

Позиція Міністерства охорони здоров'я стосовно деяких проблемних питань реформування первинної медичної допомоги, що виникають у регіонах

О.К. Толстанов, К.О. Надутий, Л.Ф. Матюха

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У процесі виконання стратегічного завдання держави щодо реформування первинної медичної допомоги (ПМД) зазвичай виникає багато запитань як у лікарів, так і в управлінців. У цій публікації подається позиція Міністерства охорони здоров'я України стосовно деяких проблемних питань, які виникають у регіонах під час створення Центрів ПМД (ЦПМД) та формування мережі амбулаторій.

У деяких керівників охорони здоров'я у містах виникають питання стосовно проблем організації надання ПМД міському населенню на основі існуючої нормативно-методичної бази.

Уважаємо, що модель надання ПМД у місті практично не відрізняється від такої в сільській місцевості, оскільки і об'єм медичної допомоги, і оснащення закладів, і обліково-звітна документація є однаковими незалежно від місця отримання цієї допомоги. Разом з тим, у місті можуть бути особливості в перехідний період – від поліклінічної організації ПМД до амбулаторної на засадах загальної практики – сімейної медицини (ЗП–СМ). Ці особливості полягають у наступному:

- здійснюється поступова децентралізація місць доступу шляхом створення амбулаторій, наближення їх до місця проживання населення;

- проводиться поступова перепідготовка за спеціальністю ЗП–СМ лікарів терапевтів і педіатрів, а також інших спеціалістів (визначено нормативними документами) за їхнім бажанням;

- в амбулаторіях тимчасово організовується змішаний прийом лікарів-терапевтів і педіатрів (при відсутності достатньої кількості підготовлених лікарів ЗП–СМ або для набуття компетенцій лікарями, що мали спеціальності терапевта і педіатра), а також консультативний прийом за графіком лікарів-спеціалістів (передусім гінеколога) – відповідно до потреб населення. Ці спеціалісти є штатними працівниками закладів другого рівня медичної допомоги (консультативно-діагностичних центрів). У пілотних областях такі спеціалісти (шість визначених нормативними документами спеціальностей) до кінця 2014 року можуть бути включені до штатів ЦПМД;

- під час формування мережі амбулаторій частина їх створюється на базі поліклінік з формуванням змішаної практики (лікарі ЗП–СМ, терапевти та педіатри дільничні) для обслуговування населення, що проживає в межах пішоїдності доступності. Якщо у будівлі знаходиться амбулаторія і консультативно-діагностичний центр (КДЦ), то амбулаторія розташовується на перших поверхах і для неї облаштовується окремих вхід;

- місце і умови проведення додаткових методів обстеження (УЗД, рентгендіагностика, лабораторна та функціональна діагностика) за направленням лікарів ПМД не змінюються і забезпечуються закладами з надання вторинної медичної допомоги.

Ці організаційні підходи окреслені у Методичних рекомендаціях «Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню», затверджених МОЗ України у 2012 році, та Методичних рекомендаціях щодо організації лабораторних та інших досліджень за направленням лікаря, що надає первинну медичну допомогу, затверджених наказом МОЗ України від 24.07.2013 р. № 609.

Штати ЦПМД. Штатні нормативи ЦПМД, затверджені Наказом МОЗ України від 23.02.2012 р. № 129, ґрунтуються на таких Законах України:

- «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я» (2011), яким визначено, що ПМД надається лікарем ЗП–СМ (а також до кінця 2019 року дільничними терапевтом та педіатром) та підпорядкованим йому персоналом;

- «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (2011).

Крім того, при формуванні штатних нормативів було враховано Накази МОЗ України:

- «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 05.11.2012 р. № 646, яким визначено порядок створення ЦПМСД та їхню структуру;

- «Про затвердження Примірною положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи» від 23.02.2012 р. № 131.

Під час аналізу ситуації, що стосується формування штатних посад у пілотних областях, встановлено грубі порушення законодавства. Кількість лікарських спеціальностей у штатних розкладах ЦПМД з урахуванням лікарів, що виконують адміністративні функції, може бути не більше 11, а у ЦПМД м. Києва їх 28, у Вінницькій області – 30, в Дніпропетровській – 52, в Донецькій – 44.

Позиція МОЗ України ґрунтується на положеннях Основ законодавства України про охорону здоров'я, згідно з якими з 01.01.2020 р. ПМД буде надаватись виключно лікарями ЗП–СЛ та медичними сестрами цієї спеціальності.

Одним з проблемних для сприйняття лікарями та організаціями є питання лабораторної діагностики, розмежування повноважень первинної та вторинної медичної допомоги, обсягів лабораторних обстежень на первинному рівні.

Згідно зі світовою практикою, на первинному рівні здійснюється мінімально необхідний обсяг лабораторних обстежень пацієнта (переважно за рахунок швидких тестів), які необхідні для проведення попередньої діагностики і які можна використовувати як в амбулаторії, так і вдома у пацієнта. У сільській місцевості всі існуючі лабораторні підрозділи, де є лікар-лаборант, атестовані як структурні підрозділи лабораторій лікарень або поліклінік. Під час створення ЦПМД лабораторії можуть бути включені до складу відповідних закладів вторинної медичної допомоги подібно до стоматологічних та рентгенологічних кабінетів. При цьому лабораторне обладнання (аналізatori), закуплене для оснащення ЦПМД у 2012 році, яке може використовуватись у атестованих лабораторіях і потребує метрологічного контролю, може бути передане на баланс закладів вторинної медичної допомоги або надане у використанні даного закладу (лабораторії) для виконання досліджень за направленням сімейних лікарів.

Організація невідкладної допомоги сімейним лікарем. Деякі керівники в регіонах вважають, що потрібно створити спеціалізовану структуру з надання невідкладної допомоги у ЦПМД. Слід констатувати, що надання невідкладної допомоги була завжди однією з функцій лікаря ПМД. В амбулаторно-поліклінічних закладах традиційною формою організації надання невідкладної медичної допомоги була організація чергувань

дільничних лікарів з обслуговування вечірніх викликів. Невідкладна допомога, що потребувала хірургічних втручань невеликого обсягу, надавалась переважно у приймальних відділеннях лікарень. Законом України передбачено:

- створення відділень невідкладної допомоги у лікарнях інтенсивного лікування, що забезпечує наступність та розширення наведеної функції у стаціонарних закладах;

- передача викликів неекстреного характеру на первинний рівень надання медичної допомоги.

Згідно з нормативними документами, ЦПМСД надають медичну допомогу, у тому числі невідкладну, з 8.00 до 20.00.

Відповідно до Методичних рекомендацій «Організація надання невідкладної медичної допомоги на рівні центра первинної медичної допомоги» (2012) функцію надання невідкладної медичної допомоги покладено на медичний персонал амбулаторій, передусім лікарів ЗП–СЛ. Економічна мотивація полягає у наданні надбавки за зменшення викликів швидкої медичної допомоги до населення, прикріпленого до лікаря. Передбачено, що це спонукатиме лікаря ЗП–СЛ приділяти більше уваги питанням вторинної профілактики у пацієнтів з хронічними захворюваннями, що відповідає одній з компетенцій лікаря – «тривале безперервне спостереження». А створення спеціалізованих структур у ЦПМД, на думку МОЗ, є недоцільним, оскільки потребує додаткових видатків, призведе до дублювання функцій лікарів ПМД та знівелює мотивацію до профілактики невідкладних станів. Крім того, з метою залучення до чергувань

з надання невідкладної допомоги лікарів інших спеціальностей в умовах дефіциту лікарів первинної ланки створення таких структур можливе на нетривалий час.

Потребує доопрацювання і внесення коректив таблиць оснащення, який періодично змінюється, а останній затверджений 23.02.2013 р. Досвід його застосування (у пілотних і не пілотних регіонах), а також досвід європейських країн свідчить про необхідність внесення змін до зазначеного документа, а саме:

- надати перевагу принципам доказової медицини і доповнити таблиць оснащення таким обладнанням, як спірометр/спірограф, пульсоксиметр, які визначені уніфікованими клінічними протоколами;

- переважне застосування одноразового інструментарію;
- окреслення переліку оснащення для адміністративно-господарських підрозділів;

- забезпечення лабораторними скринінговими тестами.

Таким чином, баланс між роллю лікаря ЗП–СЛ у профілактичній і лікувальній роботі зміщується суттєво у бік профілактики. У зв'язку з цим важливо, щоб діяльність лікаря ґрунтувалась на принципах доказової медицини з упровадженням медико-технологічних документів, уведенням локальних клінічних протоколів з визначенням маршрутизації пацієнтів. Важливо також, щоб програми профілактичної допомоги оцінювались науковцями та професійною асоціацією ще до впровадження в практику лікаря, зокрема їхня медична, соціальна та економічна ефективність.

Проблема кліщових інфекцій в практиці сімейного лікаря

Г.В. Бацюра, Д.Ф. Матюха

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Завдяки погіршенню акарологічної ситуації у світі, збільшенню контактів людини з кліщами, можливості існування природних осередків як кліщових моноінфекцій (КІ), так й мікстіньфекцій, різноманітність їхнього перебігу та наслідків, зменшення обсягів профілактичних заходів, зумовили підвищену зацікавленість до вивчення цих захворювань.

На території України встановлені природні осередки багатьох КІ: кліщового енцефаліту, хвороби Лайма, моноцитарного ерліхіозу людини, гранулоцитарного ерліхіозу людини, кліщової лімфаденопатії, марсельської лихоманки, коксіельозу, туляремії, Кримська-Конго геморагічної лихоманки, геморагічної лихоманки з нирковим синдромом та ін. Найвищі рівні захворюваності відзначені у м. Києві, Київській, Черкаській, Донецькій, Сумській, Львівській, Тернопільській, Чернігівській, Вінницькій областях та Криму.

Циркуляція збудників захворювань здійснюється за допомогою переносників між дикими хребетними у природних осередках та між синантропними тваринами і людиною в антропоургічних осередках. Основний механізм інфікування людини – трансмісивний шлях – через укуси кліща. В Україні перенесення

збудників переважно забезпечують іксодові кліщі родин Ixodes, Dermacentor, Rhipicephalus та Hyalomma. Людина слугує тупиком у подальшому поширенні інфекції. Річна динаміка захворюваності на КІ характеризується весняно-осінньою сезонністю, що пов'язано з сезонною активністю кліщів. Групою ризику є доросле працездатне населення віком 30–60 років, за родом занять це службовці, робітники, студенти та пенсіонери. Важливою особливістю сучасної епідеміології КІ є зміна структури захворюваності у бік збільшення хворих серед міського населення та в антропоургічних осередках.

Проведене опитування лікарів-інтернів та слухачів встановило їхню високу зацікавленість до проблеми КІ, зокрема у питаннях акарології, етіопатогенезу, клінічних проявів, диференціальної діагностики та лікування.

Таким чином, КІ представляють загрозу для населення та потребують подальшого клініко-епідеміологічного дослідження, оптимізації лабораторної діагностики і проведення профілактичних заходів з метою зниження ризику зараження, що особливо важливо в практиці лікаря первинної ланки медичної допомоги.

Надання медичної допомоги хворим із резистентною артеріальною гіпертензією на первинному етапі

В.В. Бугерук, О.Б. Волошина, І.С. Лисий, О.Р. Дукова, С.В. Бусел, Г.О. Чайка

Одеський національний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) визначається як резистентна до лікування (ESH/ESC, 2013), коли терапевтичні стратегії, що включають відповідні заходи з модифікації способу життя в комбінації з лікуванням діуретиком та двома іншими антигіпертензивними препаратами

ми, які належать до різних класів, в адекватних дозах (але у схемі не обов'язково має бути антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів), не забезпечують зниження САТ і ДАТ менше ніж до 140 мм рт.ст. і 90 мм рт.ст. відповідно.