача терапевтичного відділення оформлену медичну карту амбулаторного хворого з результатами лабораторного та додаткових досліджень, з висновком про необхідність лікування в умовах стаціонару на дому не пізніше п'яти днів від первинного відвідування.

Усі призначення лікаря вносять до спеціальних карт хворого, який отримує лікування в умовах стаціонару на дому (форма «003-2/0»), де також зазначають дату відвідувань лікарем хворого, проведені медичною сестрою процедури.

Відповідно до положення про стаціонар на дому амбулаторно-поліклінічного закладу та посадових інструкцій лікаря та медичної сестри, лікарі-терапевтичного відділення працюють у тісному контакті з лікарями відділення невідкладної допомоги на базі лікарні швидкої допомоги. У вихідні

та всьоткові дні спостереження за хворими та їхнє лікування проводять чергові лікарі та медичні сестри відділення невідкладної допомоги. Вони ж забезпечують транспортування хворих на консультації в інші медичні заклади міста Києва та у відділення лікарні у разі госпіталізації хворих за попередньою допомогою із завідувачами відділень стаціонару.

За розрахунками економічної ефективності видно, що вартість лікування в умовах стаціонару на дому в кілька разів менша, ніж у цілодобовому стаціонарі.

У структурі захворювань пролікованих хворих у стаціонарі на дому найбільша частина припадає на серцево-судинну патологію (ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу), на другому місці стоять захворювання кістково-м'язової системи (захворювання суглобів та хребта), третє місце належить церебро-васкулярним хворобам, найменший відсоток припадає на гастроентерологічні, онкологічні, хірургічні захворювання та хвороби нирок і сечовивідних шляхів.

Стаціонар на дому є ефективним в плані доліковування та реабілітації хворих – для скорочення терміну їхнього перебування в стаціонарі [4].

Стаціонар на дому є прогресивною формою організації лікувально-діагностичного процесу. Лікування тут не пов'язане з ізоляцією, порушенням мікросоціального рівня адаптації, його легше сприймають хворі, воно більш вигідне з економічного погляду, а за ефективністю не поступається лікуванню в стаціонарі цілодобового перебування.

Перелік посилань

1. Збірник стандартів обсягів і якості медичної допомоги хворим у лікувально-профілактичних допомогах міста Києва: у 2 т. – К., 1998. – 152 с.
2. Організація діяльності поліклінічного відділення реабілітації в умовах постаріння населення України // Метод. рекомендації. – К., 1995. – 63 с.
3. Міняєв В. Ф. Про роботу денних стаціонарів у поліклініках / В. Ф. Міняєв, О. А. Гусєв // Лікарська справа. – 2007. – №6. – С. 24–28.
4. Степанов В. В. Организация работы дневных стационаров // Терапевт. архив. – 1994. – №1. – С. 67–71.

16. ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Реформування системи охорони здоров'я України вимагає перебудови усіх ланок цієї галузі. Разом з новими формами надання медичної допомоги виникають і нові бізнес-процеси, які раніше не були притаманні медичним закладам. На перший план виходить проблема підвищення якості надання медичної допомоги та суворий облік наданих медичних послуг. А це, в свою чергу, викликає необхідність постійно отримувати інформацію про рух пацієнта, як у самому лікувально-профілактичному закладі, так і поза його межами. Таким чином, застосування інформаційних систем з реєстрацією даних про пацієнта стають невідкладною необхідністю для клінічної медицини.

Сьогодні доля лікарів загальної практики, які використовують електронні медичні картки пацієнтів у Нідерландах складає 97%, в Данії – 85%, у США – 30%, у Канаді – 65%, Новій Зеландії – 90%. За оцінками експертів це дозволяє скоротити адміністративні втрати більш ніж на 50%. Застосування електронних медичних карток пацієнтів і комп'ютерних систем підтримки лікарських призначень, які включають бази даних клінічних протоколів і правил, дозволяє скоротити кількість лікарських помилок на 30–80% (наприклад, у США «вартість» однієї помилки медперсоналу у середньому складає 6000 доларів) [1].

Щоб реалізувати можливість постійного збирання інформації, необхідно спроектувати інформаційну систему, яка об'єднувала б різні технологічні процеси, що мають місце у медичному закладі, створюючи таким чином єдиний інформаційний простір на рівні установи. Досягнення подібної мети дуже важливо для лікувально-профілактичного закладу, де існують кілька технологічних процесів, які підтримують функціонування основного – лікувально-діагностичного.

Треба зазначити, що до цього часу єдиного підходу щодо створення інформаційної системи медичного закладу, яка б підтримувала одночасно всі технологічні процеси на теренах України ще немає. І це викликано низкою причин, важливими з яких є не тільки обмежене фінансування медичної галузі але і те, що замовники інформаційних систем ще не розуміють необхідності створення комплексних систем підтримки їх діяльності.

Сьогодні у лікувально-профілактичному закладі для підтримки основного технологічного процесу – надання медичної допомоги пацієнтам, існують

кілька інших, що є невід'ємною частиною функціонування закладу. До них можна віднести бухгалтерський облік і планово-економічну діяльність, адміністрування та матеріально-технічне забезпечення (включаючи забезпечення ліками та медичними засобами), статистичний облік та звітність. Як відомо, комплекс процесів, що пов'язані між собою інформаційними потоками, мають певну спрямованість та періодичність, а також спільні джерела формування.

Особливістю надання медичної допомоги на засадах лікаря загальної практики – сімейного лікаря є те, що всі бізнес процеси, що існують у медичному закладі виконуються одним чи кількома працівниками амбулаторії сімейної медицини. Тобто, починаючи з реєстрації пацієнта і закінчуючи формуванням статистичних звітів та звітів про фінансову діяльність закладу, все це виконують кілька співробітників амбулаторії сімейної медицини.

Опис основних функцій лікаря та документообігу в амбулаторії загальної лікарської практики

До основних функцій лікаря загальної практики можна віднести:

1) Здійснення діагностично-лікувальних та профілактичних заходів:

– планування, реалізація та контроль профілактичних заходів серед населення;

– надання основних діагностичних, лікувальних, реабілітаційних та консультативних послуг населенню, в тому числі екстренної медичної допомоги в межах компетенції;

– здійснення медичного нагляду за пацієнтами, які потребують постійного контролю: диспансерними хворими, вагітними, інвалідами праці та інвалідами з дитинства іншими категоріями населення.

2) Організаційно-управлінські заходи на дільниці обслуговування та амбулаторії:

– керування закладом – штати, обов'язки персоналу, організація роботи закладу;

– планування і контроль надання медичних і супутніх послуг закладом загальної лікарської практики;

– ведення обліково-звітної документації медичного закладу;

– підвищення кваліфікації працівників.

3) Фінансово-економічна діяльність закладу:

– планування і контроль витрат на надання медичної допомоги населенню (медикаментозне забезпечення, матеріально-технічне забезпечення, інструментальне забезпечення, утримання денного стаціонару);

– ведення бухгалтерського обліку та звітності, планування та нарахування зарплат працівникам.

Основний технологічний процес амбулаторії загальної лікарської практики пов'язаний з роботою лікаря і пацієнта, який регламентується Наказами МОЗ України щодо роботи лікаря загальної лікарської практики – сімейного лікаря. «Продукцією» є медичні послуги, що надаються пацієнтові. Робота сімейного лікаря при наданні медичних послуг регламентується принципами пропедевтики та відображується в облікових медичних документах, якими для первинної ланки є Картка амбулаторного хворого (ф.25/о). Але фіксування руху пацієнта починається ще з реєстраційного стола амбулаторії, де функцію реєстратора виконує медична сестра і де фіксується його поява та вносяться ідентифікаційні дані. Тобто саме тут починаються формування та рух інформації про пацієнта, якому надається медична допомога. Якщо проаналізувати перелік облікових форм на робочому місці лікаря, то можна зафіксувати більш як 20 форм, з якими він повинен працювати. Нижче наведено список облікових форм (Витяг з наказу МОЗ України від 08.01.04 №1 *«Перелік облікової медичної документації закладу загальної практики – сімейної медицини»*):

- Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома ф. 003-2/о
- Медична карта амбулаторного хворого – ф. 025/о
- Талон амбулаторного пацієнта в закладі загальної практики – сімейної медицини – ф. 025-6-1 /о
- Посімейний журнал дільниці сімейного лікаря – ф. 025-8-1 /о
- Направлення на консультацію в діагностичні кабінети, в лабораторії та результати обстежень – ф. 028-1/о
- Контрольна карта диспансерного нагляду – ф. 030/о
- Книга запису викликів лікарів додому – ф. 031 /о
- Журнал запису пологової допомоги вдома – ф. 032/о
- Книга реєстрації листків непрацездатності – ф. 036/о
- Відомість обліку відвідувань в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома – ф. 039/о
- Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення – ф. 058/о
- Журнал обліку інфекційних захворювань – ф. 060/о
- Карта профілактичних щеплень – ф. 063/о
- Журнал обліку профілактичних щеплень – ф. 064/о

- Журнал запису амбулаторних операцій – ф. 069/о
- Довідка для одержання путівки – ф. 07 О/о
- Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі серед дітей до 17 років включно – ф. 07 І/о
- Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі серед дорослого населення – ф. 071-1/о
- Зведена відомість обліку вперше зареєстрованих травм та отруєнь в даному лікувальному закладі – ф. 071-2/о
- Санаторно-курортна карта – ф. 072/о
- Санаторно-курортна карта для дітей і підлітків – ф. 076/о
- Путівка в дитячий санаторій – ф. 077/о
- Медична довідка на учня, який від'їжджає в оздоровчий табір ф. 079/ о
- Направлення на МСЕК – ф. 088/о
- Направлення на обов'язковий попередній медичний огляд працівника – ф. 093/о
- Довідка про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації – ф. 094-1 /о
- Лікарське свідоцтво про смерть – ф. 106/о-95
- Індивідуальна карта вагітної і породіллі – ф. 11 І/о
- Історія розвитку дитини – ф. 1 12/о
- Список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду – ф. 122/о
- Журнал обліку померлих – ф. 151/о
- Журнал обліку новонароджених – ф. 152/о
- Рецепти ф. 1, ф.2

Перелік необов'язкової для ведення в закладі загальної практики – сімейної медицини облікової медичної документації:

- Вкладний листок №1 до ф. 025/о (дані профілактичного огляду).
- Вкладний листок №2 до ф. 025/о (щорічний епікриз на диспансерного хворого).
- Вкладний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого – ф. 025-1/о.
- Статистичний талон реєстрації заключних (уточнених) діагнозів – ф. 025-2/о (за умови переходу на талон амбулаторного пацієнта у закладі загальної практики – сімейної медицини – ф. 025-6-1/о).
- Талон на прийом до лікаря – ф. 025-4/о.
- Медичний паспорт сім'ї – ф. 025-8/о.

- Відомість обліку відвідувань до лікаря загальної практики – сімейного лікаря мешканців сільських населених пунктів дільниць – ф. 039-10/о.
- Картка попереднього запису на прийом до лікаря – ф. 040/о.
- Карта звернення за антирабічною допомогою – ф. 045/о:
- Карта імунізації – ф. 063-1 /о.
- Журнал (картка) медичної допомоги сім'ям – ф. 074-1 /о.
- Довідка про тимчасову непрацездатність – ф. 095/о.
- Зошит обліку роботи вдома дільничної (патронажної) медичної сестри (акушерки) – ф. 116/о
- Направлення на аналіз – ф. 200/о-207/о.

Для проектування інформаційних систем підтримки діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря необхідно вивчити бізнес процеси, які мають місце при роботі з пацієнтом.

Технологія обслуговування пацієнта в амбулаторії загальної лікарської практики включає наступні етапи:

– реєстрація пацієнта. Перш ніж отримати медичну допомогу, пацієнт проходить процедуру реєстрації, яка включає взяття пацієнта, що вперше звернувся до закладу на облік. Для цього здійснюють запис ідентифікаційних даних у картці амбулаторного хворого (ф. 025/о) з датою постановки на облік та ідентифікаційним номером, який впроваджено на даній території. Крім паспортних даних заносяться так звані сигнальні дані (інформація про перенесені сигнальні захворювання, внесення виписок і епікризів з попередньої медичної карти, якщо така існує);

– заповнення медичного паспорта сім'ї (ф. 025-08/о), яка вперше ставиться на облік;

– внесення даних попереднього загального огляду пацієнтів до картки амбулаторного пацієнта ф. 025/о і мети відвідування;

– запис пацієнта до лікаря у картку попереднього запису до лікаря (ф. 040/о – необов'язково), видачею талону на прийом до лікаря (ф. 025-4/о – необов'язково), або реєстрація виклику у книзі викликів лікарів додому – ф. 031/о;

Перед прийомом лікаря проводиться попередній огляд пацієнта медичною сестрою з вимірюванням артеріального тиску, температури тіла тощо з записом до журналу.

Підчас прийому або відвідуванні пацієнта вдома паспортні дані та попередню інформацію про пацієнта лікар отримує з картки амбулаторного хворого (ф. 025/о) та Медичного паспорта сім'ї (ф. 025-8/о).

Крім того при наданні медичної допомоги пацієнту за випадком обслуговування, а також пацієнтам, які потребують постійного спостереження використовуються наступні облікові форми (табл. 16.1).

Таблиця 16.1

Облікові форми документів на робочому місці лікаря

Назва облікової форми	Номер облікової форми
Історія розвитку дитини	Ф. 112/о
Індивідуальна карта вагітної і породіллі	Ф. 111/о
Контрольна карта диспансерного нагляду	Ф. 030/о
Контрольна карта диспансерного нагляду за особами групи ризику розвитку профпатології і з професійними захворюваннями	Ф. 030-3/о
Карта звернення за антирабичною допомогою	Ф. 045/о
Карта профілактичних щеплень	Ф. 063/о
Картка хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома	Ф. 003-2/о
Вкладний листок №1 до ф025/о (дані профілактичного огляду)	–
Вкладний листок №2 до ф025/о (щорічний епікриз на диспансерного хворого)	–

Ці ж документи є основними обліковими документами при наданні медичної допомоги пацієнтові в амбулаторії загальної лікарської практики.

Крім того на різних етапах надання медичних послуг лікар використовує інші облікові документи для формування статистичних та звітних форм, комунікаційних документів для реєстрації медичної інформації, що супроводжує рух пацієнтів по іншим медичним закладам.

Однією з проміжних облікових форм, яка використовується для збирання статистичних даних є Талон амбулаторного пацієнта в закладі загальної практики – сімейної медицини (ф. 025-6-1/о), в якому фіксуються такі дані, як мета відвідування: консультативна, профілактичний огляд, імунізація, визначення та лікування хвороби, планове відвідування декретованих категорій пацієнтів, а також інші дані, які необхідні для формування звітних документів державної медичної звітності.

Робота лікаря загальної практики з пацієнтом на робочому місці відповідає загальновідомому алгоритму обстеження, установлення діагнозу та призначення методів лікування пацієнтові. Всі ці дані фіксуються у Картці амбулаторного хворого (ф. 025\о).

Для взаємодії з іншими медичними та немедичними закладами лікарем формуються облікові форми у наступних випадках: при направленні на консультацію, діагностику, лікування, реабілітацію, оздоровлення пацієнта у санаторно-курортних установах, для інших не медичних установ (табл. 16.2).

Комунікаційні облікові форми

Назва облікової форми	Номер облікової форми
Направлення на аналіз	Ф. 200-207/о
Направлення на консультацію та допоміжні кабінети (в діагностичні кабінети, в лабораторії та результати обстежень)	
Санаторно-курортна карта	Ф. 072/о
Санаторно-курортна карта для дітей і підлітків	Ф. 076/о
Путівка в дитячий санаторій	Ф. 077/о
Медична довідка на учня, який від'їжджає в оздоровчий табір	Ф. 079/о
Направлення на МСЕК	Ф. 088/о
Направлення на обов'язковий попередній медичний огляд працівника	Ф. 093/о

З інших медичних закладів до амбулаторії загальної лікарської практики – сімейної медицини надходять наступні документи (табл. 16.3).

Таблиця 16.3

Комунікаційні облікові форми

Назва облікової форми	Номер облікової форми
Направлення на аналіз	Ф. 200-207/о
Направлення на консультацію та допоміжні кабінети (в діагностичні кабінети, в лабораторії та результати обстежень)	
Виписка із медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого	ф. 027/о

На запит пацієнта йому надаються наступні облікові форми (табл. 16.4).

Таблиця 16.4

Список облікових форм, що надаються пацієнтові

Назва облікової форми	Номер облікової форми
Довідка для одержання путівки	Ф. 070/о
Медична довідка (лікарський професійно-консультативний висновок)	Ф. 086/о
Довідка про тимчасову непрацездатність	ф. 095/о
Довідка про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації	Ф. 094-1/о
Рецепти	

При знятті з обліку пацієнта за фактами смерті, переїзду/ зміни місця обслуговування в амбулаторно-поліклінічних закладах в Картці амбулаторного хворого (ф. 025/о), а при відсутності сім'ї і медичному паспорті сім'ї (ф. 025-08/о) робиться помітка про зняття з обліку, дату зняття, родичам померлого за фактом смерті надається Лікарське свідоцтво про смерть ф. 106/о-95, номера

карток звільняються, а картки зберігаються в архіві разом з картками інших знятих з обліку пацієнтів.

Для різноманітного обліку в амбулаторії загальної лікарської практики використовуються такі облікові форми, як журнали (табл. 16.5).

Таблиця 16.5

Список журналів, які ведуться в амбулаторії загальної лікарської практики

Посімейний журнал дільниці	Ф. 025-8-1/о
Журнал запису пологової допомоги вдома	Ф. 032/о
Книга реєстрації листків непрацездатності	Ф. 036/о
Журнал обліку роботи з гігієнічного виховання населення	Ф. 038/о
Відомість обліку відвідувань в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома	Ф. 039/о
Журнал запису амбулаторних операцій	Ф. 069/о
Журнал обліку померлих	Ф. 151/о
Журнал обліку новонароджених	Ф. 152/о
Журнал обліку інформації про надання медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях	Ф. 155-1/о
Журнал обліку інфекційних захворювань	Ф. 060/о
Журнал обліку профілактичних щеплень	Ф. 064/о

Звітна документація в амбулаторії загальної лікарської практики формується на основі облікових форм (в основному, ТАП ф. 025-6-1/о) та подається до інформаційно-аналітичного кабінету центральної районної лікарні (табл. 16.6).

Таблиця 16.6

Список форм державної статистичної звітності

Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі (серед дітей до 14 років включно)	Ф. 071/о	щоквартальний звіт
Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі (серед дорослого населення 18 років і старші)	Ф. 071-1/о	щоквартальний звіт
Зведена відомість обліку вперше зареєстрованих травм та отруєнь в даному лікувальному закладі	Ф. 071-2/о	щоквартальний звіт
Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу	12	щорічний звіт

Основні підходи до проектування інформаційних систем підтримки діяльності лікаря загальної лікарської практики – сімейного лікаря

Таким чином, перед розробниками медичних інформаційних систем постає проблема, насамперед, оптимізації документообігу, по друге, створення

такої інформаційної системи, яка могла поєднати всі інформаційні потоки у єдиному інформаційному просторі.

Зараз в Україні розробники медичних інформаційних систем все частіше починають запроваджувати спеціальні технології проектування інформаційних продуктів на основі моделювання бізнес-процесів.

Як зазначає російський дослідник цих процесів Г.Верніков, само поняття «моделювання бізнес-процесів» прийшло з появою на ринку складних програмних продуктів, які призначені для комплексної автоматизації управління підприємством. Подібні системи завжди передбачають проведення глибокого передпроектного обстеження діяльності підприємства. Для розв'язання подібних завдань моделювання складних систем існують спеціальні методології та стандарти. До таких стандартів відносяться методології сімейства IDEF. За їх допомогою можна ефективно відобразити і проаналізувати моделі діяльності широкого спектру складних систем у різних розрізах. При цьому обсяги обстеження процесів в системі визначається самим розробником, що прискорює його роботу. Сьогодні до сімейства IDEF можна віднести наступні стандарти:

- IDEF0 – методологія функціонального моделювання. За допомогою наглядної графічної мови IDEF0, бізнес процеси можна описати у вигляді низки взаємопов'язаних функцій (функціональні блоки - у термінах IDEF0). За правило, моделювання засобами IDEF0 є першим етапом вивчення будь-якої системи;

- IDEF1 – методологія моделювання внутрішніх інформаційних потоків системи, що дозволяє відображати і аналізувати їх структуру і взаємозв'язки;

- IDEF1X (IDEF1 Extended) – методологія побудови реляційних структур. IDEF1X відноситься до типу методологій “Сутність-взаємозв'язок” (ER – Entity-Relationship) і використовуються для моделювання реляційних баз даних;

- IDEF2 – методологія динамічного моделювання розвитку систем. Це дуже складна методологія і зараз існують кілька алгоритмів, за допомогою яких статичні діаграми IDEF0 перетворюються у динамічні моделі, які побудовані на базі “розфарбованих мереж Петрі” (CPN – Color Petri Nets);

- IDEF3 – методологія документування процесів, що мають місце в системі, наприклад, при дослідженні технологічних процесів на підприємствах. За допомогою IDEF3 описуються сценарій і послідовність операцій для кожного процесу. IDEF3 має прямий взаємозв'язок з методологією IDEF0 – кожна функція (функціональний блок) представляється у вигляді окремого процесу засобами IDEF3;

- IDEF4 – методологія побудови об’єктно-орієнтованих систем. Засоби IDEF4 дозволяють відображати структуру об’єктів і закладені принципи їх взаємодії;

- IDEF5 – методологія онкологічного дослідження складних систем. За допомогою методології IDEF5 онтологія системи може бути описана за допомогою визначеного словника термінів і правил, базуючись на яких можна отримувати необхідні дані про функціонування системи і робити висновки з її оптимізації [2,3].

Існуючі сучасні математичні і інформаційні методи теж дозволяють ставити і вирішувати задачу проектування документообігу, що задовільняють загальному критерію оптимальності.

Наукова організація управління, вимагає знаходження відповідності між структурами і функціями системи і математичними моделями, що використовуються. Тільки узгодження інформаційних потоків може забезпечити оптимальний режим функціонування системи. Управляючі параметри моделей повинні бути коректно віднесені до реальних показників, що характеризують роботу системи. Використовуючи процесний підхід до управління, можна детально описати всі інформаційні потоки у медичному закладі, що визначає і можливі сценарії їх розвитку. При цьому отримують модель, яка у значній мірі відповідає реальній системі. Дослідження моделі базується на обґрунтуванні всіх зв’язків елементів даної структури та обґрунтуванні її параметрів. Ітогами моделювання інформаційних процесів є:

- Оптимізація документообігу;
- Ліквідація труднощів у технологічному процесі;
- Ліквідація зайвих етапів, дублювання процесів тощо;

Тепер зупинимось на особливостях самих медичних інформаційних систем. Як відомо, типова інформаційна система виконує низку функцій, які складаються з:

1. Введення документів (з папіру або в електронному вигляді).
2. Зберігання цих документів.
3. Пошук по запитах.
4. Редагування користувачем.
5. Формування вихідних документів (на паперових носіях або в електронному вигляді).

За звичай ці функції реалізуються наступними способами:

1. Введення документів спеціалізованими засобами (сканування та розпізнавання паперових документів, введення з магнітних носіїв тощо) з

наступним експортом у будь-який загальний формат. Далі - імпорт файлів з даного формату у внутрішнє середовище системи управління базами даних (СУБД).

2.Зберігання та пошук здійснюється засобами СУБД (частіше реляційної).

3.Редагування здійснюється спеціалізованими для даної системи засобами, пов'язаними з конкретною СУБД.

4.Вихідні документи створюються в два етапи: виконання запиту до бази даних і заповнення на основі отриманих даних вихідних форм.

Життєвий цикл документа в інформаційній системі має декілька етапів: формування, транспорт, обробка та аналіз, трансформація, зберігання.

В системі існує декілька типів документів. В процесі життєвого циклу документ формується, перетворюється з одного типу в інший, стає основою для створення нових документів, а потім надходить до зберігання чи утилізується.

Сучасні вимоги до створення інформаційних систем передбачають також застосування міжнародних інформаційних стандартів. Насамперед, це стосується стандартів передачі, зберігання, архівації медичних даних та представлення електронних медичних документів. До них відносяться такі стандарти, як Health Level 7, який направлений на стандартизацію форматів передачі медичних даних між медичними установами, open EHR, який регламентує спосіб створення електронних медичних записів, DICOM, який регламентує формати зберігання та передачі медичних зображень та низка стандартів Міжнародної організації з стандартизації (ISO), що регламентують формати електронних медичних карток тощо. При розробці інформаційного забезпечення також необхідно застосовувати низку класифікаторів та довідників, які повинні бути відомчими стандартами галузі охорони здоров'я. До них відносяться такий класифікатор, як МКХ-10, класифікатор медичних послуг, хірургічних операцій та процедур тощо.

Health Level 7 – стандарт передачі медичних для обміну інформаційними повідомленнями прикладного рівня між інформаційними системами в охороні здоров'я. Обмін інформацією (версія 2) здійснюється за звичай між інформаційними системами в одній лікарні, між лікарнями та клінічними лабораторіями, що знаходяться поза лікарень. Сьогодні цей стандарт має вже версію 3, яка задає архітектуру електронного медичного документу та його передачу. Застосовується у США, Австралії, більшості країн Європи.

Стандарт CEN\ISO 13606, іншими словами open EHR, пропонує стандартизувати спосіб створення електронних медичних документів на основі

так званих архетипів та шаблонів. Сьогодні він тільки починає застосовуватися у таких країнах, як Австралія, Великобританія, Швеція.

Для передачі та зберігання медичних зображень на цей час дуже широко застосовується стандарт DICOM, на основі якого здійснюється передача медичних зображень з цифрових діагностичних приладів (рентгенівський апарат, УЗД-сканер, КТ, МРТ тощо). Сьогодні на основі цього стандарту працюють більшість інформаційних систем типу PACS (Picture Archiving and Communication System), які працюють практично у кожному медичному закладі розвинутих країн. Застосування цих стандартів при розробці інформаційно-програмного забезпечення підтримки діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря дасть можливість гопцювати лікарю у загальному медичному інформаційному полі охорони здоров'я не тільки України, але поза неї.

Необхідно зазначити, що процес гармонізації цих стандартів в Україні тільки розпочався, але їх впровадження вже зараз уніфікує програмні засоби для галузі медицини.

Вимоги до інформаційної системи підтримки діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Вимоги до інформаційної системи підтримки діяльності лікаря загальної практики можна розділити на дві частини – загальні вимоги до медичних інформаційних систем та вимоги до спеціалізованого програмного забезпечення.

Загальні вимоги до інформаційно-програмного забезпечення сформульовані на основі побажань лікарів. До них можна віднести:

- швидкий доступ до актуальної, найбільш повної і достовірної інформації (всі дані про пацієнта, його клінічна історія, своєчасне надходження результатів аналізів, медичних зображень тощо).
- забезпечення конфіденційності інформації, що відповідає вимогам лікарської етики;
- формування документів медичної статистичної звітності про діяльність амбулаторії;
- забезпечення однократного введення даних та багаторазового їх використання;
- запобігання втрат інформації;
- мати можливість віддаленого доступу до інформації по корпоративній комп'ютерній мережі чи по мережі ІНТЕРНЕТ, що є важливим для прийняття оперативних рішень;

- забезпечення механізму консультацій з спеціалістами з інших медичних закладів;

- інтерфейс користувача повинен бути дружнім та повноцінним.

Що стосується спеціальних вимог до інформаційної системи підтримки діяльності лікаря загальної практики, то до них можна віднести:

- необхідність створення електронного документа «Картка амбулаторного хворого» – складової частини інформаційної системи району і електронного паспорта сім'ї, які інтегрують інформацію про людину та його сім'ю з різних інформаційних ресурсів;

- необхідність формування бази даних про здоров'я, населення дільниці обслуговування (дані про захворюваність, факторах ризику, результатах лабораторних і інструментальних досліджень, профілактичних оглядах, диспансерних групах, про призначене та проведене лікування, імунопрофілактику тощо);

- необхідність формування бази даних про діяльність лікаря загальної практики (дані про медичні послуги, спрямування до лікарів інших лікувально-профілактичних закладів, надання рецептів, заявки тощо);

- необхідність підтримки контролю виконання медичних стандартів, формування професійної бази медичних знань;

- необхідність здійснення оцінки ефективності роботи лікаря загальної практики за показниками, що відповідають вимогам ВООЗ, планування його роботи.

Очікувані результати запровадження інформаційної системи підтримки діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Реалізація викладених вище вимог дозволить отримати наступні основні результати для лікарів загальної практики:

- інформаційна підтримка всього обсягу роботи лікаря загальної практики в умовах різних форм фінансування;

- скорочення рутинних операцій при роботі з медичною документацією, пошук необхідної інформації і збільшення часу на роботу з пацієнтом під час прийому;

- можливість отримання повної інформації про пацієнта, включаючи соціальні дані та рух пацієнта по медичних закладах;

- можливість інформування лікаря за допомогою системи про медичні проблеми пацієнта (результати аналізів, виклики швидкої допомоги, госпіталізацію);

- допомога при проведенні профілактичних заходів — система повинна відбирати пацієнтів з факторами ризику чи патологічними проявами для проведення з ними профілактичних заходів

- можливість віддаленого консультування пацієнтів, їх опитування для виявлення факторів ризику;

- підтримка прийняття рішень, щодо госпіталізації пацієнтів (інформування про потенційні госпітальні бази, їх оснащення та ресурсне забезпечення);

- можливість доступу до джерел науково-практичної інформації з актуальних проблем медицини;

- можливість формування та отримання інформації про склад населення ділянки обслуговування (демографічні дані, соціальні тощо);

- можливість отримання через ІНТЕРНЕТ інформації про провідні медичні центри та медичні установи, що надають висококваліфіковану медичну допомогу;

- можливість контролю витрат коштів в амбулаторії сімейної медицини та планування цього процесу;

- можливість оцінки роботи співробітників амбулаторії за кінцевим результатом їх діяльності;

- можливість формування державної статистичної звітності та оперативної звітності для підвищення рівня управління закладом;

- можливість підтримки управлінської діяльності головного лікаря амбулаторії сімейної медицини.

Таким чином, інформатизація діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря це комплексний процес інтеграції інформаційних ресурсів сімейної амбулаторії у єдиний інформаційний простір системи охорони здоров'я даного регіону.

Перелік посилань

1. Кузнецов П. П., Информационные технологии как фактор развития здравоохранения / П. П. Кузнецов, А. П. Столбов // Проблемы информатизации здравоохранения на современном этапе. – Н.Новгород, 2008. – С. 34–40.

2. ???

3. ???

17. ПОРЯДОК ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ АМБУЛАТОРІЙ, КОТРИ ПРАЦЮЮТЬ НА ЗАСАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

В процесі реформування сільських амбулаторій у загальні лікарські практики ліцензування є одним із головних розділів роботи органів управління охороною здоров'я, що завершує реалізацію заходів із організації загальних лікарських практик [1,2].

В даній роботі розглядається послідовність підготовки закладів охорони здоров'я, що приступають до ліцензування, в тому числі і до ліцензування загальної практики.

Наявність ліцензії на право провадження медичної діяльності є обов'язковою вимогою законодавства України.

Порядок та умови отримання ліцензії закріплені низкою державних нормативно-правових документів, згідно до яких підприємства, заклади та організації державної, муніципальної та приватної систем охорони здоров'я можуть здійснювати свою діяльність лише за наявності ліцензії на певний вид діяльності. Ліцензія – спеціальний дозвіл на провадження певного виду діяльності при дотриманні ліцензійних вимог та умов, що видане ліцензійним органом юридичній особі або приватній особі.

Підготовка та оформлення СЛА необхідних документів для подання до органу ліцензування та отримання ліцензії і сертифікату про проходження акредитації проводиться послідовно в декілька етапів (схема 17.1).

Отримання статусу та реєстрація юридичної особи.

СЛА можуть функціонувати або як самостійні заклади, або як структурні підрозділи організації охорони здоров'я. Для сільського ЗОЗ, котрий переходить на засади загальної практики – сімейної медицини з наступною трансформацією у Центр загальної практики – сімейної медицини, більш ефективним є самостійне функціонування, для цього в першу чергу необхідно отримати статус юридичної особи та пройти процедуру державної реєстрації в установленому Законом порядку.

Після реєстрації юридична особа стає на облік та отримує свідоцтво про взяття на облік до державної податкової адміністрації, пенсійного фонду, фонду соціального страхування; реєструється у державній статистиці.

Далі амбулаторія відкриває розрахунковий рахунок у банку.

Отримання відомчих висновків.

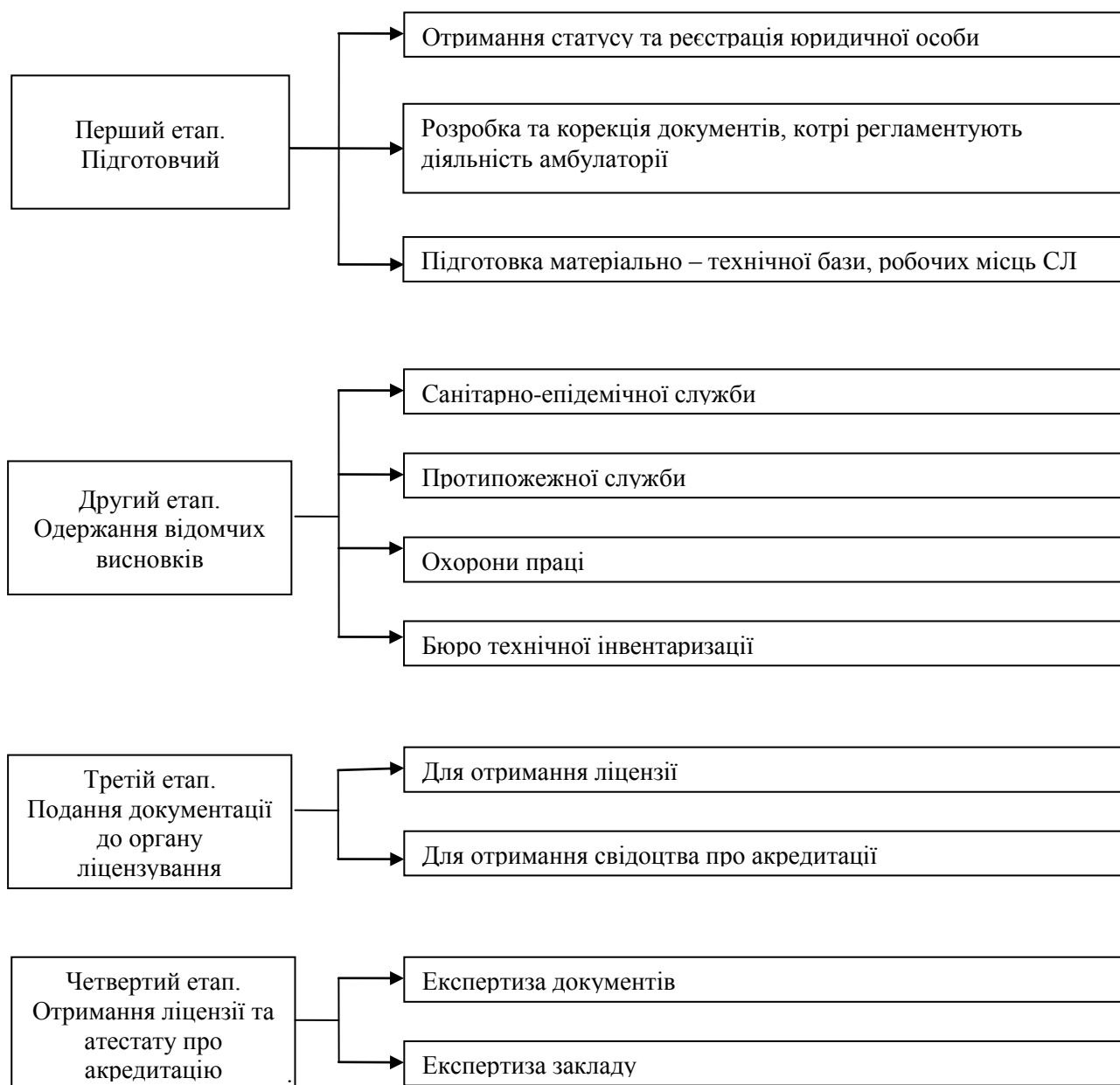


Схема 17.1. Алгоритм ліцензування сільських лікарських амбулаторій

Лікувально-профілактична установа повинна довести ліцензійному органу можливість якісного надання визначених видів медичної діяльності у наявних приміщеннях, що в свою чергу відповідно обладнані та забезпечені кадрами. На підготовчому етапі в СЛА проводиться розробка та корекція нормативних документів (схема 17.2).

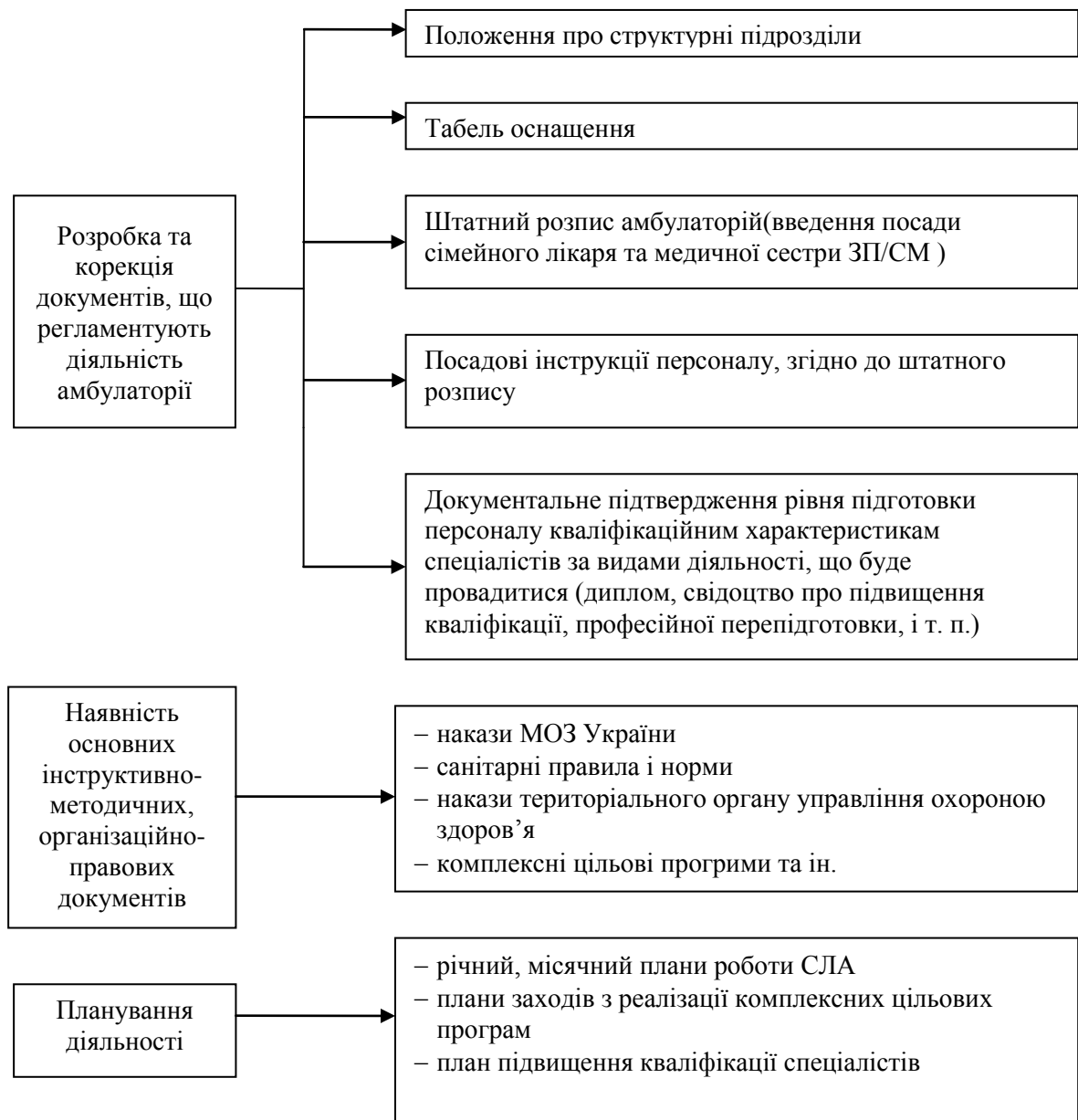


Схема 17.2. Розробка та корекція нормативних документів

Розробляються положення про всі наявні структурні підрозділи (кабінет ЛЗП, процедурний, оглядовий, фізіотерапевтичний, стоматологічний кабінети, перев'язувальну клініко-діагностичну лабораторію), уточнюється табель оснащення кабінетів (додатки 12,16), в тому числі кабінету ЛЗП; до штатного розпису закладу вводяться посади лікаря загальної практики – сімейного лікаря та медичної сестри лікаря загальної практики, розробляються посадові інструкції персоналу.

Суспільство домагається об'єктивності в оцінюванні компетентності та ефективності медичних послуг. Якісне дотримання стандартів у практичній діяльності лікарів контролюється періодично за допомогою оцінювання знань

та підтверджується видачею свідоцтва. Безперервна та багаторівнева перевірка знань та вмінь лікаря-практика – один з видів видачі свідоцтва про можливість практичної діяльності.

Кваліфікацію сімейний лікар підвищує згідно з вимогами національної програми, яка пропонує методологію, засновану на безпосередньому нагляді двох експертів. Науково обґрунтована оцінка знань лікарів та видача свідоцтва на продовження практичної діяльності заслуговує на окрему увагу. Підвищення кваліфікації лікарів повинно бути обов'язковим етапом у поліпшенні якості медичного обслуговування.

На сьогодні є різні підходи до видачі свідоцтв: заохочувальні методи підвищення кваліфікації лікарів, проведення експертних оцінок документації, оглядів, перевірка комунікативності.

Видача свідоцтва для продовження практичної діяльності є обов'язковими для всіх лікарів; засновані на чітких, надійних і чинних стандартах; сконцентровані на роботі лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх результатах; є загальноприйнятими лікарями, хворими та національною системою охорони здоров'я

Основним завдання другого етапу є підготовка лікувально-профілактичної установи до проведення експертизи та отримання висновків органів санітарно-епідемічного нагляду про відповідність до санітарних правил і норм; протипожежної служби про дотримання вимог пожежної безпеки; охорони праці та бюро технічної інвентаризації (додаток 22, схеми 17.3, 17.4). Звідкіль Витяг?



Схема 17.3. Отримання висновку державної санітарно-епідеміологічної служби

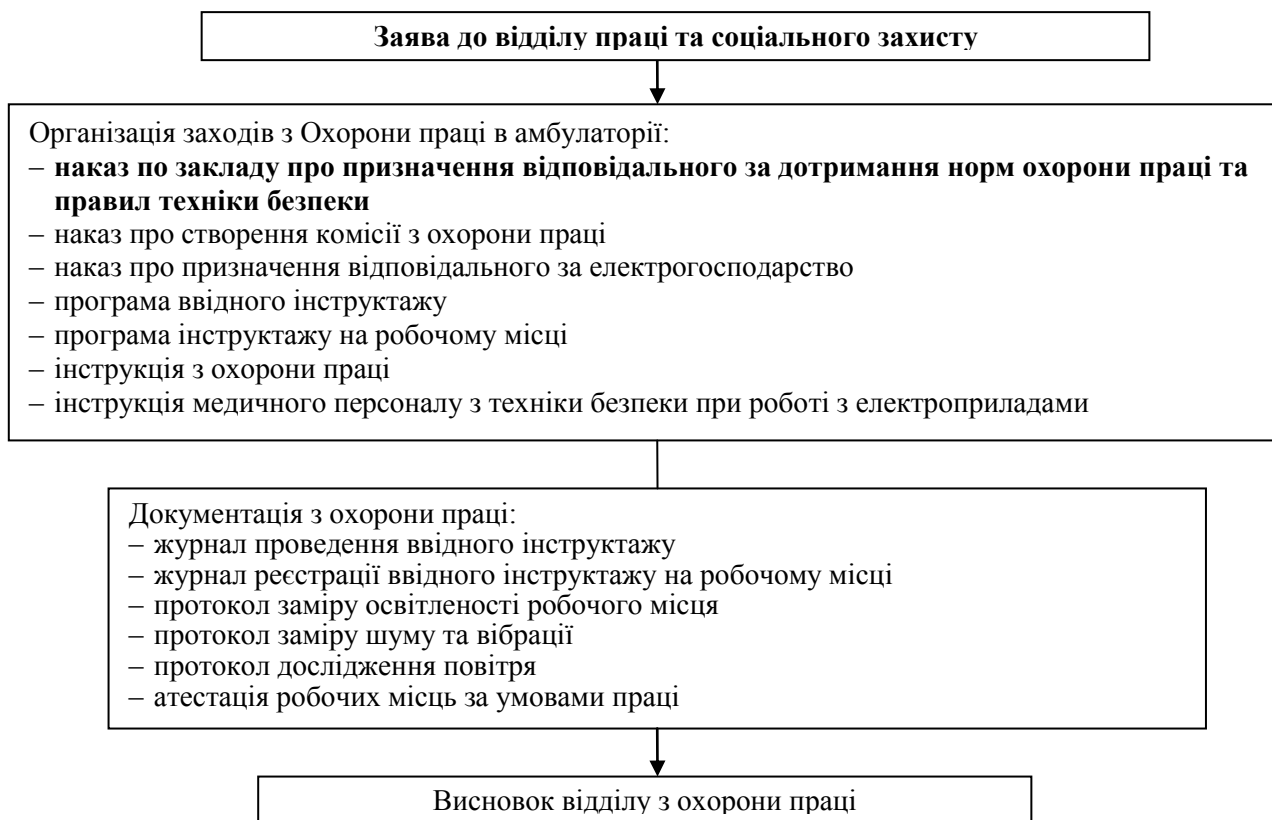


Схема 17.4. Висновок з охорони праці

Підготовка до ліцензування робочого місця лікаря загальної практики

СЛА здійснюють свою діяльність у відповідності до завдань, що визначені у Положенні про амбулаторію та затверджені відповідним наказом МОЗ України. При перетворенні амбулаторії у амбулаторію сімейного лікаря відбувається зміна у технології надання медичної допомоги, головним чином за рахунок розширення її об'єму, багатoproфільності (ЛОР, офтальмологія, неврологія, хірургія, акушерство, гінекологія а ін.), змішаний (дорослі та діти) сімейний принцип обслуговування одним лікарем, посилення ролі профілактики та надання невідкладної допомоги. У відповідності до завдань СЛА повинні мати наступні структурні підрозділи: Кабінет лікаря-терапевта – 12 кв.м., кабінет лікаря-педіатра – 15 кв.м., процедурні (доросла та дитяча) – по 18 кв.м. кожна, перев'язувальна – 22 кв.м., процедурна (оглядова з гінекологічним кріслом) – 20 кв.м., стоматологічний (терапевтичний) кабінет – 14 кв.м., фізіотерапевтичний кабінет – площа визначається за кількістю проведених процедур за зміну та наявного обладнання, клініко-діагностична лабораторія (загально-клінічні – 10 кв.м., гематологічна – 10 кв.м., приміщення для забору крові – 9 кв.м., для прийому проб – 4 кв.м.), кабінет функціональної діагностики – 20 кв.м.

На третьому етапі (подання до ліцензуючого органу) ліцензування зібраний пакет документів надається для експертизи до органів ліцензування, при чому подається два пакети документів: для отримання ліцензії та отримання сертифікату про проходження акредитації.

На четвертому етапі ліцензування ліцензуючим органом проводиться експертиза наданих пакетів документів, організовується виїзд експертів на місце з метою проведення експертизи закладу на відповідність оголошених видів та об'ємів надання медичної допомоги до спроможності закладу.

За результатами експертизи експерт видає висновок та рекомендує комісії видати ліцензію і атестат акредитації закладу. Таким чином результатом виконаної роботи буде:

1. Отримання ліцензії на право надання медичної допомоги та атестату про проходження акредитації сільськими амбулаторіями. Для успішного проведення ліцензування необхідно знати велику кількість нормативно-правових документів, що розроблені різними відомствами та вміло застосовувати їх на практиці. Разом з тим необхідна чітка організація планування заходів з підготовки і проведення ліцензування із врахуванням поетапності їх виконання.

2. Сільські амбулаторії за поставленими перед ними завданнями, підбором функціональних приміщень та оснащенню найкраще підготовані для роботи на засадах загальної практики – сімейної медицини. Для отримання ними ліцензії на провадження такої практики необхідна професійна перепідготовка медичного персоналу, уточнення штатного розпису та «дооснащення» необхідним медичним обладнанням.

Перелік посилань

1. Наказ МОЗ України від 20.01.2001 р. «Про критерії державної акредитації закладів первинної медичної допомоги».

2. Постанова Кабінету міністрів України №765 від 15.07.2001 р. «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету міністрів України №678 від 21.06. 2001 р.

18. ЦЕНТР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Головним науковим центром з обґрунтування, формування та супроводу програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини є інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Над цією проблемою інститут працює багато років.

Метою роботи є наукове обґрунтування, розробка та впровадження в практику охорони здоров'я раціональних організаційних форм забезпечення міського та сільського населення (дітей та дорослих) кваліфікованою, доступною, якісною та ефективною медико-санітарною допомогою.

На основі аналізу вітчизняного та зарубіжного досвіду розвитку ПМСД визначені основні проблеми та шляхи їх рішень, обґрунтована необхідність реформування ПМСД на принципах сімейної медицини.

З метою ліквідації диспропорції в розвитку різних видів медичної допомоги, раціональних організацій та управління галуззю, скорочення витрат на охорону здоров'я обґрунтовані та розроблені проекти «Концепції реформування ПМСД» та «Проекту поетапного переходу до організації ПМСД на принципах сімейної медицини»,

Науковими співробітниками інституту підготовано пакет нормативно-правових та інструктивно-методичних документів, які повинні регламентувати реорганізацію та функціонування ПМСД на принципах ЗЛП/СМ.

Інститутом запропоновані кінцева та перехідні моделі організації ПМСД на принципах сімейної медицини, перспективні моделі надання ПМСД сільському населенню та дітям, враховуючи специфіку цих контингентів.

Аналіз зарубіжного, вітчизняного досвіду організації ПМСД свідчить про наявність різноманітних організаційних форм переходу до сімейної медицини. Вони зумовлюють переходи до визначення задач та обсягів роботи ЛЗП/СЛ, структуру та функції медичних установ первинного, вторинного та третинного рівнів, організації зв'язків між ними та наступності в роботі.

Інститутом обґрунтовано та розроблено перспективну структурну схему організації медичної допомоги на трьох рівнях.

Первинний рівень повинні становити амбулаторії сімейних лікарів, в яких буде здійснюватися індивідуальна або групова практика.

Вторинний рівень є основною організаційною формою надання спеціалізованої медичної допомоги, що здійснюється в консультативних лікувально-діагностичних центрах та в лікувально-діагностичних кабінетах (відділеннях). Доцільно, щоб ці кабінети працювали на базі лікарень зі

стаціонарами, де б також працювали вказані спеціалісти. Але не виключено, те, що в перехідний період, вони можуть працювати на базі поліклінік.

Не є виключенням те, що вже на цьому рівні можуть утворюватися спеціалізовані консультативні лікувально-діагностичні центри на базі диспансерів або спеціалізованих лікарень (фтизіатрія, психіатрія, дерматовенерологія, ендокринологія тощо).

Третинний рівень містить в собі надання висококваліфікованої та високоспеціалізованої допомоги, яку повинні надавати відповідні спеціалісти, що будуть працювати переважно в спеціалізованих та загальних консультативних лікувально-діагностичних центрах на базі клінічних і обласних лікарень, клінік науково-дослідних інститутів.

Крім моделей та організаційних форм надання ПМСД на принципах сімейної медицини, розроблено стандарт організації установи (підрозділу) сімейної медицини, який містить в собі основні умови його створення та діяльності, зокрема такі:

– доступність медичної допомоги для населення дільниці (радіус обслуговування повинен бути не більше 2 км. в місті та 5 км. – в сільській місцевості);

– наявність відповідного приміщення для амбулаторії або відділення;

– наявність діагностичної, лікувальної апаратури, медичного приладдя та медикаментів у відповідності з переліком;

– наявність у ЛЗП/СЛ відповідного сертифіката (ліцензії);

– базова кількість прикріпленого населення, яка повинна бути меншою, ніж у дільничного терапевта або педіатра;

– належне матеріальне стимулювання (базова заробітна плата повинна бути більшою ніж у дільничного лікаря та лікарів інших спеціальностей такого ж рівня кваліфікації).

19. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ ПАЦІЄНТІВ

Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р. прийнято і проголошено Загальну декларацію прав людини як завдання, до виконання якого повинні прагнути всі народи і всі держави з тим, щоб кожна людина і кожен орган суспільства, завжди маючи на увазі цю Декларацію, прагнув шляхом освіти сприяти поважанню цих прав і свобод та забезпеченню, шляхом національних і міжнародних прогресивних заходів, загального і ефективного визнання і здійснення їх як серед народів держав-членів Організації, так і серед народів територій, що перебувають під їх юрисдикцією (Док. ООН/PES/217 А).

Хартією основних прав Європейського Союзу проголошену 7 грудня 2000 р. в Ніці в статті 35 про охорону здоров'я сказано, що кожна людина має право на доступ до системи профілактичних заходів у сфері охорони здоров'я і право користуватися медичною допомогою згідно з умовами, передбаченими національним законодавством і практикою. При розробці і реалізації усіх напрямів політики і усіх дій Союзу забезпечується підтримка високих стандартів захисту людського здоров'я.

У Частині II Хартії Союзу про основні права, в статті II-95. «Охорона здоров'я», задекларовано, що кожен має право звертатися до профілактичних заходів у сфері охорони здоров'я і користуватися медичним обслуговуванням на умовах, передбачених національними законодавствами і національною практикою. При визначенні і здійсненні усіх напрямів політики і діяльності Союзу забезпечується високий рівень охорони здоров'я людей.

У медицині потреба в правовому захисті частіше виникає в разі недбалої поведінки лікаря. Хворі, яким було завдано фізичної або психологічної шкоди, звертаються до закону.

Закон набуває чинності не тільки за виявлення порушень, він також контролює структуру медичної практики в процесі її діяльності. Такі правові межі значно відрізняються у різних країнах.

В Україні діє нормативно-правова база, яка приведена до міжнародних вимог. В Україні діють такі законодавчі акти:

- «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 19.11.92 р. №2801-ХІІ, ст. 6, 10, 34, 38, 40, 42, 45;
- Закон України «Про лікарські засоби»;
- Цивільний Кодекс України (ст. 281-290).

Сімейні лікарі, які довго спілкуються з пацієнтом, знають, чого очікувати від кожного з них. Тому, що спілкування та людяність підвищують довіру

пацієнта до лікаря. Тоді хворі виконують рекомендації свого сімейного лікаря і таким чином уникають ускладнень свого захворювання.

Медична етика ґрунтується на розумній самостійності пацієнта та потребі обмежувати владу лікаря в ім'я захисту інтересів хворого. Лікар зобов'язаний повідомити хворого про всі можливі наслідки в разі прийняття того чи іншого рішення, надати всю інформацію.

Головною особливістю у стосунках пацієнт – лікар є пошук домовленості між хворим і лікарем і розподіл відповідних ролей у їх спільній роботі.

Положення про вибір лікаря загальної практики – сімейного лікаря

Кожна дієздатна особа, яка досягла віку 14 років, може самостійно здійснювати вільний вибір і змінювати особистого лікаря загальної практики – сімейного лікаря, відповідального за подання їй первинної медичної допомоги.

Вибір лікаря загальної практики – сімейного лікаря для осіб, які не досягли віку 14 років або в порядку, встановленому законом, визнаних недієздатними, здійснюється їх законними представниками.

Вибір лікаря здійснюється у формі приписки сім'ї або конкретної особи до конкретного лікаря з заповненням реєстраційної форми (додаток).

Приписка здійснюється 1 раз на рік одночасно на території населеного пункту у всіх медичних закладах, що надають первинну медичну допомогу, протягом одного тижня (доцільно об'єднання приписної компанії з іншими масовими заходами – наприклад, імунізацією населення).

Проведенню приписки передують широка роз'яснювальна робота, в якій через засоби масової інформації, шляхом повідомлень на домашню адресу надається інформація про завдання, терміни та місце проведення приписної компанії. Населенню також, за його вимогою, надається інформація про сімейних лікарів, до яких можна приписатися – ПШБ, стаж роботи, кваліфікаційна категорія.

Лікарі мають право зустрічатися з населенням, рекламувати себе та результативність своєї роботи.

Для осіб, що не приписалися, лікар загальної практики – сімейної медицини, визначається керівником відповідного закладу охорони здоров'я або уповноваженим ним на прийняття таких рішень керівником структурного підрозділу закладу охорони здоров'я.

Список пацієнтів кожного конкретного лікаря загальної практики – сімейного лікаря формується на основі заповнених реєстраційних форм з урахуванням нормативів виробничого навантаження на зазначених фахівців (рис. 19.1).

Форма повинна заповнюватися акуратно, печатними літерами (ПІБ лікаря загальної практики – сімейної медицини, до якого приписується сім'я/особа) _____

Голова сім'ї

Прізвище
Ім'я
По батькові
Дата народження
Паспорт, серія та номер
Стать
Національність*
Освіта*
Місце роботи*
Сімейний стан

Домашня адреса

Район
Місто
Вулиця
Номер будинку
Номер квартири
Домашній телефон

Чоловік/жінка

Прізвище
Ім'я
По батькові
Дата народження
Стать
Паспорт, серія та номер
Національність*
Освіта*
Місце роботи*
Сімейний стан

Діти , що проживають у сім'ї

Ім'я Стать Дата народження
Ім'я Стать Дата народження
Ім'я Стать Дата народження
Ім'я Стать Дата народження

Я повідомлений про те, що моя сім'я (я) має право вибору лікаря загальної практики – сімейного лікаря та право його змінити за своїм вибором в період реєстрації

Підписи зареєстрованих осіб

Дата заповнення

Назва медичного закладу

* параметр з цією позначкою можна не включати?

Рис. 19 1. Реєстраційна форма приписки сім'ї до сімейного лікаря

Права та відповідальність хворого

Пацієнт:

- не несе відповідальності за розвиток хвороби;
- має зобов'язання якнайшвидше видужати;
- повинен отримати необхідну медичну допомогу в повному обсязі.

Основні зауваження щодо ролі хворого стосуються складності взаємодії пацієнт – лікар загальної практики – сімейний лікар. Наводимо два основні аргументи на користь даного твердження:

1. Поняття ролі хворого не має достатнього емпіричного підґрунтя. Зазвичай хворі є ні активними причіниками виконання порад ЛЗП/СЛ, ні пасивними виконавцями рекомендацій. Вони намагаються впливати на процес прийняття рішень стосовно лікування, отримувати інформацію про захворювання, обговорювати з ЛЗП/СЛ особливості та тривалості лікування. Деякі пацієнти шукають особистого лікаря, який би пристосовував протоколи і стандарти лікування до їхніх приватних потреб і побажань. Це створює зайвий тиск на ЛЗП/СЛ, яким доводиться бути ввічливими й уважними та водночас об'єктивними, приймаючи рішення стосовно лікування на базі доказової медицини.

2. Поняття ролі хворого не стосується пацієнта з хронічними захворюваннями, оскільки розроблено стандартні протоколи лікування цієї категорії патологічних станів. Згодом пацієнт усе рідше звертається до ЛЗП/СЛ за консультацією, зазвичай лише в разі погіршення перебігу і розвитку ускладнень захворювання. Такі хворі, на думку Parsons, періодично входять і виходять із ролі хворого у процесі формування поведінки хвороби.

Дослідження поведінки хвороби. Протягом 1980–2000 рр. було сформульовано чотири основні категорії поведінки хвороби:

1. Консультації з досвідченими (компетентними в питаннях стосовно медичних проблем) людьми (лікарями – вузькими спеціалістами).
2. Немедичний індивідуальний догляд.
3. Медичний індивідуальний догляд.
4. Отримання кваліфікованого догляду.

Дослідження поведінки хвороби за зазначеними категоріями дає можливість краще зрозуміти її прояви та уникнути концептуальних непорозумінь.

Доцільність поведінки хвороби. Можна говорити про те, що на сьогодні відзначається недостатній об'єм наукової інформації щодо необхідності враховувати у клінічній практиці поведінку хвороби. Проте знанням ЛЗП/СЛ

особливостей поведінки хвороби в кожному випадку сприяло покращенню розуміння індивідуальних особливостей перебігу хвороби і психологічних особливостей пацієнта, що дало змогу уникнути багатьох непорозумінь.

Поведінка хвороби – цікаве з клінічної точки зору явище. Щоб розуміти таку специфічну форму поведінки, потрібно враховувати соматичні, психологічні й соціальні особливості індивідів. На сьогодні не існує теорії, яка б усебічно пояснювала даний феномен, однак уже досліджені рівні його аспекти. У своїй повсякденній практиці ЛЗП/СЛ може краще зрозуміти поведінку хвороби, якщо з'ясує причину звернення пацієнта за консультацією саме в даний момент. Це сприятиме кращому розумінню поведінки хвороби [1].

Перелік посилань

20. Сімейна медицина : [підручник] / О. М. Гиріна [та ін.] ; за заг. ред. чл.-кор. АМН України, проф. В. М. Москаленка, проф. О. М. Гаріної. У 3 кн. – Кн. 1. Організаційні основи сімейної медицини. – К. : Медицина, 2007. – 392 с.