

# Первинна медична допомога в «епоху змін»: вітчизняний та міжнародний досвід

Питання якості первинної медичної допомоги (ПМД) в часи реформування вітчизняної медицини — надзвичайно актуальні, оскільки вже з 1 липня 2018 р. набирає чинності Наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 19 березня 2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Фахові рекомендації щодо їх вирішення були запропоновані учасниками присвяченого 100-річчю Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) Конгресу з міжнародною участю «Якість первинної медичної допомоги в ракурсі реформи» (далі — Конгрес), організованому ВГО «Українська асоціація сімейної медицини» (УАСМ) спільно з НМАПО імені П.Л. Шупика, що відбувся 7–8 червня 2018 р. у місті Києві.

## Мета Конгресу

Мета заходу, в якому взяли участь провідні вітчизняні науковці та іноземні фахівці з сімейної медицини з Європи, Ізраїлю та США, — обговорення та прийняття пропозицій щодо якості надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в Україні, розроблених з урахуванням досвіду кращих міжнародних практик та відповідно до вимог Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом.

Програма Конгресу включала широке коло нагальних для сімейних лікарів питань, представлених в рамках пленарних засідань, сесій та симпозіумів:

- пленарні засідання:
  - «Як покращити якість медичної допомоги на первинному рівні — фахові поради колег — членів EURACT (European academy of teachers in general practice/family medicine — Європейська асоціація викладачів сімейної медицини) та EGPRN (European General Practice Research Network — Європейська асоціація науковців);
  - «На меридіанах загальної практики»;
  - «Організація медичної допомоги в ракурсі реформи»;
- клінічні сесії:
  - «Щоденник сімейного лікаря»;
  - «Доказовість у клінічній практиці»;
- сесія для викладачів опорної кафедри та членів правління УАСМ «Підготовка до перегляду навчальної програми післядипломної підготовки лікарів-інтернів»;
- сесія молодих вчених «Доповіді одного слайда»;
- сесія для медичних сестер «Роль медичної сестри у забезпеченні якості ПМД»;
- сателітний симпозіум для керівників закладів ПМСД «Пацієнти, громади, провайдери медичних послуг — нова якість взаємин».

Реформа ПМД передбачає поглиблення не лише теоретичних знань, але і суттєве вдосконалення практичних навичок сімейних

лікарів, тому, безумовно, величезний інтерес делегатів викликали майстер-класи з напрямків:

- інфузійна терапія — техніка проведення, катетеризація вен;
- електрокардіографічне (ЕКГ)-дослідження — інтерпретація ЕКГ-плівок;
- аналіз гематологічних обстежень;
- зовнішній огляд ока — червоне око, вимірювання внутрішньочинного тиску;
- огляд ЛОР-органів із застосуванням муляжів та взаємоогляду.

## Реформа ПМД очима законодавців



Про початок роботи Конгресу урочисто проголосила голова організаційного комітету з підготовки Конгресу, президент ВГО «Українська асоціація сімейної медицини» (УАСМ), завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Лариса Матюха**. Вона особливо відзначила провідну роль у здійсненні реформи ПМД УАСМ, яка у грудні цього року святкуватиме 20-річний ювілей, та НМАПО імені П.Л. Шупика, яка нині відзначає своє 100-річчя, і передала учасникам зібрання слова привітання від народного депутата України, голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Ольги Богомолець та ректора НМАПО імені П.Л. Шупика, академіка Національної академії медичних наук України Юрія Вороненка.



«Якість ПМД залежить не від чиновництва, не від депутатів або МОЗ України — вона залежить від лікарів, від нас з вами!», — з такими словами до аудиторії звернувся народний депутат Верховної Ради України, заступник голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я **Олег Мусій**. Він наголосив, що головну роль у розробці критеріїв та дотриманні якості надання медичної допомоги в Україні, подібно до більшості країн світу, повинні відігравати професійні лікарські об'єднання. Доповідач привернув увагу колег до Проекту Закону про лікарське самоврядування від 06.04.2018 р. № 8250, розробленого за його особистою участю Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я та підтриманого УАСМ, Асоціацією стоматологів України та більше ніж 40 іншими вузькопрофільними асоціаціями, метою якого є запровадження в нашій країні «вільної професії» лікаря, звільненого від диктату чиновництва і заінтересованого в наданні пацієнтам «необхідної, своєчасної та якісної медичної допомоги».





У привітальному слові народний депутат Верховної Ради України, заступник голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я **Ірина Сисоєнко** відзначила: «Якщо держава декларує, що 80% звернень пацієнтів мають бути направлені на перший рівень медичної допомоги — до сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів, то безпосередньо держава має ухвалити і прийняти професійний закон, який стосується роботи первинної ланки». Промовець

запропонувала лікарям ознайомитися з розробленим за її ініціативою та підготовленим за участю професіоналів, у тому числі з Інституту сімейної медицини та інших підрозділів НМАПО імені П.Л. Шупика, законопроектом «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» від 22.06.2017 р. № 6634. За її словами, в цьому документі були чітко сформульовані базові поняття, що стосуються роботи первинної ланки медичної допомоги, зокрема уточнено, які лікарі та медичні заклади відносяться до першого рівня, визначено механізми взаємодії закладів першого рівня з установами другого і третього рівнів, сформовано не лише обов'язки лікаря, а також і обов'язки пацієнтів з метою «захистити лікаря в нових взаємовідносинах із пацієнтом». Завершуючи виступ, І. Сисоєнко закликала присутніх долучитися до спільної роботи над цим важливим законопроектом, привітала закордонних колег та побажала успіхів у роботі Конгресу, висловивши впевненість, що «ми зможемо побудувати європейську якість медичної допомоги, в тому числі на такому важливому першому рівні, і розвинемо належну якість сімейної медицини».



«Людина хоче жити якісно, менше хворіти і прожити довше — ці три речі повинні бути дороговказом для лікарів!», — проголосив у свій привітальний промові проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Олександр Толстанов**, зазначивши, що основними критеріями якості ПМД повинні бути: задоволення пацієнтів, їхня пошана до лікарів та бажання співпрацювати. «В Україні є первинна допомога, є фахівці, які

знають, як лікувати, і не будуть не лікувати, якщо є хоч маленька надія!», — ці слова промовця були підтримані оплесками аудиторії.

Під час першого пленарного засідання досвідом з українськими колегами щедро поділилися сімейні лікарі з Ізраїлю, Італії, Португалії, Франції та США, які виклали своє бачення пріоритетних напрямків розвитку ПМД в доповідях, об'єднаних спільною темою: «5 речей з моєї клінічної практики, які можуть покращити якість роботи сімейного лікаря в Україні».

### Доступна та якісна ПМД для кожного пацієнта: досвід Ізраїлю



Чесť відкрити перше пленарне засідання була надана **Міхал Шані** (Ізраїль) — сімейному лікарю, члену EGPRN, президенту Ізраїльської асоціації сімейної медицини. Доповідач навести дані про те, що в її країні, де кількість населення становить 8,3 млн, густина населення — 400 осіб/км<sup>2</sup> (для порівняння — в Україні цей показник становить 73 особи/км<sup>2</sup>), а ВВП на душу населення становить 38 тис. дол. США (в Україні — 8,3 тис. дол.), кожен громадянин має право на медичне

обслуговування, при цьому відповідальність за фінансування несе уряд. Ізраїль має власне законодавство у сфері охорони здоров'я, яке забезпечує **універсальний доступ до медичної допомоги**, не залежний від матеріальних статків або суспільного положення окремого громадянина. Країна має надзвичайно розвинену систему медичної допомоги, в тому числі і приватну ланку, але най-

важливішою, на переконання пані М. Шані, є ПМД, яка дозволяє виявляти хвороби на ранніх етапах, заощаджувати кошти, запобігаючи проведенню непотрібних медичних втручань. При цьому важливою умовою є **дотримання певних етичних норм** при наданні медичних послуг, їх відповідність людській гідності, збереження приватності та високий рівень взаємовідносин лікар — пацієнт.

Іншою важливою рисою є **територіальна доступність медичної допомоги** завдяки наявності клінік по всій території країни. Промовець окремо відзначила і **злагоджено командну роботу** — не лише лікарів, але й медичних сестер, фармацевтів, секретарів, медичних планувальників, інших спеціалістів.

Також у країні існує **досконала програма резидентури**, яка передбачає наявність 13 різних програм, тривалих (6 семестрів) період практики в закладах ПМД та проходження обов'язкових курсів сімейної медицини, проведення державних випускних іспитів за єдиними для всіх програм резидентури вимогами, безперервну систему професійного навчання медичних працівників.

Велике значення для всієї національної системи охорони здоров'я має **централізована комп'ютеризація** — кожен лікар обов'язково повинен користуватися медичною інформаційною системою, що забезпечує послідовність у його роботі, полегшує комунікацію з лікарями різних спеціальностей, дозволяє прискорити статистичний аналіз, полегшити якісну оцінку роботи лікарів, допомагає у проведенні наукових досліджень.

Наприкінці виступу промовець ще раз наголосила на важливості згуртованості медиків, яка дозволяє їм тісно співпрацювати, обмінюватися досвідом та навчати молоді, разом відстоювати професійні інтереси перед чиновниками.

У доповіді, представлений у рамках клінічної сесії «Щоденник сімейного лікаря», пані М. Шані запропонувала колегам зосередити увагу на факторах, які впливають на прихильність пацієнтів із хронічною патологією до тривалого лікування. Відокремивши ненавмисну (нерозуміння інструкцій, проблеми із запам'ятовуванням, технічні проблеми, мовний бар'єр) та навмисну причини неприхильності, лікар навести цікаві та дещо неочікувані дані власної дослідної роботи, які свідчать про те, що дотримання режиму прийому хоча б одного із призначених препаратів підвищує вірогідність прихильності до інших лікарських засобів, а чим більше медикаментів застосовує пацієнт, тим вища його загальна прихильність до лікування. Крім того, з'ясувалося, що хоча ця характеристика не залежить від статі чи фінансової спроможності пацієнта, але на неї впливає група препаратів (найменш прихильними виявилися ті, кому були приписані неінсулінові пероральні гіпоглікемічні препарати, статини), вік хворого (люди літнього віку частіше забувають про необхідність прийому ліків), індекс маси тіла (вищий у пацієнтів із надмірною масою тіла). Головним фактором для підвищення прихильності до лікування, на думку дослідника, є **переконавчий роз'яснення лікарем пацієнту життєвої важливості дотримання призначеної схеми застосування лікарських засобів**.

### Сімейна медицина за італійськими рецептами



Акцент на ролі професійної підготовки сімейних лікарів у підвищенні якості ПМД зробив у своїй промові професор Міланського університету (Італія), сімейний лікар, член правління EURACT **Франческо Кареллі**. Перш за все, для підвищення якості ПМД, він рекомендував українським колегам вивчати та впроваджувати європейський досвід, зокрема дотримуватися стандартів Всесвітньої організації сімейних лікарів (World Organization of National Colleges, Academies

and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians — WONCA). Професор розповів, що в Італії сімейні лікарі займають ключову позицію в Національній системі охорони здоров'я і завдяки своїй універсальності несуть основну відповідальність за здоров'я пацієнтів. Саме вони також виконують функцію «гейткіпера» — воротаря, який визначає, чи насправді пацієнт потребує ПМД. Усі сімейні лікарі неодмінно мають спеці-



алізацію з сімейної медицини — згідно з положеннями EURACT вона триває протягом трьох років, і половина цього періоду проходить у клініках сімейної медицини під керівництвом широкої мережі досвідчених викладачів, тренерів та кураторів, яких ретельно відбирають та періодично затверджують повторно, базуючись на оцінці якості їх роботи. Як повідомив доповідач, в останні роки в Італії сімейні лікарі отримали не лише більше зобов'язань, але й більше можливостей, зокрема держава взяла на себе оплату праці персоналу (в тому числі медичних сестер, секретарів). Важливим моментом є користування онлайн-виданнями та іншою медичною періодикою, що дозволяє лікарям спілкуватися з колегами, йти в ногу з медичною наукою, роблячи вагомий внесок в якість медичної допомоги.

## Реформа ПМД в Португалії

Національний служб здоров'я (НСЗ) Португалії, як поінформувала присутній сімейний лікар з цієї країни, член EURACT **Деніс Александра Куна Вельо**, знадобилося майже 40 років для того, щоб запропонувати громадянам універсальну (призначену для обслуговування всього населення країни), всеосяжну (ту, що представляє всі лікарські спеціальності) та практично безкоштовну для пацієнтів медичну допомогу, центральною ланкою якої є ПМСД, а «воротарем» — сімейний лікар: жоден пацієнт не може потрапити на консультацію спеціаліста без огляду та відповідного направлення сімейного лікаря.

Визнання загальної практики/сімейної медицини як окремої лікарської спеціальності в Португалії відбулося ще у 1982 р., але протягом 20-річного подальшого періоду внаслідок ряду причин — низького рівня державного фінансування та браку програми розвитку охорони здоров'я, призначення на керівні посади малокомпетентних керівників та відсутності автономії медичних закладів — ця ланка майже не розвивалася. Лише у 2005 р. розпочалася реформа первинної ланки охорони здоров'я, яка була спрямована на реалізацію послідовної політики в цій галузі, забезпечення прозорості, відповідалості та включення всіх заінтересованих сторін у прийняття рішень щодо розвитку системи охорони здоров'я, акцент на доступності та якості медичного обслуговування і підтримка мультипрофесійної роботи лікарів. Відбулася децентралізація управління та автономізація установ первинної ланки, а основною моделлю стали об'єднані на добровільних засадах команди професіоналів. Водночас було створено національну стратегію розвитку, що передбачала утворення 74 центрів здоров'я, які координують роботу первинної ланки.

Базою сімейної медицини в Португалії є амбулаторії сімейної медицини, де працюють багатопрофільні команди, які, зазвичай, включають 5–8 сімейних лікарів, 5–8 медичних сестер та 4–7 секретарів. Кожна амбулаторія укладає контракт із НСЗ, в якому детально прописаний план роботи на наступні три роки. Система оплата праці лікарів орієнтована на створення умов для більшої доступності, якості та економічної ефективності медичної допомоги і є змішаною, тобто враховуються такі чинники, як:

- кількість «прикріпленого» населення, вік пацієнтів;
- продуктивність при наданні послуг;
- включення пункту «плата за обслуговування» (в тому числі обслуговування на дому, оплата телефонних консультацій);
- досягнення поставлених цілей та якість роботи, яка визначається за системою індикаторів.

Основною одиницею системи ПМСД є невеликі команди, що складаються із сімейного лікаря, медсестри і секретаря, які обслуговують близько 600 сімей (у середньому — 1750 пацієнтів усіх вікових категорій), надаючи різні види консультацій: звичайні, допомога при невідкладних станах, визначення груп ризику (діти, вагітні, планування сім'ї, цукровий діабет і артеріальна гіпертензія) та відвідування пацієнта вдома.

Пацієнт може заздалегідь записатися на консультацію, кожен візит триває приблизно 10–30 хв. Сімейні лікарі працюють 35 год/тиж, але тривалість робочого дня може подовжуватися відповідно до збільшення кількості пацієнтів. Як зауважила промовець, проведена в Португалії реформа ПМД дозволила вдвічі (з 15 до 7%) зменшити кількість неохопленого сімейною медициною населення, що є одним із підтверджень її успішності.

Відповідаючи на численні запитання українських колег, пані Д. Вельо розповіла, що в Португалії:

- заклади середньої освіти не мають постійно прикріплених до них медичних працівників, але деякі центри ПМД періодично проводять для учнів санітарно-просвітницькі заняття;
- із 2006 р. у країні працює система медичного електронного документообігу;
- робочий день амбулаторій обмежений і зазвичай триває з 08:00 до 20:00 в робочі дні та з 09:00 до 13:00, сімейні лікарі не мають нічних чергувань;
- Асоціація сімейної медицини Португалії є достатньо потужною і здатна впливати на політику НСЗ;
- українські громадяни, як і інші легальні (та нелегальні) мігранти, які працюють у цій країні, одержують весь обсяг необхідної ПМД;
- існують приватні і три типи державних сімейних амбулаторій — ті, що працюють за старою системою, і нові — моделі А та В; заклади моделі В спроможні надавати більший обсяг медичних послуг, а їх лікарі мають вищу кваліфікацію, тому й отримують удвічі більшу зарплату, ніж колеги з моделі А (що для останніх є стимулом підвищення якості роботи).

## Особливості клінічної практики сімейної медицини у Франції



Сімейний лікар-інтерн, член Французької асоціації молодих сімейних лікарів-науковців, координатор Міжнародної програми обміну сімейних лікарів Васко да Гама у Франції **Софі Сан** привернула увагу делегатів Конгресу до переваг нещодавно запровадженої у Франції програми «clinicat», спрямованої на стимулювання наукової діяльності сімейних лікарів, яка передбачає дворічний контракт на продовження клінічної практики одночасно з науково-дослідною роботою

в університеті та частковою зайнятістю в сімейній амбулаторії. Лікар розповіла про умови навчання сімейних лікарів у резидентурі, систему оплати їхньої праці, обов'язки медичних сестер, які працюють із сімейними лікарями, та особливості проведення скринінгу захворювань (в тому числі скринінгу раку шийки матки, колоректального раку, раку молочної залози), який здійснюють за рахунок держави, а його проведення чи аналіз результатів окремо оплачують сімейному лікарю за державний кошт.

У відповідях на запитання аудиторії пані С. Сан більш детально охарактеризувала систему оплати сімейних лікарів у Франції — розмір зарплати залежить від кількості обслугованого населення (per capita), додатково оплачується кожна проведена діагностична чи лікувальна процедура, скринінг захворювань. Як пояснила доповідач, завданням лікаря також є призначення вакцинації, здійснення якої покладається на медичну сестру та фармацевта.

«Які можливості дає Васко да Гама сімейному лікарю?» — у відповіді під такою назвою С. Сан поділилася з присутніми інформацією про структуру, діяльність та перспективи участі українських лікарів у Міжнародному молодіжному русі сімейних лікарів Васко да Гама, започаткованому у 2004 р. Європейською асоціацією сімейних лікарів. Його перше засідання відбулося в січні 2005 р. в Лісабоні (Португалія) — у місті, з якого вирушив у тривале плавання до незвіданих берегів Індії відомий португальський мореплавець Васко да Гама — звідти й назва організації. Рух Васко да Гама спрямований на залучення молодих сімейних лікарів/лікарів загальної практики, які навчаються або лише починають практичну діяльність (протягом перших п'яти років після отримання кваліфікації), до спілкування, міжнародного обміну інформацією та професійним досвідом, підвищення якості навчальних програм. Окремий підрозділ Руху займається організацією програм обміну з метою ознайомлення молодих сімейних лікарів із практикою лікарських закладів, глибшого розуміння системи охорони здоров'я різних країн, підвищення мовних навичок, і здійснюється за такими напрямками:

- обмін на конференціях — у межах Європи, тривалістю 12 днів (може включати плату за відвідування конференції);
- «обмін Гіппократа» — в межах Європи тривалістю 2 тиж;
- обмін «Сімейна медицина 360°» — усі країни світу, зазвичай триває 4 тиж.

Для того щоб взяти участь у програмі, доповідач порекомендувала звернутися до національного координатора Руху Васко да Гама.

## Акцент на пацієнт-орієнтованому підході — рекомендації сімейного лікаря зі США



За спостереженнями лікаря загальної практики/сімейного лікаря, волонтера, члена УАСМ **Ненсі Веспетал** (США), зазвичай під час огляду пацієнта лікарі орієнтовані на пошук симптомів та ознак захворювання, призначення досліджень, визначення патологічної основи захворювання, тоді як пацієнта найбільш турбують «втрата незалежності, власні страждання, ізоляція, потреба в повазі». Відзначивши, що саме пацієнт-орієнтований підхід здатний значно змінити

на краще життя пацієнтів та всю лікарську практику, доповідач назвала його вісім головних принципів:

- повага до вподобань пацієнта;
- координування та інтеграція допомоги;
- інформація та навчання пацієнта;
- фізичний комфорт пацієнта;
- емоційна та духовна підтримка;
- залучення сім'ї та друзів;
- безперервний супровід пацієнта;
- доступ до медичної допомоги.

На підтвердження цих тез промовець навела приклади із власної багаторічної волонтерської діяльності в Україні, поділившись досвідом емоційної та духовної підтримки населення в «сірій зоні» АТО, забезпечення доступу пацієнтів із цих районів до консультацій лікарів та необхідних медичних обстежень (в число яких входили ультразвукове дослідження (УЗД), біохімічні аналізи, маммографія, флюорографія), доставки дітям подарунків, підготовлених українськими благодійниками, проведення теоретичного і практичного навчання молодих українських лікарів та волонтерів. Наприкінці доповіді пані Н. Веспетал висловила захоплення Україною та українськими лікарями та висловила надію на успіх здійснюваної реформи.

У доповіді, представлений на пленарному засіданні другого дня Конгресу, доктор Н. Веспетал порекомендувала українським лікарям електронні джерела, в яких серед масиву медичної інформації вони можуть знайти достовірну доказову базу для пацієнт-орієнтованого консультування.

## Особливості організації системи охорони здоров'я в США

Директор Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Олег Шеке́ра** ознайомив присутніх із досвідом США щодо розвитку ПМД. Зауваживши, що США витрачає на систему охорони здоров'я більше за інші розвинені країни світу — щорічний бюджет Міністерства охорони здоров'я становить близько 1 трлн дол. (приблизно 47% цих коштів витрачається на стаціонарне лікування), промовець більш детально охарактеризував систему охорони здоров'я США, до якої входять: сімейна медицина, госпітальна допомога, суспільна охорона здоров'я. Більшість (≈84%) громадян мають медичну страховку, з них у 64% застрахованих вона оплачується роботодавцем, у 27% — надається в рамках державних програм і лише 9% громадян купують її самостійно. Певні державні програми дозволяють отримати медичну допомогу інвалідам, особам похилого віку, дітям, ветеранам, малозабезпеченим людям, а також гарантують невідкладну медичну допомогу всім жителям країни незалежно від їх фінансової спроможності.

«Сімейна медицина в США є досить розвиненою: сімейні лікарі оглядають і спостерігають пацієнтів і за необхідності — направляють їх до вузьких спеціалістів або у стаціонар. Оплату ці лікарі отримують безпосередньо від пацієнтів. Зазвичай сімейний лікар має свій власний офіс або кооперується з іншими фахівцями. Амбулаторні послуги поступово замінюють стаціонарне лікування, а допомога на дому — перебування в будинку для літніх. Приватний сектор амбулаторної медичної допомоги представлений особистими лікарями (фахівцями внутрішньої та сімейної медицини, педіатрами), вузькими спеціалістами, наприклад гастроентерологами, кардіологами, дитячими ендокринологами, а також

медсестрами та іншим медичним персоналом», — поінформував професор.

Сімейна медицина у США визначена як окрема лікарська спеціалізація ще у 1969 р., а на сьогодні американці щороку здійснюють понад 208 млн візитів до лікарів. Кожен сімейний лікар має через певний час (7–10 років) підтверджувати свою кваліфікацію.

«Хоча американська система охорони здоров'я найдорожча у світі, вона не позбавлена недоліків, — зауважив О. Шеке́ра, пояснивши: «Багато жителів США не можуть отримати адекватної медичної допомоги, захворюваність у країні не знижується, а профілактичні заходи часто не приносять очікуваного результату. Сьогодні уряд змушений витратити на охорону здоров'я величезні кошти, тому вважається, що найбільш ефективним рішенням цієї проблеми може бути стимулювання ринкових рішень, підвищення ефективності та впровадження інноваційних підходів. Окрім того, всі політичні сили одностайно відстоюють непорушне право кожної людини на державний захист щодо надання медичної допомоги».

Посилаючись на досвід США, професор ще раз привернув увагу аудиторії до проекту Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» від 22.06.2017 р. № 6634, який, на його думку, слід було приймати одним із перших, оскільки цей закон «визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, ПМД, встановлює засади функціонування та розвитку сімейної медицини». На переконання О. Шеке́ри, створення умов для розвитку ПМД дозволить покращити важливу складову національної безпеки держави — збереження та зміцнення здоров'я населення України.

## Міжнародний досвід проведення скринінгів



«Чи відміна диспансеризації є запорукою впровадження доказового скринінгу в Україні?», — під таким кутом керівник напрямку «Міжнародна співпраця» УАСМ **Павло Колесник**, кандидат медичних наук, доцент факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет (УжНУ)», директор навчально-наукового тренінгового Центру сімейної медицини УжНУ, запропонував розглянути відповідні положення Наказу МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зокрема додаток 2 — «Перелік медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком захворювань».

Скринінг є важливим компонентом профілактики захворювань, яку поділяють на (WONKA, 2018):

- первинну — виявлення факторів ризику (ФР) і мотиваційне консультування, вакцинація;
- вторинну (скринінг) — раннє виявлення найчастіших прихованих захворювань у популяції з метою своєчасного лікування;
- третинну — менеджмент хронічної патології з метою запобігання ускладненням, а також продовження життя;
- четвертинну — захист пацієнта від гіпердіагностики і гіперлікування.

Саме з огляду на четвертинну профілактику позитивним зрушенням для нашої медицини, на думку доповідача, стала відміна застарілого наказу про диспансеризацію Наказом МОЗ України від 26.01.2018 р. № 157 («Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України». — Прим. ред.), в якому зазначено, що «...надмірні радіологічні обстеження під час флюорографії органів грудної клітки є небезпечними для пацієнтів», а «...значна кількість діагностичних і лабораторних досліджень призводить до накопичення помилкових результатів і подальшого неоптимального лікування!»

Як наголосив промовець, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Ефективний скринінг — це динамічний процес», а умовами для його успішного проведення є:

- скринінг >70% популяції;
- наявність відповідних ресурсів та інфраструктури;



- наявність прийнятного скринінгового методу;
- забезпечення діагностики і лікування виявлених під час скринінгу пацієнтів;
- оцінка результатів у динаміці.

Проаналізувавши відповідність нової програми скринінгу в Україні (наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504) діючим рекомендаціям USPTFS (U.S. Preventive Services Task Force — робоча група з профілактики захворювань США) та положенням скринінгових програм 16 країн Європи (EURACT), науковець відзначив такі недоліки вітчизняних рекомендацій:

- скринінг гіпертонічної хвороби (ГХ) пропонується проводити лише у чоловіків віком >40 років і жінок віком >50 років, тоді як американські експерти рекомендують починати його з 18 років (рівень доказовості А — USPTFS, 2015);
- скринінг дисліпідемії як компонент скринінгу «ГХ та інші серцево-судинні захворювання (ССЗ)», рекомендований з віку 40–50 років (залежно від статі) 1 раз на 2 роки (за наявності ФР — 1 раз на рік), тоді як USPTFS визначає для його початку вік 35–45 років, а частоту — 1 раз на 5 років (в європейських країнах вік і частота проведення різняться, оскільки там вдалося досягти значного зниження смертності від ССЗ) — у зв'язку з чим постає запитання: «Чи можемо ми фінансово забезпечити таку частоту скринінгу?»;
- скринінг ожиріння (у складі скринінгу ССЗ) планується проводити у осіб віком >40–50 років, а в Європі його розпочинають у молодшому віці, у США — з 18 років (рівень доказовості В, USPTFS 2009);
- скринінг цукрового діабету рекомендований особам віком >45 років (за наявності ФР — раніше) 1 раз на рік, а в США — особам віком 40–70 років за наявності ФР з частотою 1 раз на 3 роки;
- скринінг раку молочної залози за часом і кратністю відповідає такому в європейських та американських рекомендаціях, але із урахуванням обмеженого доступу до мамографії населення віддалених від обласних центрів місцевостей наявні сумніви щодо реалізації цієї програми;
- скринінг колоректального раку в Україні рекомендовано проводити у осіб віком 50–75 років з частотою 1 раз на 2 роки (за наявності ФР — 1 раз на рік), для чого використовувати опитування, при підозрі на наявність раку — аналіз калу на приховану кров, направлення на другий рівень медичної допомоги, тоді як в США кал на приховану кров досліджують 1 раз на рік усім особам віком 50–74 роки, а колоноскопію їм рекомендовано проводити 1 раз на 5–10 років;
- скринінг (на рівні ПМД) раку шийки матки взагалі не знайшов відображення в Наказі;
- скринінг раку передміхурової залози рекомендовано проводити у чоловіків, починаючи з віку 40 років (при високому ризику) за допомогою визначення рівня простатичного специфічного антигену (ПСА), тоді як цей метод вже давно не застосовують для скринінгу в США та країнах Європи;
- скринінг ВІЛ передбачений для осіб віком >14 років за наявності ФР, тоді як у США — показаний всім особам віком 15–65 років, незалежно від ризику (рівень доказовості А);
- скринінг туберкульозу проводять у будь-якому віці за наявності ФР (контактні, ВІЛ-інфекція) за допомогою опитувальника, у США — у популяціях із високим ризиком, у більшості країн Європи — не проводять взагалі;
- в Україні, на відміну від США та країн Європи, взагалі не передбачено проведення скринінгу інфекційних захворювань (гепатит В та С, сифіліс).

«Скринінгові програми в більшості країн Європи оплачуються державою!», — наголосив П. Колесник. Також держава, окрім доплати лікарю за проведення скринінгу, забезпечує його всіма необхідними матеріалами, інструментарієм, тестами. Таким чином, за висновками доповідача, програма скринінгу, запропонована Наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504, потребує перегляду — її планування має базуватися на доказах, а фінансування розглядатися як динамічний процес та окремо оплачуватися державою.

Коментуючи виступ колеги, професор Л. Матюха з прикритістю зауважила, що УАСМ двічі направляла до МОЗ України свої коментарі та пропозиції щодо Наказу МОЗ України від 19.03.2018 р.

№ 504, але жодної з них не було враховано, тому питання: «Чи хоче Міністерство співпрацювати з громадськістю?» залишається риторичним.

## Формування мереж ПМД: пояснення і коментарі



Бурхливе обговорення делегатами Конгресу викликала доповідь, представлена координатором з охорони здоров'я Центрального офісу реформ Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України **Наталією Лісневською** в рамках пленарного засідання «Організація медичної допомоги в ракурсі реформи», яка проаналізувала та роз'яснила деякі положення основних документів, що регламентують принципи планування та організації спроможних мереж ПМД, серед яких:

- Наказ МОЗ України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 р. № 178/24 «Порядок формування мереж надання первинної медичної допомоги»;
  - Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Порядок надання первинної медичної допомоги»;
  - Наказ МОЗ України від 26.01.2018 р. № 148 «Табель матеріально-технічного оснащення»;
  - операційний посібник з формування мережі надавачів ПМД (у проєкті, лютий 2018) (представлений на сайті МОЗ України ([http://healthreform.in.ua/finace\\_phc](http://healthreform.in.ua/finace_phc)). — Прим. ред.).
- Як поінформувала промовець, головним документом є Наказ від 06.02.2018 р. № 178/24, відповідно до якого спроможна мережа надання ПМД забезпечує:
- доступність отримання якісної, всебічної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта ПМД відповідно до потреб населення, зумовлених епідеміологічними та соціально-демографічними характеристиками населення, міграційного руху, особливостей розселення людей на відповідній території планування;
  - ефективність використання ресурсів;
  - моніторинг, оцінку та удосконалення власної спроможності.
- У цьому документі визначені головні принципи планування мережі ПМД:
- першочергове інвестування в розвиток регулярних місць надання ПМД (лікарських амбулаторій);
  - економічна обґрунтованість розвитку нерегулярних місць надання ПМД — фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП) або «Пунктів здоров'я» — порівняння вартості утримання пункту з вартістю транспортування пацієнта до найближчих амбулаторій;
  - кількість прикріпленого населення на 1 лікаря — до 2000 осіб (2000 на одного лікаря-терапевта, 1800 осіб на одного лікаря загальної практики/сімейного лікаря, 900 осіб — на педіатра), але при згоді лікаря допускається і більша кількість пацієнтів;
  - цільове навантаження на лікаря — 4 візити кожного пацієнта на рік;
  - 24 відвідування за зміну (30% з яких не потребує залучення лікаря і здійснюється молодшим медичним персоналом);
  - кількість лікарів в амбулаторіях має плануватися відповідно до кількості населення, що обслуговується:
    - центральна ПМД — населення від 15 000 осіб — не менше 7 лікарів;
    - амбулаторія групової практики — населення від 3000 осіб — не менше 2 лікарів;
    - амбулаторія монопрактики — населення 2000 осіб — 1 лікар;
    - пункт здоров'я — населення від 750 осіб — 1 лікар (2 повні зміни на тиждень).
  - територіальне розташування місць надання ПМД повинно визначатися на основі наявності громадського транспорту і маршрутів транспортування пацієнта до місць надання ПМД та сукупної вартості транспортування; відстань від найближчих

населених пунктів до місця надання ПМД повинна становити не більше 7 км по дорогах із твердим покриттям.

Серед етапів розробки перспективного плану ПМД Н. Лісневська відзначила:

1. Визначення території планування.
2. Оцінка наявної мережі ПМД.
3. Визначення логістично пов'язаних територій: центральних (з населенням  $\geq 15\,000$  осіб) та другого рівня ( $\geq 2000$  осіб).
4. Визначення територіального розташування регулярних та нерегулярних місць надання ПМД.
5. Визначення економічної доцільності утримання нерегулярних місць надання ПМД (ФАП, пункт здоров'я).
6. Розрахунок кількості персоналу та розробка графіків роботи.

Як наголосила доповідач, при вирішенні питань щодо доцільності організації пунктів здоров'я чи збереження існуючих ФАПів слід пам'ятати, що основним суб'єктом фінансування НСЗ є безпосередньо лікар, тому фінансове утримання цих структурних підрозділів буде відбуватися за рахунок його базової капітаційної ставки. Теж саме стосується і будь-яких інших витрат, в тому числі й надання невідкладної медичної допомоги.

Важливим фактором створення ефективної мережі ПМД, особливо в сільській місцевості, є взаємодія з органами місцевого самоврядування, адже амбулаторія є власністю громади, але, як зауважила Н. Лісневська, місцева влада не має повноважень щодо впливу на фінансові результати чи оцінку якості наданих лікарем медичних послуг.

Після закінчення виступу доповідачка відповідала на численні запитання аудиторії, до обговорення яких долучились і модератори пленарного засідання О. Толстанов та К. Надутий. У результаті промовці зійшлися на тому, що на сьогодні альтернативи Наказу від 06.02.2018 р. № 178/24 немає, тому слід керуватися його положеннями, а запропоновані зауваження та рекомендації — врахувати під час прийняття резолюції Конгресу.

### Складнощі медичного «стартапу»

Про труднощі й перепони, що чекають на лікарів, які вирішили поринути у море бізнесу і розпочати приватну медичну практику, розповіла гостя з Білорусі — виконавчий директор Мережі клінік «Доступний доктор» **Ксенія Буйко**. Серед головних викликів доповідач назвала проблеми з підбором медичних кадрів (лікарі не готові працювати у клініці без достатньої кількості клієнтів) та управлінців; складнощі у прийнятті керівництвом відповідальності та рішення в умовах дорогих кредитів і тотальної нестабільності тощо. Безумовно, багатьох присутніх зацікавила представлена концепція клінік за типом «медичний Макдональдс», які:

- розташовуються на території супермаркету і мають прямий вихід до аптеки;
- здійснюють щоденний амбулаторний прийом пацієнтів і, за потребою, консультації дома;
- надають досить широкий обсяг послуг — прийом сімейного лікаря, УЗД, збір аналізів, ін'єкції — за цінами, нижчими, ніж в інших приватних клініках;
- працюють із сучасними системами — електронний консультант, засоби самодіагностики.

За твердженням промовця, співпраця лікарів загальної практики/сімейної медицини з подібними клініками надає широкі можливості самостійного планування розподілу робочого часу, водночас, звільняючи від не властивих лікарській професії обов'язків щодо адміністративного та матеріального забезпечення практики. Але, на жаль, як констатувала К. Буйко, більшість українських пацієнтів поки що не готові до подібного способу надання лікарських послуг.

Підвищення ефективності компаній можна досягнути з урахуванням чотирьох пов'язаних між собою перспектив: фінансової перспективи, задоволеності пацієнтів, внутрішніх процесів (продуктивність праці, адміністративні витрати, оперативність внутрішніх процедур, плинність кадрів та ін.), постійного навчання і розвитку, а головною рушійною силою цих процесів є командна робота. За даними моніторингу рівнів задоволеності та лояльності (L.L. Berry, P. Parasuraman), оцінка якості наданих послуг будь-якими користувачами, в тому числі й пацієнтами, здійснюється за такими критеріями:

- надійність і вартість: впевненість користувача в тому, що він купує якісний товар і не переплачує за нього (32% загальної оцінки якості обслуговування);
- оперативність — оперативне надання інформації, своєчасне обслуговування (22%);
- впевненість в обслуговуванні — обізнані, ввічливі співробітники, які вселяють довіру (19%);
- емпатія — турбота й увага до користувачів (16%);
- матеріальна складова — зовнішній вигляд тощо (11%).

Таким чином, від матеріальної складової залежить лише десята частина враження пацієнтів від клініки.

У коментарях до виступу модератор засідання К. Надутий зауважив, що поява приватного сектору на ринку праці дозволить покращити як умови роботи лікарів, так і якість надання медичної допомоги пацієнтам.

### Кроки від установи до підприємства

«Автономізація — ціль чи інструмент? Можливості й ризики, основні кроки автономізації, бізнес-планування, обмеження перехідного періоду», — саме цим актуальним для медичної реформи питанням присвятив свою доповідь член правління і керівник напрямку «Менеджмент» УАСМ, заступник голови правління Всеукраїнського лікарського товариства, засновник і експерт Української медичної експертної платформи «ПРО S VITA» **Костянтин Надутий**. З огляду на тематику Конгресу, він зауважив, що на перехідному етапі (у нинішньому році та в найближчі роки) не слід чекати підвищення якості ПМД. Щодо автономізації медичних закладів доповідач наголосив, що вона «не є самоцінною!» За його словами, метою автономізації є здоров'я людей, а головні цілі, яким повинен відповідати бізнес-план закладу, мають дві складові — соціальну (доступність і якість обслуговування, чутливість до потреб населення, зниження захворюваності та смертності тощо) та фінансову (фінансова стійкість і фінансовий успіх закладу, матеріальний успіх персоналу).

Основними напрямками забезпечення фінансової складової є оптимізація витрат за рахунок:

- зменшення витратів на адміністративно-управлінський персонал — не більше 10% усіх витратів;
- скорочення надлишкового медичного персоналу та застосування аутсорсингу (невідкладна допомога, патронаж, лабораторна діагностика, транспортні послуги тощо);
- енергозбереження.

«Але оптимізація витратів не повинна негативно позначатися на якості послуг та суб'єктивних відчуттях клієнтів, а має сприяти залученню нових клієнтів!», — підкреслив К. Надутий. Успіху допоможуть досягти і нові витрати, зокрема:

- навчання — ведення бізнесу (бізнес-планування);
- вивчення думки клієнтів;
- аутсорсинг лабораторних досліджень та логістика біоматеріалів;
- аудит якості;
- маркетинг і реклама.

«Втручання в господарську діяльність підприємства заборонене законом!» — саме це, на переконання промовця, надає автономізованому підприємству можливість самостійно розпоряджатись активами, застосовувати матеріальне стимулювання робітників, розподіляючи фонд оплати праці залежно від обсягу та якості виконаної роботи.

Доповідач звернув увагу аудиторії на те, що найбільше цінуються не зміни, а стабільність, тому кожне нововведення необхідно моделювати під кутом зору сприйняття персоналом та пацієнтами. Важливий ризик становить непрозорість або необґрунтованість капітаційного тарифу. Обов'язковими кроками бізнес-планування/проекування є:

1. Визначення мети і цілей.
2. Збір даних, аналіз і прогнозування ринку.
3. Збір даних і аналіз «себе» — сильні та слабкі сторони.
4. Збір даних і аналіз конкурентів — сильні та слабкі сторони.
5. Збір даних і отримання інформації про власні продукти (те, що пропонується споживачу).

6. Збір даних і аналіз ресурсів та операційної діяльності (аудит), виявлення ресурсів, що використовуються неефективно, виявлення ресурсів, яких не вистачає, оцінка їх вартості/витратів на придбання, виявлення дефектів у роботі, які несуть фінансові ризики.



7. Оцінка джерел доходів, їх прогнозування (оптимістичний і песимістичний прогноз).

8. Аналіз поточних/операційних видатків.

9. Побудова бізнес-моделі за оптимістичним та песимістичним сценарієм, визначення ризиків і можливостей їх нівелювання.

10. Розробка деталізованого бізнес-плану/проекту.

Як зауважив К. Надутий, впевнені рішення при бізнес-плануванні можна буде приймати лише після отримання практичних результатів застосування тарифів у різних (а не лише ідеальних) умовах. Промовець також роз'яснив, що в жодному з актів законодавства («Основи законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII) не зазначено, що договори укладаються виключно з автономізованими медичними закладами.

### Успіхи та проблеми телемедичних ЕКГ-проектів у первинній ланці

У нашій країні смертність від ССЗ залишається однією з найвищих в Європі. Одним зі шляхів виправлення ситуації є підвищення швидкості (правило «золотої години») та якості діагностики потенційно життєзагрозової серцевої патології, і найбільш широкі можливості в цьому плані надає телемедицина. Саме тому делегатам Конгресу було дуже цікаво почути про 20-річний досвід впровадження телемедичного ЕКГ-проекту в різних регіонах України, яким поділився директор ТОВ «Компанія TREDEX», кандидат медичних наук **Роман Павлович**. За його словами, телемедицина — найбільш ефективний спосіб підвищення якості медичної допомоги при суттєвій економії часу та фінансових витрат, і український досвід повністю це підтверджує. Застосування цієї технології передбачає наявність медичного працівника закладу ПМД, який має спеціальний телеметричний прилад (кардіограф, апарат УЗД чи інший засіб фіксації ЕКГ), доступ до мереж телекомунікації (телефонний зв'язок, Інтернет) та віддаленого кваліфікованого консультанта-кардіолога. Обов'язковим є ієрархічна схема побудови звернень за консультацією — тобто первинна ланка консультується на вторинному рівні, а та, у свою чергу (за необхідності) — на третинному рівні.

На сьогодні створена Всеукраїнська телемедична мережа ургентної ЕКГ-діагностики, яка охоплює 3000 закладів (центрів ПМСД, амбулаторій, ФАПів, лікарень) і >100 бригад екстреної

медичної допомоги; щорічно проводиться >50 тис. ЕКГ-телеконсультацій. Це дало змогу значно покращити показники виявлення інфаркту міокарда, гострого коронарного синдрому, ішемічної хвороби серця серед дорослого населення, зокрема в Харківській, Полтавській, Кіровоградській областях. Основні проблеми та помилки телемедичних проектів, як пояснив доповідач, пов'язані з технічними (прийняття хибних технічних рішень щодо організації мережі та закупівлі відповідного обладнання) та адміністративними (неправильна оцінка та схема функціонування, штатна структура тощо) недоліками.

У рамках Конгресу було представлено дуже багато актуальних та різноманітних за тематикою доповідей, а в кулуарах делегати мали змогу ознайомитися з більше ніж двома десятками стендових доповідей, поспілкуватися із представниками фармацевтичних компаній, виробників медичної техніки, медичних та Інтернет-видань.

Прямо з сесійної зали Верховної Ради (де щойно було прийнято Закон про антикорупційний суд) на Конгрес завітала голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, доктор медичних наук, професор Ольга Богомолець, щоб особисто взяти участь у нагородженні почесними відзнаками сімейних лікарів та сімейних медичних сестер — волонтерів АТО. Серед колег особливу нагороду «За сумлінне батьківство» одержав лікар зі Старобешівського району Донецької області Юрій Зинчук, який усиновив двох дітей, а в 2014 р. врятував пораненого бійця АТО від розправи сепаратистів, а нагородою «За милосердя і самовідданість» було вшановано лікаря та громадського діяча К. Надутого.

Особливо хотілося б відзначити високий рівень володіння іноземними мовами, продемонстрований членами Асоціації П. Колесником та завідувачем кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, доктором медичних наук **Людмилою Хіміон** та клінічним ординатором кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика **Максимом Романом** — їх досконалий професійний переклад допоміг забезпечити повноцінну участь іноземних гостей в усій програмі Конгресу, включаючи представлення доповідей, обговорення актуальних питань і навіть модераторів клінічної сесії № 1, яку бездоганно провів професор Ф. Кареллі.

*Вікторія Ніколаєнко,  
фото Сергія Бека*

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Міжнародна класифікація хвороб-11: що нового? Про МКХ-11



МКХ-11 містить близько 55 тис. унікальних кодів для характеристики травм, хвороб та причин смертності. Перелік набере чинності після узгодження з усіма країнами ВООЗ. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України закликає українську медичну спільноту долучитися до дискусії щодо змін, які в майбутньому можуть визначати рішення стосовно української системи охорони здоров'я.

Що нового?

#### Що нового?

Основні зміни, внесені до видання МКХ-11:

- Вперше ігрова залежність класифікується як психічний розлад. Такий розлад характеризується як поведінкову залежність від цифрових та відеоігор. Діагностувати його зможуть, якщо буде виявлено порушення в особистій, сімейній, соціальній поведінці, що спостерігається щонайменше 12 міс.
- Інсульт класифікується як захворювання мозку, а не системи кровообігу.
- З'явився новий розділ — «сексуальне здоров'я».
- Розроблено менше термінів для діагностування посттравматичного стресового розладу, що дозволить полегшити діагностику захворювання.

- Алергії згруповано як захворювання імунної системи для кращого розуміння реакцій людини.
- Вперше додано розділ щодо практикування традиційної медицини (traditional medicine) — для кращого обчислення статистичних даних. Він стосується хвороб і станів, поняття про які виникли ще в стародавній китайській медицині та сьогодні широко використовуються в Китаї, Японії, Кореї та інших країнах світу.
- Додано спеціальні коди щодо антибіотикорезистентності, за допомогою яких можна буде точніше вимірювати ефективність лікарських засобів по всьому світу.

#### Нова редакція не є остаточною

Нагадаємо, що нова редакція МКХ не є остаточною. Перелік буде представлений на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я у травні 2019 р., а набере чинності після узгодження з усіма країнами ВООЗ.

Міжнародна класифікація хвороб — це найбільш повний та систематизований перелік відомих і визнаних доказовою медициною хвороб та станів. Ним користуються медики, страхові компанії та застосовують у системі охорони здоров'я для прийняття рішень по всьому світу. МКХ є своєрідною універсальною мовою, що допомагає налагодити комунікацію між лікарями та пацієнтами на глобальному рівні. Над створенням МКХ-11 експерти ВООЗ працювали понад 10 років.

*Прес-служба «Українського медичного часопису»  
за матеріалами <http://moz.gov.ua>*