

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ІНТЕГРАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
НА ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

‘

Київ – 2020

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ІНТЕГРАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
НА ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Київ - 2020

Інтеграція акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень надання медичної допомоги. Методичні рекомендації. 2020. 29 с.

Розробники:

Слабкий Г.О. – доктор медичних наук, професор

Щербинська О.С. – кандидат медичних наук,

Рецензент:

1. **Любінець О.В.** – д. мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Д.Галицького

Методичні рекомендації розглянуто та схвалено на засіданні проблемної експертної комісії МОЗ та АМН України за спеціальністю 14.02.03- соціальна медицина. Протокол № 3 від «1» липня 2020 р.

Методичні рекомендації рекомендовано для організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Київ - 2020

ЗМІСТ

Вступ	4
Умовні скорочення	5
Система інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень надання медичної допомоги	6
Пріоритетні напрями інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню України на первинний рівень	12
Компетенції лікарів загальної практики-сімейних лікарів з надання комплексної медичної допомоги жіночому населенню на первинному рівні	20
Найбільш прийнятні шляхи набуття сімейними лікарями необхідних компетенцій	23
Алгоритм підготовки системи первинної медико-санітарної допомоги до надання комплексної медичної допомоги жінкам	24
Висновки	28
Література	29

Вступ

В Україні, в ході реформування системи охорони здоров'я, визнано пріоритетним напрямком розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики - сімейної медицини. На законодавчому рівні визнано право населення на вільний вибір сімейного лікаря, а лікар загальної практики - сімейний лікар, будучи лікарем першого контакту населення із системою охорони здоров'я визначає медичний маршрут пацієнта. При цьому МОЗ України затвердило «Порядок надання медичної допомоги сімейними лікарями», який включає і питання надання медичної допомоги жінкам.

Дані методичні рекомендації визначають шляхи інтеграції на первинний рівень комплексних медичних послуг жіночому населенню, які мають надавати лікарі загальної практики - сімейні лікарі та компетенції, якими мають вони повинні володіти по забезпеченню даних послуг.

Умовні скорочення

ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ТО	Табель оснащення
ЗН	Злоякісні новоутворення
ПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я

Система акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги

Ключовою ідеєю інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень надання медичної допомоги є послідовне вирішення пріоритетної проблеми з забезпечення комплексної медичної допомоги жінкам сімейними лікарями, яка забезпечує підвищення ефективності профілактичної діяльності щодо зменшення кількості абортів та інфікування жінок на інфекції, що передаються статевим шляхом та підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги вагітним жінкам та жінкам в післяпологовому періоді, а також забезпечення виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень у жінок на ранніх стадіях розвитку.

Для цього функції лікарів загальної практики-сімейних лікарів з надання медичної допомоги жінкам розділено на наступні групи:

- 1) Надання консультативних послуг з планування сім'ї;
- 2) Надання консультативних послуг з профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, їх синдромна діагностика та лікування;
- 3) Проведення профілактичних оглядів для виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку;
- 4) Ведення вагітних з фізіологічним перебігом вагітності;
- 5) Організація роботи школи відповідального батьківства;
- 6) Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді;
- 7) Виявлення та лікування гінекологічних хвороб.

Запропонована кластерна модель забезпечення акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні її надання. Модель представлена на рис. 1.

Під час розробки моделі були поставлені наступні задачі: забезпечити готовність первинної ланки до надання акушерсько-гінекологічної допомоги та

мотивувати жінок до отримання медичної комплексної акушерсько-гінекологічної допомоги у лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Методологія створення задач базувалася на тому, що сутність кожної з них спрямована на досягнення кінцевої мети: підвищення доступності та ефективності медичної акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню.

Кластерна модель інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень включає наступні кластери: набуття компетенцій та безперервне підвищення професійного рівня медичних працівників первинного рівня (сімейні лікарі та сімейні медичні сестри), матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій, яке може забезпечити виконання визначених для первинної ланки поставлених функцій з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, складові акушерсько-гінекологічної медичної допомоги на первинному рівні, комунікації та профілактична робота. На рис.1 представлено зміст кожного кластеру. Вони полягають в наступному:

1) ***Набуття компетенцій та безперервне підвищення професійної майстерності медичними працівниками первинного рівня (сімейні лікарі та сімейні медичні сестри).*** Рішення даної складової полягає в проходженні сімейними лікарями та сімейними медичними сестрами тематичних курсів підвищення кваліфікації, тренінгів та практичних занять в тому числі на базі обласного тренінгового центру, який створено в кожній області в рамках впровадження сімейної медицини, стажування на робочому місці в жіночих консультаціях, обласних центрах планування сім'ї, перинатальних центрах.

2) ***Матеріально-технічне забезпечення.*** Складовими рішення даної задачі є оптимізація табелю оснащення (ТО) сімейної амбулаторії з несенням в нього обладнання, інструментарію, засобів медичного призначення, які необхідні для виконання поставлених задач та забезпечення базовим обладнанням та експрес системами для експрес діагностики визначених клінічних станів жінок та інформаційно-методичними матеріалами. Враховуючи, що всі сімейні амбулаторії України уклали договори з національною службою здоров'я на надання медичної допомоги прикріпленому населенню та фінансування наданих послуг можна

говорити про те, що всі вони забезпечені комп'ютерами і підключені до мережі Інтернет і це дозволяє створити реєстр жіночого населення з визначенням стану здоров'я кожної жінки та обсягу наданих послуг.

3) **Складові акушерсько-гінекологічної медичної допомоги на первинному рівні** включають комплекс профілактичної, діагностичної та лікувальної медичної допомоги. Сюди включається розділ роботи первинної ланки по зв'язку та організації сумісної медичної допомоги з закладами охорони здоров'я акушерсько-гінекологічної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги з розробкою маршрутів пацієнтів в залежності від клінічного стану жінок.

4) **Комунікації та профілактична робота.** В процесі інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень даний кластер відіграє надзвичайно важливе значення. В рамках даного кластеру передбачається формування прихильності жінок до отримання медичної допомоги у сімейного лікаря та періодичного (щорічного) проходження цільових профілактичних оглядів на виявлення на ранніх стадіях розвитку візуальних форм злоякісних новоутворень (ЗН) та передракових захворювань. Важливою складовою моделі є профілактика небажаної вагітності і як наслідок скорочення кількості абортів та організація школи «Відповідального батьківства» з підготовкою сім'ї до народження дитини. Складовою кластеру є формування у підлітків та молоді культури сексуальної поведінки та навчання безпечним статевим контактам з профілактики інфікування ВІЛ, ПСШ та небажаної вагітності. При цьому рекомендовано для використання форм та каналів як групової так і індивідуальної комунікації.

Базуючись на кластерній моделі забезпечення комплексної медичної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні розроблена система комплексної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні. Вона представлена на рис. 2.

Система складається із двох складових: гінекологічна та акушерська медична допомога. Такий розподіл пов'язаний з тим, що забезпечення кожної із них потрібні різні компетенції як сімейних лікарів так і сімейних медичних сестер.



Рис. 1. Кластерна модель забезпечення комплексної медичної допомоги жінкам на первинному рівні



Рис. 2. Система комплексної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні медичної допомоги

Центральним елементом системи виступають жінки, які потребують акушерсько-гінекологічних медичних послуг профілактичної, діагностичної та лікувальної спрямованості.

Гінекологічна складова системи передбачає забезпечення високого рівня гінекологічного та репродуктивного здоров'я, а акушерська складова передбачає комплекс заходів, які пов'язані з плануванням сім'ї та народженням здорової дитини.

Впровадження даної системи може бути поетапним. Етапність і її терміни можуть бути на різних адміністративних територіях різними. Вони пов'язані з рівнями та можливими термінами теоретичної та практичної підготовки сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до виконання ними тих чи інших видів акушерсько-гінекологічної допомоги та підготовки ресурсної бази сімейних амбулаторій. Рекомендується в кожному Центрі первинної медико-санітарної допомоги розробити відповідні плани інтеграції медичної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень.

З метою мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів до набуття необхідних компетенцій та надання акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні розробити та запровадити мотиваційні механізми як на державному так і місцевому рівнях.

На державному рівні такими засобами можуть бути визначені Національною службою здоров'я України механізми оплати працівникам первинного рівня оплати за надану акушерсько-гінекологічну допомогу, а на місцевому рівні - місцеві економічні стимули за визначеними індикаторами.

Пріоритетні напрями інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню України на первинний рівень

Експертним шляхом було визначено та представлено напрями діяльності первинної медико-санітарної допомоги з надання комплексних послуг акушерсько-гінекологічного профілю. Результати експертної наведено в табл.1.

Найвищу оцінку експертів отримали наступні напрями: проведення профілактичних оглядів для виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку (організатори охорони здоров'я, сімейні лікарі, лікарі акушери-гінекологи по 100%, жінки – 96,4%), комплексна інформаційно-просвітницька робота серед жіночого населення з питань профілактики захворювань та збереження репродуктивного здоров'я (93,7%, 98,4%, 100,0 та 96,8% відповідно), інформаційно-просвітницька робота серед дівчат-підлітків з питань безпечної сексуальної поведінки та збереження репродуктивного здоров'я (94,9%, 94,5%, 94,6%, 91,5% відповідно), надання невідкладної медичної допомоги жінкам акушерсько-гінекологічного профілю (94,9%, 98,4%, 95,7% та 81,0% відповідно), скерування, по необхідності, жінок для отримання спеціалізованої медичної допомоги на вищій рівні її надання (підтримано всіма експертами). При цьому найнижчу оцінку експертів отримали наступні напрями акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні: надання консультативних послуг із профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, їх синдромна діагностика та лікування (79,7%, 82,7%, 80,4%, 68,9%), діагностика та надання медичної допомоги жінкам при найбільш поширених гінекологічних захворюваннях (88,6%, 85,8%, 90,2%, 78,2% відповідно).

Рівень підтримки жінками окремих послуг акушерсько-гінекологічного профілю на первинному рівні нами оцінено як рівень їх первинної прихильності отримувати вказані послуги у сімейних лікарів. За даними експертного опитування рівень прихильності жінок отримувати окремі медичні послуги акушерсько-гінекологічного профілю у сімейних лікарів є не високим.

Таблиця 1

Напрями діяльності первинної медико-санітарної допомоги з надання комплексних послуг акушерсько-гінекологічного профілю (результати експертної оцінки)

Напрями діяльності та види медичних послуг	Організатори охорони здоров'я		Сімейні лікарі		Лікарі акушери-гінекологи		Жінки	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Комплексна інформаційно-просвітницька робота серед жіночого населення з питань профілактики захворювань та збереження репродуктивного здоров'я.	74	93,7	125	98,4	92	100,0	240	96,8
Інформаційно-просвітницька робота серед дівчат-підлітків з питань безпечної сексуальної поведінки та збереження репродуктивного здоров'я.	75	94,9	120	94,5	87	94,6	227	91,5
Просвітницька робота серед батьків дівчат-підлітків та вчителів з їх інформування про особливості виховної роботи в пубертатний період.	72	91,1	112	88,2	83	90,2	201	81,0
Проведення профілактичних оглядів для виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку	79	100,0	127	100,0	92	100,0	239	96,4
Надання консультативних послуг із планування сім'ї	70	88,6	120	94,5	87	94,6	217	87,5
Ведення вагітних із фізіологічним перебігом вагітності	72	91,1	117	92,1	82	89,1	192	77,4
Організація роботи школи відповідального батьківства	74	93,7	112	88,2	82	89,1	187	75,4
Медичний нагляд за жінками в післяпологовий період	72	91,1	117	92,1	82	89,1	192	77,4

Діагностика та надання медичної допомоги жінкам при найбільш поширених гінекологічних захворюваннях	70	88,6	109	85,8	83	90,2	194	78,2
Надання консультативних послуг із профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, їх синдромна діагностика та лікування.	63	79,7	105	82,7	74	80,4	171	68,9
Надання невідкладної медичної допомоги жінкам акушерсько-гінекологічного профілю	75	94,9	125	98,4	88	95,7	201	81,0
Скерування, по необхідності, жінок для отримання спеціалізованої медичної допомоги на вищі рівні її надання.	79	100,0	127	100,0	92	100,0	248	100,0

Було проведено експертне оцінювання пріоритетності управлінських заходів по забезпеченню ефективної інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень. Управлінські заходи, які необхідно прийняти для ефективної інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень розділено за рівнями їх прийняття: галузевий, регіональний, територіальний та місцевий. Результати проведеної експертної оцінки наведено в табл.2.

Найвищу оцінку експертів отримало прийняття в першу чергу наступних управлінських рішень: на рівні територіальних громад затвердити місцеві мотиваційні механізми для сімейних лікарів та сімейних медичних сестер (організатори охорони здоров'я та сімейні лікарі по 100,0%, лікарі акушері-гінекологи по 89,1%, жінки – 92,7%), на рівні адміністративних територій затвердити раціональні маршрути для жінок із акушерсько-гінекологічною патологією (100,0%, 96,8%, 92,4%, 92,7% відповідно), на рівні МОЗ України удосконалити таблиць оснащення сімейних амбулаторій у відповідності до медичних послуг акушерсько-гінекологічного профілю (98,7%, 98,4%, 98,9%, 97,2 відповідно), на рівні територіальних громад затвердити комплексні плани інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень (92,4%, 96,1%, 88,0%, 87,1% відповідно).

Високий рівень оцінки експертів отримала необхідність розробки вищими навчальними закладами навчальних програм з підготовки сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до надання комплексних послуг акушерсько-гінекологічного профілю та затвердження на рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги планів-графіків теоретичної та практичної підготовки сімейних лікарів та сімейних медичних сестер з надання визначених послуг акушерсько-гінекологічного профілю.

При експертному визначенні пріоритетності організаційних заходів щодо забезпечення ефективної інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень результати якого наведено в табл.3 встановлено, що

Таблиця 2

Пріоритетність управлінських заходів щодо забезпечення ефективної інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень (результати експертної оцінки)

Напрями діяльності та види медичних послуг	Організатори охорони здоров'я		Сімейні лікарі		Лікарі акушери-гінекологи		Жінки	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
На рівні територіальних громад затвердити комплексні плани інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень	73	92,4	122	96,1	81	88,0	216	87,1
На рівні центрів громадського здоров'я підготувати та поширити серед сімейних лікарів методичні матеріали для проведення комплексної інформаційно-просвітницької роботи	78	98,7	127	100,0	90	97,8	245	98,8
На рівні МОЗ України удосконалити табель оснащення сімейних амбулаторій у відповідності до медичних послуг акушерсько-гінекологічного профілю.	78	98,7	125	98,4	91	98,9	241	97,2
На рівні територіальних громад затвердити місцеві мотиваційні механізми для сімейних лікарів та сімейних медичних сестер	79	100,0	127	100,0	82	89,1	230	92,7
На рівні МОЗ України затвердити розмежування обов'язків між сімейними лікарями та сімейними медичними сестрами з надання медичної допомоги жінкам.	72	91,1	115	90,6	84	91,3	225	90,7

На рівні адміністративних територій затвердити раціональні маршрути для жінок із акушерсько-гінекологічною патологією.	79	100,0	123	96,8	85	92,4	230	92,7
На рівні центрів первинної медико-санітарної допомоги затвердити плани-графіки теоретичної та практичної підготовки сімейних лікарів та сімейних медичних сестер для надання комплексних послуг акушерсько-гінекологічного профілю.	74	93,7	125	98,4	90	97,8	238	95,9
На рівні вищих навчальних закладів розробити навчальні програми з підготовки сімейних лікарів та сімейних медичних сестер для надання комплексних послуг акушерсько-гінекологічного профілю.	74	93,7	125	98,4	87	94,6	238	95,9
На рівні адміністративних територій затвердити механізми взаємодії між сімейними лікарями та спеціалізованими акушерсько-гінекологічним службами.	72	91,1	117	92,1	84	91,3	230	92,7

Таблиця 3

Пріоритетність організаційних заходів щодо забезпечення ефективної інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень (результати експертної оцінки,%±m)

Напрями діяльності та види медичних послуг	Організатори охорони здоров'я		Сімейні лікарі		Лікарі акушери-гінекологи		Жінки	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Забезпечення сімейних лікарів методичними та наглядними матеріалами для проведення інформаційно-просвітницької роботи серед жіночого населення.	79	100,0	127	100,0	92	100,0	248	100,0
Забезпечення сімейних лікарів методичними та наглядними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед дівчат-підлітків та їх батьків і вчителів.	72	91,1	127	100,0	87	94,6	217	87,5
Створення сайту кожного сімейного лікаря з формуванням інформаційного спеціалізованого розділу для жінок.	75	94,9	120	94,5	85	92,4	207	83,5
Забезпечення сімейних амбулаторій засобами медичного призначення необхідними для надання послуг акушерсько-гінекологічного профілю.	72	91,1	122	96,1	84	91,3	241	97,2
Формування у жінок прихильності отримувати медичну допомогу у сімейних лікарів	73	92,4	115	90,6	83	90,2	209	84,3
Підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до проведення профілактичних оглядів жінок	79	100,0	127	100,0	92	100,0	231	93,1

Підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до надання консультативних послуг із планування сім'ї	74	93,7	120	94,5	83	90,2	217	87,5
Підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до діагностики вагітності, ведення вагітних та жінок в післяпологовому періоді.	75	94,9	127	100,0	92	100,0	201	81,0
Підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до надання медичної допомоги жінкам при найбільш поширених гінекологічних захворюваннях	71	89,9	117	92,1	87	94,6	206	83,1
Підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до надання послуг із інфекцій, що передаються статевим шляхом, їх діагностики та лікування.	65	82,2	113	88,9	74	88,4	192	77,4
Підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до надання невідкладної медичної допомоги жінкам акушерсько-гінекологічного профілю	76	96,2	125	98,4	92	100,0	223	89,9
Запровадження механізмів взаємодії між сімейними лікарями та спеціалізованими акушерсько-гінекологічним службами включаючи раціональні маршрути жінок	77	97,5	127	100,0	90	97,8	244	98,4

всі експерти підтримали необхідність забезпечення сімейних лікарів методичними та наглядними матеріалами для проведення інформаційно-просвітницької роботи серед жіночого населення та практично всі експерти підтримали необхідність підготовки сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до проведення профілактичних оглядів жінок.

Високий рівень підтримки експертів отримала пріоритетність проведення таких організаційних заходів як підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до діагностики вагітності, ведення вагітних та жінок в післяпологовому періоді (організатори охорони здоров'я 94,9%, сімейні лікарі та лікарі акушери-гінекологи по 100,0%, жінки – 81,0%), а також підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до надання невідкладної медичної допомоги жінкам акушерсько-гінекологічного профілю (96,2%, 98,4%, 100,0%, 89,9% відповідно) та запровадження механізмів взаємодії між сімейними лікарями та спеціалізованими акушерсько-гінекологічним службами, включаючи раціональні маршрути для жінок, які потребують спеціалізованої медичної допомоги (97,5%, 100,0%, 97,8%, 98,4% відповідно).

Компетенції лікарів загальної практики-сімейних лікарів з надання комплексної медичної допомоги жіночому населенню на первинному рівні

Компетенції лікарів загальної практики-сімейних лікарів з надання комплексної медичної допомоги жіночому населенню на первинному рівні визначалися експертним шляхом. Найвищу оцінку лікарів загальної практики - сімейних лікарів отримали наступні послуги жінкам на первинному рівні: формування мотивації у жінок до регулярного проходження цільових профілактичних оглядів, проведення новоутворень на ранніх стадіях розвитку, діагностика ускладнень вагітності та визначення тактики дії при них, проведення інформаційних заходів, спрямованих на пропаганду здорового способу життя, формування відповідального батьківства, зміцнення сімейно-шлюбних відносин, підвищення кваліфікації з питань надання медичної

допомоги жінкам (по 100,0%), формування у жінок прихильності отримувати акушерсько-гінекологічної допомоги у сімейного лікаря, пояснення подружнім парам щодо використання засобів попередження небажаної вагітності, діагностика вагітності та забезпечення динамічного медичного нагляду за вагітною з фізіологічним її перебігом, нагляд за жінками які перенесли оперативні втручання акушерсько-гінекологічного профілю, нагляд за жінками після стаціонарного лікування з приводу злоякісних новоутворень (по 96,0%).

Для забезпечення жіночого населення визначеними послугами лікарі загальної практики - сімейні лікарі повинні володіти відповідними компетенціями. Результати оцінки експертами необхідних для сімейних лікарів компетенцій для надання жіночому населенню комплексних медичних послуг з планування сім'ї наведено в табл.4.

Таблиця 4

Необхідні сімейним лікарям компетенції для надання жіночому населенню медичних послуг (результати експертної оцінки)

Види медичних послуг	Лікарі акушери - гінекологи		Сімейні лікарі	
	абс	%	абс	%
Здатність до формування у жінок прихильності отримувати акушерсько-гінекологічної допомоги у сімейного лікаря.	21	84,0	24	96,0
Здатність до формування у підлітків та молоді безпечної статевої поведінки та відповідального ставлення до збереження репродуктивного здоров'я.	22	88,0	21	84,0
Здатність до проведення діагностики та визначення тактики при гострих гінекологічних захворюваннях	23	92,0	24	96,0
Здатність до проведення діагностики та визначення тактики при хронічних гінекологічних захворюваннях	19	76,0	22	88,0
Здатність до забезпечення профілактики та визначення тактики при захворюваннях репродуктивної системи у чоловіків та жінок	19	76,0	21	84,0

Здатність до формування мотивації у жінок до регулярного проходження цільових профілактичних оглядів	25	100,0	25	100,0
Здатність до проведення профілактичних оглядів з метою виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку	25	100,0	25	100,0
Здатність до профілактики, визначення тактики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	22	88,0	24	96,0
Здатність до пояснення супружнім парам щодо використання засобів попередження небажаної вагітності	21	84,0	24	96,0
Здатність до проведення діагностики вагітності та забезпечення динамічного медичного нагляду за вагітною з фізіологічним її перебігом.	22	88,0	24	96,0
Здатність до проведення діагностики ускладнень вагітності та визначення тактики дії при них.	23	92,0	25	100,0
Здатність до здійснення медичного нагляду за жінками які перенесли оперативні втручання акушерсько-гінекологічного профілю.	23	92,0	25	100,0
Здатність до здійснення медичного нагляду за жінками після стаціонарного лікування з приводу злоякісних новоутворень.	24	96,0	24	96,0
Здатність до проведення інформаційних заходів, спрямованих на пропаганду здорового способу життя, формування відповідального батьківства, зміцнення сімейно-шлюбних відносин	23	92,0	25	100,0
Здатність та прихильність до підвищення кваліфікації сімейних лікарів та сімейних медичних сестер з питань надання комплексної медичної допомоги жіночому населенню	25	100,0	25	100,0

Аналіз рекомендованих експертами для забезпечення сімейних лікарів компетенцій та їх співставлення із переліком медичних послуг жінкам,

які мають надаватися на первинному рівні вказує на їх певну відповідність. Це значить, що експерти рекомендували для набуття сімейними лікарями компетенцій, які необхідні для надання рекомендованих ними медичних послуг.

Найбільш прийнятні шляхи набуття сімейними лікарями необхідних компетенцій

Вивчено експертним шляхом найбільш прийнятні для сімейних лікарів шляхи набуття необхідних компетенцій для надання комплексних медичних послуг жіночому населенню. Результати наведено в табл. 5.

Таблиця 5

Найбільш прийнятні шляхи набуття лікарями загальної практики - сімейними лікарями компетенцій необхідних для надання комплексних медичних послуг жіночому населенню (результати експертної оцінки)

Шляхи набуття необхідних компетенцій	Лікарі акушери -гінекологи (п-25)		Сімейні лікарі (п-50)	
	абс	%	абс	%
Курси тематичного удосконалення	21	84,0	43	86,0
Короткотривалі тренінги	23	92,0	45	90,0
Дистанційні вебінари	11	44,0	39	78,0
Майстер-класи	24	96,0	47	94,0
Семінари	9	36,0	23	46,0
Наукова література	5	20,0	19	38,0
Методична література	10	40,0	21	42,0
Стажування на робочому місці в жіночій консультації	15	60,0	37	74,0
Стажування на робочому місці в центрі планування сім'ї	12	48,0	31	62,0
Наукові конференції	10	40,0	12	24,0
Телекомунікації з лікарями-консультантами	15	60,0	43	86,0

На думку незалежних експертів як лікарів акушерів-гінекологів так і лікарів загальної практики - сімейних лікарів найбільш прийнятними шляхами набуття сімейними лікарями необхідних компетенцій для надання комплексних медичних послуг жінкам є майстер-класи 96,0% та 94,0% відповідно, короткотривалі тренінги - 92,0% та 90,0% відповідно, телекомунікації з лікарями-консультантами – 60,0% та 86,0% відповідно, стажування на робочому місці в жіночій консультації – 60,0% та 74% відповідно.

Найнижче експерти оцінили можливість використання для набуття необхідних компетенцій використання наукової літератури 20,0% та 38,0% відповідно і відвідування наукових конференцій 40,0% та 24,0% відповідно.

Таким чином найбільш прийнятними шляхами набуття сімейними лікарями необхідних компетенцій для надання комплексних медичних послуг жінкам є заходи які не потребують великої кількості часу є найбільш ефективними в плані набуття теоретичних знань та оволодіння практичними навичками.

Алгоритм підготовки системи первинної медико-санітарної допомоги до надання комплексної медичної допомоги жінкам

Підготовка системи первинної медико-санітарної допомоги до надання комплексної медичної допомоги жінкам має бути системною і здійснюватися на галузевому, регіональному рівнях та на рівні кожного центру первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Комплекс медичної допомоги жінкам на первинному рівні включає наступні напрямки: допомога при гінекологічних захворюваннях, допомога при вагітності та в післяпологовому періоді, допомога, пов'язана із плануванням сім'ї та попередженням небажаної вагітності, допомога при інфекціях, що передаються статевим шляхом, послуги, які пов'язані з виявленням візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку та забезпечення медичного нагляду за жінками, що мають злоякісні новоутворення репродуктивної системи і пройшли курс лікування в онкологічному стаціонарі.

Для комплексного рішення поставленої задачі на галузевому рівні мають бути здійсненні наступні організаційні заходи та прийняті управлінські рішення, в результаті яких має бути забезпечена комплексна підготовка лікарів загальної практики-сімейних лікарів і сімейних медичних сестер до виконання ними поставлених завдань та сформована необхідна для вказаної роботи матеріально-технічна база сімейних амбулаторій.

Міністерство охорони здоров'я України, із залученням провідних закладів післядипломної медичної освіти, має розробити та затвердити стратегію підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів і сімейних медичних сестер із зазначеного надзвичайно актуального і важливого напрямку діяльності.

Дана стратегія має включати програми, форми, бази, терміни підготовки. Крім того, на даному рівні управління має бути визначена система підготовки для медичних працівників інформаційних матеріалів з єдиними методичними підходами до надання жінкам медичної допомоги з визначенням їх тактики при різних клінічних станах. На завдання МОЗ України має бути створений єдиний сайт для сімейних лікарів з щомісячним поновленням та доповненням науково-методичної та управлінської інформації з забезпечення жінок комплексною медичною допомогою.

Підготовка лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) та сімейних медичних сестер з зазначеного питання в закладах післядипломної освіти потребуватиме занадто багато часу та ресурсів. Тому для рішення даної задачі в короткий термін і з мінімальними затратами нами пропонується модель покрокової підготовки медичних працівників. Вона полягає в наступному.

На замовлення МОЗ України в провідних закладах післядипломної медичної освіти за розробленими і затвердженими програмами проводиться теоретична і практична підготовка тренерів для всіх регіонів України з кожного напрямку медичної допомоги. За рекомендацією регіонального органу управління охороною здоров'я в закладі післядипломної медичної освіти проводиться відбір слухачів даних курсів з визначенням їх професійних та

комунікаційних характеристик і потенційних можливостей стати провідником вибраного напрямку діяльності на первинному рівні в регіоні.

Стратегією, про яку говорилося вище, має бути передбачено не одноразове навчання регіональних тренерів, а регулярна їх участь у тематичних семінарах та тренінгах на галузевому рівні і заходах з обміну досвідом.

За участю лікарів акушерів-гінекологів, ЛЗП-СЛ та організаторів охорони здоров'я мають бути розроблені пропозиції до таблицю матеріально-технічного оснащення сімейних амбулаторій, впровадження якого забезпечить можливість надавати жінкам комплексну медичну допомогу. Дані пропозиції повинні бути затверджені доповненням до наказу МОЗ України від 08.04.2019 № 797 «Про внесення змін до Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу». Також мають бути внесені доповнення до наказу МОЗ України від 19.03.2018 №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» з визначенням функцій ПМСД з надання комплексної медичної допомоги жіночому населенню, які мають бути запропоновані Міністерству охорони здоров'я робочою групою відповідних спеціалістів.

Всі ухвалені МОЗ України управлінські рішення мають бути враховані Національною службою здоров'я України при підготовці пакету медичних послуг для первинної медичної допомоги на 2021 рік.

Алгоритм підготовки системи первинної медико-санітарної допомоги до надання комплексної медичної допомоги жінкам на рівні регіону.

Відповідальним за підготовку системи первинної медико-санітарної допомоги до надання комплексної медичної допомоги жінкам на рівні регіону є орган управління охороною здоров'я обласної/міської державної адміністрації. З метою проведення відповідної підготовки регіональний орган управління охороною здоров'я має прийняти відповідні управлінські рішення та провести організаційні заходи.

З метою забезпечення підготовки системи первинної медико-санітарної допомоги на рівні регіону до надання комплексної медичної допомоги жінкам

має бути розроблена за участю відповідних спеціалістів (організатори охорони здоров'я, ЛЗП-СЛ, лікарі акушери-гінекологи, представники закладів післядипломної медичної освіти, представники системи громадського здоров'я) та затверджена регіональна комплексна програма.

Складовими програми мають стати заходи по забезпеченню системи ПМСД необхідною матеріально-технічною базою, підвищення рівня теоретичних та практичних компетентностей медичних працівників первинної ланки з питань комплексної медичної допомоги жіночому населенню, запровадження комплексних комунікаційних програм із населенням, розробка механізмів організаційних зв'язків між медичними працівниками ПМСД та акушерсько-гінекологічними службами закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги.

Важливою складовою заходів регіонального рівня є створення реєстру медичних працівників первинного рівня надання медичної допомоги - ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер з регулярним його поповненням. Наступним кроком має бути на базі обласного тренінгового центру розробка графіку тренінгів для медичних працівників ПМСД за кожним напрямком надання на рівні ПМСД медичної допомоги жінкам. Графік має бути розроблено таким чином, щоб охопити всіма видами занять всіх медичних працівників первинної ланки регіону. Наш досвід проведення відповідних занять вказує на те, щоб в проведенні тренінгів одночасно брали участь як ЛЗП-СЛ, так і їх сімейні медичні сестри. Другою потребою стає визначення практичних баз проведення тренінгів, що забезпечить відпрацювання практичних навичок. Враховуючи, що одночасно післядипломну підготовку в регіоні буде проходити велика кількість медичних працівників первинної ланки медичної допомоги, рекомендується практичними базами для відпрацювання навичок затверджувати спеціалізовані заклади охорони здоров'я не тільки в адміністративному центрі регіону, а і на його адміністративних територія. Це наблизить місце проведення занять до місця проживання слухачів і розподілить навантаження за закладами охорони здоров'я.

Проводити заняття в регіонах за єдиними програмами мають підготовлені в закладах післядипломної медичної освіти тренери та викладачі медичних університетів/інститутів.

В рамках комунікацій з населенням задача стоїть в представлені кращого досвіду сімейних лікарів з надання медичної допомоги жінкам та формування у них прихильності отримувати медичну допомогу на первинному рівні.

Алгоритм підготовки системи первинної медико-санітарної допомоги до надання комплексної медичної допомоги жінкам на рівні закладу охорони здоров'я.

На рівні закладу охорони здоров'я проводиться детальне вивчення, аналіз та прогнозування:

1. Показників чисельності жіночого населення та стану його здоров'я і потреби в медичній допомозі.
2. Визначення рівня готовності жіночого населення отримувати медичну допомогу у сімейних лікарів, причин відмови та організація роботи з усунення причини невмотивованості до цього.
3. Моніторинг та аналіз недоліків в питаннях надання медичної допомоги жінкам з послідуочим навчанням з метою унеможливити їх повторення.

Висновки

Використання запропонованих методичних рекомендацій дозволить провести ефективну інтеграцію акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень медичної допомоги та забезпечити надання доступної та ефективної комплексної медичної допомоги жінкам лікарями загальної практики-сімейними лікарями.

Література

Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/T172168.html – Назва з екрану

Наказ МОЗ України від 08.04.2019 № 797 «Про внесення змін до Примірною табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу». [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/2/11606-dn_20190408_797.pdf – Назва з екрану

Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> – Назва з екрану

Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрагування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. Київ. 2020. – 59 с.

Рак в Україні: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби [Електронний ресурс] / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Є.Л. Горох, А.Ю. Ришов, О.В. Сумкіна, Л.Б. Куценко. - 2019. - Режим доступу до ресурсу: <http://www.ncsu.inf.ua/publications/> (дата звернення 14.04.2020). - Назва з екрану.

Слабкий Г.О. Характеристика абортів у жінок України/Г.О. Слабкий, О.С.Щербинська // Економіка і право охорони здоров'я України. 2019. - №1-С.70-74

Слабкий Г.О. Щербинська О.С. Рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих теоретичних знань і практичних вмінь та знань і вмінь сімейних// The Unity of Science. June, 2019 - С.70-72

Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2017 рік. [Електронний ресурс] / Центр медичної статистики МОЗ України - 2018. - Режим доступу до ресурсу: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVII.html> / (дата звернення 20.06.2020). - Назва з екрану.

Щербинська О.С. Надання лікарями загальної практики – сімейними лікарями акушерсько-гінекологічної допомоги та характеристика взаємозв'язку первинної ланки з акушерсько-гінекологічними службами/О.С. Щербинська, Г.О.Слабкий // Сімейна медицина. 2019 . - №3-. – С. 63-67

ІНТЕГРАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Розробники:

Слабкий Г.О. – доктор медичних наук, професор

Щербинська О.С. – кандидат медичних наук,

Методичні рекомендації рекомендовано для організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Дані про типорафію. Заказ липень 2020 року.