

3.1. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНИХ АМБУЛАТОРІЙ

*Геннадій Слабкий, Лариса Матюха,
Анна-Марія Пішковці, Rade Iljaž, Hrvoje Tiljak,
Suzanna Kert, Irena Vatovec-Progar, Tatjana Cvetko*

Навчальні цілі:

- Організаційна структура системи первинної медичної допомоги
- Вимоги до організації роботи лікарської амбулаторії – приміщення та обладнання
- Фінансування діяльності сімейної амбулаторії
- Командна робота
- Організаційна культура та моніторинг і оцінка діяльності сімейної медицини

ВСТУП

Організація та надання послуг з ПМД в Україні ґрунтується на принципах: доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання; безпечності, що полягає в наданні послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок; результативності, що проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та принципів доказової медицини; своєчасності; економічної ефективності, що досягається шляхом надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат; недискримінації, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками; орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В державній системі охорони здоров'я України систему первинної медичної допомоги формує центр первинної медичної допомоги. Цен-

три первинної медичної допомоги (ЦПМД) були створені в результаті юридичного та фінансового розмежування закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги. На початок 2020 року в Україні функціонувало 799 ЦПМД, у тому числі 587 в сільських адміністративних районах.

Основними завданнями і напрямками діяльності ЦПМД на галузевому рівні визначено: організацію надання прикріпленому населенню ПМД; забезпечення належної доступності та якості ПМД для прикріпленого населення; організацію взаємодії із ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі – ВМД), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі – ТМД), екстрену медичну допомогу (далі – ЕМД), паліативну медичну допомогу, медичну реабілітацію; організацію та надання невідкладної медичної допомоги населенню; планування розвитку ПМД; проведення організаційно-методичної роботи за напрямом ПМД; здійснення фінансового та матеріально-технічного забезпечення ПМД; забезпечення кадрового укомплектування; забезпечення взаємодії між підрозділами ЦПМСД в інтересах удосконалення надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення; сприяння доступності для населення сільської місцевості стоматологічної та екстреної допомоги, забезпечення лікарськими засобами.

При цьому, відповідно до покладених завдань, ЦПМД забезпечує: надання населенню ПМД; проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань; раннє виявлення та профілактику неінфекційних захворювань, визначення груп підвищеного ризику; раннє виявлення та профілактику інфекційних захворювань, у тому числі соціально небезпечних; проведення санітарно-просвітницької роботи, навчання населення здорового способу життя, основ надання самопомоги та взаємодопомоги; проведення скринінгу захворювань, раннє виявлення яких веде до зменшення інвалідизації і смертності населення; надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей; здійснення відбору хворих для отримання відновного лікування відповідно до показань; проведення експертизи тимчасової втрати працездатності; підготовку медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та на медико-соціальну реабілітацію; виписку рецептів для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення та за певними категоріями захворювань відповідно до чинного законодавства; управління та контроль якості надання медичної допомоги у своїх підрозділах; наступність та послідовність медичного обстеження, лікування та реабілітацію пацієнтів у взаємодії з іншими ЗОЗ відповідно до медичного маршруту пацієнта, направлення пацієнтів для отримання інших видів медичної допомоги.

ЦПМСД створюють на базі амбулаторій умови для: проведення візних прийомів лікарями-спеціалістами ЗОЗ вторинного рівня; взаємодії своїх структурних та відокремлених структурних підрозділів з дошкіль-

ними навчальними закладами, навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями, органами місцевого самоврядування в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення; реалізації права громадян вільно вибирати лікаря, що надає ПМД; надання роботодавцю повідомлення про звернення потерпілого з посиланням на нещасний випадок на виробництві або про наявність підозри про гостре професійне захворювання; проводять організаційно-методичну роботу з надання ПМД у своїх підрозділах за такими напрямками: збір, узагальнення та контроль достовірності статистичної інформації; надання звітів та оперативної інформації до територіальних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики; аналіз стану здоров'я населення; вивчення і прогнозування потреби населення у ПМД; планування лікувально-профілактичних заходів відповідно до потреб населення; аналіз доступності ПМД для населення, планування розвитку мережі та її кадрового забезпечення; організація підвищення професійної кваліфікації кадрів, у тому числі навчання за напрямом визначеної спеціалізації; впровадження сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, сучасних інформаційних технологій; впровадження та вдосконалення системи управління якістю надання ПМД; аналіз стану фінансового забезпечення ЦПМСД, його підрозділів та розробку фінансових планів; здійснення закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та інвентарю; утримання будівель, споруд і технічних засобів ЦПМСД та його підрозділів у належному стані; технічне обслуговування медичного обладнання у підрозділах ЦПМСД; контроль за використанням матеріально-технічних ресурсів у підрозділах ЦПМСД; облік матеріальних цінностей, у тому числі медичного обладнання та інвентарю; планування та організація проведення планово-попереджувальних ремонтів, ремонтно-будівельних робіт на об'єктах ЦПМСД та організація налагоджувальних робіт при підготовці до експлуатації медичної апаратури та обладнання; спеціальне навчання і перевірка знань з питань охорони праці посадових осіб ЦПМСД та працівників, зайнятих на роботах з підвищеною небезпекою.

Основними структурними підрозділами ЦПМД є лікарські амбулаторії та в сільській місцевості фельдшерсько-акушерські пункти для надання долікарської допомоги. В складі ЦПМД функціонує 5587 лікарських амбулаторій. Крім того, в державній системі охорони здоров'я функціонує 229 самостійних закладів загальної практики – сімейної медицини та 935 закладів спеціалізованої медичної допомоги мають кабінети сімейного лікаря. В Україні первинну медичну допомогу надають також приватні заклади охорони здоров'я та сімейні лікарі-приватні особи підприємці. В системі охорони здоров'я країни функціонує 11821 фельдшерсько-акушерський пункт.

У системі охорони здоров'я України введено 18 285,00 посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів, що становить 3,60 на 10 тис. населення. Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами становить 77,1%. Також на первинному рівні введено 43 384,75 по-

сад середнього медичного персоналу з рівнем укомплектування 87,9%. Вказані показники мають достовірні розбіжності в розрізі адміністративних територій України.

Формування спроможних мереж сімейних амбулаторій з надання ПМД

Порядком формування спроможних мереж ПМД (Наказ МОЗ України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 № 178/24, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 лютого 2018 р. за № 215/31667 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги») впроваджуються нові підходи до формування спроможних мереж ПМД, зміни до назв та переліку можливих структурних підрозділів мережі ПМД (місць надання ПМД). Зокрема, встановлюються такі типи місць надання ПМД: Центр ПМД, амбулаторія групової практики, амбулаторія монопрактики, пункт здоров'я.

Перші три типи належать до регулярних місць надання ПМД, де прийом пацієнтів лікарем ПМД відбувається в робочі дні. Різниця між ними полягає в кількості лікарів, які працюють в амбулаторіях, та, відповідно, кількості населення, яке вони обслуговують (табл. 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Порівняння типів закладів ПМД

Тип закладу ПМД	Кількість населення, що обслуговується	Кількість лікарів ПМД	Територія до
Центр ПМД	15 000 і більше	7 і більше	Центральна
Амбулаторія групової практики	3 000 і більше	2 і більше	Центральна, периферійна першого порядку
Амбулаторія монопрактики	2 000	1	Периферійна другого порядку

Відповідно до Порядку формування мережі ПМД, спроможна мережа надання ПМД – це сукупність закладів охорони здоров'я всіх форм власності та фізичних осіб-підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, забезпечуючи надання всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до потреб населення, зумовлених його епідеміологічними і соціально-демографічними характеристиками та особливостями його розселення на відповідній території планування.

Головна мета, якою повинні керуватись власники закладів ПМД при плануванні спроможної мережі ПМД, є забезпечення пацієнтам макси-

мальної доступності до всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта кваліфікованої ПМД в умовах ефективного використання ресурсів. Саме ці фактори повинні братися до уваги для визначення місць надання ПМД і забезпечення формування спроможної мережі ПМД.

Формування спроможних мереж надання ПМД здійснюється з урахуванням наявних мереж надання ПМД та визначення територій доступності ПМД (ТД) – сукупності територій населених пунктів у межах однієї території планування.

Орієнтовні нормативи: відстань та шляхи сполучення, які дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів, відповідно до якої розрізняють центральну територію доступності (ТД) і периферійні ТД першого та другого порядків.

При визначенні територіального розташування місць надання ПМД насамперед визначають територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, а після цього – нерегулярних місць надання ПМД як додаткової інфраструктури, що дозволяє забезпечити доступність ПМД для населення відповідної ТД.

Регулярні місця надання ПМД визначаються в межах визначеної ТД ПМД, де амбулаторії відповідного типу (див. табл. 3.1.1) розміщуються в найбільшому населеному пункті певної ТД та обслуговують населення цього населеного пункту і населення в радіусі 7 км.

При визначенні територіального розташування регулярних місць надання ПМД додатково враховуються такі параметри: перспектива наявності кваліфікованого персоналу ПМД (лікаря ПМД); необхідність оптимізації сукупних витрат на транспортування пацієнтів до місць надання ПМД у межах ТД; наявність усталених маршрутів громадського транспорту; історична традиційність територіального розташування місця надання ПМД.

При прийнятті рішення про утворення нерегулярних місць надання ПМД треба враховувати економічну доцільність їх утримання, зокрема порівняти вартість утримання конкретного нерегулярного місця надання ПМД у відповідному населеному пункті з вартістю транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до найближчих регулярних місць надання ПМД в інших населених пунктах за методикою, яку наведено в Порядку формування мережі ПМД.

Необхідно враховувати не тільки поточну ситуацію, але й динаміку розвитку населених пунктів, зміни в чисельності населення, зміни умов проживання для медичного персоналу та ін. Такі альтернативні варіанти дозволять обрати найкращий з них з урахуванням як соціальних, так і економічних перспектив.

Наявність кваліфікованого медичного персоналу є важливою умовою формування суб'єктів надання ПМД та повинна розглядатися одночасно з прийняттям рішення про розбудову мережі ПМД.

Надавачі ПМД можуть утворювати групові практики ПМД для координації надання ПМД, забезпечення безперервності надання ПМД,

раціонального та ефективного використання ресурсів на здійснення медичного обслуговування з надання ПМД.

Надавач ПМД, незалежно від його організаційно-правової форми (ЗОЗ чи ФОП), має право залучати на підставі трудового або цивільно-правового договору третіх осіб для забезпечення надання ПМД. Кількість третіх осіб, які залучаються, та вимоги до їхньої кваліфікації визначаються самостійно надавачем ПМД.

Особливості організації ПМД в сільській місцевості

Організація медичної допомоги в сільській місцевості має кілька особливостей: *по-перше*, мала кількість прикріпленого населення, яке проживає на значній території і з низькою щільністю, що не дозволяє населенню повною мірою реалізувати своє право вибору медичного закладу і лікаря; *по-друге*, спосіб життя сільських мешканців: ненормована в часі виробнича зайнятість; відсутність соціальних умов для повноцінного та здорового відпочинку і, як наслідок, значна поширеність вживання алкоголю та інших шкідливих звичок, низька санітарна культура, більш часте використання методів самолікування і самопризначення лікарських засобів, ігнорування факторів ризику розвитку хронічних захворювань (наприклад, вживання жирної їжі або наявність зайвої ваги) та більш пізні звернення по медичну допомогу в разі виникнення розладів здоров'я.

Реорганізація системи ПМД у сільській місцевості передбачає насамперед зміну її організаційної структури із закладів від фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень та лікарських амбулаторій на амбулаторії сімейного лікаря та групові практики. Такі зміни взаємопов'язані не тільки із суто медичними, але й з правовими, економічними та соціальними аспектами функціонування системи ПМД, врахування яких є основою комплексного підходу до реформування мережі сільської ОЗ.

Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги

Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.

Динамічне спостереження за пацієнтами з діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів з хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.

Надання медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які у зв'язку з цим не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.

Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань.

Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовку та надсилання до закладів громадського здоров'я екстрених повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.

Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (вживання алкоголю, тютюну, інших психоактивних речовин, ризиковані статеві стосунки, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо), та формування навичок здорового способу життя.

Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та організація необхідних оглядів акушером-гінекологом.

Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною відповідно до вікових особливостей та потреб.

Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха та ін.); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, соціальних, психологічних та духовних потреб пацієнта.

Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.

Призначення лікарських засобів та медичних виробів з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства для можливості отримання пацієнтами лікарських засобів в аптеках.

Ведення первинної облікової документації, оформлення затверджених форм довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть (крім випадків обов'язкового проведення патологоанатомічного розтину відповідно до законодавства).

Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я або здоров'я яких позначається на їхньому соціальному статусі.

Взаємодія з суб'єктами системи громадського здоров'я та іншими державними службами, діяльність яких може впливати на стан здоров'я населення.

Крім того, в рамках медичного обслуговування населення надавач ПМД повинен організовувати забезпечення пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями відповідно до переліку в Порядку надання ПМД, а в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, внаслідок якого той потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД, цей лікар повинен викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття надати пацієнту відповідну медичну допомогу.

Незалежно від моделі створення та функціонування надавача ПМД, обсяг послуг ПМД та вимоги до їх надання населенню є однаковими.

Послуги ПМД надаються пацієнтам безпосередньо лікарем з надання ПМД відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Окремі послуги ПМД можуть надаватися іншими медичними працівниками, що входять до складу команди з надання ПМД, самостійно, спільно або під керівництвом лікаря з надання ПМД відповідно до рівня кваліфікації таких медичних працівників.

Оптимальний обсяг практики ПМД становить дві тисячі осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Обсяг практики може відрізнятись від оптимального з урахуванням соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики.

■ ПРИКЛАД

Кількість мешканців вашого муніципалітету значно зросла за останні роки. Влада вирішує відкрити ще одну амбулаторію сімейної медицини і попросити вас представити критерії, яких слід дотримуватися при підготовці цього проєкту.

ВИМОГИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЛІКАРСЬКОЇ АМБУЛАТОРІЇ – ПРИМІЩЕННЯ ТА ОБЛАДНАННЯ

Вимоги до приміщень та обладнання. Одним з важливих завдань раціонально-планувального вирішення будівлі амбулаторії сімейного лікаря, від чого багато в чому залежить і гігієнічний режим у ній, є забезпечення оптимальних шляхів сполучень між функціональними структурними підрозділами і організація потоків хворих, персоналу, допоміжних матеріалів, обладнання та ін. Вимоги до лікувальних стаціонарів (пологових будинків, хірургічних стаціонарів, радіологічних відділень) знайшли своє відображення у діючих нормативних актах. В Україні розроблені нормативні документи, що регламентують територіальне

розміщення закладів охорони здоров'я, вимоги до їх будівництва, водо-забезпечення, енергозабезпечення, каналізування та ін., але при цьому у цих документах відсутні вимоги до амбулаторії сімейного лікаря.

Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства сумісно з МОЗ України розробило рекомендації щодо проектування амбулаторій первинної медичної допомоги у сільській місцевості. Дані рекомендації скеровані на забезпечення надійності та конструктивної безпеки будівель, споруд, будівельних конструкцій та основ, які базуються на комплексі державних будівельних норм. Стандартний рекомендований набір приміщень та обладнання залежить від типу амбулаторії.

Службові приміщення та їх оснащення

Приміщення сімейної амбулаторії повинні бути належним чином обладнані за призначенням, пристосовані до функціональних вимог середовища, до загальних вимог архітектурного дизайну та будівельних конструкцій, типу та якості будівельних матеріалів. Вимоги щодо використання та безпеки, вимоги до фурнітури, світильників, електропроводки та техніки, які визначені для закладів охорони здоров'я, також повинні бути виконані. Нормативні акти визначають: обладнання приміщень, гігієнічні та технічні вимоги, утилізацію відходів тощо.

Службові приміщення повинні бути побудовані та обладнані відповідно до будівельних норм та забезпечення безпеки на роботі. Вони повинні бути підключені до мережі водопостачання та електропостачання та організувати гігієнічну, високоякісну утилізацію відходів. Крім того, необхідно забезпечити утилізацію заражених відходів у закритих контейнерах та їх регулярне вивезення. Наявність таких контейнерів передбачено Табелем оснащення сімейної амбулаторії.

Будівля з приміщеннями медичного призначення повинна відповідати національним санітарно-технічним та гігієнічним вимогам. Вона повинна бути побудована з твердого матеріалу, не піддаватися забрудненню та шуму, що перевищує дозволений значення. Службові приміщення амбулаторії повинні бути побудовані так, щоб їх можна було легко перевірити, а при необхідності їх забезпечують вентиляційним обладнанням. У службових приміщеннях повинні бути постійні джерела опалення, які мають відповідати технічним та екологічним вимогам. Повинні бути виконані санітарні вимоги до системи водопостачання, включаючи дренаж санітарних та стічних вод, електроустановок та підключення до газових та інших установок, а також вимоги пожежної охорони.

Службові приміщення мають бути освітлені денним світлом вдень та штучними джерелами світла вночі. Якщо неможливо забезпечити природне світло в амбулаторії, приміщення мають бути освітлені штучним світлом необхідної потужності.

На території амбулаторії мають бути паркувальні майданчики з доступом для осіб з особливими потребами в інвалідних кріслах. Також має бути забезпеченим під'їзд для автомобілів екстреної медичної допомоги.

Службові приміщення для надання медичної допомоги пацієнтам мають утворювати функціональний професійний комплекс, при цьому розмежовувати потоки пацієнтів з соматичними та інфекційними хворими.

ПРИКЛАД

35-річний клієнт з медичними проблемами сексуального характеру повідомляє нас, що все з кабінету лікаря чути в кімнаті медсестри. Саме тому довгий час він не міг наважитися говорити про свою проблему відкрито. Він говорить дуже тихо і просить направлення на консультацію до венеролога.

Зал очікування повинен забезпечити комфорт пацієнтів. Він має бути обладнаний достатньою кількістю стільців, які можна легко почистити (текстильна оббивка не бажана).

Зал очікування потрібно обладнати стільцями чи лавками, вішалками з поличкою для шапок, підставкою для парасольок, дошкою для оголошень або поличкою для загальної інформації, рекламним та навчальним матеріалом, столиками для змін, маленьким столиком, вогнегасником, графіком роботи, переліком лікарів. Робочі години потрібно вказати на табличці.

Зал очікування повинен мати прямий доступ до санітарного блоку для пацієнтів.

Загальні рекомендації полягають у тому, що кабінети для прийому пацієнтів оснащуються як самостійні підрозділи амбулаторії.

В кабінеті лікаря рекомендується наявність такого обладнання: письмовий стіл, принаймні три крісла, комп'ютер та принтер, необхідне програмне забезпечення та доступ до Інтернету, телефон, хоча б один умивальник, тримач мила, дезінфікуючий засіб, паперові рушники, мило, кушетка для огляду з регульованими підголовником і висотою, простирадла або аркуші паперу для столу, лампи для столу, настінний тримач для одягу для пацієнтів, футляр для книг, полиці, шафа або полиці для просвітницьких матеріалів, два контейнери для сміття (по одному біля столу та умивальника). На дверях повинна бути табличка із зазначенням імені тих, хто працює в кабінеті в даний робочий час. Бажано мати електронний пристрій для виклику пацієнтів.

Шафи для персоналу повинні забезпечувати відокремлення робочого одягу від особистого одягу працівників.

Підключення та ведення електронної системи охорони здоров'я

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. Також система дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти.

Система eHealth призначена для:

- автоматизації збору, зберігання, обробки та надання НСЗУ можливостей адміністрування відповідних процесів у первинній медицині;
- автоматизації медико-технологічних процесів первинної медицини;
- автоматизації процесів виписування медичних рецептів, які будуть використовуватись в урядовій програмі «Доступні ліки»;
- автоматизації обліку пацієнтів, які користуються послугами первинної медицини у відповідних державних, комунальних або приватних закладах первинної та сімейної медицини;
- автоматизації технологічних процесів програми «Доступні ліки» за програмою реімбурсації;
- надання кінцевим користувачам порталу НСЗУ доступу до аналітичної та адміністративної інформації, яка необхідна для забезпечення життєздатності відповідних процесів. Медична інформаційна система (МІС) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка є частиною електронної системи охорони здоров'я та забезпечує реєстрацію користувачів, автоматичне розміщення, отримання і передавання інформації та документів щодо надання медичних послуг, користування сервісами з автоматичним обміном інформацією, доступ до якого здійснюється за допомогою мережі Інтернет.

Декларування закладами наявних кадрових ресурсів (лікарів) для надання первинної медичної допомоги (терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів) відбувається в такому порядку:

1. Керівник закладу ввів інформацію та зареєстрував заклад, отримав посилання для логіну та пароля на вказану ним електронну адресу.
2. Після входу в систему через інтерфейс МІС керівник закладу призначає ролі та вводить інформацію про бухгалтера і представника відділу кадрів закладу (за наявності).
3. На вказану електронну пошту бухгалтеру закладу та представнику відділу кадрів надходять посилання на логін і пароль для входу в систему.
4. Працівник відділу кадрів входить у систему через інтерфейс МІС, призначає ролі та вводить інформацію про лікарів закладу, які надають ПМД:
 - 4.1. Особиста інформація про лікаря (ПІБ, стать, дата народження та інше).
 - 4.2. Інформація про документи, що посвідчують особу лікаря.
 - 4.3. Контактна інформація лікаря.
 - 4.4. Посада і дата, з якої лікар працює на цій посаді в закладі.
 - 4.5. Спеціальність для посади.
 - 4.6. Інформація про навчання у вищому навчальному закладі.
 - 4.7. Інформація про сертифікати, за наявності – атестації, курси підвищення кваліфікації та науковий ступінь лікаря.
5. За потреби представник відділу кадрів призначає ролі та вводить

інформацію про інших працівників, які будуть користувачами системи для роботи з формами декларацій (реєстратори, медсестри, акушерки, фельдшери закладу тощо), використовуючи набір даних співробітника.

6. Інформацію пропонується ввести вручну або скопіювати інформацію з програми управління кадрами (наприклад, з програми «Медичні кадри»).

7. Після введення та перевірки інформації представник відділу кадрів закладу погоджується на її обробку та підтверджує її достовірність.

8. Лікарі та (за наявності) інший персонал отримують на вказані електронні адреси посилання для логіну та пароля для входу в систему.

9. Після входу в систему лікар має можливість створювати декларації пацієнтів та працювати з ними.

Для забезпечення ведення електронної системи охорони здоров'я затвердженим МОЗ України табелем оснащення сімейної амбулаторії передбачена обов'язкова наявність в ній комп'ютерної техніки та інформаційно-програмного забезпечення.

Медичні інструменти та пристрої

Наказом МОЗ України від 26.01.2018 року № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу» з кількома редакціями, внесеними наказами Міністерства охорони здоров'я України від 8 квітня 2019 року № 797, від 8 травня 2020 року № 1103, від 10 грудня 2020 року № 2857, затверджено примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу. Даний табель включає основний список, додатковий список, який застосовується за умови укомплектування основного списку, та обладнання для надання медичних послуг із застосуванням телемедицини.

Основний список включає: пульсоксиметр портативний, електрокардіограф, отоскоп, офтальмоскоп, пікфлоуметр, тонометр з малою, середньою та великою манжетами, таблиці для вимірювання гостроти зору, молоток неврологічний, термометр для вимірювання температури, в тому числі цифровий або інфрачервоний, стетофонендоскоп, апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (глюкометр, смужки, одноразові лангети, одноразові рукавички), центрифугу, одноразові малі хірургічні набори та одноразові набори для огляду), ростомір, ваги для дітей та дорослих, сповивальний столик, медичну вимірювальну стрічку (рулетку), медичний ліхтарик, витратні матеріали одноразового використання: шпателі, оглядові рукавички, рушники паперові, серветки (в тому числі вологі), одноразові простирадла для кушеток, шприци, катетери, вакуумні пробірки, стерильний перев'язувальний матеріал, швидкі тести на скринінг вагітності, тропоніну, ВІЛ, вірусних гепатитів тощо. Необхідно зазначити, що замість одноразових малих хірургічних наборів та одноразових наборів для огляду можуть використовуватися багаторазові набори інструментів за наявності стерилізаторів.

До основного списку входить легковий автомобіль. Визначення типу автомобіля залежить від стану доріг. При плануванні закупівель необхідно враховувати додаткові витрати: оплату праці водія, страховка, реєстрація, паливо, технічне обслуговування тощо. Допускається використання альтернативних варіантів: оренда, лізинг тощо. *Додатковий список включає:* спірометр, мікроскоп, небулайзер, гематологічний аналізатор, біохімічний аналізатор, освітлювач переносний безтіньовий, лабораторний посуд, дозатори, витратні матеріали, стіл для інструментів мобільний, холодильник для зберігання вакцин, ширму, ноші медичні, крісло-каталка.

Список обладнання для надання медичних послуг із застосуванням телемедицини включає: загальну оглядову цифрову камеру (автофокус, цифровий зум, поляризаційний фільтр, автобаланс білого), набір цифрових «скопічних» систем із генератором світла (дерматоскоп, офтальмоскоп, отоскоп, назофарингоскоп, кольпоскоп), інфраактивний цифровий стетоскоп, монітор життєво важливих показників із цифровим інтерфейсом (АТ, термометрія, пульсометрія), 12-канальний електрокардіограф із цифровим інтерфейсом.

Набір для екстреної допомоги. В обов'язки сімейного лікаря в Україні входить надання прикріпленому населенню невідкладної медичної допомоги. Для надання невідкладної допомоги сімейний лікар забезпечується стандартним набором лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах. Даний набір в собі містить: комірцець шийний фіксуєчий для дорослих, комірцець шийний фіксуєчий для дітей, ноші м'які, шини транспортні, шини вакуумні в комплекті з механічним респіратором, апарат дихальний ручний типу мішка Амбу, кисневий балон, киснева маска, апарат наркозний (АН-8), набір для інтубації, змінні клинки, інтубаційні трубки різних розмірів, катетери для відсмоктування, відсмоктувач, ларингоскоп, повітропровідники, язикотримач, роторозширювач, портативний автоматичний дефібрилятор, електрокардіограф з можливістю телеметричної передачі електрокардіографічного сигналу, сфігмоманометр ручний, фонендоскоп комбінований, катетер урологічний, джгут кровоспинний, зонд шлунковий (для дорослих і дітей), катетери для периферійних вен різних розмірів, термометр медичний, шпатель одноразовий, швидкі тести для визначення кардіомаркерів, діагностичні тест-смужки для визначення кетонів у сечі, рукавички гумові хірургічні, набір перев'язувального матеріалу, стандартні набори лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги при різних клінічних станах.

Ліки

Медикаментозне забезпечення на рівні ПМД здійснюється з урахуванням різних категорій населення, в тому числі:

1. Особи з соціально значущими захворюваннями забезпечуються лікарськими засобами в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм (наприклад, національних чи місцевих програм боротьби з ВІЛ/СНІДом, ТБ, вірусними гепатитами тощо).

2. Особи з орфанними захворюваннями забезпечуються лікарськими препаратами і продуктами харчування (за потреби) в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.

3. Забезпечення хворих з хронічними неінфекційними захворюваннями здійснюється: на основі згоди пацієнта на участь у програмі управління хронічними захворюваннями; шляхом призначення лікарських засобів з реєстру засобів, що підлягають відшкодуванню (див. програму «Доступні ліки»).

Крім того, існують окремі програми громадського здоров'я, спрямовані на профілактику інфекційних хвороб (наприклад, програма імунізації населення), медикаментозне забезпечення яких здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.

Також для обслуговування дітей до трьох років має бути в наявності обов'язковий мінімум для патронажу для забезпечення амбулаторного лікування згідно з клінічними протоколами; медикаментозне забезпечення здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.

Діти віком до 17 років, населення вікових груп 18–64 роки та 64 роки і старші отримують амбулаторне лікування відповідно до клінічних протоколів, а медикаментозне забезпечення здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та муніципальних програм.

Друковані та електронні форми в сімейній амбулаторії

В сімейній амбулаторії мають бути в наявності та заповнюватися в нормативно визначені терміни облікові та звітні форми. Дані форми документації визначені відповідними галузевими наказами і є обов'язковими для всіх сімейних амбулаторій.

Також обов'язковими є друковані форми, які потрібні для повсякденної роботи. Це, наприклад, направлення на обстеження, направлення на госпіталізацію, рецептурні бланки.

Крім того, в амбулаторіях в наявності та використанні мають бути бланки документів суворого обліку, до яких належать, наприклад, лікарські листки непрацездатності

Останнім часом все більше використовується Інтернет-ресурс, який застосовується для обліку роботи і формування статистичних звітів, введення необхідних реєстрів тощо. Важливою законодавчою вимогою до використання комп'ютерних технологій та Інтернет-ресурсу є збереження конфіденційності інформації про пацієнтів.

За свою довгу історію державне медичне страхування базується на солідарності та взаємності, неприбутковості, порівняно високому рівні охорони здоров'я та соціального забезпечення, справедливості та включенні всього населення до системи обов'язкового медичного страхування. Розуміння економічного аспекту роботи та існуючих режимів фінансування медичних послуг є передумовою належного прийняття бізнесових та професійних рішень та планування діяльності амбулаторій.

ФІНАНСУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОЇ АМБУЛАТОРІЇ

Амбулаторії сімейної медицини по всій Європі, незалежно від того, перебувають вони в приватній або державній власності, зазвичай діють з виплатами через посередника – медичне страхування. Вони отримують більшу частину свого доходу через контракт з медичними страховими компаніями.

Фінансування діяльності сімейних амбулаторій здійснюється із державного бюджету України шляхом отримання сімейними амбулаторіями (які обов'язково змінюють свій юридичний статус з бюджетних установ на некомерційні неприбуткові підприємства) коштів від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) на підставі укладеного договору про медичне обслуговування населення. Розподіл державних ресурсів регулюється законами та нормативними актами уряду країни. Основними Законами України, які регулюють організацію та фінансування системи охорони здоров'я країни, є: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Бюджетний кодекс», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Фінансування сімейної амбулаторії залежить від кількості населення, яке прикріплене до лікарів, що в ній працюють, та рівня капітаційної ставки, яка затверджується на законодавчому рівні щорічно. Залежно від вікового складу прикріпленого населення застосовуються коригуючі коефіцієнти. В табл. 3.1.2 наводимо порівнянні дані щодо коригуючих коефіцієнтів залежно від вікового складу населення в Україні і Словенії.

Таблиця 3.1.2

Капітаційні збори відповідно до вікової структури населення

Україна			
Вікові групи (роки)	Коефіцієнт	Вікові групи (роки)	Коефіцієнт
0-5	4,00	0-1	3,00
6-17	2,20	1-6	1,90
18-39	1,00	7-18	0,88
40-65	1,20	19-49	0,84
65 і старше	2,00	50-64	1,40
		65-74	2,20
		75 і старше	3,00

Інші форми оплати включають платежі за певні послуги та програми. Приватні заклади мають надавати послуги на платній основі, що не входять у програму медичних гарантій. Тому варто вивчати попит жителів на додаткові медичні послуги та сприяти розвитку ново-

го портфеля послуг на платній основі. Способи оплати та плата за ці послуги залежать від складності процедур, стандартів для персоналу, який виконує процедури, витрат та обладнання і термінів, необхідних для проведення процедури, тощо. Цей комбінований спосіб оплати, з одного боку, гарантує базовий дохід для організації офісних робіт і, з другого боку, стимулює роботу і надання широкого спектра послуг.

Джерелом фінансування первинної ланки медичної допомоги є фінансування окремих цільових програм. Прикладом національної системи фінансування є Урядова програма «Доступні ліки» (реімбурсація), яка запроваджена з 1 квітня 2017 року, та бонусні доплати за досягнення певних, встановлених договором про надання первинної медичної допомоги, результатів, зокрема за певні значення показників, які належать до сфери громадського здоров'я (передбачені Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р). Важливим джерелом фінансування є надходження з місцевих бюджетів.

Забезпечення безперервності охорони здоров'я

Безперервна цілодобова медична допомога населенню, що перебуває на лікуванні у сімейного лікаря, реалізується у формі екстреної та невідкладної медичної допомоги. Уповноваженими працівниками цілодобової медичної допомоги є державні та комунальні заклади охорони здоров'я. Їх діяльність фінансується Національною службою здоров'я України.

КОМАНДНА РОБОТА

Злагоджена командна робота та хороша організація охорони здоров'я мають важливе значення для успіху та якості лікування, особливо у сімейній медицині.

Не існує медичної професії, ані медичного працівника, який би міг самостійно керувати усіма потребами пацієнта. Комплексна допомога та координація комплексного медичного обслуговування особистості, сім'ї та місцевої громади потребують колективної роботи та багатопрофільного підходу лікарів сімейної медицини щодо управління здоров'я зареєстрованого за ним населення. Жодна з ключових компетенцій сімейної медицини не може бути повністю реалізована без такого підходу.

Залучення колективів сімейної медицини до багатопрофільного ведення пацієнтів є однією з найбільш перспективних стратегій вдосконалення первинної медичної допомоги на рівні місцевої громади. Чітко визначені компетенції та завдання членів команди, відкрите та регулярне спілкування, відданість усіх членів команди важливості безпечної охорони здоров'я та постійні перевірки якості роботи є ключовими передумовами ефективної та професійної роботи в команді, орієнтованої на потреби пацієнта та в той же час на задоволення всіх членів колективу охорони здоров'я населення.

Прикладом такої команди є медична команда, що складається з сімейного лікаря та сімейної медичної сестри. Нормативно визначено, що співвідношення сімейний лікар – сімейна медична сестра складає 1:2.

Сімейні медичні сестри є особами першого контакту для всіх пацієнтів амбулаторії. Якість професійної роботи багато в чому залежить від їх компетенцій, комунікативних навичок, організаторських та тріадних навичок. Правильне та своєчасне планування режиму роботи, підготовка пацієнтів до обстеження, догляд за станом приміщень та обладнання, забезпечення достатньої кількості медикаментів та засобів медичного призначення є одними з важливих їх завдань.

Надзвичайно важливим завданням сімейної медсестри є спостереження за пацієнтами, які прийшли до амбулаторії, та ізоляція хворих на інфекційні захворювання. Вона першою приймає важкохворих, вагітних та інших пацієнтів з підвищеним ризиком для здоров'я, щоб лікар міг їх прийняти в першу чергу.

Готуючи пацієнта до обстеження лікаря, медсестра збирає основну інформацію (зріст, вага), вимірює артеріальний тиск, серцеву дію, рівень глюкози в крові тощо. Вона також може допомогти пацієнтові скласти список скарг, ліків та цілей візиту.

У разі необхідності вона застосовує базову терапію, бере зразки крові для лабораторних досліджень, проводить ЕКГ-запис, спірометрію тощо.

Сімейна медична сестра повинна працювати відповідно до чинного законодавства, професійних вказівок та правил та дотримуватися кодексу етичної поведінки в медичній професії.

Розширена команда сімейної медицини, крім членів основної команди, складається з деяких партнерів, які періодично працюють у вирішенні конкретних проблем, коли їхня участь необхідна через характер проблем зі здоров'ям прикріпленого населення. Прикладом такої команди є співпраця з громадою, фізіотерапевтом, психологом, провізором, лаборантом, спеціалістом з медицини праці, спеціалістом системи громадського здоров'я, соціальним працівником, бригадою швидкої допомоги тощо.

Сімейна медична сестра може отримати вищу освіту (бакалаврат) в коледжі або університеті і спеціальну післядипломну підготовку. Вона є асистентом сімейного лікаря, що дозволяє постійно здійснювати виконання призначень лікаря та проводити профілактичну роботу на рівні сімей пацієнтів. Сфера участі медсестер у громаді дуже широка, від надання допомоги пацієнтам у всіх повсякденних заходах, до медичних втручань, замовлених лікарями, таких як встановлення інфузій, введення ін'єкцій, зміна постійних катетерів, перев'язування.

Сімейні медичні сестри повинні вживати заходів з охорони здоров'я та втручань при кожному контакті з пацієнтом у сімейній амбулаторії, по телефону, електронною поштою або вдома.

Сімейний лікар та сімейна медична сестра мають забезпечити безперервне післядипломне підвищення своєї професійної майстерності шляхом використання різних форм навчання.

ПРИКЛАД

Дружина 40-річного чоловіка, батька двох дітей віком 10 і 7 років, звернулася до амбулаторії сімейної медицини, щоб повідомити лікаря про обтяжливі сімейні обставини, які, на її думку, є наслідком надмірного вживання алкоголю її чоловіком. Вона каже, що її чоловік іноді поводить образливо і часто їздить на роботу в сильному алкогольному сп'янінні. Як повинна бути організована охорона здоров'я в такій сім'ї і які члени основної та розширеної команди та інші фахівці повинні бути залучені у цьому випадку?

Ad hoc команди формуються для конкретно ідентифікованого пацієнта і для втручання, обмеження в тривалості. Типові приклади таких команд є в таких ситуаціях:

- співпраця з фахівцем з професійної, дорожньої та спортивної медицини, психіатром та/або психологом або якимось іншим необхідним фахівцем (неврологом) у роботі з проблемним водієм;
- направлення пацієнта на стаціонарне або спеціалізоване обстеження, в якому бере активну участь його сімейний лікар.

ОРГАНІЗАЦІЙНА КУЛЬТУРА ТА МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Організаційна культура

Доведено, що ефективна внутрішня організація ефективної діяльності сімейної амбулаторії покращує клінічне ведення пацієнтів. Організаційна культура створює імідж амбулаторії та суттєво впливає на його зростання та розвиток, а також на якість роботи колективів сімейної медицини. Це комплексна система стандартів, переконань, припущень, символів та цінностей, що застосовується медичними працівниками амбулаторії та впливає на їх поведінку та реагування на проблеми пацієнтів. Усі працівники усвідомлюють організаційну культуру разом, керуючись своїми знаннями, вони відповідають за її розвиток. Культура підтримує амбулаторію разом. Знання лікаря про розвиток організаційної культури впливають на результати роботи.

Важливими показниками для швидкої оцінки рівня професійної організаційної культури є:

- шанобливі відносини між співробітниками амбулаторії;
- високий моральний дух, рівень задоволеності співробітників у творчій діяльності та забезпечення інноваційного середовища, поліпшення якості медичної допомоги;
- частка скарг та судових процесів; спілкування та інформування є важливою частиною організації та управління амбулаторією;
- щорічні співбесіди з оцінки; оцінки, заяви про визнання та нагороди.

Матриця зрілості практики. Внутрішня організація часто залишає членам команди ініціативи на практиці. Вони можуть діяти за глибоко вкоріненими принципами, але також дотримуючись доброї практики подібних офісів.

Матриця зрілості практики є одним із сучасних методів оцінки організації, призначених для оцінки офісних організацій та їх розвитку. Метод є новинкою в галузі організаційного навчання. Він використовується як колективна самооцінка за допомогою досвідченого оцінювача. До неї увійшли всі, хто працює в амбулаторії, тим самим посилюючи роль робочої групи. Метод мотивує думати про офісну організацію як про перспективи розвитку робочої групи і кожної людини в ній, що створює побажання змін і розвитку і незабаром приводить до поліпшення якості догляду за пацієнтами.

ПРИКЛАД

Медсестра не задоволена якістю оцінки її роботи. Вона сумлінна, проходить додаткове навчання, зацікавлена в нових наукових і професійних досягненнях, допомагає своїм співробітникам. Вона завжди замінює відсутніх колег. Минулого літа вона додатково виконувала роботу з оформлення лікарняних листів у позаробочий час. Вона намагалася з'ясувати питання компенсації її додаткової роботи з головним лікарем ЦПМСД, однак їй було відмовлено.

Самооцінка проводиться на зборах команди, коли оцінювач відвідує амбулаторію. Члени команди за допомогою матричної таблиці спочатку індивідуально оцінюють рівень розвитку організації амбулаторії. Після короткої презентації проекту вони разом формують звіт про оцінку для певних розділів організації у своїй амбулаторії.

Сферами матриці зрілості практики є:

- медичні дані,
- якість роботи,
- застосування методичних рекомендацій,
- наявність професійної інформації,
- призначення лікарських засобів,
- управління персоналом,
- вирішення проблем,
- постійна освіта,
- зустрічі в офісі,
- інформація для пацієнтів,
- навчання пацієнтів.

Через певні кроки учасники оцінки думають і оцінюють реальну ситуацію і в той же час дізнаються про те, які подальші кроки розвитку можна зробити. Принцип розвитку якісних кіл у різних сферах організації став відмінним способом мислення про підвищення якості. Як правило, це показує, як розвиток однієї сфери також приносить користь іншим напрямом організації. Оцінка за допомогою практики процедур

матриці зрілості є особистим викликом для всіх учасників, оскільки їм доводиться думати про свою роботу, пошук нових рішень, необхідність змін, створюючи таким чином бачення їх розвитку.

Моніторинг та оцінка

Управляти можна тільки тим, що можна вимірювати, тому невід'ємним першочерговим завданням керівників Центрів первинної медичної допомоги є постановка цілей (визначення очікуваного результату) на певний період діяльності. Важливими є також інші елементи організації роботи: наявність плану (стратегічного, операційного) діяльності і чіткої системи відстеження та оцінки результатів (система MiO); налагодження чіткого розподілу обов'язків та існування системи комплементарності та взаємодоповнення/заміщення функціоналу; письмово закріплена відповідальність і система винагород та покарань; для кожного завдання чітко визначається очікуваний результат та індикатор, за яким вимірюється цей результат; критерії оцінки ефективності мають бути зрозумілі та діяльність регулярно оцінюватися; проблеми, які виявляються, своєчасно вирішуватися та має бути налагоджена система внутрішньої та зовнішньої комунікації.

Продуктивність/результативність і ефективність ПМД залежать від результативності та ефективності кожної з амбулаторій і визначаються навичками організовувати роботу персоналу та управляти зусиллями інших людей, тому оцінку результативності та ефективності варто проводити на кількох рівнях:

- на індивідуальному рівні;
- на рівні командної роботи.

Моніторинг і оцінка послуг ПМД фокусуються на таких аспектах:

доступність: чи мають пацієнти доступний та своєчасний доступ до ПМД, який є географічно зручним?

наявність ефективних послуг ПМД: чи функціонують заклади ПМД з мотивованими, компетентними працівниками та чи достатньо вони оснащені для надання ПМД?

орієнтована на людину допомога: чи пропонує система добре налагоджені основні функції ПМД, включаючи доступність з першого контакту (з точки зору користувача), координацію, повноту, безперервність і безпеку?

організація та управління: чи належним чином система організовує важливі елементи надання ПМД та управляє ними, включаючи командну допомогу, підтримувальний нагляд, управління здоров'ям населення території та використання інформаційних систем, які допомагають проводити моніторинг послуг і постійно покращують якість?

Для моніторингу діяльності доцільно обирати індикатори, які є унікальними та уніфікованими до використання як на національному, так і на міжнародному рівнях. Це дозволяє порівнювати заклади ПМД на рівні певної території, області та країни між собою.

КЛЮЧОВІ МОМЕНТИ

В Україні в ході реформування системи охорони здоров'я на законодавчому рівні визнано пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини.

Головною структурною одиницею первинної медичної допомоги є сімейна лікарська амбулаторія. Доступність та якість первинної допомоги залежить від наявності кваліфікованого медичного персоналу та ефективної організації його діяльності. Важливе значення при цьому має місце розташування, розмір, наявність сучасного обладнання та режим роботи амбулаторії. Доведено, що ефективність внутрішньої організації та хороша організаційна культура покращують якість медичної допомоги.

Найважливішими факторами, що впливають на роботу команди медичних працівників, є: довіра, постійне та відкрите спілкування, чітко визначені завдання кожного члена команди, належне планування та розподіл відповідальності, досконалість медичного обладнання і сучасних інформаційних технологій та постійні перевірки якості роботи і досягнень. При цьому від рівня задоволеності медичною допомогою залежить рівень фінансування амбулаторії, оскільки населення має право вільного вибору сімейного лікаря, а державне фінансування здійснюється Національною службою здоров'я України за принципом капітації.

Таким чином, сімейний лікар, який знає, як організувати ефективну діяльність амбулаторії та поважає здібності та знання членів команди, в змозі забезпечити зареєстрованим пацієнтам доступну та якісну медичну допомогу.

Література

1. Амбулаторії первинної медичної допомоги у сільській місцевості. Інформаційний посібник. Електронний ресурс. Режим доступу: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/395/%D0%9F%D0%9C%D0%94_25.03.2019.pdf – Назва з екрана.
2. Вітрищак С.В., Качур Н.В., Савіна О.Л., Бондаренко В.В. Сучасні гігієнічні проблеми організації роботи амбулаторії сімейного лікаря// Український медичний альманах, 2011, Том 14, № 2. – С. 43–45.
3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html – Назва з екрана.
4. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 р. за № 347/31799. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18> – Назва з екрана.
5. Наказ МОЗ України від 29.07.2016, № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22 серпня 2016, № 1167/29297. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16> – Назва з екрана.

6. Наказ МОЗ України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 № 178/24. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 лютого 2018 р. за № 215/31667 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги»
7. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрахтування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. Київ. 2020. – 59 с.
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 № 863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів» (URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/863-2016-n>) – Назва з екрана.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2017 № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів» (URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-n/>) – Назва з екрана.
10. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646> – Назва з екрана.
11. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с.
12. Яковцов І.З., Давидов В.Б. Приблизний перелік мінімального обов'язкового медичного оснащення, необхідного для надання екстреної медичної допомоги, лікувальних закладів усіх рівнів// Журнал «Медицина неотложных состояний». 2010. № 6 (31). – С. 72–77.
13. Elwyn G, Bekkers MJ, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care*. 2010 19:e48. doi: 10.1136/qshc.2009.037580.
14. Ilijaž R, Tiljak H, Kert S, Vatovec-Progar I, Cvetko T. Organising and Running Family Practices Offices. In: Katić M, Švab I and associates. *Family Medicine*. Zagreb; Medicinska naklada 2017; 187–199.
15. Katić M, Jurković D, Jureša V. The Combined Way of Paying Family Medicine in Croatia. In Bartlett W, Božikov J, Rechel B. ed. *Health Reforms in South-East Europe*. Basingstoke. Palgrave Macmillan; 2012, 193–206.
16. Pisco L, Rodrigues J, Ministro L, Luis Biscaia J. MoniQuOr: Assessing and Monitoring Organisational Quality in the Health Centres. In: O'Riordan M, Seuntjens L, Grol R. *Improving patient care in primary care in Europe*. Nijmegen: EQuiP 2004: 132–46.
17. Practice Management. IN: McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of family medicine*, third edition. Oxford: Oxford University Press; 2009: 413–421.

три первинної медичної допомоги (ЦПМД) були створені в результаті юридичного та фінансового розмежування закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги. На початок 2020 року в Україні функціонувало 799 ЦПМД, у тому числі 587 в сільських адміністративних районах.

Основними завданнями і напрямками діяльності ЦПМД на галузевому рівні визначено: організацію надання прикріпленому населенню ПМД; забезпечення належної доступності та якості ПМД для прикріпленого населення; організацію взаємодії із ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі – ВМД), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі – ТМД), екстрену медичну допомогу (далі – ЕМД), паліативну медичну допомогу, медичну реабілітацію; організацію та надання невідкладної медичної допомоги населенню; планування розвитку ПМД; проведення організаційно-методичної роботи за напрямом ПМД; здійснення фінансового та матеріально-технічного забезпечення ПМД; забезпечення кадрового укомплектування; забезпечення взаємодії між підрозділами ЦПМСД в інтересах удосконалення надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення; сприяння доступності для населення сільської місцевості стоматологічної та екстреної допомоги, забезпечення лікарськими засобами.

При цьому, відповідно до покладених завдань, ЦПМД забезпечує: надання населенню ПМД; проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань; раннє виявлення та профілактику неінфекційних захворювань, визначення груп підвищеного ризику; раннє виявлення та профілактику інфекційних захворювань, у тому числі соціально небезпечних; проведення санітарно-просвітницької роботи, навчання населення здорового способу життя, основ надання самопомоги та взаємодопомоги; проведення скринінгу захворювань, раннє виявлення яких веде до зменшення інвалідизації і смертності населення; надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей; здійснення відбору хворих для отримання відновного лікування відповідно до показань; проведення експертизи тимчасової втрати працездатності; підготовку медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та на медико-соціальну реабілітацію; виписку рецептів для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення та за певними категоріями захворювань відповідно до чинного законодавства; управління та контроль якості надання медичної допомоги у своїх підрозділах; наступність та послідовність медичного обстеження, лікування та реабілітацію пацієнтів у взаємодії з іншими ЗОЗ відповідно до медичного маршруту пацієнта, направлення пацієнтів для отримання інших видів медичної допомоги.

ЦПМСД створюють на базі амбулаторій умови для: проведення візних прийомів лікарями-спеціалістами ЗОЗ вторинного рівня; взаємодії своїх структурних та відокремлених структурних підрозділів з дошкіль-

ними навчальними закладами, навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями, органами місцевого самоврядування в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення; реалізації права громадян вільно вибирати лікаря, що надає ПМД; надання роботодавцю повідомлення про звернення потерпілого з посиланням на нещасний випадок на виробництві або про наявність підозри про гостре професійне захворювання; проводять організаційно-методичну роботу з надання ПМД у своїх підрозділах за такими напрямками: збір, узагальнення та контроль достовірності статистичної інформації; надання звітів та оперативної інформації до територіальних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики; аналіз стану здоров'я населення; вивчення і прогнозування потреби населення у ПМД; планування лікувально-профілактичних заходів відповідно до потреб населення; аналіз доступності ПМД для населення, планування розвитку мережі та її кадрового забезпечення; організація підвищення професійної кваліфікації кадрів, у тому числі навчання за напрямом визначеної спеціалізації; впровадження сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, сучасних інформаційних технологій; впровадження та вдосконалення системи управління якістю надання ПМД; аналіз стану фінансового забезпечення ЦПМСД, його підрозділів та розробку фінансових планів; здійснення закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та інвентарю; утримання будівель, споруд і технічних засобів ЦПМСД та його підрозділів у належному стані; технічне обслуговування медичного обладнання у підрозділах ЦПМСД; контроль за використанням матеріально-технічних ресурсів у підрозділах ЦПМСД; облік матеріальних цінностей, у тому числі медичного обладнання та інвентарю; планування та організація проведення планово-попереджувальних ремонтів, ремонтно-будівельних робіт на об'єктах ЦПМСД та організація налагоджувальних робіт при підготовці до експлуатації медичної апаратури та обладнання; спеціальне навчання і перевірка знань з питань охорони праці посадових осіб ЦПМСД та працівників, зайнятих на роботах з підвищеною небезпекою.

Основними структурними підрозділами ЦПМД є лікарські амбулаторії та в сільській місцевості фельдшерсько-акушерські пункти для надання долікарської допомоги. В складі ЦПМД функціонує 5587 лікарських амбулаторій. Крім того, в державній системі охорони здоров'я функціонує 229 самостійних закладів загальної практики – сімейної медицини та 935 закладів спеціалізованої медичної допомоги мають кабінети сімейного лікаря. В Україні первинну медичну допомогу надають також приватні заклади охорони здоров'я та сімейні лікарі-приватні особи підприємці. В системі охорони здоров'я країни функціонує 11821 фельдшерсько-акушерський пункт.

У системі охорони здоров'я України введено 18 285,00 посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів, що становить 3,60 на 10 тис. населення. Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами становить 77,1%. Також на первинному рівні введено 43 384,75 по-

сад середнього медичного персоналу з рівнем укомплектування 87,9%. Вказані показники мають достовірні розбіжності в розрізі адміністративних територій України.

Формування спроможних мереж сімейних амбулаторій з надання ПМД

Порядком формування спроможних мереж ПМД (Наказ МОЗ України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 № 178/24, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 лютого 2018 р. за № 215/31667 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги») впроваджуються нові підходи до формування спроможних мереж ПМД, зміни до назв та переліку можливих структурних підрозділів мережі ПМД (місць надання ПМД). Зокрема, встановлюються такі типи місць надання ПМД: Центр ПМД, амбулаторія групової практики, амбулаторія монопрактики, пункт здоров'я.

Перші три типи належать до регулярних місць надання ПМД, де прийом пацієнтів лікарем ПМД відбувається в робочі дні. Різниця між ними полягає в кількості лікарів, які працюють в амбулаторіях, та, відповідно, кількості населення, яке вони обслуговують (табл. 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Порівняння типів закладів ПМД

Тип закладу ПМД	Кількість населення, що обслуговується	Кількість лікарів ПМД	Територія до
Центр ПМД	15 000 і більше	7 і більше	Центральна
Амбулаторія групової практики	3 000 і більше	2 і більше	Центральна, периферійна першого порядку
Амбулаторія монопрактики	2 000	1	Периферійна другого порядку

Відповідно до Порядку формування мережі ПМД, спроможна мережа надання ПМД – це сукупність закладів охорони здоров'я всіх форм власності та фізичних осіб-підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, забезпечуючи надання всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до потреб населення, зумовлених його епідеміологічними і соціально-демографічними характеристиками та особливостями його розселення на відповідній території планування.

Головна мета, якою повинні керуватись власники закладів ПМД при плануванні спроможної мережі ПМД, є забезпечення пацієнтам макси-

мальної доступності до всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта кваліфікованої ПМД в умовах ефективного використання ресурсів. Саме ці фактори повинні братися до уваги для визначення місць надання ПМД і забезпечення формування спроможної мережі ПМД.

Формування спроможних мереж надання ПМД здійснюється з урахуванням наявних мереж надання ПМД та визначення територій доступності ПМД (ТД) – сукупності територій населених пунктів у межах однієї території планування.

Орієнтовні нормативи: відстань та шляхи сполучення, які дозволяють забезпечити доступність ПМД найменшою можливою кількістю місць надання ПМД з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання ПМД та загальної кількості мешканців цих населених пунктів, відповідно до якої розрізняють центральну територію доступності (ТД) і периферійні ТД першого та другого порядків.

При визначенні територіального розташування місць надання ПМД насамперед визначають територіальне розташування регулярних місць надання ПМД, а після цього – нерегулярних місць надання ПМД як додаткової інфраструктури, що дозволяє забезпечити доступність ПМД для населення відповідної ТД.

Регулярні місця надання ПМД визначаються в межах визначеної ТД ПМД, де амбулаторії відповідного типу (див. табл. 3.1.1) розміщуються в найбільшому населеному пункті певної ТД та обслуговують населення цього населеного пункту і населення в радіусі 7 км.

При визначенні територіального розташування регулярних місць надання ПМД додатково враховуються такі параметри: перспектива наявності кваліфікованого персоналу ПМД (лікаря ПМД); необхідність оптимізації сукупних витрат на транспортування пацієнтів до місць надання ПМД у межах ТД; наявність усталених маршрутів громадського транспорту; історична традиційність територіального розташування місця надання ПМД.

При прийнятті рішення про утворення нерегулярних місць надання ПМД треба враховувати економічну доцільність їх утримання, зокрема порівняти вартість утримання конкретного нерегулярного місця надання ПМД у відповідному населеному пункті з вартістю транспортування пацієнтів з цього населеного пункту до найближчих регулярних місць надання ПМД в інших населених пунктах за методикою, яку наведено в Порядку формування мережі ПМД.

Необхідно враховувати не тільки поточну ситуацію, але й динаміку розвитку населених пунктів, зміни в чисельності населення, зміни умов проживання для медичного персоналу та ін. Такі альтернативні варіанти дозволять обрати найкращий з них з урахуванням як соціальних, так і економічних перспектив.

Наявність кваліфікованого медичного персоналу є важливою умовою формування суб'єктів надання ПМД та повинна розглядатися одночасно з прийняттям рішення про розбудову мережі ПМД.

Надавачі ПМД можуть утворювати групові практики ПМД для координації надання ПМД, забезпечення безперервності надання ПМД,

раціонального та ефективного використання ресурсів на здійснення медичного обслуговування з надання ПМД.

Надавач ПМД, незалежно від його організаційно-правової форми (ЗОЗ чи ФОП), має право залучати на підставі трудового або цивільно-правового договору третіх осіб для забезпечення надання ПМД. Кількість третіх осіб, які залучаються, та вимоги до їхньої кваліфікації визначаються самостійно надавачем ПМД.

Особливості організації ПМД в сільській місцевості

Організація медичної допомоги в сільській місцевості має кілька особливостей: *по-перше*, мала кількість прикріпленого населення, яке проживає на значній території і з низькою щільністю, що не дозволяє населенню повною мірою реалізувати своє право вибору медичного закладу і лікаря; *по-друге*, спосіб життя сільських мешканців: ненормована в часі виробнича зайнятість; відсутність соціальних умов для повноцінного та здорового відпочинку і, як наслідок, значна поширеність вживання алкоголю та інших шкідливих звичок, низька санітарна культура, більш часте використання методів самолікування і самопризначення лікарських засобів, ігнорування факторів ризику розвитку хронічних захворювань (наприклад, вживання жирної їжі або наявність зайвої ваги) та більш пізні звернення по медичну допомогу в разі виникнення розладів здоров'я.

Реорганізація системи ПМД у сільській місцевості передбачає насамперед зміну її організаційної структури із закладів від фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень та лікарських амбулаторій на амбулаторії сімейного лікаря та групові практики. Такі зміни взаємопов'язані не тільки із суто медичними, але й з правовими, економічними та соціальними аспектами функціонування системи ПМД, врахування яких є основою комплексного підходу до реформування мережі сільської ОЗ.

Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги

Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.

Динамічне спостереження за пацієнтами з діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів з хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.

Надання медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які у зв'язку з цим не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.

Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань.

Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовку та надсилання до закладів громадського здоров'я екстрених повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.

Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (вживання алкоголю, тютюну, інших психоактивних речовин, ризиковані статеві стосунки, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо), та формування навичок здорового способу життя.

Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та організація необхідних оглядів акушером-гінекологом.

Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною відповідно до вікових особливостей та потреб.

Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха та ін.); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, соціальних, психологічних та духовних потреб пацієнта.

Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.

Призначення лікарських засобів та медичних виробів з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства для можливості отримання пацієнтами лікарських засобів в аптеках.

Ведення первинної облікової документації, оформлення затверджених форм довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть (крім випадків обов'язкового проведення патологоанатомічного розтину відповідно до законодавства).

Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я або здоров'я яких позначається на їхньому соціальному статусі.

Взаємодія з суб'єктами системи громадського здоров'я та іншими державними службами, діяльність яких може впливати на стан здоров'я населення.

Крім того, в рамках медичного обслуговування населення надавач ПМД повинен організовувати забезпечення пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями відповідно до переліку в Порядку надання ПМД, а в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, внаслідок якого той потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД, цей лікар повинен викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття надати пацієнту відповідну медичну допомогу.

Незалежно від моделі створення та функціонування надавача ПМД, обсяг послуг ПМД та вимоги до їх надання населенню є однаковими.

Послуги ПМД надаються пацієнтам безпосередньо лікарем з надання ПМД відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Окремі послуги ПМД можуть надаватися іншими медичними працівниками, що входять до складу команди з надання ПМД, самостійно, спільно або під керівництвом лікаря з надання ПМД відповідно до рівня кваліфікації таких медичних працівників.

Оптимальний обсяг практики ПМД становить дві тисячі осіб на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Обсяг практики може відрізнятись від оптимального з урахуванням соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики.

■ ПРИКЛАД

Кількість мешканців вашого муніципалітету значно зросла за останні роки. Влада вирішує відкрити ще одну амбулаторію сімейної медицини і попросити вас представити критерії, яких слід дотримуватися при підготовці цього проєкту.

ВИМОГИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЛІКАРСЬКОЇ АМБУЛАТОРІЇ – ПРИМІЩЕННЯ ТА ОБЛАДНАННЯ

Вимоги до приміщень та обладнання. Одним з важливих завдань раціонально-планувального вирішення будівлі амбулаторії сімейного лікаря, від чого багато в чому залежить і гігієнічний режим у ній, є забезпечення оптимальних шляхів сполучень між функціональними структурними підрозділами і організація потоків хворих, персоналу, допоміжних матеріалів, обладнання та ін. Вимоги до лікувальних стаціонарів (пологових будинків, хірургічних стаціонарів, радіологічних відділень) знайшли своє відображення у діючих нормативних актах. В Україні розроблені нормативні документи, що регламентують територіальне

розміщення закладів охорони здоров'я, вимоги до їх будівництва, водо-забезпечення, енергозабезпечення, каналізування та ін., але при цьому у цих документах відсутні вимоги до амбулаторії сімейного лікаря.

Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства сумісно з МОЗ України розробило рекомендації щодо проектування амбулаторій первинної медичної допомоги у сільській місцевості. Дані рекомендації скеровані на забезпечення надійності та конструктивної безпеки будівель, споруд, будівельних конструкцій та основ, які базуються на комплексі державних будівельних норм. Стандартний рекомендований набір приміщень та обладнання залежить від типу амбулаторії.

Службові приміщення та їх оснащення

Приміщення сімейної амбулаторії повинні бути належним чином обладнані за призначенням, пристосовані до функціональних вимог середовища, до загальних вимог архітектурного дизайну та будівельних конструкцій, типу та якості будівельних матеріалів. Вимоги щодо використання та безпеки, вимоги до фурнітури, світильників, електропроводки та техніки, які визначені для закладів охорони здоров'я, також повинні бути виконані. Нормативні акти визначають: обладнання приміщень, гігієнічні та технічні вимоги, утилізацію відходів тощо.

Службові приміщення повинні бути побудовані та обладнані відповідно до будівельних норм та забезпечення безпеки на роботі. Вони повинні бути підключені до мережі водопостачання та електропостачання та організувати гігієнічну, високоякісну утилізацію відходів. Крім того, необхідно забезпечити утилізацію заражених відходів у закритих контейнерах та їх регулярне вивезення. Наявність таких контейнерів передбачено Табелем оснащення сімейної амбулаторії.

Будівля з приміщеннями медичного призначення повинна відповідати національним санітарно-технічним та гігієнічним вимогам. Вона повинна бути побудована з твердого матеріалу, не піддаватися забрудненню та шуму, що перевищує дозволений значення. Службові приміщення амбулаторії повинні бути побудовані так, щоб їх можна було легко перевірити, а при необхідності їх забезпечують вентиляційним обладнанням. У службових приміщеннях повинні бути постійні джерела опалення, які мають відповідати технічним та екологічним вимогам. Повинні бути виконані санітарні вимоги до системи водопостачання, включаючи дренаж санітарних та стічних вод, електроустановок та підключення до газових та інших установок, а також вимоги пожежної охорони.

Службові приміщення мають бути освітлені денним світлом вдень та штучними джерелами світла вночі. Якщо неможливо забезпечити природне світло в амбулаторії, приміщення мають бути освітлені штучним світлом необхідної потужності.

На території амбулаторії мають бути паркувальні майданчики з доступом для осіб з особливими потребами в інвалідних кріслах. Також має бути забезпеченим під'їзд для автомобілів екстреної медичної допомоги.

Службові приміщення для надання медичної допомоги пацієнтам мають утворювати функціональний професійний комплекс, при цьому розмежовувати потоки пацієнтів з соматичними та інфекційними хворими.

ПРИКЛАД

35-річний клієнт з медичними проблемами сексуального характеру повідомляє нас, що все з кабінету лікаря чути в кімнаті медсестри. Саме тому довгий час він не міг наважитися говорити про свою проблему відкрито. Він говорить дуже тихо і просить направлення на консультацію до венеролога.

Зал очікування повинен забезпечити комфорт пацієнтів. Він має бути обладнаний достатньою кількістю стільців, які можна легко почистити (текстильна оббивка не бажана).

Зал очікування потрібно обладнати стільцями чи лавками, вішалками з поличкою для шапок, підставкою для парасольок, дошкою для оголошень або поличкою для загальної інформації, рекламним та навчальним матеріалом, столиками для змін, маленьким столиком, вогнегасником, графіком роботи, переліком лікарів. Робочі години потрібно вказати на табличці.

Зал очікування повинен мати прямий доступ до санітарного блоку для пацієнтів.

Загальні рекомендації полягають у тому, що кабінети для прийому пацієнтів оснащуються як самостійні підрозділи амбулаторії.

В кабінеті лікаря рекомендується наявність такого обладнання: письмовий стіл, принаймні три крісла, комп'ютер та принтер, необхідне програмне забезпечення та доступ до Інтернету, телефон, хоча б один умивальник, тримач мила, дезінфікуючий засіб, паперові рушники, мило, кушетка для огляду з регульованими підголовником і висотою, простирадла або аркуші паперу для столу, лампи для столу, настінний тримач для одягу для пацієнтів, футляр для книг, полиці, шафа або полиці для просвітницьких матеріалів, два контейнери для сміття (по одному біля столу та умивальника). На дверях повинна бути табличка із зазначенням імені тих, хто працює в кабінеті в даний робочий час. Бажано мати електронний пристрій для виклику пацієнтів.

Шафи для персоналу повинні забезпечувати відокремлення робочого одягу від особистого одягу працівників.

Підключення та ведення електронної системи охорони здоров'я

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. Також система дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти.

Система eHealth призначена для:

- автоматизації збору, зберігання, обробки та надання НСЗУ можливостей адміністрування відповідних процесів у первинній медицині;
- автоматизації медико-технологічних процесів первинної медицини;
- автоматизації процесів виписування медичних рецептів, які будуть використовуватись в урядовій програмі «Доступні ліки»;
- автоматизації обліку пацієнтів, які користуються послугами первинної медицини у відповідних державних, комунальних або приватних закладах первинної та сімейної медицини;
- автоматизації технологічних процесів програми «Доступні ліки» за програмою реімбурсації;
- надання кінцевим користувачам порталу НСЗУ доступу до аналітичної та адміністративної інформації, яка необхідна для забезпечення життєздатності відповідних процесів. Медична інформаційна система (МІС) – інформаційно-телекомунікаційна система, яка є частиною електронної системи охорони здоров'я та забезпечує реєстрацію користувачів, автоматичне розміщення, отримання і передавання інформації та документів щодо надання медичних послуг, користування сервісами з автоматичним обміном інформацією, доступ до якого здійснюється за допомогою мережі Інтернет.

Декларування закладами наявних кадрових ресурсів (лікарів) для надання первинної медичної допомоги (терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів) відбувається в такому порядку:

1. Керівник закладу ввів інформацію та зареєстрував заклад, отримав посилання для логіну та пароля на вказану ним електронну адресу.
2. Після входу в систему через інтерфейс МІС керівник закладу призначає ролі та вводить інформацію про бухгалтера і представника відділу кадрів закладу (за наявності).
3. На вказану електронну пошту бухгалтеру закладу та представнику відділу кадрів надходять посилання на логін і пароль для входу в систему.
4. Працівник відділу кадрів входить у систему через інтерфейс МІС, призначає ролі та вводить інформацію про лікарів закладу, які надають ПМД:
 - 4.1. Особиста інформація про лікаря (ПІБ, стать, дата народження та інше).
 - 4.2. Інформація про документи, що посвідчують особу лікаря.
 - 4.3. Контактна інформація лікаря.
 - 4.4. Посада і дата, з якої лікар працює на цій посаді в закладі.
 - 4.5. Спеціальність для посади.
 - 4.6. Інформація про навчання у вищому навчальному закладі.
 - 4.7. Інформація про сертифікати, за наявності – атестації, курси підвищення кваліфікації та науковий ступінь лікаря.
5. За потреби представник відділу кадрів призначає ролі та вводить

інформацію про інших працівників, які будуть користувачами системи для роботи з формами декларацій (реєстратори, медсестри, акушерки, фельдшери закладу тощо), використовуючи набір даних співробітника.

6. Інформацію пропонується ввести вручну або скопіювати інформацію з програми управління кадрами (наприклад, з програми «Медичні кадри»).

7. Після введення та перевірки інформації представник відділу кадрів закладу погоджується на її обробку та підтверджує її достовірність.

8. Лікарі та (за наявності) інший персонал отримують на вказані електронні адреси посилання для логіну та пароля для входу в систему.

9. Після входу в систему лікар має можливість створювати декларації пацієнтів та працювати з ними.

Для забезпечення ведення електронної системи охорони здоров'я затвердженим МОЗ України табелем оснащення сімейної амбулаторії передбачена обов'язкова наявність в ній комп'ютерної техніки та інформаційно-програмного забезпечення.

Медичні інструменти та пристрої

Наказом МОЗ України від 26.01.2018 року № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу» з кількома редакціями, внесеними наказами Міністерства охорони здоров'я України від 8 квітня 2019 року № 797, від 8 травня 2020 року № 1103, від 10 грудня 2020 року № 2857, затверджено примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу. Даний табель включає основний список, додатковий список, який застосовується за умови укомплектування основного списку, та обладнання для надання медичних послуг із застосуванням телемедицини.

Основний список включає: пульсоксиметр портативний, електрокардіограф, отоскоп, офтальмоскоп, пікфлоуметр, тонометр з малою, середньою та великою манжетами, таблиці для вимірювання гостроти зору, молоток неврологічний, термометр для вимірювання температури, в тому числі цифровий або інфрачервоний, стетофонендоскоп, апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті (глюкометр, смужки, одноразові лангети, одноразові рукавички), центрифугу, одноразові малі хірургічні набори та одноразові набори для огляду), ростомір, ваги для дітей та дорослих, сповивальний столик, медичну вимірювальну стрічку (рулетку), медичний ліхтарик, витратні матеріали одноразового використання: шпателі, оглядові рукавички, рушники паперові, серветки (в тому числі вологі), одноразові простирадла для кушеток, шприци, катетери, вакуумні пробірки, стерильний перев'язувальний матеріал, швидкі тести на скринінг вагітності, тропоніну, ВІЛ, вірусних гепатитів тощо. Необхідно зазначити, що замість одноразових малих хірургічних наборів та одноразових наборів для огляду можуть використовуватися багаторазові набори інструментів за наявності стерилізаторів.

До основного списку входить легковий автомобіль. Визначення типу автомобіля залежить від стану доріг. При плануванні закупівель необхідно враховувати додаткові витрати: оплату праці водія, страховка, реєстрація, паливо, технічне обслуговування тощо. Допускається використання альтернативних варіантів: оренда, лізинг тощо. *Додатковий список включає:* спірометр, мікроскоп, небулайзер, гематологічний аналізатор, біохімічний аналізатор, освітлювач переносний безтіньовий, лабораторний посуд, дозатори, витратні матеріали, стіл для інструментів мобільний, холодильник для зберігання вакцин, ширму, ноші медичні, крісло-каталка.

Список обладнання для надання медичних послуг із застосуванням телемедицини включає: загальну оглядову цифрову камеру (автофокус, цифровий зум, поляризаційний фільтр, автобаланс білого), набір цифрових «скопічних» систем із генератором світла (дерматоскоп, офтальмоскоп, отоскоп, назофарингоскоп, кольпоскоп), інфраактивний цифровий стетоскоп, монітор життєво важливих показників із цифровим інтерфейсом (АТ, термометрія, пульсометрія), 12-канальний електрокардіограф із цифровим інтерфейсом.

Набір для екстреної допомоги. В обов'язки сімейного лікаря в Україні входить надання прикріпленому населенню невідкладної медичної допомоги. Для надання невідкладної допомоги сімейний лікар забезпечується стандартним набором лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах. Даний набір в собі містить: комірцець шийний фіксуєчий для дорослих, комірцець шийний фіксуєчий для дітей, ноші м'які, шини транспортні, шини вакуумні в комплекті з механічним респіратором, апарат дихальний ручний типу мішка Амбу, кисневий балон, киснева маска, апарат наркозний (АН-8), набір для інтубації, змінні клинки, інтубаційні трубки різних розмірів, катетери для відсмоктування, відсмоктувач, ларингоскоп, повітропровідники, язикотримач, роторозширювач, портативний автоматичний дефібрилятор, електрокардіограф з можливістю телеметричної передачі електрокардіографічного сигналу, сфігмоманометр ручний, фонендоскоп комбінований, катетер урологічний, джгут кровоспинний, зонд шлунковий (для дорослих і дітей), катетери для периферійних вен різних розмірів, термометр медичний, шпатель одноразовий, швидкі тести для визначення кардіомаркерів, діагностичні тест-смужки для визначення кетонів у сечі, рукавички гумові хірургічні, набір перев'язувального матеріалу, стандартні набори лікарських засобів для надання невідкладної медичної допомоги при різних клінічних станах.

Ліки

Медикаментозне забезпечення на рівні ПМД здійснюється з урахуванням різних категорій населення, в тому числі:

1. Особи з соціально значущими захворюваннями забезпечуються лікарськими засобами в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм (наприклад, національних чи місцевих програм боротьби з ВІЛ/СНІДом, ТБ, вірусними гепатитами тощо).

2. Особи з орфанними захворюваннями забезпечуються лікарськими препаратами і продуктами харчування (за потреби) в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.

3. Забезпечення хворих з хронічними неінфекційними захворюваннями здійснюється: на основі згоди пацієнта на участь у програмі управління хронічними захворюваннями; шляхом призначення лікарських засобів з реєстру засобів, що підлягають відшкодуванню (див. програму «Доступні ліки»).

Крім того, існують окремі програми громадського здоров'я, спрямовані на профілактику інфекційних хвороб (наприклад, програма імунізації населення), медикаментозне забезпечення яких здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.

Також для обслуговування дітей до трьох років має бути в наявності обов'язковий мінімум для патронажу для забезпечення амбулаторного лікування згідно з клінічними протоколами; медикаментозне забезпечення здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та місцевих програм.

Діти віком до 17 років, населення вікових груп 18–64 роки та 64 роки і старші отримують амбулаторне лікування відповідно до клінічних протоколів, а медикаментозне забезпечення здійснюється в рамках централізованих заходів МОЗ та муніципальних програм.

Друковані та електронні форми в сімейній амбулаторії

В сімейній амбулаторії мають бути в наявності та заповнюватися в нормативно визначені терміни облікові та звітні форми. Дані форми документації визначені відповідними галузевими наказами і є обов'язковими для всіх сімейних амбулаторій.

Також обов'язковими є друковані форми, які потрібні для повсякденної роботи. Це, наприклад, направлення на обстеження, направлення на госпіталізацію, рецептурні бланки.

Крім того, в амбулаторіях в наявності та використанні мають бути бланки документів суворого обліку, до яких належать, наприклад, лікарські листки непрацездатності

Останнім часом все більше використовується Інтернет-ресурс, який застосовується для обліку роботи і формування статистичних звітів, введення необхідних реєстрів тощо. Важливою законодавчою вимогою до використання комп'ютерних технологій та Інтернет-ресурсу є збереження конфіденційності інформації про пацієнтів.

За свою довгу історію державне медичне страхування базується на солідарності та взаємності, неприбутковості, порівняно високому рівні охорони здоров'я та соціального забезпечення, справедливості та включенні всього населення до системи обов'язкового медичного страхування. Розуміння економічного аспекту роботи та існуючих режимів фінансування медичних послуг є передумовою належного прийняття бізнесових та професійних рішень та планування діяльності амбулаторій.

ФІНАНСУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОЇ АМБУЛАТОРІЇ

Амбулаторії сімейної медицини по всій Європі, незалежно від того, перебувають вони в приватній або державній власності, зазвичай діють з виплатами через посередника – медичне страхування. Вони отримують більшу частину свого доходу через контракт з медичними страховими компаніями.

Фінансування діяльності сімейних амбулаторій здійснюється із державного бюджету України шляхом отримання сімейними амбулаторіями (які обов'язково змінюють свій юридичний статус з бюджетних установ на некомерційні неприбуткові підприємства) коштів від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) на підставі укладеного договору про медичне обслуговування населення. Розподіл державних ресурсів регулюється законами та нормативними актами уряду країни. Основними Законами України, які регулюють організацію та фінансування системи охорони здоров'я країни, є: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Бюджетний кодекс», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Фінансування сімейної амбулаторії залежить від кількості населення, яке прикріплене до лікарів, що в ній працюють, та рівня капітаційної ставки, яка затверджується на законодавчому рівні щорічно. Залежно від вікового складу прикріпленого населення застосовуються коригуючі коефіцієнти. В табл. 3.1.2 наводимо порівнянні дані щодо коригуючих коефіцієнтів залежно від вікового складу населення в Україні і Словенії.

Таблиця 3.1.2

Капітаційні збори відповідно до вікової структури населення

Україна			
Вікові групи (роки)	Коефіцієнт	Вікові групи (роки)	Коефіцієнт
0-5	4,00	0-1	3,00
6-17	2,20	1-6	1,90
18-39	1,00	7-18	0,88
40-65	1,20	19-49	0,84
65 і старше	2,00	50-64	1,40
		65-74	2,20
		75 і старше	3,00

Інші форми оплати включають платежі за певні послуги та програми. Приватні заклади мають надавати послуги на платній основі, що не входять у програму медичних гарантій. Тому варто вивчати попит жителів на додаткові медичні послуги та сприяти розвитку ново-

го портфеля послуг на платній основі. Способи оплати та плата за ці послуги залежать від складності процедур, стандартів для персоналу, який виконує процедури, витрат та обладнання і термінів, необхідних для проведення процедури, тощо. Цей комбінований спосіб оплати, з одного боку, гарантує базовий дохід для організації офісних робіт і, з другого боку, стимулює роботу і надання широкого спектра послуг.

Джерелом фінансування первинної ланки медичної допомоги є фінансування окремих цільових програм. Прикладом національної системи фінансування є Урядова програма «Доступні ліки» (реімбурсація), яка запроваджена з 1 квітня 2017 року, та бонусні доплати за досягнення певних, встановлених договором про надання первинної медичної допомоги, результатів, зокрема за певні значення показників, які належать до сфери громадського здоров'я (передбачені Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р). Важливим джерелом фінансування є надходження з місцевих бюджетів.

Забезпечення безперервності охорони здоров'я

Безперервна цілодобова медична допомога населенню, що перебуває на лікуванні у сімейного лікаря, реалізується у формі екстреної та невідкладної медичної допомоги. Уповноваженими працівниками цілодобової медичної допомоги є державні та комунальні заклади охорони здоров'я. Їх діяльність фінансується Національною службою здоров'я України.

КОМАНДНА РОБОТА

Злагоджена командна робота та хороша організація охорони здоров'я мають важливе значення для успіху та якості лікування, особливо у сімейній медицині.

Не існує медичної професії, ані медичного працівника, який би міг самостійно керувати усіма потребами пацієнта. Комплексна допомога та координація комплексного медичного обслуговування особистості, сім'ї та місцевої громади потребують колективної роботи та багатопрофільного підходу лікарів сімейної медицини щодо управління здоров'я зареєстрованого за ним населення. Жодна з ключових компетенцій сімейної медицини не може бути повністю реалізована без такого підходу.

Залучення колективів сімейної медицини до багатопрофільного ведення пацієнтів є однією з найбільш перспективних стратегій вдосконалення первинної медичної допомоги на рівні місцевої громади. Чітко визначені компетенції та завдання членів команди, відкрите та регулярне спілкування, відданість усіх членів команди важливості безпечної охорони здоров'я та постійні перевірки якості роботи є ключовими передумовами ефективної та професійної роботи в команді, орієнтованої на потреби пацієнта та в той же час на задоволення всіх членів колективу охорони здоров'я населення.

Прикладом такої команди є медична команда, що складається з сімейного лікаря та сімейної медичної сестри. Нормативно визначено, що співвідношення сімейний лікар – сімейна медична сестра складає 1:2.

Сімейні медичні сестри є особами першого контакту для всіх пацієнтів амбулаторії. Якість професійної роботи багато в чому залежить від їх компетенцій, комунікативних навичок, організаторських та тріадних навичок. Правильне та своєчасне планування режиму роботи, підготовка пацієнтів до обстеження, догляд за станом приміщень та обладнання, забезпечення достатньої кількості медикаментів та засобів медичного призначення є одними з важливих їх завдань.

Надзвичайно важливим завданням сімейної медсестри є спостереження за пацієнтами, які прийшли до амбулаторії, та ізоляція хворих на інфекційні захворювання. Вона першою приймає важкохворих, вагітних та інших пацієнтів з підвищеним ризиком для здоров'я, щоб лікар міг їх прийняти в першу чергу.

Готуючи пацієнта до обстеження лікаря, медсестра збирає основну інформацію (зріст, вага), вимірює артеріальний тиск, серцеву дію, рівень глюкози в крові тощо. Вона також може допомогти пацієнтові скласти список скарг, ліків та цілей візиту.

У разі необхідності вона застосовує базову терапію, бере зразки крові для лабораторних досліджень, проводить ЕКГ-запис, спірометрію тощо.

Сімейна медична сестра повинна працювати відповідно до чинного законодавства, професійних вказівок та правил та дотримуватися кодексу етичної поведінки в медичній професії.

Розширена команда сімейної медицини, крім членів основної команди, складається з деяких партнерів, які періодично працюють у вирішенні конкретних проблем, коли їхня участь необхідна через характер проблем зі здоров'ям прикріпленого населення. Прикладом такої команди є співпраця з громадою, фізіотерапевтом, психологом, провізором, лаборантом, спеціалістом з медицини праці, спеціалістом системи громадського здоров'я, соціальним працівником, бригадою швидкої допомоги тощо.

Сімейна медична сестра може отримати вищу освіту (бакалаврат) в коледжі або університеті і спеціальну післядипломну підготовку. Вона є асистентом сімейного лікаря, що дозволяє постійно здійснювати виконання призначень лікаря та проводити профілактичну роботу на рівні сімей пацієнтів. Сфера участі медсестер у громаді дуже широка, від надання допомоги пацієнтам у всіх повсякденних заходах, до медичних втручань, замовлених лікарями, таких як встановлення інфузій, введення ін'єкцій, зміна постійних катетерів, перев'язування.

Сімейні медичні сестри повинні вживати заходів з охорони здоров'я та втручань при кожному контакті з пацієнтом у сімейній амбулаторії, по телефону, електронною поштою або вдома.

Сімейний лікар та сімейна медична сестра мають забезпечити безперервне післядипломне підвищення своєї професійної майстерності шляхом використання різних форм навчання.

ПРИКЛАД

Дружина 40-річного чоловіка, батька двох дітей віком 10 і 7 років, звернулася до амбулаторії сімейної медицини, щоб повідомити лікаря про обтяжливі сімейні обставини, які, на її думку, є наслідком надмірного вживання алкоголю її чоловіком. Вона каже, що її чоловік іноді поводить образливо і часто їздить на роботу в сильному алкогольному сп'янінні. Як повинна бути організована охорона здоров'я в такій сім'ї і які члени основної та розширеної команди та інші фахівці повинні бути залучені у цьому випадку?

Ad hoc команди формуються для конкретно ідентифікованого пацієнта і для втручання, обмеження в тривалості. Типові приклади таких команд є в таких ситуаціях:

- співпраця з фахівцем з професійної, дорожньої та спортивної медицини, психіатром та/або психологом або якимось іншим необхідним фахівцем (неврологом) у роботі з проблемним водієм;
- направлення пацієнта на стаціонарне або спеціалізоване обстеження, в якому бере активну участь його сімейний лікар.

ОРГАНІЗАЦІЙНА КУЛЬТУРА ТА МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Організаційна культура

Доведено, що ефективна внутрішня організація ефективної діяльності сімейної амбулаторії покращує клінічне ведення пацієнтів. Організаційна культура створює імідж амбулаторії та суттєво впливає на його зростання та розвиток, а також на якість роботи колективів сімейної медицини. Це комплексна система стандартів, переконань, припущень, символів та цінностей, що застосовується медичними працівниками амбулаторії та впливає на їх поведінку та реагування на проблеми пацієнтів. Усі працівники усвідомлюють організаційну культуру разом, керуючись своїми знаннями, вони відповідають за її розвиток. Культура підтримує амбулаторію разом. Знання лікаря про розвиток організаційної культури впливають на результати роботи.

Важливими показниками для швидкої оцінки рівня професійної організаційної культури є:

- шанобливі відносини між співробітниками амбулаторії;
- високий моральний дух, рівень задоволеності співробітників у творчій діяльності та забезпечення інноваційного середовища, поліпшення якості медичної допомоги;
- частка скарг та судових процесів;
- спілкування та інформування є важливою частиною організації та управління амбулаторією;
- щорічні співбесіди з оцінки;
- оцінки, заяви про визнання та нагороди.

Матриця зрілості практики. Внутрішня організація часто залишає членам команди ініціативи на практиці. Вони можуть діяти за глибоко вкоріненими принципами, але також дотримуючись доброї практики подібних офісів.

Матриця зрілості практики є одним із сучасних методів оцінки організації, призначених для оцінки офісних організацій та їх розвитку. Метод є новинкою в галузі організаційного навчання. Він використовується як колективна самооцінка за допомогою досвідченого оцінювача. До неї увійшли всі, хто працює в амбулаторії, тим самим посилюючи роль робочої групи. Метод мотивує думати про офісну організацію як про перспективи розвитку робочої групи і кожної людини в ній, що створює побажання змін і розвитку і незабаром приводить до поліпшення якості догляду за пацієнтами.

ПРИКЛАД

Медсестра не задоволена якістю оцінки її роботи. Вона сумлінна, проходить додаткове навчання, зацікавлена в нових наукових і професійних досягненнях, допомагає своїм співробітникам. Вона завжди замінює відсутніх колег. Минулого літа вона додатково виконувала роботу з оформлення лікарняних листів у позаробочий час. Вона намагалася з'ясувати питання компенсації її додаткової роботи з головним лікарем ЦПМСД, однак їй було відмовлено.

Самооцінка проводиться на зборах команди, коли оцінювач відвідує амбулаторію. Члени команди за допомогою матричної таблиці спочатку індивідуально оцінюють рівень розвитку організації амбулаторії. Після короткої презентації проекту вони разом формують звіт про оцінку для певних розділів організації у своїй амбулаторії.

Сферами матриці зрілості практики є:

- медичні дані,
- якість роботи,
- застосування методичних рекомендацій,
- наявність професійної інформації,
- призначення лікарських засобів,
- управління персоналом,
- вирішення проблем,
- постійна освіта,
- зустрічі в офісі,
- інформація для пацієнтів,
- навчання пацієнтів.

Через певні кроки учасники оцінки думають і оцінюють реальну ситуацію і в той же час дізнаються про те, які подальші кроки розвитку можна зробити. Принцип розвитку якісних кіл у різних сферах організації став відмінним способом мислення про підвищення якості. Як правило, це показує, як розвиток однієї сфери також приносить користь іншим напрямом організації. Оцінка за допомогою практики процедур

матриці зрілості є особистим викликом для всіх учасників, оскільки їм доводиться думати про свою роботу, пошук нових рішень, необхідність змін, створюючи таким чином бачення їх розвитку.

Моніторинг та оцінка

Управляти можна тільки тим, що можна вимірювати, тому невід'ємним першочерговим завданням керівників Центрів первинної медичної допомоги є постановка цілей (визначення очікуваного результату) на певний період діяльності. Важливими є також інші елементи організації роботи: наявність плану (стратегічного, операційного) діяльності і чіткої системи відстеження та оцінки результатів (система MiO); налагодження чіткого розподілу обов'язків та існування системи комплементарності та взаємодоповнення/заміщення функціоналу; письмово закріплена відповідальність і система винагород та покарань; для кожного завдання чітко визначається очікуваний результат та індикатор, за яким вимірюється цей результат; критерії оцінки ефективності мають бути зрозумілі та діяльність регулярно оцінюватися; проблеми, які виявляються, своєчасно вирішуватися та має бути налагоджена система внутрішньої та зовнішньої комунікації.

Продуктивність/результативність і ефективність ПМД залежать від результативності та ефективності кожної з амбулаторій і визначаються навичками організовувати роботу персоналу та управляти зусиллями інших людей, тому оцінку результативності та ефективності варто проводити на кількох рівнях:

- на індивідуальному рівні;
- на рівні командної роботи.

Моніторинг і оцінка послуг ПМД фокусуються на таких аспектах:

доступність: чи мають пацієнти доступний та своєчасний доступ до ПМД, який є географічно зручним?

наявність ефективних послуг ПМД: чи функціонують заклади ПМД з мотивованими, компетентними працівниками та чи достатньо вони оснащені для надання ПМД?

орієнтована на людину допомога: чи пропонує система добре налагоджені основні функції ПМД, включаючи доступність з першого контакту (з точки зору користувача), координацію, повноту, безперервність і безпеку?

організація та управління: чи належним чином система організовує важливі елементи надання ПМД та управляє ними, включаючи командну допомогу, підтримувальний нагляд, управління здоров'ям населення території та використання інформаційних систем, які допомагають проводити моніторинг послуг і постійно покращують якість?

Для моніторингу діяльності доцільно обирати індикатори, які є унікальними та уніфікованими до використання як на національному, так і на міжнародному рівнях. Це дозволяє порівнювати заклади ПМД на рівні певної території, області та країни між собою.

КЛЮЧОВІ МОМЕНТИ

В Україні в ході реформування системи охорони здоров'я на законодавчому рівні визнано пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини.

Головною структурною одиницею первинної медичної допомоги є сімейна лікарська амбулаторія. Доступність та якість первинної допомоги залежить від наявності кваліфікованого медичного персоналу та ефективної організації його діяльності. Важливе значення при цьому має місце розташування, розмір, наявність сучасного обладнання та режим роботи амбулаторії. Доведено, що ефективність внутрішньої організації та хороша організаційна культура покращують якість медичної допомоги.

Найважливішими факторами, що впливають на роботу команди медичних працівників, є: довіра, постійне та відкрите спілкування, чітко визначені завдання кожного члена команди, належне планування та розподіл відповідальності, досконалість медичного обладнання і сучасних інформаційних технологій та постійні перевірки якості роботи і досягнень. При цьому від рівня задоволеності медичною допомогою залежить рівень фінансування амбулаторії, оскільки населення має право вільного вибору сімейного лікаря, а державне фінансування здійснюється Національною службою здоров'я України за принципом капітації.

Таким чином, сімейний лікар, який знає, як організувати ефективну діяльність амбулаторії та поважає здібності та знання членів команди, в змозі забезпечити зареєстрованим пацієнтам доступну та якісну медичну допомогу.

Література

1. Амбулаторії первинної медичної допомоги у сільській місцевості. Інформаційний посібник. Електронний ресурс. Режим доступу: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/395/%D0%9F%D0%9C%D0%94_25.03.2019.pdf – Назва з екрана.
2. Вітрищак С.В., Качур Н.В., Савіна О.Л., Бондаренко В.В. Сучасні гігієнічні проблеми організації роботи амбулаторії сімейного лікаря// Український медичний альманах, 2011, Том 14, № 2. – С. 43–45.
3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html – Назва з екрана.
4. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 р. за № 347/31799. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18> – Назва з екрана.
5. Наказ МОЗ України від 29.07.2016, № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22 серпня 2016, № 1167/29297. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16> – Назва з екрана.

6. Наказ МОЗ України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 № 178/24. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 лютого 2018 р. за № 215/31667 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги»
7. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрахтування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. Київ. 2020. – 59 с.
8. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 № 863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів» (URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/863-2016-n>) – Назва з екрана.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2017 № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів» (URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-n/>) – Назва з екрана.
10. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646> – Назва з екрана.
11. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с.
12. Яковцов І.З., Давидов В.Б. Приблизний перелік мінімального обов'язкового медичного оснащення, необхідного для надання екстреної медичної допомоги, лікувальних закладів усіх рівнів// Журнал «Медицина неотложных состояний». 2010. № 6 (31). – С. 72–77.
13. Elwyn G, Bekkers MJ, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T et al. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care*. 2010 19:e48. doi: 10.1136/qshc.2009.037580.
14. Ilijaž R, Tiljak H, Kert S, Vatovec-Progar I, Cvetko T. Organising and Running Family Practices Offices. In: Katić M, Švab I and associates. *Family Medicine*. Zagreb; Medicinska naklada 2017; 187–199.
15. Katić M, Jurković D, Jureša V. The Combined Way of Paying Family Medicine in Croatia. In Bartlett W, Božikov J, Rechel B. ed. *Health Reforms in South-East Europe*. Basingstoke. Palgrave Macmillan; 2012, 193–206.
16. Pisco L, Rodrigues J, Ministro L, Luis Biscaia J. MoniQuOr: Assessing and Monitoring Organisational Quality in the Health Centres. In: O'Riordan M, Seuntjens L, Grol R. *Improving patient care in primary care in Europe*. Nijmegen: EQuiP 2004: 132–46.
17. Practice Management. IN: McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of family medicine*, third edition. Oxford: Oxford University Press; 2009: 413–421.