

Міністерство охорони здоров'я України

"УЗГОДЖЕНО"
Заступник Міністра охорони здоров'я
_____ **О.К. Толстанов**
23 лютого 2012 р.

**МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ
(методичні рекомендації)**

Київ - 2012

Установи-розробники:

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
ДЗ "Дніпропетровська медична академія "

Укладачі:

д.м.н., професор
д.м.н., професор
д.м.н. професор
к.м.н., доцент
к.м.н., с.н.с.
к.м.н., с.н.с.

Лехан В.М.
Ященко Ю.Б.
Гойда Н.Г.
Матюха Л.Ф.
Дудіна О.О.
Шевченко М.В.
Надутий К.О.
Кондратюк Н.Ю.
Слабкий В.Г.
Надута-Скринник О.К.

Рецензенти:

- 1. Кризина Н.П.** – заступник з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України.д.н. держ.упр.
- 2. Децик О.З.** – завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Івано-Франківського Національного медичного університету, д.мед.н., проф

Рекомендовано Вченою радою ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України" (протокол від 17 лютого 2012 № 2)

ЗМІСТ

Вступ	4
Наукове обґрунтування моделі надання первинної медичної допомоги міському населенню	6
Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню у процесі її оптимізації	11
Висновки	18

ВСТУП

Програмою економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" передбачено, що для підвищення доступності надання медичної допомоги населенню необхідно провести реформування галузі шляхом:

– чіткого структурного розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги, шляхом що передбачає створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їх ресурсне забезпечення;

– подальшого розвитку інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги.

Сучасною законодавчою базою визначено, що первинна медична допомога – медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (*абзац 2 ст. 33 розділу V Закону України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги"*).

Лікуючим лікарем з надання первинної медичної допомоги пацієнтові є лікар загальної практики - сімейний лікар центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги або лікар загальної практики - сімейний лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа - підприємець та може перебувати у цивільно-правових відносинах із таким центром.

Лікуючий лікар з надання первинної медичної допомоги обирається пацієнтом у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (*ст. 35 Закону України "Про внесення змін до Основ*

законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги").

Прикінцевими положеннями цього закону визначено, що до 31 грудня 2019 року первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики - сімейні лікарі та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом таких лікарів, а також лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних.

Результати початкового етапу реалізації пілотного проекту у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (пілотних областях) на виконання положень Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" засвідчили відсутність ефективної моделі надання первинної медичної допомоги міському населенню, що і обумовило актуальність розробки цих методичних рекомендацій.

Методичні рекомендації розроблено для керівників регіональних органів влади у сфері охорони здоров'я, головних лікарів Центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, лікарів загальної практики-сімейної медицини, лікарів-терапевтів дільничних та лікарів-педіатрів дільничних та лікарів-спеціалістів, які працюють у центрах первинної медичної (медико-санітарної) допомоги.

Методичні рекомендації розроблено вперше.

НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПЕРВИНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

На сьогодні в Україні домінуючою є поліклінічна (традиційна) модель надання первинної медичної допомоги (ПМД), яка недосконала та має такі проблеми:

1. Деперсоніфікація відповідальності за медичне обслуговування та неможливість комплексності надання первинної медичної допомоги людині і сім'ї:

а) фрагментація надання ПМД за віком, статтю, належністю до певних категорій населення (учасники ВВВ, постраждалі від наслідків ЧАЕС);

б) фрагментація функцій (компетенцій) ПМД (денний стаціонар, невідкладна допомога, функціональна діагностика тощо), що породжує проблеми з безперервністю наступністю ПМД на етапах її надання;

в) фрагментація ПМД за спеціалізацією (лікарі-спеціалісти: ЛОР, окуліст, хірург, акушер-гінеколог, психіатр, частково надають медичну допомогу у межах компетенції ПМД).

2. Практична неможливість дотримання права вибору лікаря, що надає ПМД.

3. Некерованість медичного маршруту пацієнта та особливі незручності щодо отримання ПМД для матері з дитиною.

4. Виразна нерівність територіальної доступності для населення місця надання ПМД.

5. Виразна нерівність лікарів ПМД щодо трудових затрат по наданню ПМД, пов'язана з різною відстанню до дільниці.

6. Ускладненість організації невідкладної допомоги лікарем ПМД.

7. Несприйнятливість до імплементації загальної медичної практики у наслідок чого підготовлені лікарі загальної практики-сімейні лікарі фактично виконують функції дільничних терапевтів або педіатрів.

Зазначені проблеми унеможливають в умовах функціонування поліклінічної (традиційної) моделі надання ПМД забезпечення дотримання рекомендацій ВООЗ щодо організації ефективної ПМД (табл. 1, рис. 1).

Таблиця 1 – Порівняння організаційних принципів ПМД в Україні з рекомендованими ВООЗ

ВООЗ	В Україні
Орієнтація на пацієнта	Переважно орієнтація на окремі проблеми зі здоров'ям (переважання роботи за зверненням)
Всебічний характер ПМД	Фрагментація за віком, статтю, належністю до певних категорій населення (ветерани ВВВ, постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС тощо)
Постійна (єдина) точка доступу до ПМД	Множинність точок доступу до ПМД (жіноча консультація, дитяча поліклініка та поліклініка для дорослих. Прямий доступ до лікарів-спеціалістів, які частково надають медичну допомогу у межах компетенції ПМД Надання невідкладної допомоги та лікування за методом денного стаціонару окремими структурами з виділеним штатом)
Безперервність (тривалий контакт) надання ПМД	Фрагментація ПМД за віком пацієнта (дитяча консультація, підлітковий кабінет, доросла поліклініка, кабінет для ветеранів ВВВ тощо)

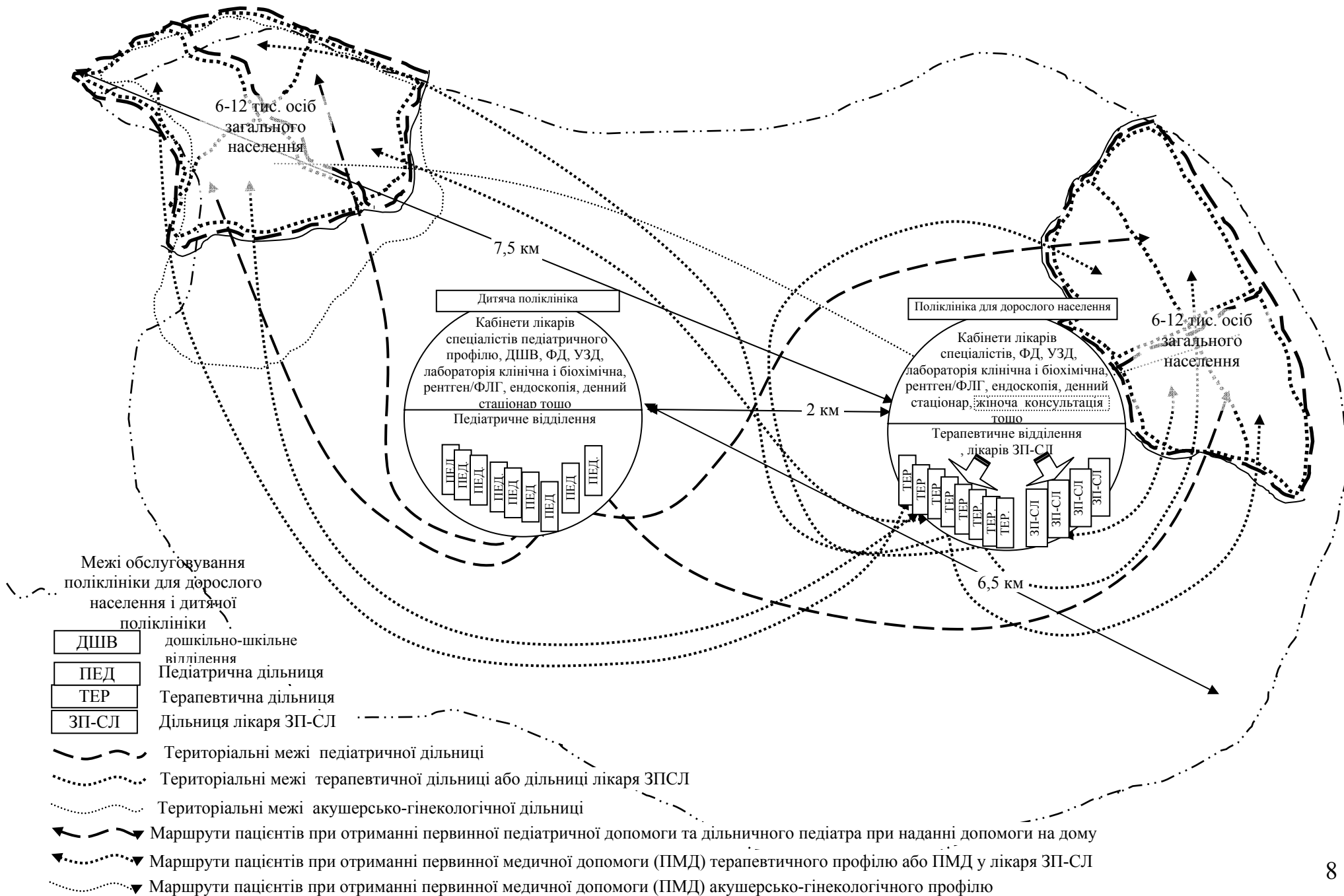
На рис. 1 показані основні структурно-функціональні елементи поліклінічної моделі ПМД у місті (на прикладі мікрорайону з населенням 100–120 тис. жителів).

Для подолання існуючих проблем Законом України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" визначено напрямки реформ у пілотних регіонах, які передбачають:

– створення на базі існуючої в пілотних регіонах мережі закладів охорони здоров'я структурованої за видами медичної допомоги системи медичного обслуговування шляхом відокремлення (або об'єднання) закладів охорони здоров'я, які задовольняють потреби населення у первинній, вторинній, третинній та екстреній медичній допомозі;

– **організацію та забезпечення функціонування у пілотних регіонах центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги для задоволення потреб населення у такій медичній допомозі.**

Рис. 1 – ПОЛІКЛІНІЧНА (ТРАДИЦІЙНА) МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПМД У МІСТІ (на прикладі одного району міста і 2-х комплексів терапевтичних, педіатричних і акушерсько-гінекологічних дільниць, що відрізняються відносною наближеністю до того чи іншого закладу)



Законодавчо визначено, що надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які є закладами охорони здоров'я, а також лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. До складу центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги можуть входити як структурні чи відокремлені підрозділи, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети.

В основу реформ, які апробуються на рівні пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, покладено такі рішення щодо створення більш досконалої, доступної та ефективної системи ПМД в Україні:

- рекомендації ВООЗ, окреслені у *Щорічній доповіді ВООЗ, 2008 р. "Первинна медико-санітарна допомога – актуально як ніколи"*;

- загальні завдання щодо реформування медичного обслуговування, визначені Програмою економічних реформ на 2010– 2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава";

- положення Законів України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги" від 07.07.2011 №3611-VI, "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" від 07.07.2011 №3612-VI;

- результати вітчизняних та зарубіжних досліджень на основі методології доказового менеджменту.

Стратегія перетворень та основні організаційні засади реформування ПМД в Україні включає такі наступний перелік заходів:

- остаточний перехід до надання ПМД на засадах сімейної медицини;

- визначення закладом охорони здоров'я з надання ПМД центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги з мережею структурних або відокремлених підрозділів – амбулаторій;

- визначення в якості головного безпосереднього постачальника ПМД (з 01.01.2020 р.) лікаря загальної практики-сімейного лікаря (до 2020 р. через відсутність достатньої чисельності лікарів загальної практики-сімейної медицини ПМД можуть надавати, крім лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та лікарі

акушери-гінекологи, хірурги, офтальмологи, отоларингологи, невропатологи, психіатри, які надаватимуть первинну медичну допомогу у межах функцій, покладених на ПМД);

– запровадження щорічного вільного вибору лікаря, що надає ПМД, пацієнтом та право його змінювати;

– покращення якості ПМД, належного оснащення закладів ПМД та впровадження економічної мотивації медичних працівників цієї ланки до якісної і ефективної роботи;

– підвищення доступності ПМД та рівності у доступі до ПМД населення незалежно від місця проживання шляхом формування мережі амбулаторій у містах і сільській місцевості та їх кадрового забезпечення.

МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПЕРВИНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ У ПРОЦЕСІ ЇЇ ОПТИМІЗАЦІЇ

При запропонованій моделі надання ПМД міському населенню формування центрів ПМСД передбачає об'єднання частини колективів поліклінік для дорослого і дитячого населення.

Необхідність цього зумовлена тим, що на відміну від сільської місцевості, у містах ПМД дорослому населенню надають переважно лікарі-терапевти дільничні, які обіймають відповідні посади у терапевтичних відділеннях поліклінік. У більшості поліклінік для дорослого населення функціонують відділення сімейної медицини, у яких працюють лікарі ЗП-СЛ.

У педіатричних відділеннях дитячих поліклініках працюють лікарі-педіатри, які обіймають відповідні посади (лікар-педіатр дільничний).

ПМД лікарями-акушер-гінекологами жіночих консультацій проводиться шляхом проведення профілактичних оглядів жінок, нагляду за фізіологічною вагітністю, консультування щодо планування сім'ї тощо.

Значною мірою ПМД надається і лікарями-спеціалістами поліклінік (наприклад, отоларингологом, офтальмологом, хірургом, кардіологом тощо), оскільки пацієнти мають право безпосереднього звернення до них за медичною допомогою. Схематично поліклінічна (традиційна) модель надання ПМД представлена на рис. 2.

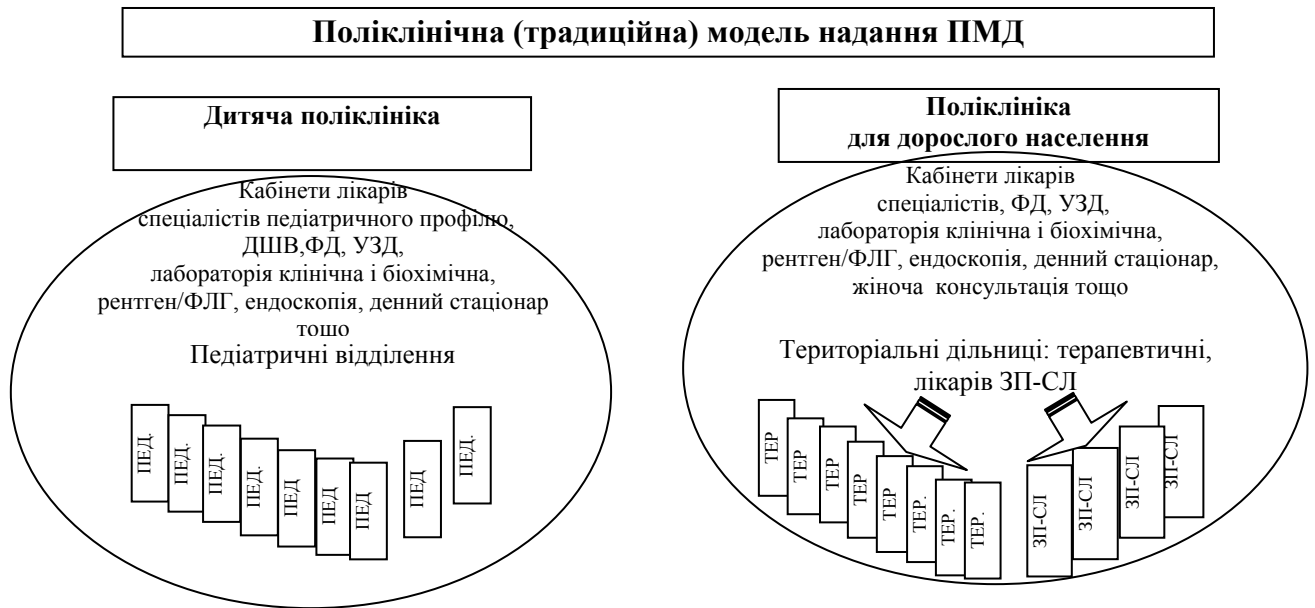


Рис. 2 – Поліклінічна (традиційна) модель надання ПМД

На сьогодні у містах лікарі ЗП-СЛ поліклінік не мають можливостей надавати ПМД у повному обсязі і, тому фактично виконують функції дільничних лікарів, що практично не впливає на раціональне формування потоків пацієнтів на інші рівні надання медичної допомоги.

Апробація початкових етапів реформи в пілотних проектах у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві показала необхідність формування **перехідної моделі ПМД**.

Трансформація існуючої моделі у перехідну складається з трьох кроків:

Крок I – Структурне розмежування ПМД і ВМД – виділення зі складу поліклінік для дорослих, дитячих поліклінік та об'єднаних з амбулаторно-поліклінічною службою лікарень для дітей та дорослих підрозділів, які в існуючій моделі є відповідальними за надання первинної медичної допомоги (дільничних педіатричних та терапевтичних служб) (рис. 3).

Кабінети лікарів спеціалістів педіатричного профілю, ФД, УЗД, лабораторія клінічна і біохімічна, рентген/ФЛГ, ендоскопія, денний стаціонар тощо

Кабінети лікарів спеціалістів, ФД, УЗД, лабораторія клінічна і біохімічна, рентген/ФЛГ, ендоскопія, денний стаціонар, жіноча консультація тощо

СТРУКТУРНЕ РОЗМЕЖУВАННЯ ПМД і ВМД

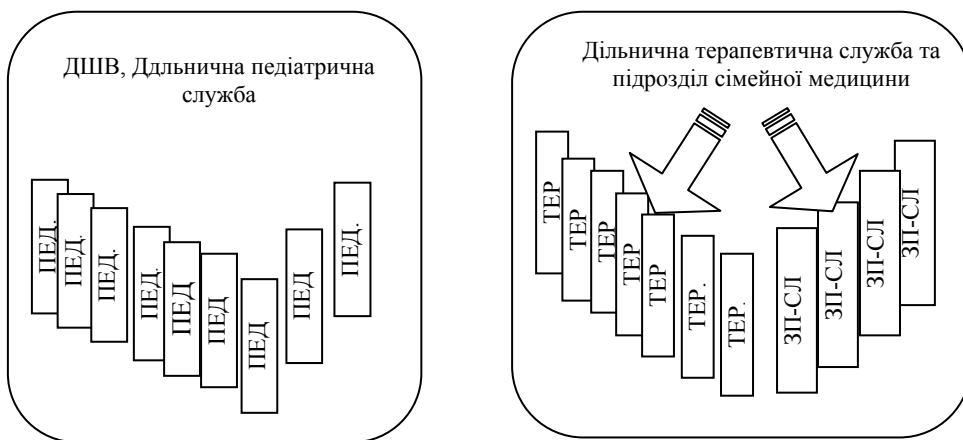


Рис. 3 – Крок I. – Структурне розмежування ПМД і ВМД

Крок II – юридичне розмежування ПМД і ВМД створення на базі виділених підрозділів ПМД – центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – центр ПМСД) з амбулаторіями, а на базі спеціалізованих структур – консультативно-діагностичних центрів (КДЦ) (рис.4)

Крок III – Формування групової сімейної практики – формування мережі амбулаторій, укомплектованих групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини (рис. 5).

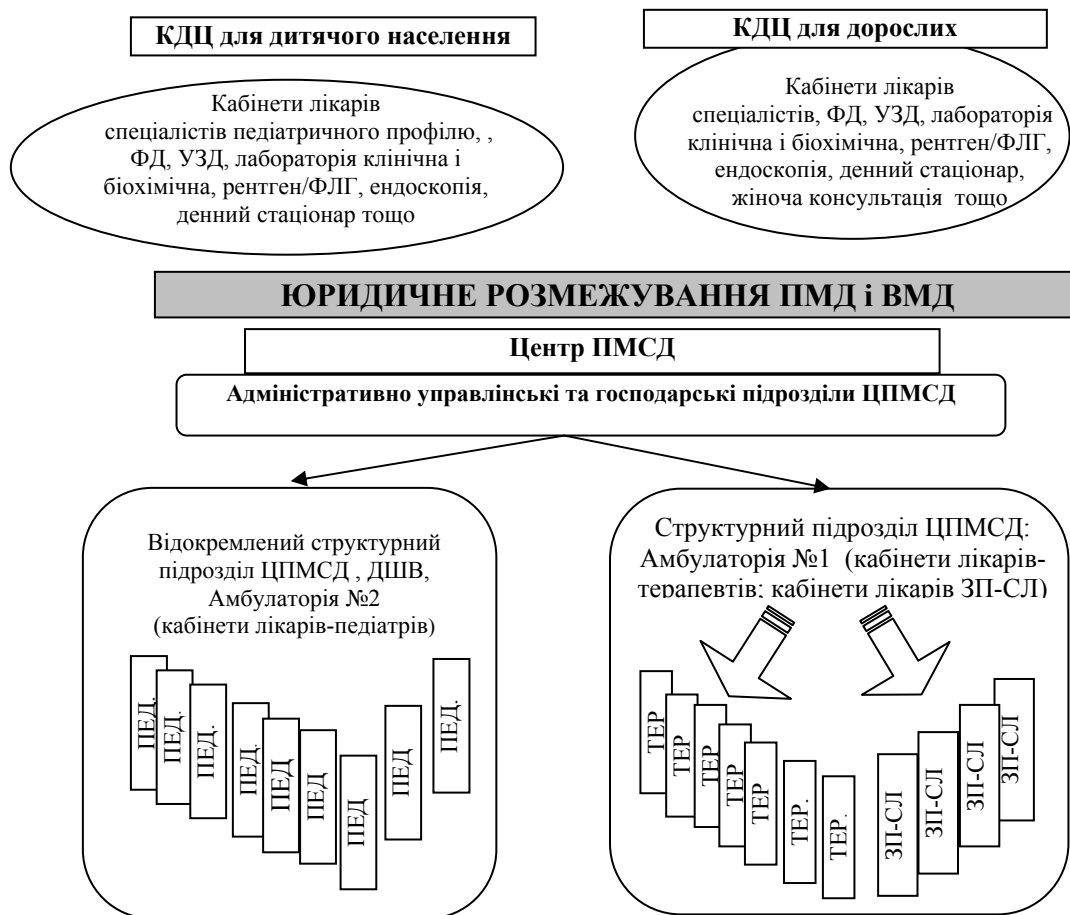


Рис. 4 – Крок II – Юридичне розмежування ПМД і ВМД – формування центрів ПМСД.

Формування амбулаторій, укомплектованих "Групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини" (далі – Група) полягає у створенні лікарських амбулаторій, які обслуговують від 6 до 10-12 тисяч всього населення (дитячого і дорослого).

Їх штатний розпис формується на основі дотримання принципу забезпечення надання ПМД дитячому і дорослому населенню у повному обсязі. Такий підхід передбачає включення до штатного розпису лікарських амбулаторій переліку всіх необхідних лікарів-спеціалістів.

Наприклад, такий колектив може складатися з кількох лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів та лікаря-акушера-гінеколога відповідно до діючих нормативів:

- 1 лікар-терапевт на 2000 дорослого населення;
- 1 лікар-педіатр на 800 дитячого населення;

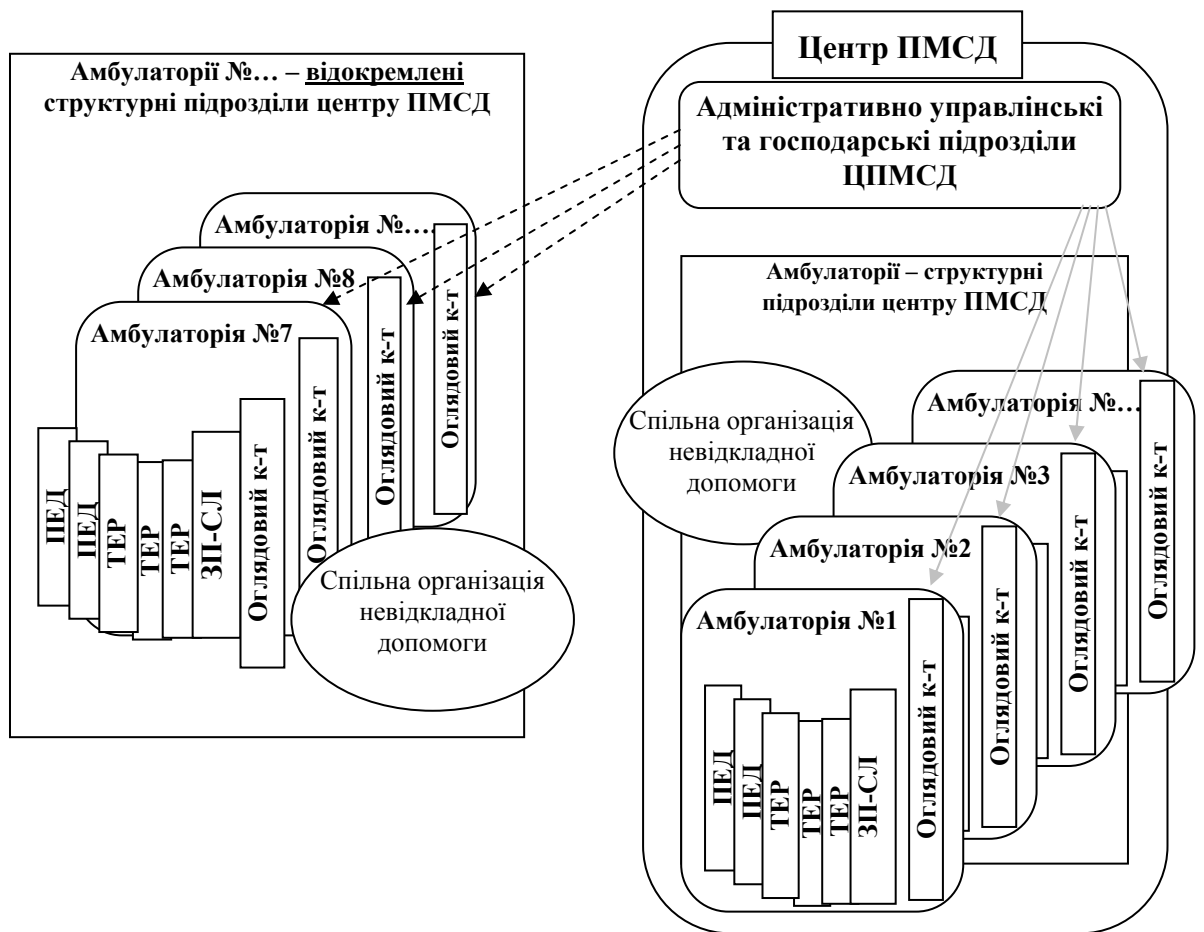


Рис. 5. Крок III – формування групової сімейної практики.

– 1 лікар-акушер-гінеколог – на 8000 всього населення або на 2000 жінок репродуктивного віку.

Також до штатного розпису лікарської амбулаторії можуть бути включені посади інших лікарів-спеціалістів: хірургів, офтальмологів, отоларингологів, невропатологів, психіатрів, які надаватимуть первинну медичну допомогу при певних захворюваннях з урахуванням розмежування функцій між первинною та вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою.

Відповідно до примірних штатних нормативів центрів первинної медико-санітарної допомоги, затверджених наказом МОЗ України від 05.10.2011 №645 "Про внесення змін до наказу МОЗ від 01.09.2011 №556", у разі, якщо розрахункова кількість посад лікарів-спеціалістів окремої лікарської амбулаторії становить менше ніж 0,25 ставки, то відповідна посада лікаря-спеціаліста вводиться у одній з кількох лікарських амбулаторій. У такому випадку сумарна розрахункова необхідність кількості посад лікарів-спеціалістів становить понад 0,25 посади.

У посадовій інструкції лікаря-спеціаліста, який обіймає таку посаду, встановлюється вимога щодо підпорядкування завідувачам усіх лікарських амбулаторій, для яких за потребою введено цю посаду.

Робота такого лікаря-спеціаліста регулюється графіком, який складається завідувачем амбулаторії, до штатного розпису якої введено дану посаду за погодженням із завідувачами інших амбулаторій. Графік затверджується головним лікарем центру ПМСД або іншою уповноваженою особою.

До Групи можуть входити лікарі загальної практики - сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці та перебувають цивільно-правових відносинах з центром ПМСД.

У амбулаторії має бути організовано прикріплення пацієнтів до лікарів, що надають ПМСД відповідно до наказу МОЗ України від 04.11.2011 №756 "Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації".

Направлення пацієнтів для отримання вторинної та третинної медичної допомоги лікарями Групи здійснюється відповідно до Порядку організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу затвердженого наказом МОЗ України від 05.10.2011 №646 "Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві".

Формування мережі амбулаторій у складі ЦПМСД може здійснюватися у трьох варіантах:

1) **централізований** (за умови їх організації на базі однією з поліклінік), коли амбулаторії функціонують як невідокремлені структурні підрозділи центру;

2) **децентралізований**, коли практично всі амбулаторії, окрім однієї, розташованої на території ЦПМСД, функціонують як відокремлені структурні підрозділи центру та мають різні юридичні адреси;

3) **змішаний**, коли частина амбулаторій розташовується на базі центру (колишньої великої поліклініки) з організацією для кожної з них окремого входу для децентралізації розмежування потоків пацієнтів та забезпечення їх

епідеміологічного благополуччя, частина – на базі іншої великої поліклініки (наприклад дитячої) також з організацією для кожної з них окремого входу, частина – на базі колишніх філій поліклінік або спеціально створених амбулаторій.

Найбільш реалістичним варіантом організації ПМД в містах на перехідному етапі є останній – змішаний варіант.

Як централізований, так і децентралізований та змішаний варіанти потребують формування інфраструктури амбулаторій (номенклатура приміщень), передбаченої табелем оснащення, що спрямовано на технологічне забезпечення надання ПМД у повному обсязі та імплементацію загальної практики-сімейної медицини.

Кожен медичний працівник амбулаторії у межах компетенції повинен мати доступ до усіх необхідних технологічних засобів для здійснення функцій ПМД.

Організація роботи Групи має принципово відрізнитися від організації роботи дільничних відділень, а саме:

1. з метою забезпечення безперервності надання ПМД амбулаторією має бути сформована взаємозамінність медичних працівників, що обслуговують кожен свій контингент населення. На початкових етапах це стосується взаємозамінності окремо педіатрів Групи і лікарів ЗП-СЛ, терапевтів і лікарів ЗП-СЛ, та лікарів ЗП-СЛ між собою. Це досягається шляхом визначення стабільних дублерів для кожного члену Групи щодо виконання його функцій;

2. спільним наданням невідкладної допомоги населенню прикріпленому до амбулаторії (лікарів амбулаторії), що дозволяє усім членам Групи ознайомитися з найбільш проблемними випадками (особами) у зазначеному контингенті населення, і, навпаки, населенню познайомитися з усіма членами Групи.;

3. організація роботи лікарів-спеціалістів відповідно до потреби контингенту населення, прикріпленого до амбулаторії, яка визначається членами Групи;

можливість внутрішньої спеціалізації членів Групи та взаємного консультування або виконання інших загальних спеціалізованих функцій (наприклад, "Школа цукрового діабету", "Школа артеріальної гіпертензії"

тощо) на підставі індивідуально набутих на курсах тематичного вдосконалення та тренінгах спеціальних знань та навиків.

Вибір лікаря/групи лікарів здійснюється згідно наказу МОЗ України від 04.11.2011 № 756 "Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації" (zareєстровано Міністерством юстиції за №1477/20215 від 20.12.2011).

ВИСНОВКИ

1. Впровадження основних принципів ефективного реформування і функціонування ПМД, що сформульовані ВООЗ на основі методології доказового менеджменту, врегульовано законодавством та галузевими нормативно-правовими актами.

2. Управлінські рішення щодо впровадження моделі надання ПМД міському населенню мають забезпечувати поступовий перехід до надання ПМД на засадах сімейної медицини; покращення якості ПМД; підвищення її доступності.

3. Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню передбачає обов'язкове юридичне розмежування ПМД і ВМД та формування центрів первинної медичної допомоги з мережею амбулаторій, укомплектованих Групами/командами лікарів, що працюють на принципах сімейної медицини.

4. Формування мережі амбулаторій, які входять до складу Центру ПМД може здійснюватися за одним з трьох варіантів: централізованим, децентралізованим та змішаним. Останній є найбільш прийнятним для першого етапу реформування з поступовим переходом до оптимального децентралізованого.

5. Організація роботи амбулаторій має передбачати взаємозамінність членів Групи, спільне надання невідкладної допомоги прикріпленому населенню, визначення потреби у консультаціях лікарів-спеціалістів та організацію їх роботи відповідно до потреб прикріпленого населення, надання взаємних консультацій або виконання загальних спеціалізованих функцій.