

MEDICAL

Казаков Ю.М.
Трибрат Т.А.
Шуть С.В.
Чекаліна Н.І.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Навчальний
посібник



Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими,
загальної практики (сімейної медицини)

Казakov Ю.М., Трибрат Т.А., Шуть С.В., Чекаліна Н.І.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Навчальний посібник

Полтава
ТОВ "Фірма "Техсервіс"
2018

УДК 616-08-03:614.2]048.42(477)

О-64

Рекомендовано вченою радою Української медичної стоматологічної академії як навчальний посібник для студентів медичних закладів вищої освіти МОЗ України (протокол №2 від 17.10.2018 року)

Автори – співробітники кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики – сімейної медицини: завідувач кафедри, д.мед.н., проф. Казаков Ю.М., к.мед.н., доц. Трибрат Т.А., к.мед.н. доц. Шуть С.В., к.мед.н., доц. Чекаліна Н.І.

Рецензенти:

Корж О.М. – д.мед.н, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти

Кравчун П.Г. – д.мед.н, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л.Т. Малої Харківського національного медичного університету МОЗ України, акад. АН Вищої освіти України, заслужений діяч науки і техніки України

Бабаніна М.Ю. – к.мед.н., доцент, завідувач кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії

Організаційні аспекти системи первинної медико-санітарної допомоги в Україні [Текст]: навч. посіб. / Ю.М. Казаков, Т.А. Трибрат, С.В. Шуть, Н.І. Чекаліна; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2018. – 117 с.

В посібнику викладені форми організації ПМСД в Україні, тенденції її розвитку, обов'язки сімейного лікаря, особливості спілкування сімейного лікаря з пацієнтом та його родиною. Призначений для студентів вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації, а також може бути використаний інтернами, лікарями загальної практики – сімейної медицини.

УДК 616-08-03:614.2]048.42(477)

© Ю.М. Казаков, Т.А. Трибрат,
С.В. Шуть, Н.І. Чекаліна, 2018
© ВДНЗУ «УМСА», 2018
© ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2018

ЗМІСТ

Розділ 1. Місце сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципи сімейного обслуговування населення	6
1.1. Історичні віхи первинної медико-санітарної допомоги	6
1.2. Рівні надання медичної допомоги	15
1.3. Принципи сімейного обслуговування населення.....	16
1.4. Лікар загальної практики (сімейної медицини)	18
1.5. Організаційні форми роботи сімейної медицини (моделі сімейної медицини)	21
1.6. Взаємодія лікарів загальної практики з лікарями «вузьких» спеціальностей.....	26
1.7. Взаємодія лікаря загальної практики (сімейного лікаря) та служби соціального захисту	27
1.8. Вільний вибір лікаря первинної ланки	29
1.9. Трансформація системи охорони здоров'я	31
1.10. Інтегрований підхід до медичної допомоги	37
1.11. Основна облікова медична документація в закладах сімейної медицини	38
Розділ 2. Особливості спілкування сімейного лікаря з пацієнтом та його родиною	41
Розділ 3. Медичні інформаційні системи	50
3.1. Впровадження телемедицини в систему охорони здоров'я.....	51
Розділ 4. Основи медичної статистики.....	60
4.1. Доказова медицина і статистики	60
4.2. Основні принципи і положення доказової медицини.....	62

ВСТУП

Наша держава знаходиться на етапі реформування і реорганізації системи охорони здоров'я. Суттєві радикальні зміни проходять на всіх трьох етапах медичного обслуговування населення, але в першу чергу вони стосуються первинної медико-санітарної допомоги, яка здійснюється фахівцями передової ланки охорони здоров'я – лікарями загальної практики (сімейної медицини). Зважаючи на недоліки та переваги, що супроводжують втілення програми реформ охорони здоров'я в нашій державі, основні діючі механізми системи захисту населення України зводяться до творчих професійних відносин між лікарем первинної ланки та хворою людиною.

На цьому етапі сучасний діючий лікар повинен впроваджувати і застосовувати цілий спектр функціональних можливостей, які можуть впливати на основні показники здоров'я нашого населення. Це і високий професіоналізм лікаря-організатора охорони здоров'я, і діючого лаборанта, функціоналіста, клініциста, реабілітолога, психолога, економіста-менеджера та ін. Професійні відносини, які встановлюються між медичними працівниками та організованою популяцією населення в амбулаторних умовах, тобто на місцях в районах, містах, виробничих майданчиках, і обумовлюють той успіх чи невдачу, що призводить до конкретних результатів в роботі лікарських установ.

В цьому посібнику ми висвітлили базові життєві питання, що стосуються практичної роботи сімейних лікарів – лі-

карів загальної практики на місцях, де вирішуються основні завдання стосовно захисту здоров'я населення нашої держави, процес еволюції та подальшого розвитку системи медичного захисту населення в постійній динаміці свого розвитку. Тож ми застосували в цьому виданні останні розроблені принципи положення та накази, які суттєво впливають на якість обслуговування та захист здоров'я наших людей. В передовій «траншеї» в боротьбі за здоров'я нашої нації повинні знаходитись найбільш кваліфіковані, професійно підготовлені та мотивовані фахівці медичної практики, які успішно завершують навчання у вищих навчальних закладах України і достатньо орієнтовані в питаннях сімейної медицини на додипломному етапі.

*«В больнице болезни остаются, а пациенты приходят и уходят;
в общей врачебной практике
пациенты остаются, а болезни
приходят и уходят»*

*Иона Хис,
британский врач общей практики
(Британский медицинский журнал
(I. Health) 1995 – Vol. 3Н.р.-373)*

РОЗДІЛ 1.

Місце сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципи сімейного обслуговування населення

1.1. Історичні віхи первинної медико-санітарної допомоги

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) визнана Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) найбільш важливим елементом національних систем охорони здоров'я (ОЗ). Виділяють декілька важливих етапів розвитку ПМСД у Європі та світі. Так, 6 вересня 1978 року делегати з 134 країн зібралися в Алма-Аті, СРСР, на конференцію з ПМСД, результатом якої стало прийняття міжнародної угоди про принципи первинної медико-санітарної допомоги. Вироблена декларація, яка складалась з 10 статей, стала віхою в історії міжнародної охорони здоров'я і сповістила еру нового етапу розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Тепер від суто технологічного підходу до питань охорони здоров'я потрібно було відмовитися. Здоров'я не повинно було залишатися винятковою прерогативою медичних фахівців та їх помічників, воно ставало справою кожного. Населенню треба приймати активну участь у питаннях охорони здоров'я.

У травні 1979 року Всесвітня асамблея охорони здоров'я одногосно схвалила Алма-Атинську декларацію. Кожна з

держав – членів ВООЗ висловила готовність втілювати в життя таку стратегію охорони громадського здоров'я, яка б призвела до корінних змін в розподілі ресурсів і повноважень у системі охорони здоров'я, в уряді та суспільстві.

У 1981 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я затвердила глобальну стратегію для реалізації підходу "досягнення здоров'я для всіх" з допомогою ПМСД у всьому світі. Ця стратегія поставила головним не лікування, а профілактику, не медичну технологію, а відповідальність населення за своє здоров'я. Вона також передбачала зміну орієнтації служб медико-санітарної допомоги з приводу доступності послуг всім групам населення.

Всупереч очікуванням, прогрес створення систем охорони здоров'я, заснованих на ПМСД, виявився повільним. Глобальний економічний спад, який почався відразу ж після Алма-Атинської конференції, ускладнив розвиток ПМСД, особливо в бідних країнах. У 70-90-х роках у більшості країн світу відбувся розвиток ПМСД в тих чи інших формах, але часто її впровадження зводилося до надання медичної допомоги, зусилля спрямовувались на боротьбу з невеликим числом захворювань. Лише деякі країни розглядали ПМСД як організаційну стратегію, як найважливішу підсистему системи охорони здоров'я, яка вимагає самостійної організації і управління.

Після проведення Європейської конференції ВООЗ з формування в охороні здоров'я (Любляна, Словенія, червень 1996 р.), яка проголосила "орієнтацію на первинну медико-санітарну допомогу" одним із шести основних принципів організації систем охорони здоров'я, у 1996 році ЄРБ ВООЗ підготувало проект Хартії загальної лікарської (сімейної практики) та організувало широку дискусію щодо цього документа у всіх Європейських країнах. Хартія була створена для забезпечення єдиної стратегії розвитку первинної медико-санітарної допомоги та загальної лікарської практики в Європі з урахуванням, як досягнень, так і проблем у цій сфері і розрахована на широке застосування, незважаючи на ступінь розвитку первинної допомоги в тій чи іншій країні.

У Хартії проголошено, що на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я загальна практика в змозі запропонувати:

- доступність і прийнятність для обслуговування пацієнтів;
- справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я;
- інтегроване і скоординоване забезпечення відповідних лікувальних, паліативних та профілактичних послуг і заходів щодо зміцнення здоров'я;
- раціональне використання лікарських засобів і технологій другого рівня надання медичної допомоги;
- збільшення ефективності з урахуванням вартості медичних послуг.

Проведення політики у сфері охорони здоров'я, спрямованої на зміцнення і подальший розвиток основних елементів ПМСД, також є одним з найважливіших положень Всесвітньої декларації з охорони здоров'я, прийнятої світовим співтовариством охорони здоров'я на 51-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в травні 1998 року. До основних завдань, покликаних вирішити проблему забезпечення здоров'я для всіх у 21-му столітті, ставиться задача "Інтегрований сектор охорони здоров'я". Суть її полягає в тому, що до 2010 року населенню Європейського регіону повинно бути забезпечено кращий доступ до первинної медико-санітарної допомоги, орієнтованої на надання допомоги сім'ї і громаді, за підтримки гнучкої і одночасно стабільної лікарської системи. Вирішення цієї задачі передбачає:

- наявність як мінімум у 90% країн комплексних первинних медико-санітарних служб, які забезпечують наступність надання медико-санітарних послуг з допомогою ефективною і виправданою з економічної точки зору системи консультації із забезпеченням зворотного зв'язку із вторинним і третинним рівнями медичної допомоги;
- принаймні, в 90% країн служб сімейних лікарів та медичних сестер, які складають основу інтегрованої первинної медико-санітарної допомоги;

- в 90% країн медико-санітарних служб, що забезпечують індивідуальну участь окремих громадян і що визнають населення одним з учасників процесу надання медико-санітарної допомоги.

Найбільш ефективною формою надання первинної допомоги є загальна лікарська практика з центральною фігурою в особі лікаря загальної практики (сімейного лікаря).

Лікарська діяльність, подібна до роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря), бере свій початок з давнини і має багатотисячлітні традиції. Процес надання медичної допомоги з незапам'ятних часів починався з моменту контакту хворого з людиною, що володіє певними медичними знаннями (цілителем, віщунном, ведуном, лікарем). У процесі формування професії лікаря йшло становлення принципу орієнтації медичного обслуговування на сім'ю. Сімейний, особистий, родинний лікар – це в певному сенсі найдавніша медична професія. Пацієнтами перших домашніх лікарів були люди, що володіють владою (царі, імператори, фараони, халіфи) а також знатні, багаті особи, які могли собі дозволити розраховуватись за послуги особистих лікарів. Такі лікарі відвідували своїх пацієнтів вдома, знали їх сім'ї і умови життя. Медичних установ не існувало, не було і приміщень, де знаходилося б робоче місце лікаря, лікувальний процес здійснювався при безпосередньому візиті пацієнта. Згадка про перші лікувальні установи при монастирях Київської Русі датуються XI століттям у збірниках законодавчих положень того часу ("Руська правда").

Поява спеціальних приміщень для надання медичної допомоги пов'язана з початком використання певного набору оснащення та спеціалізованих інструментів. Поступовий технологічний прогрес у сфері лікувально-діагностичного процесу призводив до того, що лікарі зменшували число відвідувань хворих вдома, віддаючи перевагу прийому в лікувальних установах, але коло їх функцій був досить широким і нагадувало функції сучасного лікаря загальної практики.

Аж до початку XX століття на території дореволюційної Російської імперії не існувало організованої системи охоро-

ни здоров'я. Медична допомога населенню надавалася переважно приватно практикуючими лікарями, які проживали у містах, існувало невелике число лікувальних установ. Як у Росії, так і в Західній Європі взаємовідносини між хворим і лікарем у XIX столітті будувалися на приватній основі. Бідні верстви населення, особливо сільські, залишалися без професійної медичної допомоги. В 1864 році, після скасування в Росії кріпацтва та введення земського самоврядування, починає розвиватися земська медицина. Земства були розділені на територіальні ділянки для медичного обслуговування. Організацією та наданням медичної допомоги в межах своєї ділянки займався земський лікар. Дільнична система застосовувалася переважно в сільській місцевості, в центрі кожної ділянки, в повіті, була лікарня з амбулаторією. Один з основоположних принципів земської медицини – безоплатність медичних послуг для населення, допомога надавалася за рахунок бюджетів самих земств. Після переходу до безоплатного надання допомоги частота звернень сільського населення до лікарів зростає в 10 разів. На відміну від приватно практикуючих лікарів свою діяльність земський лікар спрямовував переважно на профілактику, а не на лікувальну роботу.

Земська медицина є прообразом загальної лікарської практики (сімейної медицини), саме вона сформувала тип лікаря-універсала, який володіє широким спектром знань і практичних навичок, надає широкий діапазон медичної допомоги (терапевтичної, хірургічної, гінекологічної та ін). Оскільки селянська родина (двір) була одиницею обліку в земстві, земський лікар надавав допомогу всім членам сім'ї незалежно від віку і статі.

З середини XIX століття в зв'язку зі значними відкриттями в сфері медико-біологічних дисциплін значно зріс спектр медичних знань і лікарям ставало все важче бути обізнаними у всіх областях медицини. Тому на початку XX століття почався процес спеціалізації медичних працівників, стали проводити відмінності між лікарями, що займаються загальною практикою і вузькими фахівцями.

Формування системи охорони здоров'я в Радянському Союзі у 20-30-ті роки припадає на період важкої економічної кризи. В умовах слабкої матеріально-технічної бази охорони здоров'я створювались спеціальні структури для вирішення першочергових проблем медичного обслуговування: забезпечення медичною допомогою жінок, дітей, економічно активної частини населення – працівників промисловості і сільсько-го господарства, боротьби з соціальними хворобами. Потім ці структури закріпилися і збереглися до теперішнього часу, незважаючи на кардинальну зміну ситуації (певне зміцнення матеріально-технічної бази, зміна профілю патології). В результаті ПМСД стала забезпечуватися багатоланковою структурою, в яку входять територіальні дитячі та дорослі поліклініки – основні ланки, а також жіночі консультації, поліклінічні відділення медико-санітарних частин та диспансерів.

На 60-70-ті роки ХХ століття припадає період, коли основні заходи в радянській системі охорони здоров'я були спрямовані на процес спеціалізації. В результаті відбулося значне звузження меж загальної практики, первинна допомога надавалася значною кількістю фахівців, сфера інтересів яких спрямована на певний контингент населення і на певний перелік патологічних станів – дільничними терапевтами, цеховими терапевтами, дільничними педіатрами та гінекологами.

В інших країнах світу не була виділена така спеціальність, як дільничний терапевт, але відбувся поділ між загальною медициною і педіатрією та іншими областями практики, які також поступово почали ділитися. Таким чином відокремилися акушерство, гінекологія і громадське здоров'я. Все більше лікарів стали цікавитися вузькими спеціальностями. Починаючи з 1970 року в країнах Європи кількість фахівців почала перевищувати кількість лікарів загальної практики (сімейних лікарів).

В результаті бурхливої спеціалізації відбулося збільшення чисельності лікарських спеціальностей. Цей процес поряд із позитивними моментами, а саме: наближенням спеціалізованої медичної допомоги до населення, підвищенням її

якості, – мав негативний бік – знижувався авторитет лікарів первинної ланки, які перестали нести персональну відповідальність за здоров'я пацієнтів, деформувалася структура надання медичної допомоги, відбувалася фрагментація системи охорони здоров'я. Виникла необхідність у працівниках охорони здоров'я нового типу, що обираються самим населенням і підзвітні йому, що працюють на комунальному рівні і в той же час володіють підтримкою всієї системи охорони здоров'я. Почався перехід до загальної лікарської практики як систематичний, цілеспрямований процес реформування охорони здоров'я. Цей процес не був легким і безболісним. Переломними для Західної Європи стали 70-ті роки. На сучасному етапі в більшості країн Центральної і Східної Європи також пріоритетно розвивається первинна медико-санітарна допомога, що базується на засадах загальної практики. Світовими лідерами в цьому напрямку, згідно з масштабним дослідженням Барбари Старфілд (Ст. Starfield, 1991 р.), є Великобританія, Нідерланди та Канада.

У Великобританії інститут загальної лікарської практики розвивається більш 50 років. За цей період накопичено багатий досвід і проведено велику кількість досліджень по роботі лікарів загальної практики, результати яких підтверджені в різних країнах світу.

Загальна лікарська практика (сімейна медицина), незважаючи на економічні труднощі, активно розвивається і на пострадянському просторі.

В Україні також є певний досвід по впровадженню нових форм організації первинної допомоги на засадах сімейної медицини, насамперед у Львові та Львівській області, а також у Києві, Одесі, Івано-Франківську, Вінниці, у Харківській, Запорізькій, Житомирській, Хмельницькій областях. У цих регіонах апробуються різні схеми і моделі організації ПМСД. Ще в 1987 р. МОЗ УРСР започаткувало експеримент у Львівській області, у 1989 р. відкрито “Поліклініку сімейної медицини”

у Дніпродзержинську, в 1992 р. відкрито амбулаторію сімейних лікарів у м. Дрогобич, а у 1998 р. відкрито першу кафедру сімейної медицини у Львові. З 90-х років в нашій країні розпочато підготовку сімейних лікарів, у багатьох вищих медичних закладах відкриті кафедри сімейної медицини для післядипломної підготовки сімейних лікарів переважно з числа практикуючих терапевтів і педіатрів. У 1995 році наказом МОЗ України від 22.06.95, №114 затверджено посаду "лікар загальної практики (сімейний лікар)" та була відкрита інтернатура по сімейній медицині, пізніше в номенклатуру лікарських спеціальностей була додана відповідна спеціальність.

Основою для подальшого розвитку сімейної медицини та впровадження нових форм загальної практики стало формування відповідної нормативно-правової бази в Україні. В кінці 2000 року затверджена Концепція розвитку охорони здоров'я, в якій серед провідних заходів з реформування галузі – організація ПМСД за сімейним принципом (Указ Президента України від 07.12.2000, №1313/2000). Кабінетом Міністрів України визначено заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я (Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000, №989). Міністерством охорони здоров'я видано ряд наказів, що регламентують процеси перетворень в системі первинної допомоги, різні аспекти організації роботи первинної ланки на засадах сімейної медицини; затверджена документація, кваліфікаційні характеристики і положення про лікаря і медичної сестри загальної практики. У січні 2002 р. Кабінетом Міністрів України затверджена міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки, серед основних завдань якої – пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

У січні 2004р. вийшло доручення Президента України про необхідність негайних дій з реформування охорони здоров'я. В руслі виконання цього доручення розроблена стратегія розвитку галузі, яка була представлена Міністром охорони

здоров'я в березні 2004р. на підсумковій колегії Міністерства охорони здоров'я під назвою «Можливий шлях реорганізації системи охорони здоров'я». Провідне місце в комплексі потенційних перетворень займає розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

У травні 2004р. у м. Комсомольську Полтавської області, на території з найбільш послідовним і системним впровадженням нових форм організації роботи загальної практики – сімейної медицини, відбулася розширена колегія Міністерства охорони здоров'я «Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні», де обговорювалися результати, проблеми та перспективи перетворень первинної ланки медичної допомоги в Україні.

Протягом останніх років в Україні актуальні питання сімейної медицини регулярно обговорюються медичною громадськістю, обґрунтовуються практичні підходи до організації роботи, стандартів надання медичної допомоги та навичок сімейних лікарів. Знаковою подією в розвитку сімейної медицини стали чотири з'їзди сімейних лікарів, проведені у Львові в 2001 р. та у Харкові в 2005р, в 2011 році Дніпропетровськ мав честь приймати делегатів та учасників III з'їзду сімейних лікарів України. В 2015 році естафету перейняла Полтава, де відбувся IV з'їзд. Робота з'їздів показала, що проблеми сімейної медицини спільні для всіх регіонів України, робота з широкого впровадження кращих світових стандартів надання первинної медичної допомоги актуальна, як ніколи раніше, впровадження засад самоврядування лікарів-сімейників є нагальною вимогою часу. Все це єднає лікарів загальної практики-сімейних лікарів України, робить їх спільно відповідальними за долі своїх пацієнтів, за вирішення своїх професійних і соціальних проблем, та й у цілому – за долю України. Це новий етап розвитку сучасної охорони здоров'я на основі новітніх медико-організаційних технологій з урахуванням історичного досвіду.

1.2. Рівні надання медичної допомоги

Охорона здоров'я являє собою самостійну динамічну систему, що складається з структурних (органи охорони здоров'я) і функціональних елементів, які тісно пов'язані між собою. Органи охорони здоров'я здійснюють безпосереднє керівництво закладами охорони здоров'я, спрямовують і координують їх роботу, забезпечують взаємодію окремих галузей охорони здоров'я, єдність методів та основних принципів його організації. Функціональні елементи системи охорони здоров'я представлені різними службами.

Служба охорони здоров'я – це будь-яка форма обслуговування, яка сприяє виконанню завдань щодо зміцнення здоров'я або постановки діагнозу, лікування і реабілітації хворих, а не тільки забезпечує суто медико-санітарне обслуговування. До системи охорони здоров'я відносяться також сукупність діючих установ і організацій, багаточільова функція яких полягає у задоволенні різноманітних потреб і запитів населення в медичному обслуговуванні.

Медична допомога у широкому значенні – це узагальнююча назва всіх видів медичної допомоги, в тому числі лікувального і профілактичного призначення. Рівень складності допомоги коливається від простих прийомів самопомоги до використання найбільш високоспеціалізованих методів лікування.

Залежно від ступеня відповідальності і складності медичних втручань медична допомога поділяється на три рівні – первинний, вторинний і третинний, на яких відповідно надається:

- первинна медико-санітарна допомога (ПМСД);
- вторинна (медико-санітарна) допомога (спеціалізована);
- третинна (високоспеціалізована) допомога.

ВООЗ характеризує рівні медичної допомоги наступним чином:

1. Первинна медико-санітарна допомога – це центральна функція і основна ланка системи охорони здоров'я будь-якої країни, головна служба надання медико-санітарної

допомоги, побудована за принципом "від периферії до центру" є ПМСД, що існує, як невід'ємна складова частина соціального та економічного розвитку будь-якої країни.

2. Вторинна (медико-санітарна допомога) – надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковану, ніж лікар загальної практики, консультацію, діагностику, профілактику і лікування. Цей вид допомоги надають міські та районні лікарні.
3. Третинна (високоспеціалізована) допомога – це допомога, яка надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, при лікуванні хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, які рідко зустрічаються. Високоспеціалізована допомога надається переважно в обласних медичних установах і республіканських центрах.

1.3. Принципи сімейного обслуговування населення.

Загальна практика розвивається в рамках різних базових моделей систем охорони здоров'я, але для них характерні певні спільні ознаки, а саме:

- **Загальність.** Допомога, що надається сімейними лікарями, кожній людині, незалежно від його віку, статі, соціального стану, раси або релігії. Ця особливість притаманна їй і в тому плані, що жодна скарга або медична проблема будь-якого характеру пацієнта не може бути залишена без уваги. Медична допомога надається за всім спектром розладів здоров'я чи захворювань. Вона повинна бути легкодоступною з мінімальною втратою часу, без географічних, культурних, адміністративних або фінансових бар'єрів.
- **Доступність.** Є вільний доступ до служб загальної практики з мінімальними термінами очікування. Цей доступ повинен забезпечуватися як в географічному,

так і в культурному плані і не обмежуватися фінансовими факторами.

- **Інтегрованість.** Загальна практика включає в себе лікувальну і реабілітаційну допомогу, а також зміцнення здоров'я та профілактику захворювань.
- **Довготривалість і безперервність спостереження.** Загальна практика не обмежується тільки приватним випадком надання допомоги або яким-небудь захворюванням, а забезпечує хворим індивідуальну медичну допомогу на довгостроковій основі протягом тривалого періоду їх життя.
- **Співробітництво (collaboration)** – одна із найважливіших характеристик інтегрованої системи охорони здоров'я. Сімейні лікарі повинні бути підготовлені для співпраці з іншими робітниками лікарень, центрів здоров'я, соціальних служб, делегуючи їм при необхідності піклування про своїх пацієнтів з відповідною повагою до компетентності інших дисциплін. Завдяки такій оптимізації шляхів пацієнтів знижується загальне навантаження на систему ОЗ і більш раціонально використовуються системні ресурси.
- **Цілісність.** Медичні проблеми людини, сім'ї та суспільства повинні розглядатися в плані фізичних, психологічних і соціальних перспектив.
- **Персональний характер.** Загальна практика насамперед орієнтована на особистість, а потім вже на хворобу. Вона спирається на взаємини між пацієнтом і лікарем.
- **Орієнтація на сім'ю.** У загальній практиці проблеми вивчаються в контексті сім'ї та соціальних контактів людини. Одним із найважливіших факторів є також відношення сім'ї до здоров'я, що впливає в тому числі і на прогноз дотримання пацієнтом лікарських призначень (compliance – готовність пацієнта до співробітництва). Сім'я, що нормально функціонує, є найкращим джерелом підтримки і найкращою групою самопомоги у випадку хвороби когось із її членів.

- **Орієнтація на обслуговуваний контингент.** Проблеми пацієнта потрібно розглядати в контексті його життя в місцевих умовах (суспільстві). Сімейний лікар повинен бути в курсі проблем населення, що обслуговується на місцевому рівні, співпрацювати з представниками інших професій і службами інших секторів, а також з групами взаємодопомоги з метою вирішення місцевих проблем медико-санітарного плану.
- **Координація допомоги.** Хоча переважна більшість медичних проблем пацієнтів при першому контакті може бути вирішено сімейним лікарем, проте в деяких випадках виникає необхідність направляти пацієнтів на консультації. Сімейний лікар повинен бути поінформований про результати таких консультацій. Він повинен мати можливість бути координатором всіх порад і призначень, які отримує пацієнт від інших фахівців.
- **Довірчий характер.** Пацієнти мають право очікувати дотримання повної конфіденційності з боку своїх сімейних лікарів, а також конфіденційності в тому, що стосується всієї інформації про них.
- **Адвокатська функція.** Сімейному лікарю необхідно у всіх випадках бути «адвокатом» пацієнта з питань, пов'язаних з його здоров'ям, а також у його відносинах з усіма іншими постачальниками медичної допомоги.

1.4. Лікар загальної практики (сімейної медицини)

Лікар загальної практики (сімейної медицини) – це ліцензований випускник вищого медичного навчального закладу, який забезпечує індивідуальну первинну і безперервну медичну допомогу для окремих осіб, сімей і населення, незалежно від віку, статі або виду захворюваності.

Основні функції лікаря загальної практики були визначені Європейським союзом лікарів загальної практики (European Union of General Practitioners) в 1984 році. В даному аспекті лікар загальної практики:

- приймає своїх пацієнтів в амбулаторії, вдома, в окремих випадках в клініці або стаціонарі;
- ставить ранній діагноз;
- вивчає та узагальнює фізичні, психологічні та соціальні фактори при розгляді проблеми здоров'я та хвороби;
- приймає рішення з усіх проблем, які виникають перед ним як лікарем;
- здійснює постійне спостереження за хворими з гострими, хронічними захворюваннями або тими, які знаходяться в термінальному стані;
- використовує надані можливості для подальшого збору інформації і побудови довірливих відносин, які можуть бути використані в професійному плані;
- співпрацює як з колегами-медиками, так і з фахівцями немедичних спеціальностей;
- знає, як і коли призначити лікування, провести профілактику і навчання, як поліпшити стан здоров'я як самого хворого, так і його сім'ї;
- усвідомлює свою відповідальність перед суспільством.

Основною характеристикою лікаря загальної практики в більшості країн світу є надання первинної медико-санітарної допомоги всім членам сім'ї згідно з сертифікатом діяльності. Спектр послуг, які надаються лікарем загальної практики, включає в себе загальну профілактику, діагностику, лікування найбільш поширених захворювань у пацієнтів незалежно від їх віку і статі, надання екстреної та невідкладної медичної допомоги, першої допомоги, перинатальної допомоги, реабілітацію пацієнтів, часто – малу хірургію і виконання певних медичних маніпуляцій.

Особливостями лікувально-діагностичної роботи у загальній лікарській практиці є те, що під час діагностики і лікування сімейний лікар частіше всього використовує досить прості і недорогі методи дослідження і лікування. Лікар загальної практики, як спеціаліст, при першому контакті з пацієнтом зустрічається з великим спектром проблем стану здоров'я на-

селення, але у відповідності з матеріалами англійських дослідників близько 87% всіх звернень становлять 23 симптоми, з них 40% – це біль різного характеру, кашель та застуда, але це не спрощує ситуацію, а, навпаки, дана симптоматика комбінується між собою і може бути проявом найрізноманітніших захворювань. У зв'язку з чим, лікар загальної практики повинен бути висококваліфікованим і мати досвід роботи.

Найчастіше пацієнтами лікаря загальної практики стають хворі з гострими легкими захворювання терапевтичного профілю, а також станами, зумовленими переважно психогенними факторами.

У деяких країнах світу прийнято, що медичну допомогу жінкам і дітям можуть надавати як лікарі загальної практики так і, відповідно, гінекологи та педіатри (Швеція, Бельгія, Німеччина, Франція). В Італії діти до 14 років обслуговуються тільки педіатрами.

Сімейні лікарі можуть надавати акушерську допомогу (Великобританія, Нідерланди), займатися проведенням реабілітаційних заходів у центрах здоров'я (Фінляндія), забезпечувати пацієнтів медикаментами (Нідерланди), займатися додатковою діяльністю, такою як рентгенологічне обстеження, додаткові лабораторні дослідження (Німеччина, Австрія), адміністративною роботою (Фінляндія, Норвегія, Швеція).

Найпоширеніші форми надання медичної допомоги населенню в Європі у позаробочий час – укладення спеціальних договорів між практикуючими лікарями та населенням. У цих випадках виключення становлять великі міста, а також система медичного обслуговування в Італії, де створені спеціальні служби, які забезпечують медичне обслуговування та швидку допомогу в той час, коли не працюють лікувальні установи.

У більшості країн світу до переліку послуг, що надаються лікарями загальної практики відносяться загальна медична допомога жінкам і чоловікам, дітям, населенню літнього віку, перинатальна допомога, мала хірургія, реабілітація, планування сім'ї, перша медична допомога. Робота лікаря загальної практики повинна включати в себе заходи з соціально-значущими

групами населення (пенсіонери, інваліди, особи з асоціальною поведінкою). Лікар повинен мати право давати оцінку особистості пацієнта.

Крім цього, лікар загальної практики надає консультативну допомогу населенню з питань планування сім'ї, етики і психології сімейних відносин, з виходжування і виховання дітей.

В Україні обсяг вимог, прав, обов'язків і функцій лікаря загальної практики (сімейної медицини) визначено наказом МОЗ України № 72 від 23.02.2001 року «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини». Сімейним лікарем в Україні може бути фахівець з вищою медичною освітою, підготовка якого регламентована відповідною освітньо-кваліфікаційною характеристикою і засвідчена сертифікатом за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина».

1.5. Організаційні форми роботи сімейної медицини (моделі сімейної медицини)

Ефективність сімейної медицини багато в чому залежить від організаційної форми роботи сімейної медицини. У міжнародній практиці прийнято виділяти певні моделі роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря).

Лікар загальної практики може працювати один (одиначна практика), у партнерстві (2 лікарів загальної практики), в групі з кількох лікарів (групова практика). Останнім часом відзначається тенденція до більш широкого поширення групової практики. Так, якщо у 1951 році в Західній Європі 81% лікарів загальної практики працювали поодиноці або удвох і 6% лікарів загальної практики працювали в групах лікарів, що складаються з 4-х і більше осіб, у 1983 році це співвідношення було вже 29% і 49%. Основною причиною даного явища є те, що на кожного лікаря припадає менше чергувань, у нього з'являється можливість взяти відпустку, більш широкі можливості для діагностики, лікування (найкраще обладнання, апаратура), розширення можливостей для професіонального спілкування, взаємних консультацій, навчання.

У ряді країн (Туреччина, Ізраїль, Фінляндія, Скандинавські країни) лікарі загальної практики працюють в центрах здоров'я, що обслуговують не менш 10000 населення, у кожному центрі не менше 3 лікарів загальної практики і в середньому 11 осіб допоміжного персоналу.

Моделі роботи лікарів загальної практики (сімейної медицини) формувалися в залежності від соціально-економічних умов у тій чи іншій країні і їх можна класифікувати наступним чином:

- 1-а модель – індивідуальна практика (сольний варіант). З позиції економічної рентабельності індивідуальна практика доцільна в населених пунктах з малою чисельністю населення, в нових районах міст без розвиненої інфраструктури, при розподілі територіальних ділянок та ін. Індивідуально працюючі сімейні лікарі можуть направляти хворих в діагностичні та допоміжно-лікувальні підрозділи лікувально-профілактичного закладу на умовах, зазначених у контракті. При індивідуальній формі практики лікар працює один або разом з середнім медичним персоналом і є незалежним господарським суб'єктом, який самостійно формує свій прибуток і відповідає за фінансові зобов'язання. Частина лікарів загальної практики воліють працювати індивідуально, що можна пояснити наступними причинами: не завжди можливо працювати в групах, коли населення проживає на дуже великих територіях; коли немає колег, тоді менше можливостей виникнення конфліктів; лікар, який працює сам, краще знає своїх хворих, оскільки відповідає за меншу кількість пацієнтів; обслуговування хворих може бути на найвищому рівні, якщо лікар дотримується високих стандартів, але якщо лікар відійде від деяких стандартів компетенції, то немає нікого, хто б вказав на це. Індивідуальні лікарські практики на сучасному етапі розвитку не можуть бути віднесені до перспективних форм організації первинної медико-санітарної допомоги **перш за все через обмеженість** можливостей створення достатньо міцної матеріально-технічної бази, що дозволяє використовувати відповідні рівню допомоги

сучасні діагностичні і лікувальні технології. Індивідуальна лікарська практика доцільна лише в місцевостях з низькою щільністю населення, де функціонування групи лікарів економічно нерентабельно. Світовий досвід свідчить про заміну індивідуальних практик груповими.

- 2-а модель – спарений варіант. У другому варіанті (спареному) разом працюють два сімейних лікаря або два споріднених лікаря. Один з яких більше спеціалізується в педіатрії, а другий в терапії.
- 3-я модель – сімейна групова практика. Всі лікарі – сімейні лікарі, кожен має свою сімейно-територіальну ділянку. Всі сімейні лікарі працюють в одному приміщенні сімейної медицини. Сімейна групова практика в організаційному аспекті передбачає роботу в осередку сімейної медицини різної кількості сімейних лікарів, які мають повну самостійність (юридична особа), або почали свою діяльність у філії поліклініки, лікарні або медичного об'єднання. Група сімейних лікарів також може працювати в поліклініці, і якщо їх більше 5-7, то можна сформуванати самостійне відділення сімейних лікарів. Функціонування групи сімейних лікарів (групова, сімейна практика) може здійснюватись на різних засадах:

- 1) вони працюють тільки як сімейні лікарі і мають закріплені сімейні територіальні ділянки;
- 2) всі вони є сімейними лікарями, проте ще окремо спеціалізуються і надають медичну допомогу в різних областях медицини.

Останній варіант, в залежності від кількості сімейних лікарів, може бути представлений двома формами:

А – група лікарів невелика і вони охоплюють додатково, крім сімейної практики, ще і основні види медичної допомоги – терапевтичну, педіатричну, акушерсько-гінекологічну, хірургічну з травматологією;

Б – це велика група (більше 7-9 чоловік), кожен з яких спеціалізується в наданні різних видів спеціалізованої медичної допомоги.

- 4-а модель – багатопрофільні центри здоров'я. В ряді країн (Туреччина, Ізраїль, Фінляндія, скандинавські країни) лікарі загальної практики працюють в центрах здоров'я, які обслуговують не менше 10000 населення, у кожному центрі не менше 3 лікарів загальної практики і в середньому 11 осіб допоміжного персоналу. На відміну від більшості самостійних і групових практик, до складу центру здоров'я входять лабораторія, рентген кабінет, лікарняні ліжка для гострих і хронічних хворих. Деякі центри мають своїх власних консультантів, спеціалістів, але в будь-якому випадку отримують зовнішні консультації від лікарів фахівців. Центр здоров'я – це не будинок, це система організації медичної допомоги. Акцент у центрах здоров'я робиться на охорону материнства і дитинства, збереження здоров'я літнього населення, планування сім'ї, формування здорового способу життя і т. д. У центрах здоров'я немає персональної відповідальності, всі лікарі несуть колективну відповідальність. Населення має приписку до центру здоров'я, це викликає ряд проблем і не дуже влаштовує пацієнтів. У зв'язку з чим розглядаються варіанти персональної відповідальності лікарів.

У країнах можуть бути різні моделі роботи лікарів загальної практики, як правило, з переважанням якоїсь однієї. Індивідуальна практика найчастіше зустрічається в Австрії, Бельгії, Данії. Групова практика переважає у Великій Британії, США. Центри здоров'я поширені у скандинавських країнах.

Запропоновані моделі мають свої плюси і мінуси, проте, вибір тієї чи іншої моделі для впровадження в практику залежить від потужності і розташування медичного закладу, який бажає здійснити перехід до медико-санітарного забезпечення на засадах сімейної медицини, матеріально-технічної та фінансово-економічної бази, а також ступеня підготовки самих лікарів і бажання їх працювати в тому або іншому аспекті.

Сольні і спарені найкращі варіанти для населення, так як в цих випадках осередки сімейної медицини розташовані безпосередньо на сімейній територіальній ділянці.

Сімейна групова практика може бути рекомендована як у великих містах, так і в невеликих населених пунктах, однак, це економічно вигідна модель функціонування сімейної медицини, при якій сімейні лікарі надають ще й спеціалізовані види медичної допомоги.

При функціонуванні будь-якого з варіантів повинен залишитися вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря, незважаючи на те, що за ним закріплюється певна територія обслуговування. Про виборі іншого лікаря підопічні повинні повідомити дільничного сімейного лікаря, а в подальшому між цими лікарями має місце передача певної інформації, про особливості інфекційних та венеричних захворювань.

Отже, вибір моделі функціонування сімейної медицини залежить від конкретних умов з урахуванням багатьох економічних, соціальних, медичних та інших факторів. Рішення може прийматися безпосередньо самим населенням та органами місцевої влади за активної участі керівництва органів і установ охорони здоров'я, прерогативою яких є розробка відповідних програм удосконалення первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Всі описані моделі сімейної медицини повинні функціонувати в тісному контакті з діагностично-консультаційними лікувальними реабілітаційними центрами, дитячими та пологовими будинками, а також структурами соціального забезпечення.

В перспективі, якщо сімейні лікарі будуть проживати безпосередньо на території закріпленої ділянки і будуть прийняті відповідні нормативні документи, їм необхідно буде надавати цілодобово швидко та невідкладну медичну допомогу. Зрозуміло, що для цього повинна бути забезпечена відповідна матеріально-технічна база, навчання лікарів та медичних сестер, а також фінансово-економічні розрахунки за виконану роботу.

Досвід успішних систем охорони здоров'я багатьох країн вказує, що там, де є розвинена загальна лікарська та медична практика, сімейні лікарі на високому професійному рівні забезпечують надання населенню невідкладної допомоги. Вони більш серйозно і відповідально ставляться до диспансеризації хронічних хворих, і кількість викликів додому в вечірній та нічний час у три-чотири рази менше, ніж у тих системах медзабезпечення, де функціонує лікарська невідкладна допомога у вигляді окремого структурного підрозділу. Існуюча, як і колишня система охорони здоров'я не може забезпечити наступності в роботі між станціями швидкої допомоги та дільничними службами територіальних поліклінік.

За включення в обов'язки сімейних лікарів надання невідкладної допомоги жителям закріплених сімейно-територіальних ділянок, говорить також те, що вони добре знають своїх пацієнтів, функціональний стан органів і систем, раніше перенесені захворювання, генетичний статус, а також сприйняття організмом хворих тих чи інших методів лікування.

1.6. Взаємодія лікарів загальної практики з лікарями «вузьких» спеціальностей

Окремого розгляду заслуговує питання взаємовідносин лікаря загальної практики / сімейного лікаря та лікарів "вузьких" спеціальностей, які повинні досконало розбиратися в тій чи іншій галузі медицини. Як правило, їх компетенція не зачіпає суміжні спеціальності. Навпаки, лікар загальної практики повинен мати уявлення про широке коло проблем, з якими до нього звертається пацієнт, вміти розпізнати захворювання на ранніх недиференційованих стадіях, визначаючи тактику ведення хворого на підставі синдромальної діагностики. Безумовно, в складних випадках для уточнення діагнозу йому може знадобитися консультація фахівця, але подальше ведення пацієнта, що має, як правило, комплекс проблем, не тільки медичних, але і соціальних, лікар загальної практики може продовжити самостійно. Тому принципово важливо розуміти, що сімейний лікар не буде працювати замість окуліста і невро-

лога, гінеколога, отоларинголога та інших фахівців. Звільнення лікарів «вузьких» клінічних спеціальностей від рутинних, що не вимагають глибоких спеціальних знань, умінь і технічної оснащеності клінічних ситуацій (наприклад, лікування запалення слизової оболонки ока або запалення глотки та інші елементарні ситуації, що характеризують легковиліковні стани, поширені в сучасному житті) створює умови для вдосконалення організації діяльності лікарів-фахівців, в тому числі гінекологів, педіатрів та ін. Лікар загальної практики лише використовує доступні йому методи обстеження в процесі індивідуального спілкування з хворим, яке по суті виявляється принципово іншим в порівнянні з роботою будь-якого «вузького» фахівця. Саме форми спілкування, можливість спертися при цьому тільки на лікаря загальної практики, доступні свідoctва тривалого спостереження людини і її безпосереднього оточення створюють нову якість партнерської взаємодії.

Слід ще раз підкреслити, що загальна лікарська практика/сімейна медицина – це форма організації первинної медико-санітарної допомоги, яка можлива при грамотній підготовці лікарів, які працюють в партнерських відносинах з консультантами, за допомогою до яких він звертається у зв'язку з неможливістю дати відповіді на конкретні питання, що вимагають спеціальних медичних технологій і певних навичок.

1.7. Взаємодія лікаря загальної практики (сімейного лікаря) та служби соціального захисту

Охорона здоров'я є однією зі служб соціальної сфери і в своїй діяльності взаємодіє з іншими її об'єктами: епідеміологічними, освітніми, соціального захисту, спортивно-фізкультурними та ін. Лікар загальної практики, як перший представник первинної медико-санітарної ланки, особливу увагу повинен приділяти населенню груп соціального ризику, дезадаптованої категорії населення (особам літнього віку, ветеранам, малозабезпеченим, самотнім матерям, багатодітним сім'ям і т. д.), яких в зоні його обслуговування може бути від 40 до 70%. Саме в цих групах населення є високий ризик роз-

витку захворювань, особливо соціально значущих (туберкульоз, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, онкологічні та інші захворювання). Соціальну підтримку цій категорії населення здійснює служба соціального обслуговування.

Пошук оптимальних шляхів організації соціальної підтримки сприяє адаптації і нормальному функціонуванню людей, які входять до групи соціального ризику, дозволяє лікарю загальної практики більш ефективно вирішувати питання з охорони, збереження та відновлення здоров'я в цій групі населення. Так, медико-соціальним аспектом діяльності служби соціального захисту є:

- обслуговування громадян похилого віку щодо забезпечення лікарськими засобами, зубопротезуванням, слухопротезуванням, ортопедичним взуттям;
- проведення соціально-оздоровчих заходів серед осіб старечого віку;
- розширення патронажної служби вдома для хворих на цукровий діабет, онкологічні захворювання, інсульт та інші хронічні захворювання.

Отже, загальними завданнями для лікаря загальної практики та соціальних працівників є виявлення та диференційований облік сімей, самотніх літніх людей і дітей, які опинилися у важкій життєвій ситуації, які потребують соціальної підтримки, медико-соціального патронажу та реабілітації.

Працюючи на одній території, обслуговуючи одне і те ж населення і одні і ті ж сім'ї, лікар загальної практики і соціальний працівник вирішують загальні завдання – надання медико-соціальної допомоги населенню. Єдність в цілях і завданнях полягає в тому, що соціальна складова надає значний вплив на соціальне самопочуття кожної людини і населення в цілому. Таким чином, групи населення, що відносяться до соціальному ризику, і групи ризику захворювань багато в чому збігаються і утворюють єдину медико-соціальну групу ризику.

1.8. Вільний вибір лікаря первинної ланки

Вільний вибір лікаря полягає в тому, що населення само-стійно вибирає лікаря первинної ланки для постійного медичного обслуговування. Періодично, зазвичай 1 раз на рік, але не частіше 1 разу на півроку надається можливість змінити лікаря. Вибір оформляється документально шляхом запису особи або родини в список того чи іншого лікаря і являє собою своєрідний договір між пацієнтом і лікарем.

Як свідчать дані емпіричних спостережень, найбільш важливими причинами, що впливають на вибір пацієнтом лікаря загальної практики є:

- місце проживання пацієнта;
- рекомендації родичів або друзів;
- привабливість методів роботи лікаря;
- спадкоємність;
- невдоволення попереднім лікарем;
- неможливість знайти іншого лікаря.

У системі охорони здоров'я різні типи мотивів, що спонукають введення права громадянина на вибір лікаря, відрізняються:

- у керованих громадськістю системах, де охорона здоров'я розглядається як «соціальне благо», право вибору стає механізмом, з допомогою якого люди можуть впливати на те, що відбувається з ними в рамках системи;
- в системах, які проголошують ринкові принципи конкуренції, наявність у пацієнта права вибору зазвичай пов'язується з ідеєю суверенітету споживача і роль системи вимірюється її можливістю відповідати «індивідуальним» потребам користувачів.

Однак, незалежно від типологічних особливостей національної системи охорони здоров'я, можливість вибору і зміни лікаря загальної практики на сучасному етапі розвитку розглядається як невід'ємне право пацієнта, реалізація якого розгортає систему надання медичної допомоги в бік споживача медичних послуг та орієнтує її на задоволення медичних

потреб населення. Вільний вибір лікаря пацієнтом зачіпає як організаційну ідеологію, продуктивність і стимули, так і сам процес надання медичної допомоги. Ведення списків сімей або конкретних осіб є обов'язковою умовою при переході до подушної системи фінансування і оплати праці персоналу первинної ланки. Свобода вибору пацієнтом лікаря формує новий характер відносин між постачальником (лікарем) і споживачем медичних послуг (пацієнтом) із суттєвою активізацією останнього і є обов'язковою умовою для переорієнтації системи охорони здоров'я з медичних потреб установ і служб на потреби населення. Слід підкреслити, що цей механізм повною мірою спрацьовує тільки в умовах реальної конкуренції між постачальниками медичних послуг, кожен з яких намагається підвищити якість лікування та задовольнити запити пацієнтів.

Реалізація пацієнтом вільного вибору фахівця, який надає первинну допомогу, характеризується ланцюжком позитивних моментів:

- підвищення уваги лікаря первинної медико-санітарної допомоги до проблем пацієнтів та створення умов для підвищення якості його роботи у зв'язку із залежністю лікаря від пацієнта;
- створення умов для встановлення тривалих партнерських відносин з пацієнтами і посімейного обслуговування;
- ймовірність більш ретельного виконання пацієнтами призначень лікаря, наділеного їх довірою;
- можливість контролю пацієнтом деяких елементів якості медичного обслуговування;
- підвищення задоволеності населення у зв'язку з його залученням до процесу формування системи медичного обслуговування;
- створення умов для добору кваліфікованих фахівців первинної допомоги.

Разом з тим слід мати на увазі, що запровадження принципу вільного вибору лікаря спочатку може породити певні проблеми, до яких можна віднести:

- зростання витрат на проведення організаційних заходів у зв'язку з прикріпленням і переприкріпленням пацієн-

тів до лікаря первинної ланки (проведення приписної кампанії, заповнення реєстраційних форм);

- ймовірність нерівномірності завантаження лікарів первинної ланки;
- ускладнення обслуговування пацієнтів вдома у зв'язку з можливим розширенням території обслуговування;
- можливе погіршення психологічного мікроклімату в медичних колективах у зв'язку з боротьбою медиків за пацієнтів;
- опір частини лікарів первинної ланки, лікарів-фахівців у зв'язку з побоюваннями останніх залишитися спочатку без навантаження, а потім взагалі без роботи;
- вивільнення частини лікарів та необхідність вирішення проблем їх працевлаштування.

При переході від системи прикріплення пацієнтів до вільного вибору необхідно попереднє проведення низки заходів: роз'яснювальна, маркетингова кампанія з підготовки населення до нової системи, проведення приписної (реєстраційної) компанії, організаційна підготовка.

Вільний вибір лікаря первинної ланки існує в Австрії, Бельгії, Великобританії, Німеччині, Італії, Люксембурзі, Нідерландах, Франції, Швейцарії. В Україні вільний вибір лікаря був задекларований ще в 1989 році наказом МОЗ колишнього СРСР № 938, сьогодні створений механізм масового використання цього права людини.

1.9. Трансформація системи охорони здоров'я

Про старт медичної реформи уряд України оголосив ще в 2017-му році, коли 19 жовтня 2017 року депутатами Верховної Ради України було прийнято Закон України № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та ліків», який є основоположним для проведення реформи охорони здоров'я в країні. З квітня 2018-го стрімкими темпами почалася кампанія з вибору лікаря, який буде надавати первинну медичну допомогу. Перехідний період за повною трансформацією всієї галузі охорони здоров'я складе всього два роки.

В рамках первинної медичної допомоги діятимуть педіатри, терапевти та сімейні лікарі. З ними, починаючи з 2 квітня 2018-го, треба буде кожному громадянину підписати декларацію на обслуговування. Підписуючи цей документ, пацієнт закріплюється за лікарем.

За кожного такого «клієнта» лікар буде щорічно отримувати заробітну плату в розмірі 370 грн (у 2018-му р.) і до 450 грн (в 2019-му р.), причому для ряду вікових категорій передбачені підвищувальні коефіцієнти. Пацієнт може змінити свій вибір, якщо розчарується в обслуговуванні лікаря або переїде на інше місце проживання. Для цього буде потрібно лише укласти нову декларацію і автоматично відбудеться розірвання відносин з колишнім лікарем.

До 2020-го за первинною лікарською допомогою ще можна звернутися без декларації, при цьому за такого «клієнта» лікарю теж буде нарахована зарплата, але в меншому розмірі (240 грн у рік). А ось якщо після закінчення відведених двох років не буде обрано «свого» лікаря, то пацієнт може залишитися без медичного обслуговування.

Кожен педіатр зможе набрати лише до 900 пацієнтів, сімейний лікар – до 1, 8 тисяч, а терапевт – до 2 тисяч. Громадянин має право підписувати декларацію в будь-якій поліклініці за своїм бажанням, не прив'язуючись до місця своєї реєстрації, і навіть у приватній клініці. Однак приватники не поспішають приєднуватися до підписної кампанії, адже їхні фахівці можуть заробити значно більше, ніж їм готова платити держава.

Реформа передбачає кардинальну зміну схеми фінансування клінік і лікарень. Якщо до прийняття нововведень державні та комунальні медустанови утримувалися за держрахунок, то тепер кошти прямуватимуть на закупівлю послуг лікарів. Чим більше лікарі з поліклініки підпишуть декларацій, тим вище буде дохід цієї медустанови і оклад лікаря.

З метою централізації фінансових та управлінських потоків МОЗ засновано нову структуру – НСЗУ (Національну службу здоров'я). Виплата за деклараціями лікарям, які надають первинну медичну допомогу, почалася з другого півріччя 2018-го.

Через півтора місяці після старту підписної кампанії декларації оформило лише 10% населення України. Всього експертами прогнозується, що до кінця 2018-го документи підпише не більше 30% громадян України.

Що передбачає підписання декларації для пацієнта? Оформлюючи угоди з лікарем на надання первинної медичної допомоги, пацієнт може розраховувати, що він завжди отримає лікарську допомогу від обраного лікаря. При цьому лікар сам вирішує виїжджати йому додому до пацієнта на виклик чи хворий зможе прийти до нього особисто.

Оплата за таку послугу буде здійснюватися з бюджетних коштів. Вважається, що сам пацієнт вже оплатив свій "внесок" регулярно сплачуючи податки і збори зі своїх доходів.

У липні розпочався важливий етап трансформації системи охорони здоров'я. Перші комунальні і приватні медзаклади, які підписали договори з Національною службою здоров'я, почнуть отримувати фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Водночас починає діяти новий перелік послуг первинної медичної допомоги, який є обов'язковим для виконання всіма закладами первинної медичної допомоги, незалежно від моделі фінансування.

I. Діагностика і лікування

Стосовно питань діагностики і лікування варто відзначити, що сімейні лікарі, терапевти та педіатри спостерігатимуть за вашим станом здоров'я чи станом здоров'я вашої дитини, ставитимуть діагнози та лікуватимуть найбільш поширені хвороби, травми, отруєння. За потреби ваш лікар дасть направлення до фахівця вторинної чи третинної допомоги або буде консультоватись з ним щодо вашого лікування.

II. Аналізи та дослідження

Щодо аналізів та досліджень відзначимо, що на рівні первинної медичної допомоги до пакету послуг входять такі аналізи і дослідження:

- Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою
- Загальний аналіз сечі
- Глюкоза крові

- Загальний холестерин
- Вимірювання артеріального тиску
- Електрокардіограма
- Вимірювання ваги, зросту, окружності талії
- Швидкий тест на вагітність
- Швидкий тест на тропонін
- Швидкі тести на ВІЛ, вірусні гепатити

Інші дослідження та аналізи виконуються за направленням вашого лікаря у закладах спеціалізованої допомоги.

III. Спостереження вагітності і діти до 3-х років

Що стосується питань спостереження за вагітними та дітьми до 3-х років, то сімейний лікар або терапевт за бажанням вагітної може вести неускладнену вагітність. Лікар може взяти вагітну на облік до 12 тижнів. Коли є необхідність або вимагає протокол він направить вагітну до акушера-гінеколога. Також лікар первинної ланки розкаже, як діяти вагітній і дорослим членам родини, що мешкають з нею, при наближенні пологів. У потрібний час скерує до пологового будинку.

Після народження дитини педіатр або сімейний лікар має проводити планові обов'язкові огляди, навіть коли дитина здорова: 10 оглядів лікаря і 6 оглядів медсестри у перший рік, 2 огляди у другий і 1 огляд у третій.

IV. Обов'язкові профілактичні огляди

Варто зазначити також, що новий Порядок надання первинної медичної допомоги передбачає профілактичні огляди та аналізи для груп ризику семи захворювань:

щороку

- Цукровий діабет: 45 років і старші, всі – при факторах ризику
- ВІЛ: 14 років і старші
- Туберкульоз: всі – при факторах ризику

раз на два роки

- Рак молочної залози: 50–69 років, з 40 – при факторах ризику

Раз на 1-2 роки, залежно від факторів ризику

- Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання – жінки 50 років і старші, чоловіки 40 років і старші
- Колоректальний рак: жінки і чоловіки старші 50 років
- Рак передміхурової залози: з 40 років залежно від ступеня ризику

Про фактори ризику вам розкаже ваш лікар, неодмінно запитайте його про це.

Важливою буде роль вашого лікаря і у запобіганні виникнення захворювань. Ваш лікар вчасно виявить ризики для здоров'я. Він проконсультує, як поступово відмовитись від шкідливих звичок, де знайти додаткову допомогу і як перейти до здорового способу життя.

V. Рецепти на ліки

Рецепти на ліки, зокрема за програмою «Доступні ліки», також виписуватиме ваш лікар.

VI. Візити додому і невідкладна допомога

І наразі розглянемо питання візитів додому і невідкладної допомоги у практиці сімейного лікаря. Останній самостійно визначатиме необхідність візиту до пацієнта додому, залежно від медичних показів. Лікар може дати поради щодо полегшення стану по телефону, а пізніше, під час прийому у закладі направити на аналізи та дослідження, уточнити діагноз та призначити необхідне лікування. Ваш лікар також може викликати екстрену допомогу до хворого, якщо буде така необхідність. Невідкладна допомога при гострих станах і раптовому погіршенні стану здоров'я надаватиметься в медичному закладі.

VII. Паліативна допомога і медичні довідки

Паліативна допомога і медичні довідки – невід'ємна складова у практиці сімейної медицини. У компетенції лікаря первинної допомоги також окремі послуги паліативної допомоги – спостереження та оцінка стану важкохворого пацієнта, виписування рецептів для лікування больового синдрому.

Ваш лікар також видасть потрібну довідку, листок непрацездатності, направлення для проходження медико-соціальної експертизи тощо.

Прейскурант на надання вторинної і третинної медичної допомоги ще не складений, однак, вже можна сказати, що недешево обійдуться стоматологічні послуги та естетична хірургія. Якщо пацієнт захоче потрапити на прийом до вузьких фахівців без направлення свого лікаря, тоді йому доведеться оплатити ці послуги.

VIII. Проблеми впровадження реформи

На період впровадження реформи доведеться зіткнутися з проблемами. За два роки передбачається, що Україна повністю перейде на електронну систему охорони здоров'я (eHealth). Медичні картки стануть електронними, запис на прийом буде проводитися онлайн і також віддалено пацієнти зможуть відстежувати, які доступні безкоштовні ліки і медпослуги. Позитивним моментом буде також те, що повністю зникнуть реєстратури і, можливо, і черги під кабінетами лікарів.

Однак з впровадженням цієї системи не все гаразд. Найбільша проблема – відсутність необхідного комп'ютерного обладнання для запуску електронної системи у всіх медустановах. Важлива складність і з законністю перекладу даних в e-формат.

Крім цих труднощів, передбачаються проблеми з фінансуванням. Експерти підраховали, що за умови підписання всіма громадянами України декларацій з лікарем, потрібно виділити для оплати послуг первинної медичної допомоги 23, 2 млрд грн. У 2018-му передбачено лише 60% від необхідного. І ще, пацієнти не зовсім розуміють, навіщо їм потрібні ці декларації. Особливо важко розібратися у всіх нововведеннях літнім людям. Для багатьох з них абсолютно незрозуміла сама специфіка запису на прийом до лікаря за допомогою електронної черги.

Щоб медична реформа запрацювала до 2020 року без збоїв, МОЗ необхідно врахувати всі складності і привести нормативну базу у відповідність. Крім документальної «революції»

в медустановах потрібно провести і технічний апгрейд, забезпечивши медиків комп'ютерами і підключивши їх до єдиної мережі.

1.10. Інтегрований підхід до медичної допомоги

Інтеграція – якість співробітництва між підрозділами, яким необхідно об'єднати зусилля у відповідності з потребами пацієнта і громади.

Основні характеристики інтеграції:

- спільна робота різних служб;
- координація дій різних фахівців;
- наступність в наданні медичної допомоги.

Переваги інтегрованого підходу у порівнянні з вертикальним підходом

Пацієнти з НІЗ, які звертаються до медичних закладів, часто страждають більш ніж від однієї хвороби, що унеможливує постановку лише одного діагнозу.

Інтегрований підхід (ІП) є комплексною стратегією, яка враховує різноманітні фактори, що створюють серйозні небезпеки для пацієнтів. ІП забезпечує комбіноване лікування основних хронічних хвороб і надає особливого значення профілактиці хвороб шляхом корекції способу життя, управлінню факторами ризику, поліпшення практики охорони здоров'я на рівні сімей та громад.

Основні технології:

- Визначення пацієнтів з високим ризиком, які потребують первинної та вторинної профілактики;
- Вимірювання зросту і ваги для розрахунку ІМТ; окружності талії;
- Вимірювання рівня АТ та його оцінювання у пацієнта на основі вимірювань;
- Розрахунок ступеня серцево-судинного ризику та інформування про ризик;
- Виявлення пацієнтів з діабетом 2 типу;

- Вміння питати, радити, оцінювати, допомагати, домовлятися щодо тютюнопаління;
- Використовування інструменту «AUDIT»;
- Визначення загального холестерину.

НІЗ є основним тягарем захворюваності в Україні.

ССЗ і ЦД обумовлюють високі рівні захворюваності, інвалідності і смертності. Боротьба з ССЗ та ЦД потребує профілактики та інтегрованого ведення пацієнтів з НІЗ. Провідна роль належить фахівцям ПМД. Необхідними є знання і навички профілактики та лікування ССЗ і ЦД відповідно до уніфікованих клінічних протоколів.

1.11. Основна облікова медична документація в закладах сімейної медицини

Ведення медичної обліково-звітної документації сьогодні є невід'ємним елементом діяльності працівника охорони здоров'я.

Під *медичною документацією* слід розуміти систему бланків встановленого зразка. Вони призначаються для реєстрації результатів діагностичних, терапевтичних, санітарно-гігієнічних, профілактичних та інших заходів.

Серед найважливіших вимог, які пред'являються до ведення документації, відносять:

- Своєчасність і повноту записів.
- Медичну грамотність.
- Достовірність.

Перелік облікової медичної документації в закладах сімейної медицини

1. Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома (ф. 003-2/о).
2. Медична карта амбулаторного хворого (ф. 025/о).
3. Посімейний журнал дільниці сімейного лікаря (ф. 025-8-1 /о).
4. Направлення на консультацію в діагностичні кабінети, в лабораторії та результати обстежень (ф. 028-1/о).

5. Книга запису викликів лікарів додому (ф. 031/о).
6. Журнал запису пологової допомоги вдома (ф. 032/о).
7. Книга реєстрації листків непрацездатності (ф. 036/о).
8. Відомість обліку відвідувань у поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома (ф. 039/о).
9. Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення (ф. 058/о).
10. Журнал обліку інфекційних захворювань (ф. 060/о).
11. Карта профілактичних щеплень (ф. 063/о).
12. Журнал обліку профілактичних щеплень (ф. 064/о).
13. Журнал запису амбулаторних операцій (ф. 069/о).
14. Довідка для одержання путівки (ф. 070/о).
15. Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі серед дітей до 17 років включно (ф. 071/о).
16. Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі серед дорослого населення (ф. 071-1/о).
17. Зведена відомість обліку вперше зареєстрованих травм та отруень в даному лікувальному закладі (ф. 071 -2/о).
18. Санаторно-курортна карта (ф. 072/о).
19. Санаторно-курортна карта для дітей і підлітків (ф. 076/о).
20. Путівка в дитячий санаторій (ф. 077/о).
21. Медична довідка на учня, який від'їжджає в оздоровчий табір (ф. 079/о).
22. Направлення на МСЕК (ф. 088/о).
23. Направлення на обов'язковий попередній медичний огляд працівника (ф. 093/о).
24. Довідка про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації (ф. 094-I/о).
25. Лікарське свідоцтво про смерть (ф. 106/о-95).
26. Індивідуальна карта вагітної і породіллі (ф. 111/о).
27. Історія розвитку дитини (ф. 112/о).

28. Список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду (ф. 122/0).
29. Журнал обліку померлих (ф. 151 /о).
30. Журнал обліку новонароджених (ф. І52/о).
31. Рецепти ф. 1, ф. 2.

Поширені помилки заповнення документації:

- відсутність обґрунтувань для госпіталізації, клінічного та попереднього діагнозів;
- недоліки при описі скарг, об'єктивного обстеження, анамнезу;
- відсутність підстав для проведення тих чи інших втручань;
- неправильне оформлення записів про призначену медикаментозну терапію. Відсутність інформованості хворого і його добровільної згоди на втручання. Низька інформативність епікризів, записів консультантів, щоденників. Відсутність вказівок на підсумки проведених терапевтичних заходів.
- Невнесення до документа часу огляду хворого лікарем або консультантами, а також даних про проведення хірургічного втручання.
- Формальний характер зазначених відомостей, нерозбірливість і недбалість заповнення, порушена хронологія при викладі інформації.
- Відсутність підпису лікуючого лікаря або завідувача відділенням.

РОЗДІЛ 2.

Особливості спілкування сімейного лікаря з пацієнтом та його родиною

Досвід розвинених країн показує, що сімейний лікар – провідна фігура системи охорони здоров'я. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), близько 80 % усіх проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у світі вирішується в первинній ланці охорони здоров'я, а в 93 % випадків усі медичні проблеми родин вирішує сімейний лікар. На думку експертів охорони здоров'я, прогрес у медичному обслуговуванні спрямований, передусім, на профілактику, а не лікування захворювань. Її треба розглядати як управління (формування, охорона, зміцнення) здоров'я пацієнтів, що неможливо без урахування спадкових особливостей кожного члена родини, психологічного клімату в сім'ї. Тому, крім медичних навичок, сімейному лікарю необхідно володіти технікою спілкування, знанням прийомів педагогічної взаємодії та основ психотерапії.

Професіоналізм лікаря визначається не тільки тим, наскільки добре він знає етіологію і патогенез хвороб, методи їх діагностики та лікування, але і його вмінням консультивати, тобто спілкуватися, вчити, надавати поради і рекомендації. Уміння лікаря спілкуватися визначає його взаємини з пацієнтом, адже тільки завоювавши довіру хворого, можна зібрати детальний анамнез, пояснити, які вимоги до нього висувуються в процесі лікування. Досвідчений фахівець викладає свої думки так, щоб вони були доступні, не породжували тривогу. Він уміє не підірвати довіру до себе і не відняти у хворого надію на успіх лікування.

Взаємини лікаря з рідними, близькими хворого починають складатися з перших моментів госпіталізації пацієнта чи з першого відвідування поліклініки. При цьому рідних цікавить

все, що стосується діагнозу і прогнозу захворювання. Вони з нетерпінням і тривогою чекають відповіді лікаря на запитання, які їх хвилюють. Дуже тяжко рідні переживають через захворювання близької людини. Ось чому розмова з ними потребує від лікаря великого мистецтва, такту, делікатності, необхідно знайти єдиний правильний контакт з хворим і його рідними, який допоможе в роботі, зніме атмосферу напруги, трагізму.

При спілкуванні з рідними та близькими хворого можливо отримати багато додаткової інформації (корисні та шкідливі звички хворого, його соціальне становище, родинні й культурні традиції), відомості про роботу, захоплення тощо. Часто рідні своїми розповідями можуть внести цінні відомості, про які хворий змовчав, або забув. Такі додаткові повідомлення слід доповісти лікареві, який за необхідності їх використає. Завдяки спілкуванню з рідними хворого ми отримуємо уявлення про середовище, в якому він живе, про дружину, рідних, дітей, можемо заглянути в світ, що його оточує, усвідомити ту емоційну атмосферу, в якій постійно перебуває хворий. Від рідних можна отримати дані про виникнення захворювання. В ході бесід, даючи відповідні поради, можна вплинути на поведінку рідних пацієнта, підготувати сім'ю, співробітників одужуючого до його повернення в нормальне життя, що є особливо важливою задачею для реабілітації психічно хворих, або таких, що лікувались з приводу алкоголізму, наркоманії.

Інформація про хворобу може по-різному позначитися на психологічному і фізичному стані рідних та близьких хворого. Тому у взаємовідносинах з ними лікар повинен діяти покладаючись на основний деонтологічний принцип: "насамперед не зашкодь". У цьому дуже важливому етичному принципі акцентується увага на обережності в словах і діях лікаря. Слід пам'ятати, що існує таке поняття як "лікарська таємниця", під яке підлягає багато хвороб і на розголошення якої існує обмеження. У кожному конкретному випадку лікар, керуючись основними положеннями принципу збереження лікарської таємниці, зобов'язаний розібратись: які відомості необхідно приховати від рідних та близьких хворого. Чітке їх викладен-

ня свідчить про високий професійний і деонтологічний рівень лікаря, викликає довіру до нього і є запорукою ефективності лікування. Необхідно відмітити, що відсутність контакту з рідними та близькими хворого частіше виникає з вини самого лікаря при порушенні ним деонтологічних норм.

Взаємини та спілкування з рідними та близькими хворого повинні будуватися за принципом практичної взаємодовіри, адже довіра, як морально-психологічна категорія, визначає ставлення як до дій іншої особи, так і до себе самого. Довіра є обов'язковим компонентом у діяльності будь-якої соціальної групи, в якій люди спілкуються і мають тимчасові чи постійні цілі. Але, щоб завоювати довіру, лікарю необхідно бути просто фахівцем, потрібно вміти розуміти їх психологічний стан. Довіра між лікарем і хворим неможлива без світлого і правильного образу, який лікар зобов'язаний відтворити в очах хворого. Тут доцільна цитата Конфуція: «При зустрічі з гідною людиною думай про те, щоб зрівнятися з ним, а при зустрічі з недостойною – досліджуй себе, щоб не було таких недоліків».

Влада лікаря над пацієнтом залежить не тільки від повноти його медичних знань та вміння правильно проводити бесіду, але й від справлення на хворого враження привабливою зовнішністю. Слід створити імідж – "образ". Створення правильного іміджу – це ціла наука. Лікар повинен намагатися виглядати бадьорим і здоровим. Такому лікарєві пацієнти, як правило, довіряють більше. Портрет успішного лікаря – це акуратно випрасуваний халат, начищене взуття, традиційна зачіска, дружелюбний вираз обличчя, внутрішня організованість.

Розмовляти з пацієнтом, родичами та близькими людьми хворого краще всього наодинці, подалі від сторонніх, бажано в окремій кімнаті. Вести бесіду слід не поспішаючи, відключившись від інших справ та турбот, уважно, не перебиваючи, вислухати співрозмовника. Небажано, щоб співрозмовники стояли, бо це завжди говорить про обмеженість часу контакту. Визначне значення для утворення благоприємного "клімату" при

спілкуванні має взаємна їх прихильність. Бажано, щоб вони сиділи один навпроти одного в спокійних позах. Таке їх розташування дозволяє налагоджувати прямий зоровий контакт, який має важливе значення для розуміння та проникнення в переживання іншої людини.

Мають значення для встановлення міжособистісного контакту положення і жести. Якщо лікар сів на край стільця, то це свідчить для співрозмовника нагадуванням, що він поспішає, бесіда буде короткочасною, відвертості в розмові не відбудеться.

Важливою в спілкуванні являється і мова. Вона має особливе значення для встановлення контакту і для підтримки його розвитку. В розмові з рідними та близькими хворого слід уникати банальних слів, не зловживати спеціальними медичними термінами, особливо латинськими, які можуть викликати страх. В межах розумного слід бути відкритим в оцінці тяжкості стану захворювання та прогнозу. Все повідомлене має важливе значення при спілкуванні з хворим або його близькими перед операцією, яка супроводжується маніпуляцією, що має потенційну небезпеку для пацієнта. В таких випадках потрібно бути особливо обережним і чутливим.

При відвідуванні хворих, які знаходяться в стаціонарі, між близькими і знайомими спілкування лікаря розширюється. Дні і години відвідування, звичайно, регламентуються розкладом роботи відділення. Якщо лікар в момент звернення родича не може приділити йому належної уваги, то він повинен ввічливо вибачитися, причини відмови повинні бути роз'яснені хворому і близьким та попросити інший час для зустрічі. Багато хворих переживають перебування в стаціонарі не тільки в силу фізичних, скільки в силу психічних переживань. Про це не можна забувати і слід наділяти хворого увагою, турботою. Там, де лікуючий лікар і завідуючий відділенням постійно зустрічаються з родичами хворого та у достатньому обсязі в дружній, довірливій формі інформують їх про найбільш вірогідний діагноз, хід лікування, там створюється нормальний довірливий клімат і немає підстав для скарг. Треба знаходити час на такі зустрічі, потім цей час компенсується сторицею. Потрібно пам'ятати

вислів російського клініциста В.М.Бехтерева: «Якщо після спілкування з лікарем не стало легше ні хворому, а ні його близьким, це не лікар».

Інколи при спілкуванні з рідними важко відповісти вичерпно на всі їх запитання. В таких ситуаціях лікар не повинен вводити їх в оману, а правдиво доповісти про попередній діагноз хворого, план обстеження, очікувані результати, перебіг захворювання. Повинен запевнити рідних, що хворий не залишиться без уваги і допомоги. Про прогноз захворювання слід повідомляти обережно, не можна давати гарантій, пряmlinійна відвертість не завжди доречна і інколи може негативно подіяти на рідних. При спілкуванні з рідними хворого слід проявляти такт, терпіння, недопустима черствість, відсутність співчуття, вміти надати позитивну інформацію.

Слід пам'ятати все професійне життя слова А.Дементьєва та закарбувати їх навечно в серці:

«Бережіть здоров'я один одного,
У природи ми – мала частина.
Ви комусь відповіли грубо –
Чиесь життя скоротили зараз».

Наполегливі прохання рідних запросити консультантів не повинні залишатися без уваги. Відмова недопустима, навіть коли в цьому немає необхідності. Це заспокоїть хворого і його рідних, буде сприяти відтворенню благоприємної психологічної обстановки. Особливо негативно впливають на хворих і їх рідних слова про неправильну дію інших лікарів, їх помилки. Це безсумнівно принижує авторитет не лише самого лікаря, але і медицини в цілому. Турбота про пацієнта з боку оточуючих, намагання та вміння зрозуміти його, відіграють надзвичайно велику роль і мають значний вплив на подальшу долю пацієнта.

Рідні й близькі пацієнтів систематично відвідують їх під час перебування в лікарні, належним чином турбуються про них. Ті ж пацієнти, котрих ніхто не відвідує, почувуються покинутими, самотніми, нікому не потрібними. Лікар і медична

сестра мають бути особливо уважними до тих, яких не відвідують рідні, причому саме під час відвідування близькими інших пацієнтів. Належний підхід до рідних і близьких пацієнтів полегшує роботу як лікаря, так і медичної сестри і сприяє одужанню пацієнтів. Важливо встановити правильні взаємини з рідними тяжкохворого, особливо у випадку порушеного контакту з ним. У такій ситуації рідні та близькі пацієнта стають єдиним можливим джерелом інформації про початок і розвиток захворювання. Не слід виявляти оптимізм у тих випадках, коли немає впевненості в сприятливому прогнозі захворювання або в повному відновленні порушених функцій. Дуже важливим є позитивний психологічний вплив рідних на пацієнта. Своєчасно принесені квіти, підбадьорлива бесіда, щире побажання нерідко впливають на хворого не менш ефективно, ніж деякі медичні маніпуляції. Залучення до процесу догляду родичів пацієнта сприяє не тільки підвищенню якості догляду, а й несе могутній позитивний заряд, допомагає встановити сприятливий контакт між пацієнтом, його родичами і медичним персоналом.

Слід особливо підготуватися лікареві до надання звістки про смерть хворого. Це одна з найскладніших форм спілкування, тому що звістка про втрату близької людини може зумовити в рідних і близьких померлого різноманітні траурні реакції. Рідних слід запросити до кабінету, віддаленого від відділення, посадити їх в крісла або на стільці, так як їх бурхлива психоемоційна реакція у відділенні (плач, крик) може спричинити психотравмуючий вплив на інших хворих. Недопустима звістка "на ходу" в коридорі, вестибюлі, на подвір'ї лікарні.

Отже, відношення до людей, які лікують недуги, повинно бути дбайливим. У романі "Замок Броуді" Мері Броуді так висловлюється про професію лікаря: "Доктора всі знають, им можно довериться, они добры: они исцеляют, дают советы, успокаивают, они хранят доверенную им тайну". Шлях до співчуття й співпереживання – це шлях до формування совісті, внутрішнього судді людини.

Але нерідко взаємини лікаря з рідними та близькими хворого набувають досить гострого характеру. Проявляючи турботу про хворого, деякі лікарі цілковито змінюються при зустрічі та спілкуванні з його рідними, вони проявляють байдужість, поспішають закінчити розмову. Дуже часто між лікарем та близькими хворого виникають протиріччя. Вони пов'язані з недостатньою компетентністю рідних у медицині, що породжує розходження поглядів на стан хворого та лікувально-профілактичний процес, а звідси і відсутність контакту і співпраці при спілкуванні. Інколи протиріччя обумовлені різним ступенем інформованості про хворого, відсутністю часу у лікаря, в силу чого він не в змозі приділити певну увагу кожному родичеві, врахувати всі його індивідуальні особливості, побажання та інше.

На жаль, інколи сам лікар не бажає встановити контакт з рідними хворого при їх спілкуванні. Причиною цього може бути перебільшена впевненість лікаря в своїх професійних можливостях, недовіра до близьких як до помічників у лікувально-оздоровчому процесі, байдужість, відсутність почуття відповідальності і обов'язку перед хворим. Мотиви такої поведінки лікаря суперечать лікарській моралі.

На жаль, зустрічаються ще випадки недовіри, неповаги, грубого відношення до лікаря. Вони виникають від незрозуміння можливостей медицини, поганого виховання, перебільшеної самооцінки або морального розбещення. Обов'язок громадськості – оберігати медичних працівників від подібних осіб.

Не випадково поет Б.Олейник відкликнувся на існуючу проблему:

*«Шел прием. Но чем только врача не морочили!
И за дверью, рокоча, разрасталась очередь.
В общем, что сказать хочу?
– Не в порядке жалобы...
Врач – в беде, помощь врачу
Очень не мешало бы».*

Цілком зрозуміло, що авторитет лікаря залежить перед усім від нього самого і компетентності оточуючих його співробітників. Слід запам'ятати слова Хосе Ескриви: *«У свою звичну професійну працю поклади надприродне міркування і таким способом ти її освятиш»*.

Спілкуючись з рідними хворого лікар повинен проявляти максимум турботи, щоб у них залишилося добре враження про лікарню, співробітників. Слід зробити так, щоб пацієнт і його рідні при бажанні могли висловити слова вдячності і тепло попроситись з тими, хто його лікував та виходжував.

Таким чином, етика спілкування лікаря з рідними та близькими хворого – це один з центральних розділів медичної деонтології, який забезпечує успіх лікування та одужання хворих. Лікар має постійно вдосконалювати свої знання в цій сфері, вивчати психологію та особистісні характеристики пацієнтів, рідних та спрямовувати їх на швидше відновлення здоров'я.

Лікареві, який дотримується моральних принципів, у першу чергу необхідно бути психологом, оскільки "медичний психолог першим сприймає недоліки і вади епохи, оскільки він першим стикається з жертвами даної епохи" (К.Юнг). Медицині потрібні свої Прометеї. Недарма голландський лікар Ван Тюльпіс у XVII столітті запропонував, як емблему для медицини, запалену свічку з девізом: "Сяючи іншим, згораю сам".

Лікар повинен бути обов'язковою людиною яка, бездоганно виконує всі свої обов'язки і обіцянки. Якщо хворий бачить, що лікар не дотримав даного слова, тоді до нього зникає довіра. Вірність слову – це вірність обов'язку.

Через всю професійну діяльність слід пронести слова А.Ф. Коні: *«Слово – це одне з найважливіших знарядь людини. Безсиле само по собі, воно стає могутнім і непоборним, сказане вміло, щиро і власно. Воно здатне вести за собою й того, хто говорить, і засліплювати його і оточуючих своїм блиском»*.

А найголовніше, лікар – це гуманна людина, тобто він – спеціаліст, який вміє переносити гуманізм із сфери розуму в

сферу серця. "В історії життя людей справа рук конкретної людини часто виявляється сильніше обставин". Як визначив Парацельс: "Сила лікаря – в його серці. Найвеличніша основа ліків – любов".

Бути чесним перед собою, перед судом своєї совісті – найважливіша заповідь медичного працівника. Необхідно вчитися допомагати повернути надію іншим і собі. Може настане час, і тобі також знадобиться допомога. І хтось обов'язково буде поруч із тобою, допомагатиме і підтримуватиме. Необхідно пам'ятати та закарбувати в своєму серці, то душі слова Акселя Мунте: *«Без співчуття не можна бути хорошим лікарем»*.

РОЗДІЛ 3.

Медичні інформаційні системи

Сучасний розвиток інформаційних технологій робить охорону здоров'я все більше і більше "ІТ – залежною". Головна мета інформатизації охорони здоров'я: допомогти лікарю в лікуванні хворого, менеджеру медичного закладу – у його діяльності з організації праці лікарів, організатору охорони здоров'я – у створенні системи медичної допомоги населенню та формування здорового способу життя.

Основою інформатизації охорони здоров'я України є єдине інформаційне середовище охорони здоров'я у всіх її аспектах, яке базується на сучасних Інтернет-технологіях. Невід'ємною частиною цього процесу є автоматизація діяльності лікувально-профілактичних закладів за допомогою медичних інформаційних систем (МІС).

Медичну інформаційну систему можна визначити як комплекс апаратних і програмних засобів, призначених для автоматизації роботи медичних установ. Основним компонентом системи є електронна медична карта пацієнта (ЕМКП), зокрема – амбулаторна картка (у поліклініці) або історія хвороби (в стаціонарі чи санаторії). Нерідко, говорячи про електронні історії хвороби, загалом, мають на увазі МІС.

Основні завдання МІС можна коротко сформулювати наступним чином: підготовка, зберігання та аналіз інформації, необхідної для лікувально-реабілітаційного, діагностичного, адміністративно-управлінського процесів, науково-дослідної та навчально-методичної роботи, а також зв'язок з іншими організаціями та світовими базами даних.

У технічному аспекті МІС являє собою локальну мережу персональних комп'ютерів (автоматизованих робочих місць –

АРМ), і сервер, на якому зберігаються бази даних і встановлене основне програмне забезпечення – ядро системи.

Технічні можливості системи дозволяють встановлювати зв'язок із зовнішніми абонентами, а також із всесвітньою інформаційною системою «Інтернет».

Що стосується програмного забезпечення – це комплекс програм, кожна з яких виконує свою конкретну задачу, але інтегрована в єдине інформаційне середовище, тобто отримує дані для своєї роботи з загальної бази даних і поміщає туди ж результати своєї роботи.

3.1. Впровадження телемедицини в систему охорони здоров'я

Прогрес, що торкається абсолютно всіх сфер діяльності людини, призвів до розвитку телемедицини – нового напрямку, завдяки якому здійснюється обмін навичками і досвідом між самими фахівцями, а також між фахівцем і пацієнтом. Ще в минулому столітті, усі відкриття в сфері медицини та лікарської практики публікувалися в наукових працях, дістати які було непросто. Сьогодні ж обміняти досвідом або проконсультувати хворого можна за допомогою засобів телекомунікацій.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), телемедицина – це метод надання послуг з медичного обслуговування там, де відстань є критичним фактором.

Законопроект «Про телемедицину» (№ 10196 від 14.03.2012 р.) визначає її як комплекс організаційних, фінансових і технологічних заходів, що забезпечують надання дистанційної консультаційної медичної послуги, за якої пацієнт або лікар, що безпосередньо проводить обстеження та/або лікування пацієнта, отримує дистанційну консультацію іншого лікаря з використанням телекомунікацій.

З розвитком телемедицини з'явилося багато можливостей. Зарубіжні фахівці готові ділитися своїм досвідом з вітчизняними лікарями, а також переймати знання і навички наших фахівців. Крім цього, телемедицина дозволяє отримувати консультації лікарів онлайн, що дозволяє швидко та правильно

прийняти рішення щодо лікування того чи іншого захворювання. Далеко не кожна провінційна клініка має висококваліфікованих лікарів, тому консультації досвідчених фахівців там, куди важко дістатися, на вагу золота.

Телемедицина має масу переваг, серед яких:

- можливість консультації тих хворих, транспортування яких з причини складного захворювання неможливе;
- можливість отримати консультацію від іншого фахівця, що дозволить прийняти найбільш правильне рішення при розв'язанні тієї чи іншої задачі, покладаючись не тільки на власний досвід, але і досвід колеги;
- телемедицина служить незамінним інструментом для передачі досвіду, що вносить свій внесок у розвиток світової медицини;
- здатність надавати допомогу у випадку стихійних лих, коли відзначається гостра нестача кадрів;
- скорочення часу на передачу інформації у вигляді результатів аналізів і лабораторних досліджень.

Телемедицина виступає інструментом, який допомагає підвищувати кваліфікаційні навички лікарів без відриву від виробництва.

Телемедицина – це комплексне поняття. Не можна розглядати виключно з одного боку. Вона передбачає взаємодію двох опонентів, що в результаті забезпечує взаємну вигоду для обох сторін.

Завдання

Цей напрямок консультативної діяльності ставить перед собою вирішення таких завдань, як:

- значне зниження вартості медичних послуг – не секрет, що консультації всесвітньо відомих фахівців – задоволення не з дешевих, але саме це може врятувати людині життя; витрати на транспортування хворого, тимчасове проживання і безпосередньо саму консультацію, можна значно скоротити, якщо проводити телемості і онлайн конференції, які за результативністю анітрохи не гірші візуального контакту.

- надання допомоги в тих віддалених місцях, куди немає можливості дістатися швидко – іноді допомога може знадобитися раптово, а лікарі в селах і селищах не можуть самостійно прийняти рішення, чим і виручає телемедицина;
- обмін даними в галузі лікарської справи та фармацевтики ;
- збір даних і передача особистого досвіду, що допоможе при вирішенні найскладніших завдань – замість того, щоб діяти за протоколом, які склалися ще десятки років тому, лікар отримує можливість запитати свого закордонного колегу, що він думає про ситуацію, що склалася.

Телемедицина спрощує життя не тільки тим людям, які потребують медичної консультації, але і самим лікарям. Сучасні засоби комунікацій допомагають швидко вирішувати питання щодо лікування і хірургічних операцій, що дозволяє в режимі реального часу надавати суттєву допомогу, ділитися власними навичками і вміннями з колегами. Завдання телемедицини з кожним роком розширюються, що дозволяє робити медичне обслуговування більш якісним і результативним, знижуючи смертність серед населення.

Технології телемедицини базуються на засобах комунікацій, які допомагають обмінюватися інформацією в режимі реального часу. Виділяють кілька способів обміну інформацією в цілях надання вагової допомоги:

- Медичні консультації в режимі реального часу – здійснюються з використанням спеціальної комп'ютерної апаратури, що має вихід у глобальну мережу. Перебуваючи онлайн, можна контролювати процес лікування, хід операції, а також надавати консультативну допомогу хворим. Консультації в режимі онлайн можуть бути трьох напрямків:
 - екстрені – коли допомога і порада потрібні терміново;
 - планові – спілкування між двома опонентами заплановане на певний час і дату;

- відеоконсиліуми – допомагають в режимі реального часу поєднати відразу кілька фахівців між собою, а також самого пацієнта.

Фахівці підраховали, що відеоконсультація в 10, 20 і навіть 50 разів дешевше, ніж пацієнт сам відправиться до лікаря з віддалених ділянок планети у більш розвинені клініки.

- Відстрочені консультації – відбуваються за допомогою спілкування по електронній пошті, що зручно для передачі даних і результатів аналізів. Також можна отримати консультацію фахівця, який при правильній організації допоможе лікарю з постановкою діагнозу, і самому хворому у вирішенні питання про подальше проходження лікування.
- Телемедицина в сфері навчання – для підвищення кваліфікації без відриву від основного місця роботи можуть проводитися відеосемінари, конференції та консиліуми, де досвідчені фахівці діляться своїми навичками і навчають своїх колег в тій чи іншій сфері медицини. Це дозволить скоротити витрати часу на навчання, а також кошти на проїзд і тимчасове проживання. Можливо точкове з'єднання відразу 5, 10, 15 чоловік, тому лекції та практичні навички можуть передаватися відразу великій кількості лікарів, що економить час і менше витрачаються сили лектора.
- Трансляції операцій і складних маніпуляцій – дозволяють оцінити якість роботи лікаря, а також отримувати практичні консультації щодо вдосконалення хірургічного втручання для досягнення найбільш високих результатів лікування.
- Мобільні комплекси – засоби зв'язку встановлюються у травмпунктах, сільських медпунктах і реанімобілях, які змушені працювати в місцях аварій і катастроф. Мобільні комплекси дозволяють отримувати екстрені поради від досвідчених лікарів, які знаходяться в клініці і не можуть покинути своє місце.
- Системи біомоніторингу – ефективні для дистанційного контролю стану здоров'я людини, яка має хронічні захворювання, або працює на шкідливому підприємстві. Такий метод дозволяє виявити і своєчасно ліквідувати реальну

загрозу для життя, що знизить смертність серед активного населення планети.

Одним з найновіших технічних засобів надання консультацій є домашня телемедицина. Вона передбачає зв'язок між пацієнтом, який знаходиться на лікуванні в домашніх умовах, і лікарем, що знаходиться, наприклад, в іншій країні.

Консультації

Телемедичні консультації, в залежності від того, на кого вони орієнтовані, можна розділити на чотири групи:

- Спеціаліст-Хворий-Спеціаліст – коли один лікар консультиється у свого колеги з приводу лікування хворого, де сам хворий може бути присутнім і брати активну участь у бесіді.
- Спеціаліст-Хворий – лікар дає рекомендації щодо лікування пацієнтам, які самі не можуть приїхати в поліклініку враховуючи обставини, що склалися.
- Лабораторія-Спеціаліст – лікар може отримати всі дані результатів аналізів набагато швидше, ніж би їх транспортувала жива людина.
- Спеціаліст-Рятувальник – лікар консультиє рятувальні бригади, що працюють у місцях аварій і катастроф щодо способів і методів збереження життя потерпілим.

На сьогоднішній день телемедицина є одним з найбільш важливих і високоефективних способів швидкої передачі необхідної інформації за допомогою глобальних мереж і супутникового зв'язку, а також відповідного технологічного обладнання.

Розвиток телемедицини

Далеко не відразу засоби телекомунікацій стали служити на благо розвитку і удосконалення медицини. Першою країною, яка вирішила випробувати на собі ефективність такого зв'язку, є Норвегія. Ця країна характеризується наявністю важкодоступних для швидкої допомоги місць проживання населення. Саме тут вперше була надана медична допомога із застосуванням телекомунікацій. Другий проект був здійснений у Франції для моряків цивільного й військового флотів.

Нині телемедицина у Франції дає змогу покращити охорону здоров'я передусім у сільських та гірських районах. Так, у віддалених селах для зв'язку з лікарем по Інтернету встановлюють «медичні кабінети», які дозволять віртуальні візити лікарів. Така медична кабіна, розроблена фірмою H4D, здатна здійснювати профілактичні аналізи для хворих на діабет, вимірювати серцевиття й тиск, робити рентген, діагностувати патологічні стани і проводити генетичні аналізи. Із віддаленого місця пацієнт може напряму отримати консультацію лікаря на екрані.

У США перші програми з телемедицини були розроблені майже 40 років тому, а за останні 10–15 років технологія зробила крок далеко вперед. Ринок телемедицини в ЄС невинно зростає – з 4, 4 млрд євро у 2011 р. він має збільшитися втричі до 2019 р. (до 11, 5 млрд євро), відповідно до прогнозів.

Найбільшого поштовху поширенню новітньої медичної технології надає збільшення кількості людей похилого віку, а також, безумовно, зростання вартості медичних послуг.

«МТС Україна» вдалося об'єднати в одну мережу близько 40 медичних установ, серед яких клініки різного рівня: національні медичні інститути, високоспеціалізовані клініки, обласні, районні і міські лікарні. У їх числі провідні медичні центри країни, такі як Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. Н.М. Амосова, Інститут педіатрії, акушерства і гінекології, Інститут нейрохірургії, Інститут раку, дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», а також обласні, міські та районні лікарні.

Розвиток телемедицини є вкрай необхідним для нашої країни, особливо з огляду на антитерористичну операцію на сході.

У військовій медицині телемедичні технології здатні спростити роботу лікарів, виконати ефективний менеджмент на етапах евакуації, систематизувати та стандартизувати якість надання медичної допомоги. Враховуючи складність та затяж-

не лікування вогнепальних поранень, це дає змогу тримати на постійному й тривалому контролі процес лікування кожного потерпілого.

Значну роботу з впровадження телемедицини в Україні було проведено протягом останнього року з часу прийняття спільної програми України та НАТО.

Всесвітня організація охорони здоров'я щорічно вносить корективи і розробляє нові системи, які б допомагали розвитку телемедицини в усьому світі. Серед найбільш вдалих і прогресивних міжнародних програм, виділяють наступні:

- «Planet Heres» – програма, основним завданням якої є обмін даних щодо медицини, статистики та інноваційних підходів до лікування тих чи інших захворювань.
- «Satellite» – дозволяє обмінюватися власним досвідом і дослідженнями в галузі медицини, а також проводити онлайн-консультації між усіма учасниками програми, об'єднуючи країни і континенти.
- «Nector» – європейська програма, що дозволяє консулювати працівників швидкої допомоги швидко і якісно, що дозволить поліпшити якість медичних послуг та знизити кількість летальних випадків.
- «NOMER-D» – програма, яка допомагає отримати кваліфіковану консультацію лікаря, не виходячи з дому.

У світі відомо понад 180 телемедичних програм, які успішно функціонують не один десяток років. Вони постійно модернізуються і спрощуються, що дозволяє полегшити роботу лікарів і отримати потрібну інформацію пацієнтам. Щорічно ВООЗ виділяє мільярди доларів на розвиток і вдосконалення різних телемедичних напрямків, підбираючи оптимальні і менш затратні способи з'єднання споживача медичної послуги та виробника (лікаря).

Телемедичні проекти з геолокації ділять на такі групи, як:

- Локальні – найбільш поширені, так як обмін даними відбувається на рівні однієї медустанови. Усі дані знаходяться в її межах і не призначені для публічного поширення.
- Регіональні – обмін інформацією відбувається на рівні одного регіону.
- Загальнонаціональні – відбувається обмін даними між людьми в межах однієї держави.
- Міжнародні – інформація відкрита для публічного користування, і може поширюватися між людьми з різних країн.

Останнім часом почастишали випадки викрадення та незаконного розповсюдження інформації щодо медицини. Шахраї зламують системи телемедицини, забираючи всі наявні дані, та незаконно ними розпоряджаються. Тому ключовим напрямом в розвиток телемедицини є безпека всіх переданих даних, розробкою чого займаються європейські фахівці.

Впровадження в систему охорони здоров'я

Епоха інновацій вже давно переступила межу відчутного, але далеко не кожна клініка має наявність телекомунікацій. Це пов'язано, по-перше, з кадрами. Складно знайти високоспеціалізованих співробітників, які б відповідали за справність роботи системи, а також повністю гарантували збереження всієї інформації, по-друге, відсутність фінансування. На регіональному рівні немає можливості виділяти кошти, щоб лікарні мали можливість користуватися комп'ютерною апаратурою та глобальною мережею. І, по-третє, багато хто з лікарів не готовий переходити на новий рівень розвитку, віддаючи перевагу роботі «по старинці» з допомогою особистих консультацій пацієнта з лікарем, а також передачі всієї інформації в рукописній формі.

В даний час ведеться активна робота з впровадження телемедичних технологій в клініки. Даний процес не може відбуватися швидко, на це потрібен певний час. Однак, клініки ве-

ликих міст вже можуть говорити про впровадження телемедицини, оскільки мають можливість проводити операції під керівництвом зарубіжних фахівців, які знаходяться онлайн. Впровадження телемедицини для кожної окремої категорії громадян це:

- Для пацієнта – з'явиться можливість скоротити витрати на проїзд до місця знаходження лікаря, а також самостійно обирати найбільш досвідченого фахівця, спираючись на відгуки про його роботу. Значно зменшаться черги під кабінетами лікарів, оскільки половина всіх звернень до фахівця має профілактичний напрям, тобто лікування хвороби цілком можна здійснювати не виходячи з дому.
- Для лікаря – знизяться витрати сил і часу на консультації, а також скоротиться потреба в додатковому медперсоналі. З'явиться можливість отримувати консультації досвідчених фахівців, що допоможе у вирішенні складних завдань.
- Для лікарні – проведення консиліумів із закордонними колегами дозволить проводити складні операції, не транспортуючи хворого в іншу країну. Також скоротяться витрати на підвищення кваліфікації фахівців, що може здійснюватися без відриву від виробництва.

Впроваджуючи телемедичні технології в сучасну систему охорони здоров'я можна «вбити двох зайців одним пострілом»: підвищити якість діагностики та консультацій в режимі онлайн, при цьому скоротити витрати.

Телемедицина стала своєрідною відповіддю на вимоги сьогодення, коли для порятунку життя пацієнта важлива кожна хвилина. Ця система допомагає виграти такий дорогоцінний час, стерти кордони між містами і надати якісну медичну допомогу тим, хто її так потребує.

РОЗДІЛ 4.

Основи медичної статистики

Статистичний аналіз інформації – обов'язкова процедура сучасної медицини і невід'ємна частина її базису – доказової медицини. Ці знання абсолютно необхідні для планування, проведення і аналізу наукових досліджень в медицині. Ефективне управління охороною здоров'я неможливе без обробки і аналізу статистичної інформації про стан здоров'я, надання медичної допомоги населенню, ресурсах охорони здоров'я та їх використання. Лікар у своїй практичній діяльності неодмінно стикається з необхідністю статистичного аналізу одержуваної ним інформації, тому знання основ медичної статистики, а також можливостей комп'ютеризованих статистичних пакетів – запорука правильного трактування і використання результатів досліджень у своїй роботі.

4.1. Доказова медицина і статистика

Основні поняття і принципи терміну "доказова медицина" (Evidence based medicine – ЕВМ) складають домінуючу ідеологію сучасної медицини. Якщо узагальнити найвідоміші і численні визначення, то під цим терміном розуміється сумлінне, коректне і розумне використання в медичній практиці наявних на сьогоднішній день надійних наукових доказів по прийнятності і ефективності різних діагностичних тестів, лікувальних методів, сучасної електронної та іншої апаратури і т.д. Це означає, що нові знання, отримані в ході масштабних, а головне достовірних наукових і клінічних досліджень, застосовуються потім для прийняття адекватних рішень про призначення обстеження і лікування кожного конкретного пацієнта. Отже, принципи медицини, заснованої на доказах, необхідні кожному лікарю, який зобов'язаний критично аналізувати та інтерпретувати наявні наукові та емпіричні дані і розумно використовувати їх у своїй професійній діяльності.

Сьогодні вже не викликає сумніву, що принцип доказовості відноситься практично до всіх сфер діяльності медицини, включаючи профілактику, діагностику, прийняття рішень про можливість того або іншого втручання, використання спеціальної апаратури і обладнання при проведенні діагностичних і лікувальних заходів, здійснення наукових досліджень і розробок, організації та наданні медичної допомоги населенню. За допомогою доказової медицини, на думку багатьох авторитетних вчених, з'явилася можливість, якщо не зробити медицину точною наукою, то, в крайньому випадку, наблизити її до такої. Сама ж доказова медицина в цьому ракурсі може бути визначена як нова система поглядів в клінічній медицині, яка відрізняється від традиційної статистичним стандартизованим аналізом первинної медичної інформації та критичним стандартизованим узагальненням відомостей.

На сьогоднішній день основним синтетичним інструментом доказової медицини є систематичний огляд. *Систематичні огляди* – це спеціальні наукові дослідження із заздалегідь спланованими методами, де об'єктом вивчення слугують результати вже опублікованих оригінальних робіт з конкретної проблеми. Вони узагальнюють ці дослідження, застосовуючи спеціальні стандартизовані підходи, зменшують можливість систематичних і випадкових помилок. Ці методи включають в себе всебічний пошук якісно виконаних, переважно рандомізованих досліджень за певним питанням, застосування точних і відтворених критеріїв відбору статей, де опубліковані відповідні результати для огляду. Далі проводиться оцінка структури і особливостей оригінальних досліджень, аналіз даних і інтерпретація отриманих фактів. Якщо результати розглянутих публікацій статистично не проаналізовані, то в цьому випадку огляд називається якісним систематичним оглядом. В кількісному ж систематичному огляді, інакше званому мета-аналізу, для аналізу всіх результатів окремих публікацій, включених в дослідження, використовуються спеціальні статистичні методи.

Таким чином, доказова медицина є новим підходом до технологій збору, аналізу, узагальнення і використання медич-

ної інформації, що дозволяє стверджувати про її дуже тісний і неформальний зв'язок з медичною інформатикою. Природно, що сама по собі доказова медицина не здатна продукувати нові знання про предмет, але результати як фундаментальних, так і прикладних робіт перед їх впровадженням в повсякденну медичну практику зобов'язані пройти процедуру перевірки ефекти, що вивчається, за стандартами, що базуються на статистичних методах. Зрозуміло, що бурхливий розвиток доказової медицини визначається істотним прогресом та досягненнями медичної інформатики та медичної статистики.

Сьогодні медичні алгоритми повинні відповідати 4 вимогам: ефективність, безпека, новизна та економічна вигода.

Результати нових наукових даних, отриманих при обстеженні великої кількості хворих, які спостерігались впродовж місяців і років, дозволяють використовувати цю інформацію в удосконаленні надання медичної допомоги хворим і впровадженні в систему охорони здоров'я найбільш оптимальних і ефективних методів діагностики, лікування та профілактики.

Кожний лікар-терапевт загальної практики, з уведенням в Україні страхової медицини, повинен досконало знати стандарти діагностики лікування терапевтичних захворювань, оскільки невиконання стандартів лікування може призводити до скарг хворих, юридичних конфліктів і відшкодувань значних матеріальних коштів за рахунок лікаря.

4.2. Основні принципи і положення доказової медицини

В Україні наявна досить значна кількість стандартів (у вигляді переліків медичних послуг) і протоколів лікування (детальних настанов-алгоритмів з лікувально-діагностичної тактики), проте, на жаль, необхідний якісний рівень цих розробок не відповідає міжнародному, а впровадження їх у клінічну практику зупиняється на пілотних проектах. Фундаментом надання медичної допомоги мають стати принципи та засади доказової медицини та клінічної епідеміології. Проте, "золотим стандартом", моніторингу та лікуванням є рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) з подвійним або потрійним сліпим контролем.

Основні завдання доказової медицини наступні:

1. Стандартизувати діяльність науковців, лікарів та організаторів охорони здоров'я на принципах доказової медицини.
2. Підвищити ефективність фармакотерапії і виліковування гострих захворювань і синдромів (особливо невідкладних станів), а стосовно хронічних захворювань – стабілізувати тривалу ремісію, зменшити летальність і поліпшити якість життя хворих.
3. Підвищити безпечність лікування та знизити ризик появи ускладнень і погіршення перебігу захворювання шляхом раціонального призначення лікарських засобів і методів лікування.
4. Оптимізувати діяльність національних систем охорони здоров'я.
5. Оптимізувати економічне забезпечення лікування, надаючи перевагу менш дорогим і водночас достатньо ефективним лікарським засобам, методам діагностики і лікування.

А в переносному значенні – доказова медицина покликана звільнити медичну науку і лікувальну практику від застарілих і неефективних методів діагностики і лікування з практичною перевіркою наукових гіпотез розвитку різних захворювань.

Принциповою відмінністю доказової медицини є те, що нею розроблені критерії доказовості результатів клінічних досліджень величезної кількості методів діагностики, профілактики та лікування, а також нових методів управління системою охорони здоров'я. Тому на сьогодні, згідно з концепціями доказової медицини, кожне рішення лікаря або чиновника повинно спиратись тільки на наукові факти, що виключає суб'єктивізм у медицині.

Одним з положень доказової медицини є ствердження, що потрібно максимально обережно і об'єктивно приймати лікарські рішення. *Доказова медицина ні в чому не замінює собою клінічне мислення.*

Як показує практика, отримані лікарем знання після певного проміжку часу забуваються. Сучасна система післядипломної безперервної освіти в Європі, США, Росії, Укра-

їні малоефективна. На лекціях студенти та лікарі-інтерни мало засвоюють розглянутий матеріал, більше засвоюють під час науково-практичних конференцій. Тому найбільш оптимальним є друкувати навчальні посібники або довідники з доказової внутрішньої медицини з доповненнями на них кожні 1-2 роки.

Шведська рада з технологій системи охорони здоров'я вважає, що якість доказів залежить від наступних вимог:

1. Рандомізоване контрольоване дослідження є найбільш об'єктивним дослідженням, оскільки можливість виникнення систематичної помилки значно менша, ніж при інших дослідженнях. Вони проводяться на великій populacji хворих, часто в різних країнах при тривалому (1-25 і більше років) спостереженні. У цих випадках часто застосовують плацебо або «пустушку» (індиферентний засіб терапії) чи лікарські засоби з відомою активністю.
2. Когортні дослідження проводяться з формуванням двох чи більше груп пацієнтів, коли спостереження проводять роками чи десятиліттями. У деяких випадках когортні дослідження мають перевагу над РКД, але їх висновки завжди будуть менш обґрунтованими.
3. Поперечні дослідження проводяться шляхом опитування здорових людей чи хворих для визначення рейтингу методу дослідження або частоти застосування препарату.
4. Дослідження «випадок-контроль» проводиться спочатку з формуванням групи осіб з окремих випадків відповідного захворювання чи клінічного ефекту, а вже потім формується група контролю, що складається з осіб без такої хвороби чи стану, але схожа за важливими прогностичними характеристиками (вік, стать, наявність супутніх захворювань тощо).
5. Описання випадку чи серії випадків – це короткі повідомлення про успішне лікування хворих або появу загрозливих побічних ускладнень фармакотерапії. Незважаючи на слабку доказовість таких повідомлень, вважається, що вони необхідні саме через свою оперативність.

Клінічна епідеміологія – це методологічне підґрунтя доказової медицини. Вона вивчає закономірність розповсюдження будь-яких захворювань, а також здійснює прогнозування їх у кожного конкретного пацієнта на основі вивчення особливостей клінічного перебігу хвороби. Особливістю клінічної епідеміології є те, що вона проводиться тільки на людях, а не на тваринах.

Клінічна епідеміологія забезпечує доказову медицину необхідними методами біостатистики, об'єктивними критеріями достовірності об'єктивних лабораторних і інструментальних досліджень та способами їх диференційного узагальнення. Паралельно із цим, клінічна епідеміологія вивчає прогнозування захворювань та ускладнень, результати багатоцентрових плацебо-контрольованих досліджень з визначенням результативності різних методів лікування та побічної дії препаратів.

Суть клінічної епідеміології на заході в англomовному варіанті зводиться до п'яти «Д»:

- 1) смерть (Death) пацієнта, особливо коли вона передчасна;
- 2) захворювання (Disease), яке завжди сприймається пацієнтом як небезпечна хвороба;
- 3) дискомфорт (Discomfort) у вигляді болю, нудоти, задишки, набряків тощо;
- 4) незадоволеність (Dissatisfaction), емоційно негативна реакція на хворобу;
- 5) інвалідизація (Disability) – нездатність пацієнта до повсякденної діяльності в побуті і роботі.

Захворювання слід розглядати як гіпотези, які повинні пройти клінічні випробування.

Практикуючий лікар завдяки клінічній епідеміології повинен:

- постійно отримувати інтелектуальне задоволення та почуття впевненості в своїх рішеннях та роботі (а не здивування та розчарування);
- отримувати інформативну та ефективну медичну інформацію (які препарати можуть бути використані для підвищення ефективності і безпеки лікування);

- отримувати єдину наукову базу, яка ґрунтується на достовірних результатах клінічних випробувань;
- оцінювати ефективність своїх зусиль в боротьбі з біологічними, фізичними та соціальними факторами, що здатні позитивно впливати на результати лікування (лікар переконується в тому, що він у змозі зробити і чого не в силі);
- оцінювати фінансову спроможність хворого та суспільства, якщо воно може йому допомогти.

Отже, основною метою клінічної епідеміології є активне проведення методів клінічного спостереження і аналізу даних, які підвищують ефективність прийняття правильних та адекватних рішень при лікуванні хворих з урахуванням доступного матеріального забезпечення.

Наукові дослідження поділяються на: *експериментальні* (в яких вивчається ефективність лікування) та *обсерваційні*. У свою чергу обсерваційні дослідження діляться на *проспективні* та *ретроспективні*; *одномоментні* (поперечні) та *поздовжні* (впродовж певного часового проміжку). Дослідження «випадок-контроль» дає ретроспективну оцінку різних груп пацієнтів.

РКД поділяються на відкриті та сліпі (хворому не повідомляють про вид лікування). Сутністю подвійного сліпого дослідження є те, що ні лікар, ні хворий не знають, яке проводиться лікування. Сліпі дослідження належать до I класу. Добре сплановане відкрите експериментальне дослідження, обсерваційне проспективне і ретроспективне дослідження відносяться до II класу, а дослідження, при яких допущені помилки або коли враховується особистий досвід лікаря-науковця – до III класу.

Дослідження нових лікарських засобів проводиться спочатку на експериментальних тваринах (доклінічні дослідження). Після завершення експериментальних досліджень їх результати вносять до Державного фармакологічного центру МОЗ України, в США – Управління по контролю за харчовими продуктами і лікарськими препаратами (FDA),

в Європі – Європейського агентства по оцінці лікарських препаратів (ЕМЕА) та ін. В середньому, на розробку нового лікарського засобу від стадії пошуку до повного утвердження необхідно витратити понад 10-12 років. Приблизно 1 із 15 досліджуваних речовин, які переходять у стадію розробки, досліджуються в III фазі і отримують схвалення. В Україні в 2002 р. створена громадська організація «Міжнародний фонд клінічних досліджень» (МФКД), яка планує надати допомогу в створенні відповідної бази у сфері проведення клінічних досліджень (організація виставок, семінарів, симпозіумів, створення проектів, програм досліджень, матеріальне фінансування досліджень і підтримка членів фонду).

Клінічні випробування поділяються на 4 фази:

Перша фаза проводиться на 20 – 80 здорових добровольцях, зазвичай молодих чоловіках, з метою встановлення діапазону доз препарату та його можливих побічних ефектів.

Друга фаза клінічного випробування – це перший досвід застосування діючої речовини у пацієнтів з захворюваннями. Головна мета – довести клінічну ефективність при дослідженні 200 – 600 хворих, визначити рівні терапевтичних доз речовини, оптимальні схеми дозування.

Третя фаза клінічних випробувань являє собою суворі контрольні дослідження, які проводяться з метою визначення безпечності і ефективності діючих речовин в умовах, найближчих до застосування їх для терапії пацієнта. У таких дослідженнях приймають участь більше 2000 (понад 10000 – мегадослідження) пацієнтів. Також, вивчається дія речовини у поєднанні з іншими препаратами. З метою порівняння ефективності проводяться дослідження з плацебо, референтним препаратом чи стандартом лікування. Можуть проводитись також неконтрольовані клінічні дослідження (сліпі та відкриті).

Четверта фаза клінічних випробувань (постмаркетингові дослідження) проводиться після реєстрації (ліцензування) лікарського препарату для розширення об'єму інформації про безпечність та ефективність.

При проведенні досліджень встановлюють:

- удосконалення схем та термінів прийому препарату;
- взаємодію з їжею або іншими лікарськими препаратами;
- вплив окремих факторів лікарського засобу на роботу організму (здатність до керування транспортним засобом і тощо).

Для моніторингу проведення лікування використовують метод об'єктивного контролю – порівняльне дослідження (comparative study), рандомізацію (randomization), осліплення (blinding masking).

Для визначення ефективності проведеного дослідження використовують плацебо – фармакологічний препарат, який не має активних речовин, а за зовнішнім виглядом не відрізняється від основного засобу.

За останні роки в США витрати на дослідження і розробку одного препарату різко зросли (з 54 млн. доларів в 1976 р. до 450 млн. в 2001 р., тобто за 25 років збільшились у 8 разів).

Етичні принципи таких випробувань сформульовані після II світової війни на Нюрнберзькому процесі (коли відбувався суд над нацистами). Якість наукових досліджень у країнах СНД, на жаль, не відповідає загальноприйнятим критеріям GCP (доскональної клінічної практики). Для монополізованого етичного контролю існують комітети з біомедичної етики. Хворий повинен дати згоду про його участь в науковому дослідженні, і це стверджується документально.

Але практична медицина – це не тільки лікарські засоби, але й хірургічні операції, різні процедури, догляд за хворими, організація охорони здоров'я. Перелічені методи лікування також застосовуються в доказовій медицині.

На Заході проблема доказовості однозначно вирішена; але, на жаль, в Україні досі проводяться переважно відкриті, неконтрольовані, нерандомізовані клінічні дослідження, тому їх цінність та інформативність не є високою. Такі дослідження не дають відповіді про вплив фармакотерапії на виживання хворих, якість їх життя, ризик розвитку ускладнень тощо.

Слід підкреслити, що харчові добавки не підлягають клінічним випробуванням, оскільки вони не є лікарськими засобами. Із них найбільш ефективні ті, містять в собі вітаміни та мікроелементи, що позитивно впливають на метаболічні процеси в організмі людей.

Практикуючі лікарі щодня стикаються з величезним об'ємом медичної інформації. У світі щоденно публікуються близько 6 тис. медичних журнальних статей. Світова бібліографічна база MEDLINE вже тепер має у своїх фондах понад 12, 5 млн. рефератів статей з медицини. Зрозуміло, що жоден лікар не спроможний перечитати (пропустити через себе) такий об'єм інформації. З цією метою досвідчені спеціалісти по профілю складають клінічні (не медичні, як у нас) рекомендації. Клінічні рекомендації – це дуже серйозні медичні документи, в яких відображені алгоритми дії лікарів у певних клінічних ситуаціях. Це мають бути найкращі стандарти клінічної практики для підвищення якості діагностики, лікування та профілактики захворювань, а також покращення діяльності органів системи охорони здоров'я. Завдяки доказовій медицині неефективні методи лікування виводяться з практики лікарів. Отже, клінічні рекомендації – один з найважливіших інструментів підвищення якості надання медичної допомоги. Слід відзначити, що клінічні рекомендації – це дуже дорогий документ (на його підготовку та видання в США витрачається 500-750 тис. доларів.) Проте ці затрати виправдовуються високою економічною ефективністю. В Німеччині щомісяця з'являється до 100 наукових рекомендацій, у США їх уже налічується понад 5 тис. Для можливості зручного застосування їх в клінічній практиці вони створюються за певною сучасною методологією з узагальненням кращого світового досвіду і знань. Ці риси надають перевагу клінічним рекомендаціям над нашими методичними.

Створені протоколи надання медичної допомоги хворим із захворюваннями внутрішніх органів (збірка наказів МОЗ України від 2.12.2004 р. № 593; 13.06.2005 р. № 271; 3.07.2006 р. № 436 та 12.10.2006 р. № 676) значно підвищили ефективність діагностики, лікування та профілактики захворювань.

Клінічні рекомендації ґрунтуються на рівнях достовірності А, В, С, і Д:

- А – висока достовірність;
- В – помірна достовірність;
- С – обмежена достовірність;
- Д – незначна достовірність.

На сьогоднішній день, близько однієї третини клінічних рекомендацій мають рівень достовірності А, всі інші ґрунтуються на менш якісних дослідженнях.

Слід підкреслити, що найбільш високий рівень доказовості забезпечують РКД. Однак в окремих випадках, особливо при оцінці небезпечних реакцій, кращий рівень можна отримати від ретроспективних «випадок-контроль» або когортних досліджень.

Останнім часом досить часто проводять мета-аналіз досліджень – це особлива форма статистичного аналізу, в процесі якого поєднуються результати багатьох клінічних досліджень будь-якого методу лікування. Такий підхід забезпечує суттєву статистичну перевагу у порівнянні з окремими випробуваннями. У цілому, мета-аналіз дозволяє комплексно узагальнити інформацію, отриману із різноманітних джерел з певною достовірністю (або без неї).

В доказовій медицині часто використовують «золотий стандарт» – це добре проведене клінічне випробування відповідного дизайну і розміру вибірки, організоване з метою оцінки ефективності лікарського засобу. З цією метою використовують найбільш відомий ефективний фармакологічний препарат.

В залежності від ефективності виділяють базове, спеціальне та додаткове лікування:

- 1) базове лікування дозволяє перервати перебіг захворювання і сприяти реконвалесценції;
- 2) спеціальне лікування дає можливість попередити і усунути можливі рецидиви основного захворювання чи появу супутніх патологічних процесів, прояви мож-

ливої побічної дії лікарських засобів за спеціальними показаннями;

- 3) додаткове лікування сприяє долікуванню і реабілітації пацієнта, часто вже після виписки його зі стаціонару.

Відповідальним моментом в практиці лікаря є рішення про вибір методу лікування конкретного пацієнта, який повинен:

- перервати перебіг захворювання і сприяти реконвалесценції (базове лікування);
- попередити та усунути можливі рецидиви основного захворювання або появу рецидивів супутньої патології та побічних реакцій препаратів (лікування за спеціальними показаннями);
- сприяти долікуванню хворого після виписки зі стаціонару (додаткове лікування) шляхом застосування адекватних доз фармакологічних засобів.

**Підрахунки вартості та ефективності лікування
проводяться наступним чином:**

1. Проводять аналіз мінімальної вартості економічної ефективності терапії, коли більш ефективним вважається те лікування, яке вимагає використання меншої кількості ресурсів.
2. Вартісно-утилітарний аналіз дозволяє в грошовому еквіваленті оцінити вплив будь-якого медичного втручання, особливо при захворюваннях з високою летальністю, на показник тривалості життя в поєднанні з показником його якості.
3. Вартість аналізу прибутку – це метод економічної оцінки ефективності лікування, при якому його вартість та ефективність оцінюють тільки в грошовому еквіваленті, коли вартість витрат зіставляється з прибутком.
4. Оцінка економічної ефективності затрат є найбільш розповсюдженим методом в економічній оцінці ефективності лікування. Але йому притаманні певні недоліки, особливо коли використовується декілька критеріїв ефективності медичного втручання, наприклад,

збільшення тривалості життя і покращення його якості за рахунок проявів захворювання.

Доказова медицина застосовує 4 вказаних методи визначення фармакологічного аналізу для вибору препаратів із групи аналогів. Нерідко лікар призначає хворому дешеві препарати, або ж, навпаки, високовартісні. Саме тому дуже важливим є проведення фармакологічного аналізу лікарських засобів, де оцінюється співвідношення вартості лікарських засобів і ефективність лікування ними. Особливо важливий цей метод при оцінці ефективності дорогих хірургічних методів лікування захворювань серця (аорто-коронарного шунтування, транслюмінальної балонної ангіопластики коронарних артерій і стентування).

Сьогодні активно розробляються нові методи діагностики та лікування внутрішніх захворювань. При цьому їх необхідно порівнювати із «золотим стандартом», який відзначається високою точністю.

Клінічні випробування нових лікарських засобів розпочалися ще наприкінці 40-х років минулого століття. За цей час проведено понад 500000 таких випробувань. Однак велика кількість описаних схем терапії виявилися неефективними і по цей день вони не використовуються.

Існує 3 категорії первинних досліджень:

- 1) експериментальні дослідження на тваринах;
- 2) клінічні випробування, при яких проводяться за спеціальною методикою і протоколом фармацевтичні, хірургічні, променеві методи лікування;
- 3) дослідження, які проводяться на невеликих групах пацієнтів.

Вторинними дослідженнями вважають літературні огляди, мета-аналізи декількох рандомізованих досліджень, клінічні рекомендації, економічний аналіз, описані методи діагностики, лікування та профілактики захворювань тощо.

Важливою умовою оцінки об'єктивності результатів дослідження є застосування «сліпого» методу. Коли хворий не повинен знати, яке саме лікування він отримує. Така органі-

зація клінічного випробування називається «простим сліпим випробуванням». У цьому випадку ні лікар, ані хворий не знають, який препарат був призначений пацієнту. Про це знають лише організатори клінічного випробування. В Україні переважно проводяться відкриті дослідження, що зменшує їх значущість, а останнім часом закордонні фірми залучають медиків і науковців країни до проведення РКД.

До фірм, які пропонують нові препарати і вимагають публікацій, в яких описано ефективність і побічні реакції препаратів, слід відноситись критично і вимогливо.

Застосування інтернету в медицині дозволило підвищити доступність можливості поглиблення знань та ерудиції лікаря. Лікарю для роботи в інтернеті потрібно вміти здійснювати медичний пошук з використанням ключових слів. Серед сайтів, які забезпечують доступ до баз даних, безумовним лідером вважається PubMed MEDLINE, де пошук здійснюється за словами, які зустрічаються у назвах статей, в рефератах, за прізвищем авторів, назвами журналів. Електронна бібліографічна база даних на сайті MEDLINE організована і підтримується Національною медичною бібліотекою США. Платний доступ до багатьох ресурсів, включаючи журнали, підручники і посібники, можна отримати на сайті MD Consult.

Up ToDate – навчальна база даних, яка поповнюється кожні 4 міс. та існує в електронному форматі. Поряд з цим, база даних – Clinical Evidence, доступна в друкованому та електронному варіантах. Це не навчальний посібник, а короткий аналіз найсучасніших знань з профілактики і лікування найбільш розповсюджених і клінічно значущих захворювань чи станів.

Відомий англійський епідеміолог Арчі Кокран вперше в світі в 1979 р. обґрунтував необхідність використання у практичній медицині лише довірених даних, які можуть бути отримані в процесі правильно організованих і перевічених наукових досліджень. Він запропонував написання наукових медичних оглядів на основі систематизованого збору і аналізу фактів з регулярним поновленням нових даних. Мрія А.Кокрана після його смерті була втілена в життя: було створене Кокранівське товариство і Кокранівська бібліотека, де

зберігається ця інформація. У Росії створений філіал Кокранівського співтовариства (127238, Москва, Дмитрівське шосе, буд.46, корп. 2, 7 поверх). Електронний варіант Кокранівської бібліотеки має значні переваги щодо пошуку, розповсюдження інформації та її поповнення, оновлення і виправлення помилок. Функціонування і робота Кокранівської бібліотеки підтримується за рахунок державних установ, університетів, різних фондів.

Доказова медицина досягла значних успіхів, незважаючи на дуже короткий термін існування (всього 17 років). Основна її мета – впровадження і застосування в медичній практиці лише тих методів і рекомендацій, які отримані або ще будуть отримані в результаті проведення клінічних досліджень на людях.

Для цього доказова медицина створила єдину методологію наукового пошуку, до якого належать:

- 1) етап доклінічних досліджень через використання міжнародних стандартів GLP – високоякісної лабораторної практики;
- 2) етап клінічних досліджень через використання міжнародних стандартів GCP – високоякісної лабораторної практики;
- 3) етап планування і проведення клінічних досліджень, обробка та аналіз їх результатів через використання міжнародних стандартів GSP – високоякісної статистичної практики.

Принцип доказової медицини, який є ключовим будь-якого високоякісного дослідження з беззаперечним дотриманням єдиної методології пошуку у вигляді міжнародних стандартів GLP, GCP, GSP, а головний – алгоритм: ідея → гіпотеза → результат клінічного випробування → клінічна рекомендація. При цьому, ідея народжується в голові науковця (наукового керівника чи консультанта), гіпотеза формується згідно з даними експериментального дослідження, а результати клінічного випробування сприяють рішення про перетворення гіпотези в клінічну рекомендацію або її спростування. Слід відзначити, що не слід вживати вислів «експериментальне обґрунтування»

певного методу лікування чи діагностики, в літературі чи дисертаціях. В списках джерел дисертацій не має бути методичних рекомендацій, мета-аналізів, систематичних оглядів тощо.

У доказовій медицині в першу чергу слід спиратись на результати рандомізованих плацебо-контрольованих подвійних клінічних випробувань, на клінічні рекомендації і державні стандарти лікування, систематичні огляди, мета-аналізи та алгоритми фармакоterapiї. У повсякденній роботі лікарів комп'ютер повинен стати таким самим обов'язковим атрибутом, як фонендоскоп, тонометр тощо. Створення науково обґрунтованих індивідуальних програм вискоефективного, безпечного і економічно вигідного лікування хворого стало можливим теж завдяки доказовій медицині. Один із основних постулатів доказової медицини – мінімальною кількістю препаратів досягти максимального ефекту. Призначити потрібно необхідну кількість препаратів і не більше.

Створення індивідуальних програм терапії захворювань на будь-якому рівні надання медичної допомоги (навіть національних стандартів якості) теж є прерогативою доказової медицини. Адже пацієнти прагнуть отримати найкращу медичну допомогу за мінімальних витрат, і це є цілком виправдано.

Отже, доказова медицина охоплює всесвітній досвід діагностики та лікування внутрішніх захворювань в економічно розвинутих країнах. Доказову медицину знають не тільки медичні працівники і пацієнти, але й урядовці усіх рівнів. Тому відповідальність за планування та проведення реформ в сфері медицини зростає в рази. Велику роль у цьому відіграють досягнення науки (перш за все доказової медицини), пропаганда здорового способу життя, первинна та вторинна профілактика захворювань.

ДОДАТКИ

		Код форми за ЗКУД <input type="text"/>
		Код закладу за ЗКПО <input type="text"/>
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
		Затверджена наказом МОЗ України
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> р. № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Д О В І Д К А для одержання путівки		
<p>Дана довідка не заміняє санаторно-курортної карти і не дає хворому права на санаторне або на амбулаторно – курсове лікування.</p> <p>Дійсна до <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(число, місяць, рік)</p> <p>Видана _____ (прізвище, ім'я, по батькові)</p> <p>в тому, що він (вона) страждає _____ (вказати діагноз)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>і що йому (їй) рекомендується лікування:</p> <p>курортне _____ (вказати рекомендовані курорти)</p> <p>_____</p> <p>а) в санаторії _____ (вказати профіль)</p> <p>б) амбулаторно-курсове (підкреслити) в місцевому санаторії (поза курортом) _____ (вказати профіль санаторію)</p> <p>Пора року: зимою, весною, літом, восени (підкреслити).</p> <p>Довідка дійсна лише за місцем проживання або роботи хворого.</p> <p>Вона подається при одержанні путівки і залишається в профкомі. Після одержання довідки необхідно звернутися за санаторною картою в лікувальний заклад, який видав довідку.</p> <p>М.П. _____</p> <p style="text-align: right;">Лікуючий лікар _____ Заввідділом _____</p> <p>“ _____ ” _____ р.</p>		

**Довідка для одержання путівки
(форма № 070/о)**

Довідка використовується для одержання путівки як в санаторії системи МОЗ України так і в санаторії інших відомств.

Довідка не замінює санаторно-курортну карту і не дає права хворому на лікування в санаторії або на амбулаторно-курсове лікування.

Форма № 070/о не заповнюється на хворих на туберкульоз, які направляються на лікування в відповідні санаторії для хворих на туберкульоз.

Термін зберігання – 3 роки.

		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА № 0 7 2 / / 0 Затверджена наказом МОЗ України 2 7 1 2 9 9 р. № 3 0 2
САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА № _____ “_____” _____ р.		
Видається після пред’явлення путівки на санаторне або амбулаторне лікування. Без даної карти путівка не дійсна.		
Адреса лікувального закладу, що видав карту: <p>область _____</p> <p>район _____</p> <p>місто _____</p> <p>вулиця _____</p>		
Прізвище, ім’я, по батькові лікуючого лікаря _____		
1. Прізвище, І, П., хворого _____ Стать ч.-1, ж.-2 (підкреслити) <input type="checkbox"/> Дата народження _____ (число, місяць, рік) Адреса хворого _____		
2. Місце роботи _____		
3. Посада _____		
4. Скарги, давність захворювання, дані анамнезу, попереднє лікування, в тому числі санаторно-курортне _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

5. Короткі дані клінічних, лабораторних, рентгенологічних і інших досліджень (дати)

6. Диагноз: а) основний _____

б) супутні захворювання _____

ВИСНОВОК

Курортне лікування _____
(вказати рекомендовані курорти)

а) в санаторії _____
(вказати профіль)

б) амбулаторно - курсове (підкреслити).

Рекомендоване лікування в місцевому санаторії (поза курортом) _____
(вказати профіль санаторію)

Пора року _____

М.П.

Лікуючий лікар _____

Завідуючий відділом _____

Санаторно-курортна карта (форма № 072/о)

“Санаторно-курортна карта” (форма № 072/о) є обов’язковим медичним документом, який видається хворому у віці 18 років і старше на руки при направленні його на лікування в усі типи санаторно-курортних закладів, за винятком санаторіїв для хворих на туберкульоз (форма № 078/о “Направлення в санаторій хворих на туберкульоз”).

Перед заповненням санаторно-курортної карти лікар повинен переконатися, що:

- у хворого наявна путівка для санаторно-курортного лікування (в окремих випадках, коли хворий бажає самостійно, за власні кошти придбати путівку (курсівку) для амбулаторно-курортного лікування безпосередньо на вказаному ним курорті (в курортній поліклініці), наявність її на момент заповнення карти не обов’язкова;
- путівка відповідає даним раніше рекомендаціям хворому при видачі “Довідки для одержання путівки” (форма № 070/о), щодо основного та супутніх діагнозів захворювання, профілю санаторію (гастроентерологічний, кардіологічний тощо), виду лікування, сезону року та інших факторів (контрастність кліматогеографічних умов, місця проживання і курорту на термін дії путівки, важкість поїздки, пересадки, віддаленість);
- на момент звергання хворого для отримання санаторно-курортної карти хворий має пройти передбачений обов’язковий перелік обстежень, консультацій необхідних спеціалістів для встановлення відсутності відхилень, які можуть бути приводом до відмови у видачі санаторно-курортної карти згідно затвердженого переліку медичних показань та протипоказань для санаторно-курортного лікування.

Тільки при дотриманні перерахованих вимог можна видавати санаторно-курортну карту. На прохання хворого (при наявності у нього протипоказань до санаторно-курортного лікування, встановлених лікуючим лікарем) – карта не видається.

Форма заповнюється лікуючим лікарем амбулаторно-поліклінічного закладу (амбулаторія, поліклініка, диспансерне відділення, жіноча консультація) за місцем проживання хворого, за винятком хворих, які перенесли гострий інфаркт міокарда, які безпосередньо із спеціалізованого відділення стаціонару переводяться на долікування в реабілітаційні кардіологічні відділення санаторіїв (карта заповнюється лікуючим лікарем стаціонару).

На карті проставляється кутовий штамп закладу, номер санаторно-курортної карти та дата її видачі.

Всі пункти карти обов'язково повинні бути заповнені. Пункти “Адреса лікувального закладу” та “Адреса хворого” повинні відповідати поштовим вимогам, включаючи наявність п'ятизначного індексу. Реквізити “Прізвище, ім'я, по батькові” лікаря та хворого вносяться без скорочень.

В пункті 4 – дається точна індивідуальна оцінка перебігу захворювання у хворого, анамнестичні відомості та результати попереднього лікування згідно з даними “Медичної карти амбулаторного хворого” – (форми № 025/о), а для студентів у віці 18 років і старше – “Медичної карти студента” – (форми № 025-3/о).

При заповненні пункту 5 – потрібно внести дати і результати обов'язкових (клінічні аналізи крові, сечі, ЕКГ, флюорографія, а також інші з врахуванням віку хворого) та спеціальних діагностичних досліджень, які мають відношення до захворювання, а при наявності супутніх захворювань – висновків відповідних консультантів. Для жінок обов'язковим є результат кольпоцитоскопії та висновок гінеколога. Результати досліджень не повинні бути з великим терміном давності (для лабораторних, функціональних – не більше одного місяця; рентгенологічних, комп'ютерної томографії, ультразвукових – не більше 6 місяців).

При заповненні пункту 6 – “Діагноз” потрібно дотримуватися загальноприйнятих в Україні клінічних класифікацій. Діагноз повинен бути розгорнутим, містити всі передбачені для нього класифікацією особливості (наприклад, клінічна форма, ступінь важкості, стадія, фаза, функціональний діагноз тощо).

У пункті “Висновок” лікар повинен зробити запис щодо можливості санаторно-курортного оздоровлення з конкретною вказівкою де саме (найменування курорту, санаторію), якого профілю (кардіологічний, пульмонологічний тощо) та сезону лікування (літо, осінь тощо).

Санаторно-курортна карта підписуються лікуючим лікарем, завідуючим відділенням (а там, де його немає – заступником головного лікаря або головним лікарем) і завіряється печаткою закладу. Вони несуть відповідальність за правильність відбору на санаторно-курортне лікування та якість заповнення санаторно-курортної карти.

Видається санаторно-курортна карта не пізніше, як за десять днів до початку санаторно-курортного лікування і дійсна терміном не більше 2 місяців з дня її видачі. У випадках, коли хворий не використав санаторно-курортну карту протягом двох місяців, вона стає недійсною. Нова санаторно-курортна карта може бути видана тільки після повторного проходження хворим в установленому порядку обстежень, оглядів та консультацій лікарів.

Про видачу санаторно-курортної карти лікар робить запис в “Медичній карті амбулаторного хворого” (формі № 025/о) з зазначенням дати видачі, номера карти та путівки, скарг хворого на день видачі та основного і супутнього діагнозів і повністю – дані висновку (рекомендований курорт, санаторій, профіль, вид лікування, пора року).

Санаторно-курортний заклад після завершення курсу лікування хворого направляє поштою в лікувально-профілактичний заклад, відривний талон до форми № 072/о за адресою, яка зазначена на першій сторінці карти і зберігається протягом 3-х років.

Санаторно-курортна карта зберігається в “Медичній карті стаціонарного хворого” – (форма № 003/о) санаторно-курортного закладу протягом 25 років.

Примітка: хворим у віці до 18 років видається “Санаторно-курортна карта для дітей та підлітків” – (форма № 076/о).

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13 листопада 2001 р. N 455

Зареєстровано

в Міністерстві юстиції України
4 грудня 2001 р. за N 1005/6196

**Інструкція про порядок видачі документів,
що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян**

(У тексті Інструкції слово "санаторій" у всіх відмінках замінено словами "санаторно-курортний заклад" у відповідних відмінках згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 6 грудня 2011 року N 882)

Ця Інструкція розроблена відповідно до статті 51 Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням" та визначає порядок і умови видачі, продовження та обліку документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, здійснення контролю за правильністю їх видачі.

Ця Інструкція погоджена з Федерацією професійних спілок України, Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, Фондом соціального страхування з тимчасової втрати працездатності України, Міністерством праці та соціальної політики України, Міністерством фінансів України.

1. Загальні положення

1.1. Тимчасова непрацездатність працівників засвідчується листком непрацездатності.

1.2. Видача інших документів про тимчасову непрацездатність забороняється, крім випадків, обумовлених п. 1.13, 2.7, 2.16, 2.17, 2.18, 2.19, 2.20, 3.4, 3.16, 6.6.

(пункт 1.2 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

1.3. Листок непрацездатності видається:

1.3.1. Громадянам України, іноземцям, особам без громадянства, які проживають в Україні і працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах і організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних представництвах та консульських установах.

1.3.2. Особам, обраним на виборні посади до органів державної влади, місцевого самоврядування та інших органів, у тому числі громадських організацій.

1.3.3. Членам колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів.

1.3.4. Особам, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок).

1.3.5. Громадянам України, які постійно проживають на території України та працюють на умовах трудового договору (контракту) за межами України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають.

1.4. Право видачі листків непрацездатності надається:

1.4.1. Лікуючим лікарям державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

1.4.2. Лікуючим лікарям стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України.

1.4.3. Лікуючим лікарям туберкульозних санаторно-курортних закладів.

1.4.4. Фельдшерам у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах. Список цих фельдшерів затверджується щороку органами охорони здоров'я.

1.4.5. Лікуючим лікарям закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та лікарям, що проводять гос-

подарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці.

(пункт 1.4 доповнено підпунктом 1.4.5 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

1.5. Не мають права видачі листків непрацездатності:

1.5.1. Лікарі:

- станцій (відділень) швидкої медичної допомоги;
- станцій переливання крові;
- закладів судово-медичної експертизи;
- бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік;
- будинків відпочинку;
- туристичних баз;
- зубопротезних поліклінік (відділень);
- санітарно-профілактичних закладів.

1.5.2. Підпункт 1.5.2 пункту 1.5 виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882, у зв'язку з цим підпункт 1.5.3 вважати підпунктом 1.5.2)

1.5.2. Лікуючі лікарі лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

1.6. Видача документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюється лікуючим лікарем (фельдшером) при пред'явленні паспорта чи іншого документа, який засвідчує особу непрацездатного, і не може бути платною послугою в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності.

(пункт 1.6 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

1.7. Видача та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюються тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем (фельдшером), про що робиться відповідний запис у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності.

1.8. Листок непрацездатності (довідка) видається і закривається в одному лікувально-профілактичному закладі, крім випадків долікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів. За наявності показань для подальшого лікування іншим лікувально-профілактичним закладом видається новий листок непрацездатності (довідка) як продовження попереднього.

(пункт 1.8 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

1.9. Листок непрацездатності (довідка) в амбулаторно-поліклінічних закладах видається лікуючим лікарем (фельдшером) переважно за місцем проживання чи роботи. У разі вибору особою лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, видаються за наявності заяви-клопотання особи, погодженої з головним лікарем обраного лікувально-профілактичного закладу, або його заступником, засвідченої підписом та круглою печаткою лікувально-профілактичного закладу.

(пункт 1.9 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

1.10. Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи (під час відраження, санаторно-курортного лікування, відпустки тощо), листок непрацездатності (довідка) видається за місцем їх тимчасового перебування з дозволу головного лікаря лікувально-профілактичного закладу на число днів непрацездатності.

1.11. При стаціонарному лікуванні поза постійним місцем проживання у тому числі й з інших адміністративних районів міста, листок непрацездатності видається з дозволу головного лікаря, засвідчується його підписом і печаткою лікувально-профілактичного закладу на число днів, необхідних для лікування.

1.12. Документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян України під час їх тимчасового перебування за межами держави, підлягають обміну на листок непрацездатності згідно з рішенням лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання чи роботи у разі:

- а) гострих захворювань і травм;
- б) загострення хронічних захворювань;
- в) вагітності та пологів;
- г) оперативних втручань при невідкладних станах;
- г) лікування згідно з рішенням комісії МОЗ України з питань направлення на лікування за кордон.

Обмін здійснюється на підставі перекладених на державну мову та нотаріально засвідчених документів, які підтверджують тимчасову втрату працездатності під час перебування за межами України.

1.13. Іноземцям, які тимчасово перебувають на території України і не працюють на підприємствах, в установах і організаціях України, видається витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, де вказується термін тимчасової непрацездатності, якщо інше не передбачено міжнародними угодами.

1.14. У разі втрати листка непрацездатності за рішенням ЛКК лікувально-профілактичного закладу, в якому його видано, видається новий листок непрацездатності з позначкою "дублікат" на підставі довідки з місця роботи про те, що за період тимчасової непрацездатності виплата допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю не здійснювалась.

Якщо до моменту чергової виплати заробітної плати непрацездатність ще продовжується, громадянину на його бажання видається листок непрацездатності, з зазначенням у графі "Заклучні висновки", що він продовжує хворіти, та подальшим оформленням продовження листка непрацездатності.

2. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян у разі захворювання чи травми

(назва розділу 2 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

2.1. У разі захворювання чи травми на весь період тимчасової непрацездатності до відновлення працездатності або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) видається листок непрацездатності, що обраховується в календарних днях.

(пункт 2.1 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

2.2. При втраті працездатності внаслідок захворювання або травми лікуючий лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видавати листок непрацездатності особисто терміном до 5 календарних днів з наступним продовженням його, залежно від тяжкості захворювання, до 10 календарних днів.

Якщо непрацездатність триває понад 10 календарних днів, продовження листка непрацездатності до 30 днів проводиться лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення, а надалі – ЛКК, яка призначається керівником лікувально-профілактичного закладу, після комісійного огляду хворого, з періодичністю не рідше 1 разу на 10 днів, але не більше терміну, встановленого для направлення до МСЕК.

В окремих випадках, коли захворювання вимагає тривалого лікування, наприклад у разі важких травм та туберкульозу періодичність оглядів ЛКК з продовженням листка непрацездатності може бути не рідше 1 разу на 20 днів залежно від тяжкості перебігу захворювання.

2.3. У лікувально-профілактичних закладах, розташованих у сільській місцевості, у штаті яких є тільки один лікар, листок непрацездатності (довідка) може видаватись особисто одним лікарем з продовженням у порядку, передбаченому п. 2.2, до 14 днів та наступним направленням хворого до ЛКК у разі його тимчасової непрацездатності. Список таких лікарів затверджується щороку наказом органів охорони здоров'я.

2.4. Фельдшер відповідно до п. 1.4.4 має право видавати листок непрацездатності особисто і одночасно на термін не більше 3 днів з наступним направленням хворого до лікаря у разі його тимчасової непрацездатності.

(пункт 2.4 із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

2.5. Листок непрацездатності у разі захворювання, травми, в тому числі й побутової, видається в день установаження непрацездатності, крім випадків лікування в стаціонарі.

2.6. Особам, які звернулися за медичною допомогою та визнані непрацездатними по завершенні робочого дня, листок непрацездатності може видаватись, за їх згодою, з наступного календарного дня.

2.7. Особам, направленим фельдшером здоров'я пункту під час робочої зміни до лікувально-профілактичного закладу, листок непрацездатності видається з моменту звернення у здоров'я пункт у разі визнання їх тимчасово непрацездатними.

Особам, не визнаним тимчасово непрацездатними, лікарем лікувально-профілактичного закладу видається довідка довільної форми з позначкою про час звернення до лікувально-профілактичного закладу, а у випадку, коли працівник звертався в здоров'я пункт в нічну зміну, видається листок непрацездатності з часу звернення у здоров'я пункт до закінчення робочої зміни.

2.8. Тимчасово непрацездатним особам, направленим на консультацію, обстеження, лікування в лікувально-профілактичні заклади за межі адміністративного району, листок непрацездатності видається за рішенням ЛКК на необхідну кількість днів з урахуванням проїзду.

2.9. У разі лікування в стаціонарі листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення за весь період стаціонарного лікування. У разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах листок непрацездатності може бути продовжено на термін до 3 календарних днів з обов'язковим обґрунтуванням у медичній карті стаціонарного хворого та витягу з неї.

2.10. У разі тимчасової непрацездатності, зумовленої захворюванням або травмою, внаслідок алкогольного, токсичного сп'яніння чи дії наркотиків, що визначається ЛКК у порядку, встановленому спільним наказом МВС України, МОЗ України та Міністерства юстиції України від 24.02.95 N 114/38/15-36-18 "Про затвердження Інструкції про порядок направлення громадян для огляду на стан сп'яніння в заклади охорони здоров'я та проведення огляду з використанням технічних засобів", зареєстрованим Міністерством юстиції України 07.03.95 за N 55/591, видається листок непрацездатності з обов'язковою позначкою про це в ньому та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

2.11. На період проведення інвазивних методів обстеження та лікування (ендоскопія з біопсією, хіміотерапія за інтермітуючим методом, гемодіаліз тощо) в амбулаторних умовах листок непрацездатності видається лікуючим лікарем – згідно з рішенням ЛКК.

2.12. У разі протезування у стаціонарах протезно-ортопедичних підприємств системи Міністерства праці та соціальної політики України листок непрацездатності видається на час протезування і проїзду до стаціонару і назад.

2.13. ЛКК, а в разі її відсутності – лікуючий лікар з дозволу головного лікаря, може призначити непрацездатному внаслідок професійного захворювання згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 N 1662 "Про затвердження переліку професійних захворювань" або захворювання на туберкульоз тимчасове переведення на іншу роботу з видачею листка непрацездатності терміном до 2 місяців, з дотриманням термінів продовження відповідно до п. 2.2 цієї Інструкції.

Переведення рекомендується, якщо хворий непрацездатний за своїм основним місцем роботи та може повноцінно виконувати іншу роботу без порушення процесу лікування. У разі потреби переведення на легшу роботу у зв'язку з іншими захворюваннями видається висновок ЛКК. Листок непрацездатності в цьому разі не видається.

2.14. При направленні хворих на доліковування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів безпо-

середньо зі стаціонарів, згідно з висновком ЛКК, листок непрацездатності продовжується лікуючим лікарем санаторно-курортного закладу на весь термін, потрібний для закінчення призначеного лікування та реабілітації з урахуванням проїзду, але не більше терміну, передбаченого п. 4.1 цієї Інструкції.

2.15. Хворим на туберкульоз, психічні і венеричні захворювання листок непрацездатності видається лікарем відповідної спеціальності. Хворим на туберкульоз, направленим на лікування до туберкульозного санаторно-курортного закладу, листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу на кількість днів, потрібних для проїзду в санаторно-курортний заклад, і продовжується лікуючим лікарем санаторно-курортного закладу.

2.16. Захворювання студентів вищих навчальних закладів I – IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів засвідчується довідкою форми N 095/о "Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, професійно-технічного училища, про хворобу, карантин та інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад", затвердженою наказом МОЗ України від 29.12.2000 N 369.

(пункт 2.16 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

2.17. Довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря і печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається особам, які проходять обстеження:

- з приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України;
- за направленням слідчих органів, прокуратури і суду.

2.18. Довідка довільної форми, засвідчена підписом завідувача відділення та печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається:

- у разі тимчасової непрацездатності громадян, які шукають роботу, і безробітних, враховуючи період їх професійної підготовки та перепідготовки;

- особам, які проходять обстеження в лікувально-профілактичних закладах за направленням військових комісаріатів.
- особам, які проходять додаткове наркологічне обстеження в умовах стаціонару відповідно до пункту 11 Інструкції про профілактичний наркологічний огляд та його обов'язкові обсяги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.11.97 N 339, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 11.12.97 за N 586/2390;

(пункт 2.18 доповнено абзацом четвертим згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

- особам, які проходять діагностичне обстеження в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, за відсутності ознак тимчасової непрацездатності.

(пункт 2.18 доповнено абзацом п'ятим згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

2.19. Особам, які самостійно звернулись по консультативну допомогу, видається довідка довільної форми за підписом лікуючого лікаря, засвідченим печаткою лікувально-профілактичного закладу, з обов'язковим зазначенням часу проведеної консультації.

2.20. Особам, які перебувають під арештом та проходять судово-медичну експертизу, листок непрацездатності не видається.

2.21. Працюючим особам, які віднесені до I категорії осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, листок непрацездатності видається на весь період лікування в санаторно-курортних закладах та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах з урахуванням часу проїзду в обох напрямках, але не більше строку, передбаченого пунктом 4.1 розділу 4 цієї Інструкції.

(розділ 2 доповнено пунктом 2.21 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

2.22. Тимчасова непрацездатність осіб рядового і начальницького складу засвідчується довідкою органу, у сфері управління якого перебувають заклади охорони здоров'я.

У разі вибору особою рядового і начальницького складу лікуючого лікаря і лікувально-профілактичного закладу не за місцем проживання чи роботи довідка видається відповідно до пункту 1.9 розділу 1 цієї Інструкції.

Порядок видачі довідки у разі захворювання та травми; у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною; при карантині; у зв'язку з вагітністю і пологами; на період санаторно-курортного лікування має відповідати вимогам цієї Інструкції.

Особам рядового і начальницького складу, які перебувають на лікуванні у зв'язку із захворюванням, пораненням, контузією чи каліцтвом, отриманими під час виконання службових обов'язків, довідка видається до дня закінчення лікування (при сприятливому закінченні лікування) або до дня звільнення з органу управління (підрозділу) за станом здоров'я (при несприятливому перебігу лікування) за висновками військово-лікарської експертизи.

(розділ 2 доповнено пунктом 2.22 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

3. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною

(назва розділу 3 зі змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

3.1. Для догляду за хворим членом сім'ї листок непрацездатності видається лікуючим лікарем одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, що фактично здійснює догляд.

3.2. Для догляду за дорослим членом сім'ї та хворою дитиною, старшою 14 років, при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах листок непрацездатності видається на

термін до 3 днів. Як виняток, залежно від важкості перебігу захворювання та побутових умов, цей термін може бути продовжений за рішенням ЛКК, а в разі її відсутності – головного лікаря, але не більше 7 календарних днів.

3.3. Для догляду за хворою дитиною віком до 14 років листок непрацездатності видається на період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше 14 календарних днів, а для догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС, на весь період її хвороби, включаючи санаторно-курортне лікування.

3.4. Якщо дитина продовжує хворіти, то особі, яка здійснює догляд за хворою дитиною, після закінчення максимального терміну листка непрацездатності, передбаченого законодавством України, видається довідка за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 138/0).

Довідка про догляд за хворою дитиною видається до одужання дитини від гострого захворювання або досягнення ремісії у разі загострення хронічного захворювання, з продовженням у порядку, передбаченому п. 2.2 цієї Інструкції.

3.5. Якщо в сім'ї хворіють двоє або більше дітей одночасно, то для догляду за ними видається один листок непрацездатності. У разі виникнення захворювання у дітей в різний час листок непрацездатності та довідка про догляд за хворою дитиною видається в кожному конкретному випадку окремо.

3.6. Якщо в період звільнення від роботи згідно з довідкою про догляд за хворою дитиною захворіла друга дитина або виникло нове (не пов'язане з попереднім) захворювання у першої дитини, то довідка закривається і видається новий листок непрацездатності.

3.7. Якщо після виписки в дитячий дошкільний заклад або школу в дитини виникає ускладнення захворювання, за яким видавався листок непрацездатності та довідка і ЛКК визначає його як продовження першого захворювання, то про догляд за дитиною видається довідка.

3.8. Після виписки дитини із стаціонару в гострому періоді захворювання листок непрацездатності видається або продовжується до одужання дитини, але в межах установленого

терміну з урахуванням днів листка непрацездатності, що був виданий для догляду за дитиною до стаціонарного лікування.

3.9. У разі стаціонарного лікування дітей віком до 6 років одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, видається листок непрацездатності на весь період перебування в стаціонарі разом з дитиною.

У разі стаціонарного лікування важкохворих дітей старшого віку (6 – 14 років) листок непрацездатності видається одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, на період, коли, за висновком ЛКК, дитина потребує індивідуального догляду.

3.10. У разі стаціонарного лікування дітей віком до 14 років, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (СНІД) або хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання та постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, листок непрацездатності видається на весь період перебування дитини в стаціонарі одному з працюючих батьків або особі, що його заміняє і здійснює догляд за дитиною.

(пункт 3.10 зі змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

3.11. Якщо мати або інша працююча особа, яка доглядає за хворою дитиною, перебуває у цей час у щорічній (основній чи додатковій) відпустці у зв'язку з навчанням або творчій відпустці, у відпустці для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, відпустці без збереження заробітної плати, то листок непрацездатності видається з дня, коли мати або інша працююча особа, яка здійснює догляд за хворою дитиною, повинна стати до роботи.

3.12. Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-інваліда до 18 років, лікуючим лікарем до від'їзду в санаторно-курортний заклад на весь термін лікування дитини в санаторно-курортному закладі з урахуванням часу на проїзд в обох напрямках за наявності висновку ЛКК про необхідність стороннього догляду під час лікування у санаторно-курортному закладі.

Листок непрацездатності видається одному із працюючих батьків (опікуну або піклувальнику), який виховує дитину-

інваліда до 18 років, лікуючим лікарем до початку лікування у медичних центрах реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи (далі – Центр) на весь термін лікування дитини в Центрі з урахуванням часу на проїзд в обох напрямках на підставі довідки-виклику з Центру та за наявності висновку ЛКК про необхідність стороннього догляду під час лікування у Центрі.

Закриття листка непрацездатності проводиться лікуючим лікарем на підставі медичного висновку Центру або санаторно-курортного закладу про проведений курс лікування дитини-інваліда з урахуванням терміну фактичного перебування в Центрі.

У разі порушення режиму особою, що здійснює догляд за дитиною-інвалідом до 18 років, лікуючий лікар Центру або санаторно-курортного закладу робить відповідний запис у листку непрацездатності, який засвідчується підписом головного лікаря та круглою печаткою Центру або санаторно-курортного закладу.

(пункт 3.12 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

3.13. Листок непрацездатності видається працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною віком до 3 років, дитиною-інвалідом віком до 18 років, у випадку пологів або хвороби матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці для догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 18 років) на період, коли вона за медичними висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною, а також у випадку необхідності догляду за другою хворою дитиною.

У цьому випадку листок непрацездатності видається на підставі довідки з поліклініки чи стаціонару, що засвідчує пологи або захворювання матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці по догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 18 років).

(пункт 3.13 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

3.14. У разі захворювання дитини за межами постійного місця проживання листок непрацездатності та довідка по

догляду за нею видаються за місцем тимчасового перебування дитини територіальним лікувально-профілактичним закладом з дозволу головного лікаря, і мають бути засвідчені його підписом та печаткою цього лікувально-профілактичного закладу.

3.15. Листок непрацездатності не видається по догляду:

- а) за хронічним хворим у період ремісії;
- б) хворою дитиною в період щорічної (основної та додаткової) відпусток, відпустки без збереження заробітної плати, частково оплачуваної відпустки для догляду за дитиною до 3 років;
- в) за здоровою дитиною на період карантину;
- г) за хворим, старше 14 років, при стаціонарному лікуванні.

3.16. Для догляду за хворим старше 14 років, який знаходиться на стаціонарному лікуванні, згідно з висновком ЛКК про необхідність індивідуального догляду, видається довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу.

4. Порядок направлення на медико-соціальну експертну комісію

4.1. Направлення хворого для огляду до МСЕК здійснюють ЛКК лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання або лікування при наявності стійкого чи необоротного характеру захворювання, а також у тому разі, коли хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців безперервно з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом п'яти місяців у зв'язку з одним і тим самим захворюванням або його ускладненнями за останні дванадцять місяців, а при захворюванні на туберкульоз – протягом десяти місяців із дня настання непрацездатності.

(пункт 4.1 зі змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

4.2. На МСЕК направляються інваліди для переогляду в зв'язку із змінами в стані здоров'я, працюючі інваліди – для зміни трудової рекомендації чи внесення доповнень до індивідуальної програми реабілітації інваліда тощо.

4.3. У разі визнання хворого інвалідом листок непрацездатності закривається днем надходження документів хворого на МСЕК, дата встановлення інвалідності обов'язково вказується у листку непрацездатності.

4.4. Особам, не визнаним інвалідами:

- у разі визнання їх працездатними термін тимчасової непрацездатності закінчується датою огляду в МСЕК;
- у разі визнання їх непрацездатними листок непрацездатності продовжується ЛКК лікувально-профілактичного закладу до відновлення працездатності або повторного направлення до МСЕК.

(абзац третій пункту 4.4 зі змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

4.5. При відмові хворого від направлення до МСЕК або несвоєчасному прибутті його на експертизу без поважної причини, факт відмови або нез'явлення засвідчується відповідною позначкою про це в листку непрацездатності та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого. Відмова від направлення до МСЕК і неприбуття без поважної причини на огляд МСЕК не є підставою для виписки хворого на роботу.

5. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність при карантині

На період тимчасового відсторонення від роботи осіб, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення, які були в контакті з інфекційними хворими або є бактеріоносіями, у разі неможливості здійснення тимчасового переведення за їх згодою на іншу роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб, листок непрацездатності видається інфекціоністом або лікуючим лікарем згідно з висновком лікаря-епідеміолога територіальної СЕС.

6. Порядок видачі листка непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами

6.1. Листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається за місцем спостереження за вагітною з 30 тижнів вагітності одноразово на 126 календарних днів (70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 – після).

6.2. У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, на підставі запису в історії пологів та обмінній карті вагітної, засвідченого підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу, де відбувались пологи, за місцем спостереження за вагітною додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів, крім жінок, яких віднесено до I – IV категорій постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС.

6.3. Жінкам, які належать до I – IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, видається листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової відпустки і 90 – на період післяпологової відпустки).

6.4. Якщо вагітна не спостерігалась з приводу вагітності до дня пологів, листок непрацездатності видається з дня пологів на період тривалості післяпологової відпустки у порядку, передбаченому п. 6.1, 6.2, 6.3 цієї Інструкції, лікувально-профілактичним закладом, у якому відбулися пологи.

6.5. При передчасних пологах до 30 тижнів вагітності листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається лікувально-профілактичним закладом, де відбулись пологи, на 140 календарних днів у разі народження живої дитини, а у випадку мертвонародження при таких пологах – на 70 календарних днів.

(пункт 6.5 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

6.6. Жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, видається довідка форми N 147/о "Довідка для призначення і виплати державної до-

помоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування", затвердженої наказом МОЗ України від 18.03.2002 N 93, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 09.04.2002 за N 346/6634.

(пункт 6.6 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

6.7. У зв'язку з операцією штучного переривання вагітності за бажанням жінки (в тому числі міні-аборти) листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень під час операції чи в післяабортному періоді листок непрацездатності видається на весь період тимчасової непрацездатності.

6.8. У випадках переривання вагітності з інших причин, у тому числі за медичними або соціальними показаннями, листок непрацездатності видається з дня госпіталізації жінки на весь період непрацездатності.

6.9. Жінкам, яким проводиться терапія безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, листок непрацездатності видається лікувально-профілактичним закладом, в якому проводилась така терапія, від дня початку ультразвукового та гормонального контролю медикаментозної стимуляції овуляції до моменту підтвердження наявності вагітності ультразвуковим методом.

Питання про подальшу непрацездатність жінки вирішується за місцем спостереження за вагітною індивідуально залежно від перебігу вагітності.

6.10. У разі тривалого лікування з приводу патологічного перебігу вагітності продовження листка непрацездатності здійснюється у порядку, передбаченому п. 4.1 цієї Інструкції.

6.11. Особам, які усиновили дитину або взяли дитину під опіку, лікарем жіночої консультації на підставі свідоцтва про народження дитини та рішення суду про її усиновлення або встановлення опіки видається листок непрацездатності на період з дня усиновлення або встановлення опіки до дня закінчення післяпологової відпустки тривалістю 56 календарних днів (70 календарних днів у разі одночасного усиновлення

двох і більше дітей, 90 календарних днів – для жінок, віднесених до I – IV категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи), що відраховуються з дня народження дитини, зазначеного у свідоцтві про народження та рішенні суду про її усиновлення.

(пункт 6.11 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. N 882)

6.12. Під час перебування жінки у відпустці для догляду за дитиною листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається на загальних підставах.

7. Порядок видачі листка непрацездатності на період санаторно-курортного лікування

7.1. Листок непрацездатності на період санаторно-курортного лікування, необхідність якого встановлена ЛКК лікувально-профілактичного закладу за місцем спостереження, видається на термін лікування та проїзду до санаторно-курортного закладу і назад, але з урахуванням тривалості щорічної (основної та додаткової) відпустки.

7.2. Листок непрацездатності видається до від'їзду в санаторно-курортний заклад при наявності:

- а) путівки;
- б) довідки з місця роботи про тривалість щорічної (основної та додаткової) відпустки;
- в) картки санаторно-курортного відбору.

8. Контроль та відповідальність за порушення Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян

8.1. Контроль за виконанням цієї Інструкції закладами охорони здоров'я усіх відомств здійснюють у межах своєї компетенції Міністерство охорони здоров'я України, Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, профспілки та їх об'єднання.

8.2. Відповідальність за стан організації та якості експертизи тимчасової непрацездатності, зберігання та облік документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, несе керівник закладу охорони здоров'я.

8.3. За порушення порядку видачі та заповнення документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, лікарі несуть відповідальність згідно з законодавством України.

8.4. Облік бланків листків непрацездатності ведеться за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 036/о).

8.5. У разі виявлення порушень правил видачі, зберігання, обліку документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, незадовільного стану експертизи тимчасової непрацездатності лікувально-профілактичний заклад може бути позбавлений права видавати документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність, у встановленому порядку.

Медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о)

“Медична карта амбулаторного хворого” (форма № 025/о) являється основним первинним медичним документом хворого, який лікується амбулаторно або вдома, і заповнюється на всіх хворих при першому зверненні за медичною допомогою в даний лікувальний заклад.

На кожного хворого в поліклініці ведеться одна медична карта незалежно від того, лікується він у одного чи декількох лікарів.

Карта заповнюється в усіх лікарських закладах, міських і сільських, включаючи лікарські здоровпункти, які ведуть амбулаторний прийом загальний і спеціалізований.

Примітка: 1. Медична карта амбулаторного хворого заповнюється:

- в протитуберкульозних закладах – на хворих, які вперше звернулися за медичною допомогою, і консультативних хворих; на контингент хворих, які взяті під нагляд протитуберкульозним закладом заповнюється “Медична карта хворого на туберкульоз” (форма № 081/о);
- в шкірно-венерологічних закладах – на хворих шкірними хворобами і хворих, які направлені на консультацію; на хворих венеричними хворобами заповнюється “Медична карта хворого венеричним захворюванням” (форма № 065/о), на хворих шкірними грибковими захворюваннями заповнюється “Медична карта хворого грибковим захворюванням” (форма № 065-1/о);
- в жіночих консультаціях – на гінекологічних хворих і жінок, які звернулися з приводу переривання вагітності; на вагітних і породіль заповнюється “Індивідуальна карта вагітної та породіллі” (форма № 111/о).

2. На фельдшерсько-акушерських пунктах і фельдшерських здоровпунктах замість медичної карти амбулаторного хворого ведеться “Журнал реєстрації амбулаторних хворих” (форма № 074/о).

На титульному листку медичної карти амбулаторного хворого передбачено місце для запису захворювань, з приводу яких хворий був взятий на диспансерний нагляд з вказівкою дати, коли хворий був взятий або знятий з диспансерного обліку і причини зняття.

Хворий може перебувати під диспансерним наглядом з приводу одного і того ж захворювання у декількох спеціалістів (наприклад, з приводу виразкової хвороби шлунка, хронічного холециститу у терапевта і хірурга). На титульному листку він записується один раз спеціалістом, який перший взяв хворого на диспансерний нагляд.

Якщо хворий спостерігається з приводу декількох етіологічно не пов'язаних між собою захворювань у одного або декількох спеціалістів, то кожне з них виноситься на титульний листок.

Якщо у хворого змінюється характер захворювання (наприклад, до гіпертонічної хвороби приєднується ішемічна хвороба серця), то на титульний листок форми виноситься новий діагноз без дати взяття на облік, а старий запис закреслюється.

Листок “Сигнальні позначки” заповнюється лікарем будь-якої спеціальності при наявності або виявленні ознак, які перелічені в даному листку. Внесені дані підтверджуються підписом лікаря і печаткою. В рядку “Непереносимість до лікарських препаратів” необхідно вписувати також захворювання та стани, обумовлені побічною реакцією (дією) лікарського препарату, з зазначенням назви препарату та дати його призначення.

Зазначені негативні реакції на лікарські засоби необхідно вписувати як основні, супутні або ускладнення основного захворювання в формі № 025-2/о “Статистичний талон заключних (уточнених) діагнозів”, “Талон амбулаторного пацієнта” (форма № 025-6/о) з маркуванням статистичних талонів і подальшим подвійним кодуванням останніх. Негативні (побічні дії) деяких лікарських засобів передбачені в окремих класах хвороб (рубрики: А00-Р95, Т80.5, 6, Т88.2, Т88.6 та інші).

Крім того, побічна дія лікарських засобів, медикаментів при їх терапевтичному застосуванні кодується додатковими рубриками Y40-Y59.

“Листок запису заключних (уточнених) діагнозів” заповнюється лікарями всіх спеціальностей на кожне захворювання, з приводу якого хворий звернувся в даний заклад в звітному році. Захворювання, яке виявлено у хворого вперше в житті, рахується вперше виявленим і відмічається в графі 3 знаком “+” (плюс). При цьому, якщо захворювання встановлено при звертанні з приводу захворювання, то знак “+” виставляється в графу 3; якщо виявлено при профілактичному огляді, то знак “+” проставляється в графу 4. Слід звернути увагу, що всі гострі захворювання: (грип, ГРВІ, ангіна, пневмонії, травми тощо), кожний раз реєструються із знаком “+” (плюс), тобто враховуються як вперше виявлені. Хронічні захворювання, з якими хворий звертався в попередні роки в випадку звернення з ними в звітному році реєструється на “Листку заключних (уточнених) діагнозів” один раз протягом року при першому звертанні, але із знаком “-” (мінус).

У випадку, коли лікар не може встановити основний діагноз при першому зверненні хворого, то на сторінках “Щоденника” вписується попередній діагноз, а в “Листок заключних (уточнених) діагнозів” вноситься діагноз після його уточнення з датою першого звертання з приводу даного захворювання.

Коли встановлений і записаний на “Листок” діагноз замінюється на інший, тоді неправильний діагноз закреслюється і вноситься новий діагноз без зміни дати першого звернення.

Якщо у хворого одночасно або послідовно виявлено декілька захворювань, які етіологічно не пов’язані між собою, то всі захворювання виносяться на “Листок заключних (уточнених) діагнозів”.

У випадку проведення хворому профілактичних щеплень – дані вносяться в листок “Відомості про щеплення”, де необхідно заповнювати всі необхідні графи з зазначенням реакцій на щеплення.

“Листок профілактичного огляду” розрахований на 5 років і призначений для реєстрації даних щодо цільових оглядів населення. Заповнюється відповідними спеціалістами після проходження хворим (пацієнтом) всіх необхідних обстежень: флюорографія, цитологічне дослідження), огляд гінеколога, хірурга (уролога) з метою виявлення хворих на туберкульоз, онкопатологію. Кожний випадок тимчасової непрацездатності у хворого вписується в окремий листок “Строки тимчасової непрацездатності”, де вказується номер листка непрацездатності, дата видачі листка непрацездатності, заключний (уточнений) діагноз і підпис лікаря.

Дані про госпіталізацію хворого протягом року вносяться в листок “Інформація про госпіталізацію”.

Вкладний листок № 1 до форми № 025/о “**Дані профілактичного огляду пацієнта**” розрахований на 1 рік і заповнюється при проведенні щорічних профілактичних оглядів та перед працевлаштуванням і вклеюється в форму № 025/о перед розділом “Щоденник”. В розділі “Обстеження інших спеціалістів” після проходження профілактичного огляду, якщо у пацієнта не виявлено патології або перебіг хвороби має стійку ремісію робиться запис: визнаний здоровим або практично здоровим”.

У цьому розділі, виходячи з валеологічного анамнезу пацієнта, робиться примітка “Віднесений до групи ризику в зв’язку з...”.

Вкладний листок № 2 “Щорічний епікриз на диспансерного хворого” використовується для диспансерної групи хворих. В ньому коротко вписуються дані про стан здоров’я диспансерного хворого протягом звітного року; вписується основний і супутні діагнози, кількість загострень з приводу основного захворювання протягом року; проведений курс лікування, включаючи санаторно-курортне, та їх ефективність.

У випадку переведення хворого на групу інвалідності – зазначається рік, дата встановлення та група інвалідності. Крім того, в “Щорічному епікризі” вписується план спостереження

за хворим на наступний рік: огляд необхідними спеціалістами; лабораторні, функціональні та інші дослідження; медикаментозне лікування; реабілітація тощо.

Щорічний епікриз підписує лікар, в якого хворий перебуває під диспансерним наглядом, і зберігається разом з формою № 030/о в кабінеті лікаря протягом 2-х років.

У випадку госпіталізації хворого в стаціонар, що об'єднаний з поліклінікою, медична карта амбулаторного хворого передається в стаціонар і зберігається в медичній карті стаціонарного хворого. Після виписки хворого зі стаціонару або його смерті медична карта амбулаторного хворого з епікризом лікуючого лікаря стаціонару повертається в поліклініку.

У випадку смерті хворого, одночасно з видачею лікарського свідоцтва про смерть в карті проводиться запис про дату і причину смерті.

Медичні карти на померлих виймаються із картотеки і передаються в архів лікувального закладу.

Медична карта амбулаторного хворого повинна обов'язково зберігатися в реєстратурі амбулаторно-поліклінічного закладу.

Якщо медична карта амбулаторного хворого стає об'ємною, не дотримується хронологія записів, необхідно завести нову форму № 025/о, в якій на листок заключних (уточнених) діагнозів внести всі діагнози хворого з (+) плюсом та (-) мінусом, а використану амбулаторну карту слід здати в архів.

Особливості заповнення облікової медичної документації в закладі загальної практики / сімейної медицини

Медична карта амбулаторного хворого (ф.025/о) – заповнюється на кожного члена сім'ї незалежно від того, хворий він чи здоровий.

* В рядку "Код хворого" виставляється код сім'ї та члена сім'ї.

- Розділ "Сигнальні позначки" доповнюється:
- Шкідливі чинники довкілля чи за умовами праці
- Вживання алкоголю та його характер
- Тютюнопаління, кількість, скільки років

- Хвороби прямих предків:
 - онкологічні
 - хвороби крові
 - психічні
 - цукровий діабет
 - серцево-судинні
 - вроджені вади та спадкові хвороби
 - Дефекти раціону харчування
 - Психологічний клімат в сім'ї
 - Відношення до здоров'я
 - Спосіб життя
 - Незадовільні житлово-побутові умови
 - Чи віднесений до групи ризику і якої
- * В розділі "Щорічний епікриз":
- Рядок "Кількість загострень протягом року" зазначити, скільки років з моменту диспансеризації в перебігу хвороби не було ускладнень, зазначається група здоров'я
 - Рядок "Реабілітація" зазначити інші види реабілітації – соціальна, побутова, психологічна
- Термін зберігання – 5 років.

ДОДАТКИ

<p>Код форми за ЗКУД Код закладу за ЗСПО</p>	<p>Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу</p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 025/0 Затверджено наказом МОЗ України 27.12.99 р. № 302</p>
<p>1. Код хворого _____</p>		<p>Дата заповнення карти _____ (число, місяць, рік)</p>
<p>2. Прізвище, ім'я, по батькові _____</p>		<p>3. Дата народження _____ (число, місяць, рік)</p>
<p>4. Стать: чол. – 1, жін. – 2 <input type="checkbox"/> 3. Дата народження _____ (число, місяць, рік)</p>		<p>4. Телефон дом. _____ служб. _____</p>
<p>5. Адреса _____</p>		<p>6. Місце роботи, посада _____</p>
<p>Для друкарні ! При виготовленні документа використати формат А5</p>		
<p>7. Диспансерна група (так – 1, ні – 2) <input type="checkbox"/></p>		
<p>8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники бойових дій – 3; інші інваліди – 4; ліквідатори аварії на ЧАЕС – 5; евакуйовані – 6; жителя, які проживають на території радіоекологічного контролю – 7; діти, які народилися від батьків 1-3 груп, постраждалих від аварії на ЧАЕС – 8; інші пільгові категорії – 9 (вписати) <input type="checkbox"/></p>		
<p>9. Номер пільгового посвідчення _____</p>		
<p>10. Взятий(а) на облік _____ з приводу _____ (число, місяць, рік)</p>		<p>11. Знятий(а) з обліку _____ (число, місяць, рік)</p>
<p>(причина) _____ з приводу _____ (число, місяць, рік)</p>		<p>(число, місяць, рік)</p>

Література

1. Сімейна медицина: Підручник: у 3-х т. Т.1 (Загальні питання сімейної медицини) / О.М. Гиріна, Л.М. Пасієшвілі, Г.С. Попік, А.С. Свінцицький та ін.; за ред. О.М. Гиріної, Л.М. Пасієшвілі, Г.С. Попік. – К.: Медицина, 2013. – 672 с.
2. Чернобровий В.М., Мелашенко С.Г., Ткачук Т.М. Здоров'я, перед хвороба, хвороба: медико-соціальні аспекти та оцінка. Фактори ризику. Превентивна медицина. Вінниця: ТОВ «Фірма «Планер», 2013. – 80с.
3. Палій І.Г. Сімейна та страхова медицина в Україні. Вінниця: ТОВ «Фірма «Планер», 2014. – 52 с.
4. Палій І.Г., Заїка С.В., Мелашенко С.Г., Півторак Н.А., Феджага І.В., Миршук Н.М., Чернова І.В. Надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі в практиці сімейного лікаря. Вінниця: ТОВ «Фірма «Планер», 2013. – 156 с.
5. Еталони практичних навичок для лікарів загальної практики-сімейної медицини (навчально-методичний посібник) / Під ред. члена-кореспондента НАМН України, проф. Вороненка Ю.В., проф. Лисенка Г.І. – К. – 2011. 344., том 1.
6. В.М. Чернобровий Загальна практика-сімейна медицина: основи інформатики, доказова медицина, скринінг-діагностика, диспансеризація, телемедицина (навчально-методичний посібник). – Вінниця. – 2011. – 84 с.
7. Казаков Ю.М., Шуть С.В., Трибрат Т.А., Чекаліна Н.І. Особливості організації амбулаторної терапевтичної допомоги в практиці сімейного лікаря. Полтава, ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2012 . – 245 с.
8. Казаков Ю.М., Бурмак Ю.Г., Петров Є.Є., Чекаліна Н.І. Організаційні основи первинної медико-санітарної допомоги в Україні. Полтава, ТОВ «Фірма «Техсервіс» 2016 р. – 192 с.
9. Доказова медицина та огляди міжнародних консенсусів в лікуванні хвороб органів кровообігу / За ред. В. М. Коваленко. – К., 2003. – 211 с.

10. Скакун М. П. Основи доказової медицини. – Тернополь: Укрмедкнига, 2005. – 244 с.
11. Царенко С. В., Болякина Г. К. Доказательная медицина неотложных состояний. – 2007. – № 1(8). – С. 29-32.
12. Наказ МОЗ України від 13.11.2001 № 455 "Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову неприцездатність громадян", зареєстрований в Мін'юсті 4 грудня 2001 р. за № 1005/6196, зі змінами від 06.12.2011 №882, зареєстрованими в Мін'юсті 2 лютого 2012 р. за №163/20476);
13. Наказ МОЗ України від 28.10.2011 №716 "Про затвердження Положення про Єдиний електронний реєстр листків неприцездатності", зареєстрований в Мін'юсті 23 грудня 2011 року за № 1521/20259
14. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина / Митник З.М., Слабкий Г.О., Кризина Н.П. та ін. За ред. В.М. Князевича. – Київ, 2010. – 402 с.
15. Усенко О. Психіатрія потребує мультидисциплінарного підходу / О. Усенко // Медичний світ. – 2013. – №19. – С. 2
16. Усенко Н. Бегущий по лезвию / Н. Усенко // Участковый врач. – 2014. – №1. – С. 40-43
17. Ходош Е. М. Уроки врачевания / Е. М. Ходош // "Здоров'я України". – 2009. – №22 (27). – С. 68-69

ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ

1. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги: Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 129 [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_reformlaw/
2. Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню: Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 130 [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_reformlaw/
3. Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи: Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 131 [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_reformlaw/
4. Реєстр медико-технологічних документів МОЗ. Шлях доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>
5. Наказ МОЗ України від 23.11.2011 № 816 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини" [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111123_816.html
6. Наказ від 05.05.2003 №191 Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю "загальна практика-сімейна медицина". [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040505_191.html
7. Про порядок відбору та направлення хворих на санаторно-курортне лікування Проект наказу МОЗ від 05.06.2006. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060605_p.html

8. Наказ МОЗ України від 09.04.08р. №189 "Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності": [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080409_189.html
9. Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності Наказ МОЗ України від 05.09.2011 № 561 . [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>
10. Постанова Кабінету Міністрів України № 1317 від 03.13.2009 «Питання медико-соціальної експертизи» [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>
11. Проект наказу МОЗ України "Про затвердження Порядку контролю правильності видачі листків непрацездатності" від 10.05.12 [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120510_ppp.html
12. Наказ МОЗ України від 05.06.2012 № 420 "Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я..." [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120605_420.html
13. Наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положення про його підрозділи»
14. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»
15. Наказ МОЗ України від 04.11.2011 № 132 «Про затвердження порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації»

Навчальне видання

Казаков Юрій Михайлович
Трибрат Тетяна Анатоліївна
Шуть Світлана Володимирівна
Чекаліна Наталія Ігорівна

ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Навчальний посібник

Коректура авторська.
Технічний редактор – Момот О.О.
Комп'ютерне верстання – Пінчук О.Ф.

Підписано до друку 06.12.2018 р.
Папір офсетний. Друк трафаретний.
Ум. друк. арк. 6, 86. Наклад 300 прим. Формат 60×84/16.
Зам. № 855.

Видавець і виготовлювач: ТОВ "Фірма "Техсервіс".
Адреса: 36011, м. Полтава, вул. В. Міщенко, 2.
Тел.: (0532) 56-36-71.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4421 від 16.10.2012 р.