



Запорізький державний медичний університет  
Кафедра загальної практики – сімейної медицини

# Організаційні основи сімейної медицини

- Сімейна медицина у світі продовжує розвиватися.
- Розвиток сімейної медицини у світі досяг значних успіхів, особливо в країнах Європи.
- Перехід системи охорони здоров'я у багатьох європейських країнах на принципи сімейної медицини довів свою ефективність і економічні переваги.
- Активно працюють створені потужні міжнародні асоціації сімейних лікарів **WONCA - всесвітня і регіональні**:
  - Європейська, Азіатська, Південно-американська, Північно-Американська та ін.,які періодично проводять міжнародні конференції і конгреси, де освітлюють нові досягнення і успіхи сімейної медицини в країнах світу.



# World Organization of National Colleges, Academies (Wonca)

- Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA).
- Заснована в 1972 році.
- складається з національних коледжів, академій і організацій лікарів загальної практики/сімейних лікарів.
- зараз в ній нараховується біля 300000 членів, що представляють 126 організацій з 102 країн.
- Своєю метою WONCA проголосила поліпшення рівня життя людей за рахунок підвищення стандартів обслуговування в сімейній медицині, сприяння інтенсивному інформаційному обміну, підтримку наукових і клінічних досліджень, а також розробка освітніх стандартів.



Президент WONCA,  
Prof Richard G Roberts



Президент WONCA Europe,  
Anthony Mathie



# Wonca

## Робочі групи

- Освіта (EURACT)
- Дослідження
- Довкілля
- Етичні Проблеми
- Інформатика
- Медицина Сім'ї та Жінок
- Психічне Здоров'я
- Якісна та безпечна допомога
- Сільська Практика
- WICC (Міжнародна Класифікація)

## Спеціальні Групи Інтересів

- Рак і Паліативна допомога
- Складнощі в Здоров'я
- Допомога людям похилого віку
- Медицина міграції і туризму, міжнародне здоров'я

## **Міжнародний рух сімейних лікарів Васко да Гама**

- входить 32 країни світу

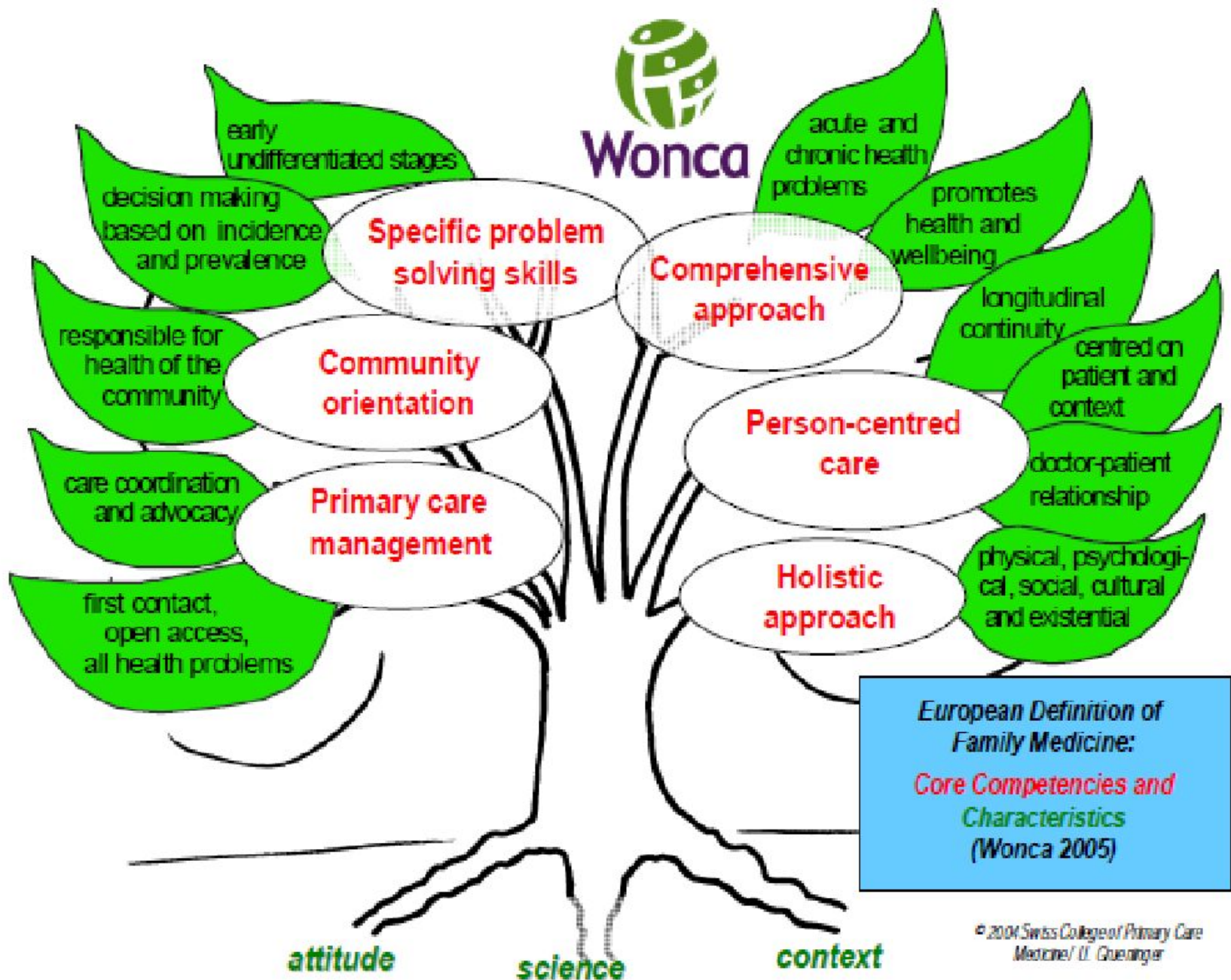
### Мета:

- Проведення конференцій для молодих сімейних лікарів, програм обміну досвідом
- Визначення проблем молодих сімейних лікарів та шляхів їх вирішення
- Участь у розробці заходів покращання якості навчання
- співпраця зі всіма структурами WONCA



- **Загальна практика/сімейна медицина - це академічна і наукова дисципліна з своєю власною метою, задачами, методами дослідження, доказовою базою і клінічною діяльністю.**
- **Сімейна медицина - це окрема дисципліна, а не сукупність частин інших дисциплін, тому їй необхідна своя наукова база.**
- **Наукові дослідження - це невід'ємна частина будь-якої наукової дисципліни, і саме тому вони є також і частиною сімейної медицини.**

(European Wonca, 2002, 2005)



## Характеристики загальної практики – сімейної медицини (World Organisation of National Colleges and Academics, 2002)

### Сімейна медицина:

- а) зазвичай є пунктом першого медичного контакту в межах системи охорони здоров'я, забезпечуючи відкритий і необмежений доступ її користувачам по всім проблемам здоров'я незалежно від віку, статі або інших характеристик людини;
- б) ефективно використовує ресурси охорони здоров'я через координування допомоги, співпрацю з іншими фахівцями первинної ланки ОЗ; крім того, керує зв'язками з іншими спеціалістами, забезпечуючи захист пацієнта, коли він його потребує;
- в) розвиває зосереджений на людині (пацієнтові) підхід, орієнтований на індивідуума, його/її сімейство, і їхнє співтовариство;

## Характеристики загальної практики – сімейної медицини (World Organisation of National Colleges and Academics, 2002)

- г) відрізняється унікальним консультативним процесом, який встановлює довготривалі стосунки завдяки ефективному спілкуванню між лікарем та пацієнтом;
- д) забезпечує ту тривалість медичної допомоги, яка визначається потребами пацієнта;
- е) відрізняється специфічною системою прийняття рішень, яка базується на епідеміологічних даних поширеності та захворюваності в суспільстві;
- ж) вирішує як гострі, так і хронічні проблеми здоров'я окремих пацієнтів;



## Характеристики загальної практики – сімейної медицини (World Organisation of National Colleges and Academics, 2002)

- з) займається захворюваннями на ранніх стадіях їх розвитку, до періоду розгорнутої клінічної маніфестації, що потребує інколи невідкладних рішень та втручань;
- і) просуває здоров'я належними та ефективними втручаннями;
- к) має особливу відповідальність за здоров'я суспільства;
- л) займається проблемами здоров'я в його психічних, психологічних, соціальних, культурних та екзистенціальних аспектах.

Ці одинадцять характеристик визначають суть сімейної медицини як дисципліни і описують одинадцять здатностей, які повинен мати кожен сімейний лікар.

Оскільки вони взаємопов'язані, вони згруповані в шість незалежних категорій основних компетентностей.

## Визначення сімейного лікаря (Лейвенгорст, Голландія, 1974)

- “СЛ є дипломованим медичним працівником, який особисто надає первинну та безперервну допомогу окремим пацієнтам, сім'ям та населенню своєї практики незважаючи на вік, стать хворого та вид захворювання. Синтез цих функцій є унікальним. Він опікується своїми пацієнтами в своєму кабінеті, в їхніх домах та інколи – в лікарнях. Метою його є раннє встановлення діагнозу. Розглядаючи як хвороби, так і здоров'я, він враховує та інтегрує фізичні, психологічні та соціальні фактори, і це позначається на його допомозі пацієнтам. Він приймає перше рішення з усіх питань, з приводу яких необхідна медична допомога. Він постійно доглядає своїх пацієнтів з хронічними, рецидивними або смертельними хворобами. Тривалий контакт з пацієнтом забезпечує йому можливість бути поінформованим щодо кожного хворого, будуючи з ним довірчі стосунки, які також є професійною рисою. СЛ співпрацює з колегами як медичної, так і позамедичної сфери. СЛ знає, коли і як втручатися засобами лікування, профілактики, освіти для того, щоб поліпшити здоров'я своїх пацієнтів та їх сімей. Він усвідомлює свою особливу професійну відповідальність за громаду.”

## Визначення сімейного лікаря (WONCA , 1991, 2002, 2005)

Лікарі ЗП-СМ є спеціалістами, навченими згідно принципів дисципліни. Це лікарі , що перш за все відповідають за надання всеосяжної (comprehensive) та подовженої допомоги кожному індивідууму, який такої потребує, незалежно від віку, статі, та характеру проблеми. Вони опікуються пацієнтами в контексті їх сім'ї, їх громади, їх культури, **завжди поважаючи автономію цих пацієнтів.** Вони також усвідомлюють професійну відповідальність за свою громаду. Складаючи **разом з пацієнтом** план дій, він інтегрує фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенціальні фактори, базуючись на знаннях та довірі, що виникають внаслідок тривалого співробітництва . Лікарі ЗП-СМ реалізують себе професійно шляхом **просування здоров'я, профілактики захворювань та надання медичної допомоги та медичного догляду, в т.ч. паліативного.** Ці функції можуть виконуватись як напрямую, так і шляхом залучення інших служб охорони здоров'я у відповідності з потребами пацієнта та ресурсами громади, в якій працює СЛ, допомагаючи пацієнтові при потребі отримати доступ до цих ресурсів. Сімейні лікарі повинні опікуватись розвитком та підтримуванням свого належного професійного рівня, необхідного для ефективного виконання своїх функцій.

## *Компетентності сімейного лікаря*

### **1. Керування первинною допомогою (опікою) передбачає вміння:**

- здійснювати первинний контакт із пацієнтом стосовно невибраних (unselected) проблем;
- охоплювати повний діапазон проблем здоров'я;
- координувати допомогу з іншими професіоналами первинної ланки та іншими спеціалістами;
- ефективно і належним чином використовувати можливості системи охорони здоров'я;
- створювати доступну для пацієнта допомогу в системі ОЗ;
- діяти як захисник для пацієнта;

## *Компетентності сімейного лікаря*

### **2. Зосереджена на людині допомога (опіка) передбачає здатність лікаря:**

- прийняти зосереджений на людині підхід, що розглядає пацієнта і його проблему в контексті обставин пацієнта
- використовувати консультацію в ЗП-СМ для створення ефективних стосунків лікар-пацієнт, зберігаючи повагу до автономії пацієнта
- спілкуватися, встановлювати пріоритети і діяти на умовах партнерства з пацієнтом;
- забезпечувати та координувати продовжену медичну опіку, тривалість якої визначається потребами пацієнта

## Компетентності сімейного лікаря

### 3. Навички вирішення специфічних (медичних) проблем передбачають здатність:

- співвідносити специфічні рішення з епідеміологічними характеристиками (поширеність та захворюваність) суспільства;
- вибірково збирати й інтерпретувати інформацію від анамнезу, фізикального обстеження і досліджень та складати адекватний план дій в співробітництві з пацієнтом;
- використовувати належні робочі принципи, в т. ч. застосування додаткових обстежень, використовуючи при цьому час в якості диф. діагностичної методики, толерантно відносячись до непевності
- здійснювати термінові інтервенції, коли це необхідно;
- лікувати (вести) захворювання, на ранніх етапах їх розвитку, коли вони проявляються недиференційованим способом;
- ефективно використовувати діагностичні та терапевтичні втручання

## *Компетентності сімейного лікаря*

### **4. Всебічний підхід включає здатність:**

- справлятися одночасно як з різноманітними скаргами, так і патологіями, як гострими, так і хронічними проблемами індивіда;
- просувати здоров'я та якість життя, належно застосовуючи превентивні стратегії;
- проводити та координувати просування здоров'я, профілактику, лікування, опіку, паліативну та реабілітаційну допомогу



## *Компетентності сімейного лікаря*

### **5. Орієнтація на суспільство включає здатність:**

- узгоджувати медичні потреби індивідуума з медичними потребами громади, в якій він живе, в балансі з відповідними ресурсами цієї громади

### **6. Холістичне моделювання включає здатність**

- використовувати біо-психо-соціальну модель, що враховує культурні та екзистенціальні характеристики.

# Принципи, які відрізняють сімейну медицину, як спеціальність

- - довготривалість і безперервність спостереження;
- - багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
- - відношення до сім'ї, як до одиниці медичного обслуговування;
- - превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
- - економічна ефективність і доцільність допомоги;
- - координація медичної допомоги;
- - відповідальність пацієнта, членів його сім'ї і суспільства за збереження і покращення його здоров'я.

# Моделі діяльності сімейного лікаря у світовій практиці

1. Індивідуальна практика (лікар і середній медичний персонал).
2. Групова практика, коли декілька лікарів ЗП об'єднані в групи, що дозволяє зекономити кошти, організувати взаємозаміну поміж собою, вести деяку спеціалізацію медичної практики.
3. Центри здоров'я (скандинавська модель), яка фактично являє собою амбулаторію ЗП, інколи зі стаціонаром для людей похилого віку.

# Моделі функціонування сімейної медицини в Україні

I. Сольний  
варіант

Індивідуальний  
чи  
особовий

II. Спарений  
варіант

II-А. Два  
сімейних  
лікарі

II-Б. Два сімейні лікарі: один  
спеціалізує-  
ться в терапії, другий – в педіатрії

III. Груповий  
варіант

III-А. Всі лікарі є  
сімейними лікарями  
і кожен з них має  
свою сімейно-терито-  
ріальну ділянку,  
але  
працюють в одному  
осередку  
сімейної медицини

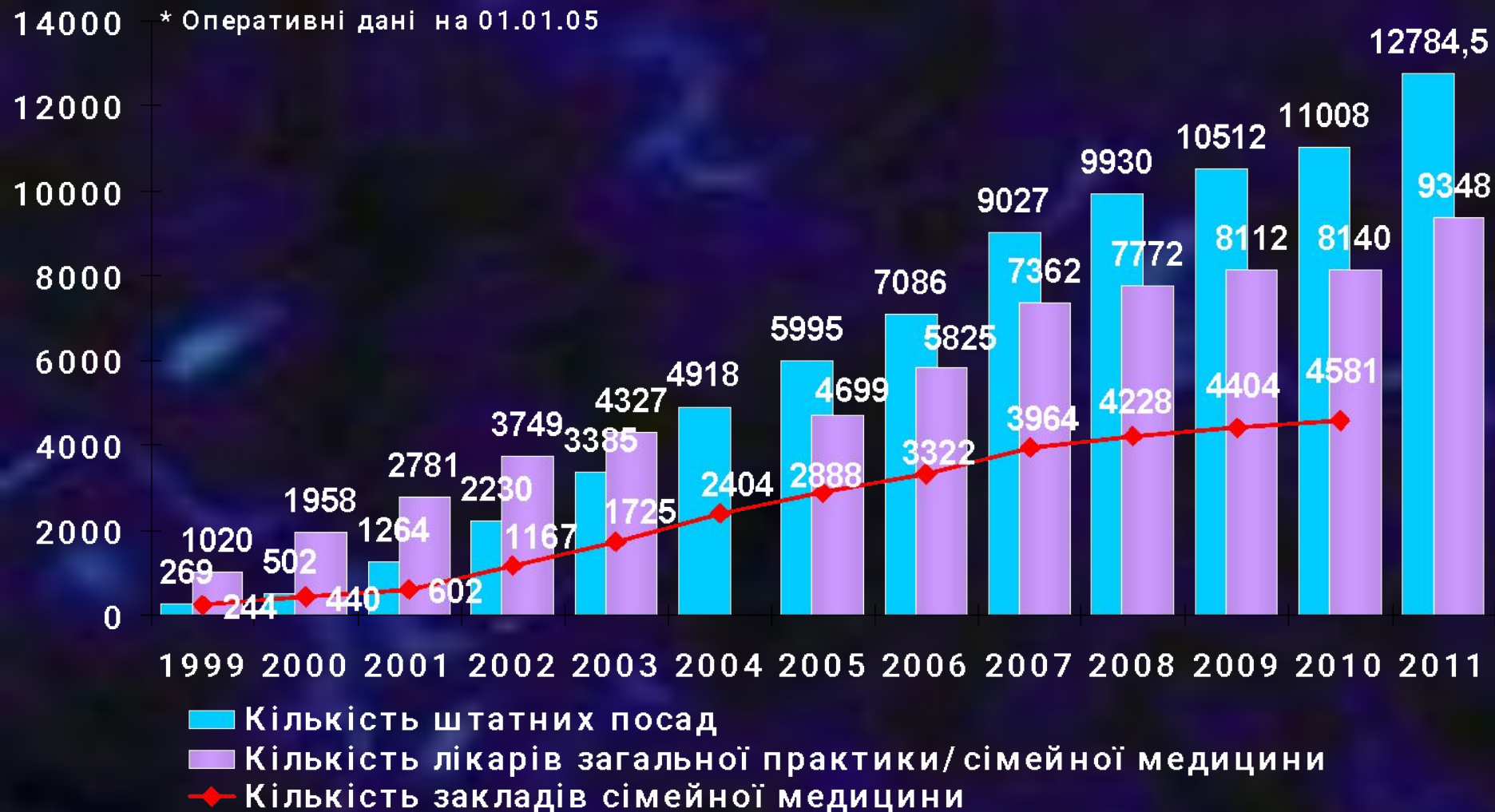
III-Б. Група лікарів складається з 3-4 осіб і вони,  
окрім  
основної професії – СМ, є спеціалістами в педіатрії,  
Акушерстві, гінекології, хірургії

III-В. Група лікарів складається з 7-9 осіб і вони, окрім основної  
професії  
– СМ, є спеціалістами в кардіології, гастроентерології, пульмонології,  
фтизіатрії імунології травматології урології неврології та ін

# ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

- **1987 – Львів** - затвердження МОЗ України регіонального експерименту у Львові щодо впровадження сімейної медицини
- **1991 – Львів** - перехід до підготовки лікарів загальної практики в інтернатурі
- **1992** - затвердження учбового плану і програми спеціалізації (інтернатури) випускників по спеціальності "лікар загальної практики" МОЗ України
- **1992** - відкриття першої в Україні амбулаторії сімейного лікаря
- **1994**- затвердження кваліфікаційної характеристики лікаря за спеціальністю "сімейна медицина" МОЗ України
- **1995** - затвердження посади "лікар загальної практики / сімейний лікар" МОЗ України
- **1995** - затвердження навчального плану та програми циклу спеціалізації з сімейної медицини МОЗ України
- **1997** - включення до номенклатури лікарських спеціальностей спеціальності "загальна практика / сімейна медицина"

# Динаміка кількості лікарів загальної практики/сімейної медицини, введення штатних посад та створення закладів сімейної медицини в Україні



# 1997 - створення Української асоціації сімейної медицини



The World Organization of National  
Colleges, Academies and Academic  
Associations of General Practitioners  
Family Physicians

**UKRAINIAN ASSOCIATION OF FAMILY MEDICINE**

Full Member



*Robert W. Hugganstad*

President

*Wesley J. ...*

Honorary Secretary

7 February 1999

Date

# III З'їзд сімейних лікарів

- проблеми реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини у пілотних регіонах
- робоча нарада завідувачів однопрофільних кафедр, голів регіональних Асоціацій і головних спеціалістів міст та областей за фахом «Загальна практика – сімейна медицина»
- переобрання правління Української асоціації сімейних лікарів
- Президентом Української асоціації сімейних лікарів обрано директора Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професора Лисенка Г.І.
- прийнята Резолюція III з'їзду сімейних лікарів України.



# Резолюція ІІІ З'їзду сімейних лікарів

- реформування охорони здоров'я на засадах сімейної медицини є доцільним, неухильним і незворотнім процесом в Україні
- кількість закладів, що працюють на засадах сімейної медицини збільшилась в 1,7 рази (всього 4581 закладів проти 2732), з яких близько 77% розташовано в сільській місцевості. Майже вдвічі збільшилась кількість штатних посад сімейних лікарів (всього 11008 проти 5623 у 2005 році).
- На цей час первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини охоплює **40,5%** населення України.

# Резолюція ІІІ З'їзду сімейних лікарів

- запропоновані зміни у нормативно-правову базу реформування медичної допомоги на засадах сімейної медицини в пілотних регіонах
- запропоновано розробити і впровадити в практику стандарти і критерії якості роботи сімейного лікаря
- було зазначено, що досвід пілотних проектів буде основою подальшого впровадження сімейної медицини в Україні

- Основні стратегічні напрямки роботи МОЗ України*
- Програма економічних реформ на 2010 - 2014 роки
  - Проект плану роботи Міністерства охорони здоров'я на 2013-2015 роки

**I. Заходи програмного характеру щодо зниження рівня захворюваності та смертності населення**

**II. Модернізація медичної допомоги, в тому числі у пілотних регіонах**

**III. Посилення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я**

**IV. Підвищення ефективності використання бюджетних коштів**

**V. Підвищення якості медичної допомоги**

**VI. Поліпшення доступності для населення якісних лікарських засобів і виробів медичного призначення**

# ЗАКОНОДАВЧА БАЗА



**Закон України  
"Про внесення змін  
до Основ законодавства  
України  
про охорону здоров'я  
щодо удосконалення  
надання медичної  
допомоги"**



**Закон України  
"Про порядок проведення  
реформування системи  
охорони здоров'я  
у Вінницькій,  
Дніпропетровській,  
Донецькій областях  
та місті Києві"**

**Прийняті на засіданні 8 сесії VI скликання Верховної Ради України  
7 липня 2011**

# **Структурна перебудова системи охорони здоров'я згідно Закону України передбачає:**

- Розмежування первинного, вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги.
- Затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів, що дасть змогу уніфікованого надання медичної допомоги населенню, відсутності різноманітності діагностичних та лікувальних закладів, щодо пацієнта з однією і тією ж патологією.
- Структурну перебудову системи охорони здоров'я медичної допомоги у регіоні шляхом відокремлення або об'єднання закладів.

# НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА

Накази МОЗ України від:

- ▣ **11.04.2000 № 73** "Про проведення позачергової атестації лікарів, переведених на посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів"
- ▣ **10.05.2000 № 101** "Про внесення доповнень до наказів МОЗ України від 23.11.93 Х2 229 та від 19.12.97 № 359", врегульовано питання проведення атестації лікарів загальної практики-сімейної медицини
- ▣ **23.02.2000 № 33** "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я", затверджено нормативи навантаження та розрахункові норми обслуговування населення для лікарів загальної практики - сімейної медицини
- ▣ **29.12.2000 № 372** "Про внесення доповнень до переліку закладів охорони здоров'я", доповнено номенклатуру закладів охорони здоров'я амбулаторією загальної практики - сімейної медицини
- ▣ **№ 39** "Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників" (внесено спеціальність "медична сестра загальної практики - сімейної медицини")
- ▣ **23.02.2001 № 72** "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини":
  - ◆ положення про лікаря загальної практики - сімейної медицини
  - ◆ положення про медичну сестру загальної практики - сімейної медицини
  - ◆ положення про відділення загальної практики - сімейної медицини
  - ◆ положення про денний стаціонар
  - ◆ положення про стаціонар вдома

# НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА

Накази МОЗ України від:

- ▣ **12.07.2001 № 283**, затверджено медичну облікову документацію щодо діяльності закладів загальної практики - сімейної медицини
- ▣ **23.07.2001 № 303** "Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики - сімейної медицини", затверджено:
  - ◆ положення про амбулаторію загальної практики - сімейної медицини
  - ◆ таблиць оснащення амбулаторії (відділення) загальної практики - сімейної медицини
  - ◆ обладнання сумки-укладки лікаря загальної практики - сімейної медицини
  - ◆ обладнання сумки-укладки медичної сестри загальної практики - сімейної медицини
  - ◆ перелік лікарських засобів для закладів (підрозділів) загальної практики - сімейної медицини

# НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА

## Накази МОЗ України від:

- 08.01.2004 №1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації»
  - 17.02.2004 №88 «Про розробку методики диференційованого розподілу коштів за рівнями надання медичної допомоги з урахуванням потреб первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та проведення експерименту щодо її відпрацювання»
  - 06.07.2004 №338 «Про проведення експерименту з міжнародною участю щодо впровадження сучасної моделі сімейної медицини в Автономній Республіці Крим, Запорізькій та Хмельницькій областях»
  - 22.05.2006 № 308 «Про затвердження таблицю оснащення фельдшерсько - акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики сімейної медицини) та підрозділів первинної медико - санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів»
  - 30.01.2009 № 48 «Про проведення моніторингу якості первинної медико-санітарної допомоги»
  - 17.03.2009 № 171 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 30.01.2009 №48 "Про проведення моніторингу якості первинної медико-санітарної допомоги"»
- 
- 31.03.2010 № 283 "Про затвердження заходів МОЗ України щодо вдосконалення організації медичної допомоги особам з психічними розладами на рівні первинної медико-санітарної допомоги на 2010-2012 роки"
  - 09.12.2010 № 1083 "Про апробацію стандартів та уніфікованих клінічних протоколів первинної медико-санітарної допомоги населенню"



## *Етапи реформи*

### **I етап (до кінця 2010 р.):**

Внесення змін до Закону України «Про засади законодавства про охорону здоров'я» та прийняття Закону України «Про лікувально-профілактичні заклади й медичне обслуговування населення», на цій основі - внесення змін до Бюджетного кодексу України, що забезпечують:

- об'єднання коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району або міста, на надання вторинної (спеціалізованої) і швидкої медичної допомоги на обласному рівні, для надання третинної (високоспеціалізованої високотехнологічної) допомоги – на обласному й державному рівнях;
- перерозподіл фінансування на користь первинної медичної допомоги й профілактичної медицини;

## II етап (до кінця 2012 р.):

- проведення з 2011 р. апробації пропонованих змін на 2-ох пілотних регіонах;
- розроблення комплексу законодавчих і нормативних документів для формування оптимальної територіальної мережі медичних закладів, створення госпітальних округів, оплати праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи;
- розроблення й прийняття комплексної програми «Здорова нація».

### III етап

- переведення усіх медичних закладів на систему контрактних відносин між замовником і постачальником медичних послуг;
- запровадження єдиної методики розрахунків вартості медичних послуг, що оплачуються державою;
- підготовка до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування.

# РОЗМЕЖУВАТИ ФУНКЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА РІВНЯМИ

I

**ЦЕНТР  
ПЕРВИННОЇ  
МЕДИКО-  
САНІТАРНОЇ  
ДОПОМОГИ**

**ДЕННИЙ  
СТАЦІОНАР**

**АМБУЛАТОРІ  
Я  
СІМЕЙНОГО  
ЛІКАРЯ**

**ФАП**

II

**ПОВНОЦІННИЙ СТАЦІОНАР**

- 100 тис.населення
- 4000 операцій
- 400 пологів

**КОНСУЛЬТАТИВНО-  
ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР**

**ХОСПІС**

**ЛІКАРНЯ ДЛЯ  
ХРОН. ХВОРИХ**

**РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ  
ЦЕНТР**

**БУДИНОК  
СЕСТРИНСЬКОГО  
ДОГЛЯДУ**

**ШВИДКА  
ДОПОМОГА**

III

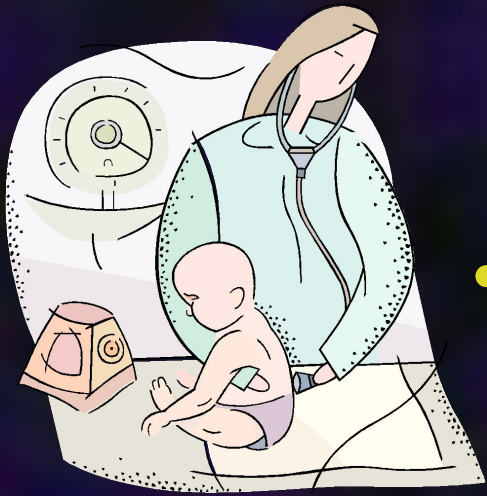
**ЗАКЛАДИ  
ВИСОКО-  
СПЕЦІАЛІЗО-  
ВАНОЇ  
ДОПОМОГИ**

**УНІВЕРСИ-  
ТЕТСЬКІ  
КЛІНІКИ**

## ***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.

# СТРУКТУРНА РЕОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОГО РІВНЯ

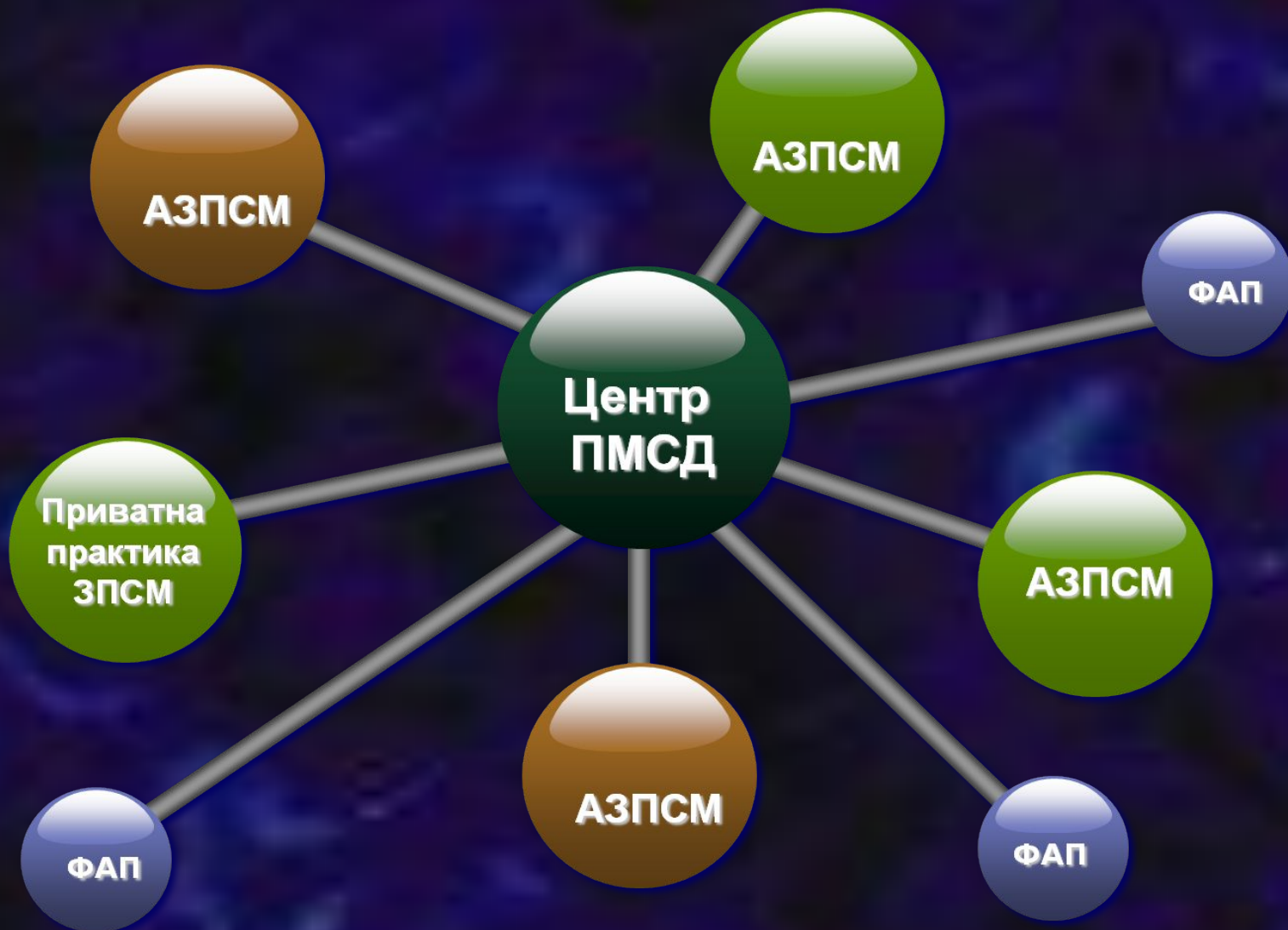


- Проведення чіткого структурного, фінансового і функціонального розмежування первинної та вторинної медичної допомоги
- Створення мережі установ первинного рівня переважно у вигляді амбулаторій ОП / СМ та їх обладнання відповідно до табелів оснащення
- Створення центрів ПМСД

Підтримка: **вільний вибір лікаря ЗП/СМ, який визначає медичний маршрут пацієнта**

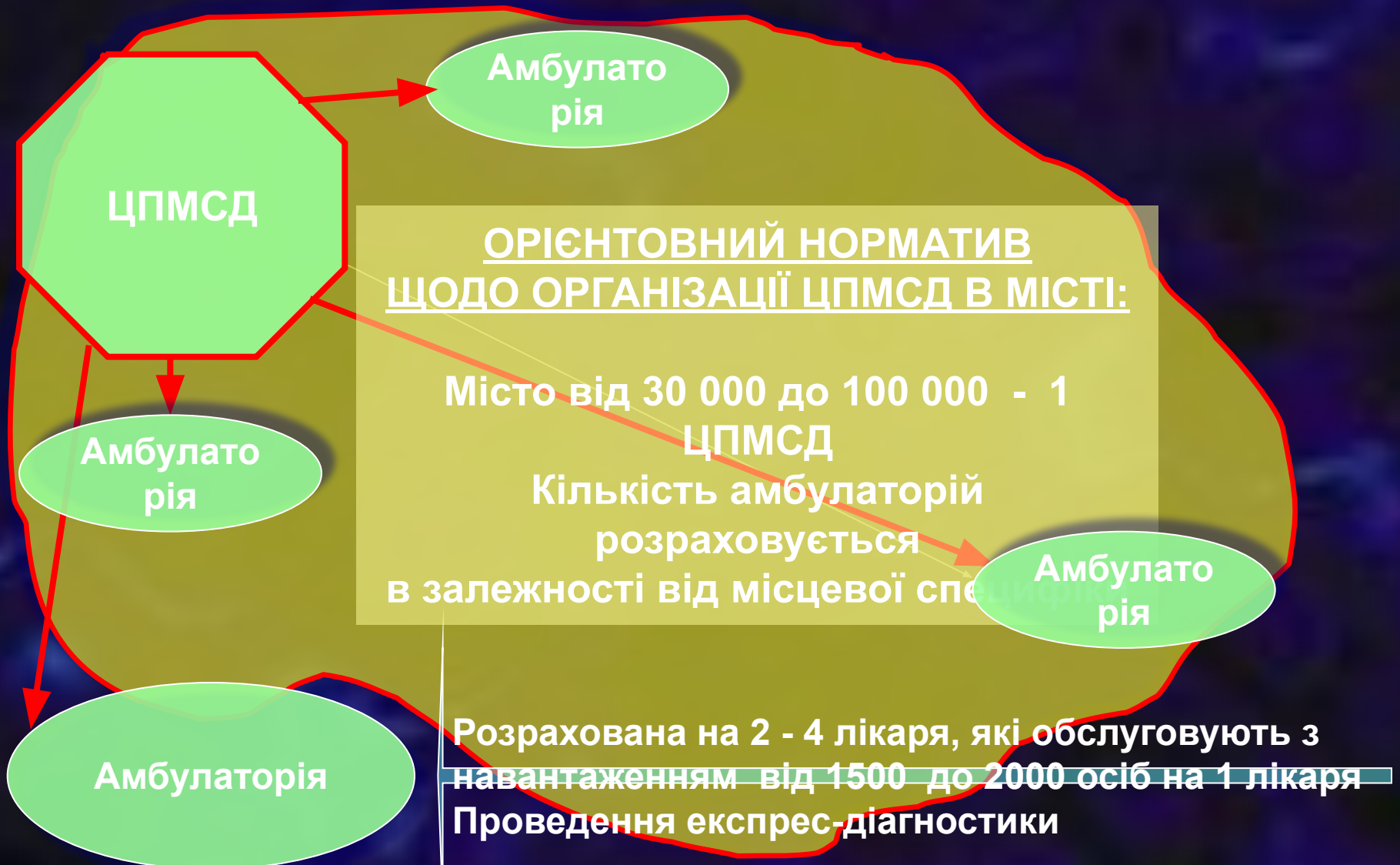
- Надання первинної медичної допомоги забезпечують **центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги**, які є закладами охорони здоров'я, а також **лікарі загальної практики - сімейні лікарі**, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці та можуть перебувати 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 **фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети.**

# СТРУКТУРНА РЕОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОГО РІВНЯ





# ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В МІСТАХ



## **Вторинна (спеціалізована) медична допомога**

- - медична допомога, що надається **в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках** і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруень, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги.

- Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я:
- в стаціонарних умовах - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри;
- в амбулаторних умовах - консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри).

# Реорганізація вторинного рівня надання медичної допомоги на міжрайонному та міжміському рівнях

## Створення госпітальних округів

Багатопрофільна лікарня інтенсивної допомоги хворим з гострими станами з консультативною поліклінікою

● Заклади для відновлювального лікування

▲ Хоспіси

◐ Заклади медико-соціальної допомоги

■ Заклади для проведення планового лікування

⊕ Станція швидкої допомоги

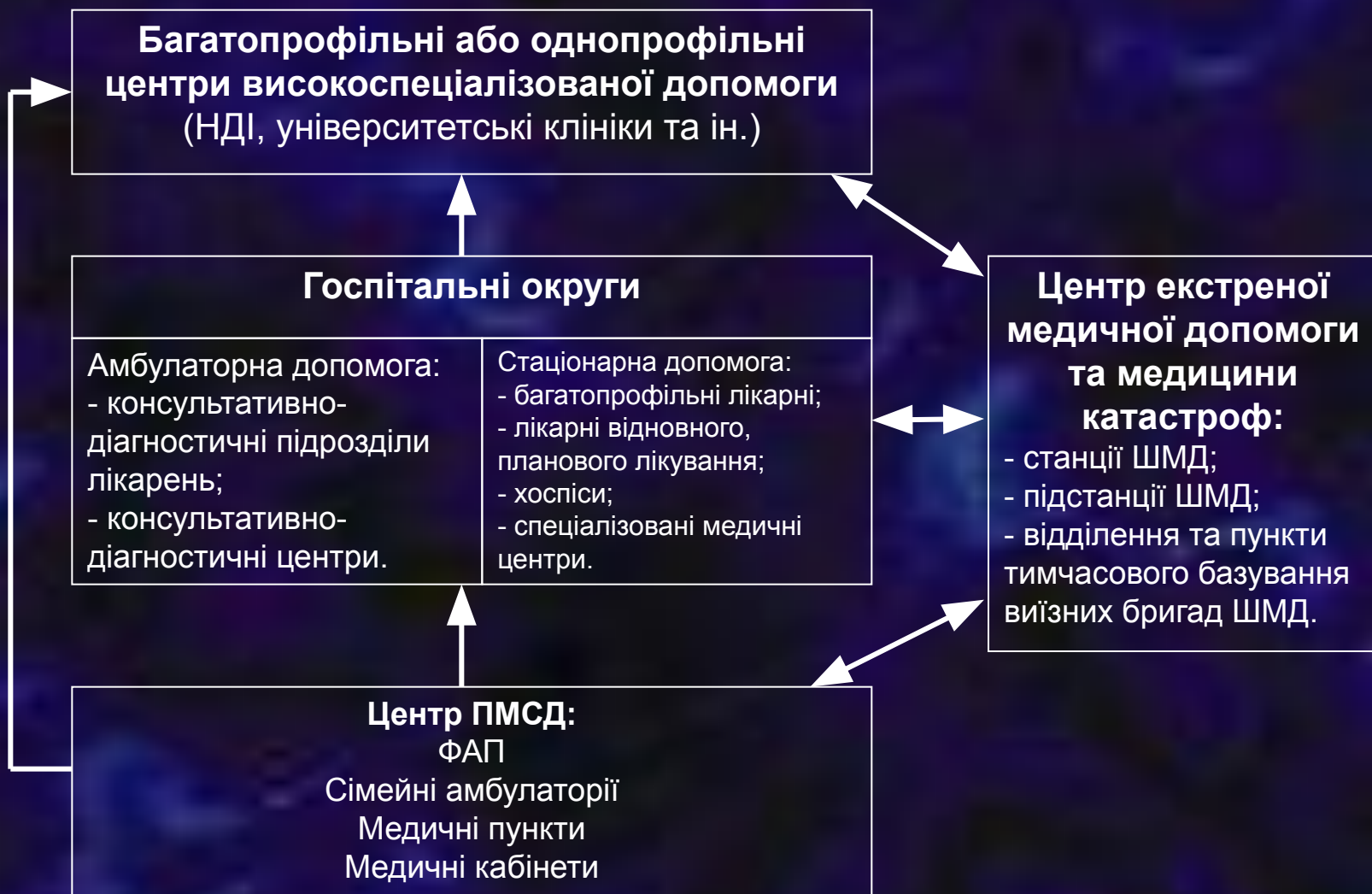


# Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

- - медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування хвороб, травм, отруень, патологічних станів, ведення фізіологічних станів (під час вагітності та пологів) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації.

- Надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги здійснюється високоспеціалізованими багатопрофільними або однопрофільними закладами охорони здоров'я.
- Лікуючим лікарем з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги є лікар закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання такої допомоги, який **отримав підготовку за відповідною спеціальністю і має кваліфікаційну категорію не нижче першої.**

# Рівні надання медичної допомоги



**ПОРЯДОК ОРГАНІЗАЦІЇ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА  
НАПРАВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО  
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'  
Я, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ  
ТА ТРЕТИННУ МЕДИЧНУ  
ДОПОМОГУ**

Наказ МОЗ України №646 від 05.10.2011р



# Основні поняття:

- Планове направлення пацієнта до закладу ВМД та ТМД – скерування пацієнта, що передбачає попереднє узгодження дати і часу проведення обстеження, консультації чи госпіталізації, про що вказується у направленні
- Направлення за екстреними показаннями – скерування пацієнта без попереднього погодження дати і часу консультації (госпіталізації), що здійснюється ШМД або лікарем ПМСД чи ВМД за умови наявності абсолютних показань для такого направлення
- Самостійне звернення пацієнта – звернення пацієнта до закладу ВМД або ТМД без направлення лікаря

**Порядок направлення  
пацієнтів до закладів  
вторинної медичної  
допомоги**

# ПЛАНОВЕ НАПРАВЛЕННЯ здійснюється лікарем ЗПСЛ:

- ✓ До відповідної діагностичної служби – у разі необхідності проведення функціональних, лабораторних, інструментальних обстежень у рамках компетенції ПМСД
- ✓ До лікаря-спеціаліста – для отримання консультації
- ✓ До профільного відділення - для стаціонарного лікування у разі загострення хронічних захворювань та наявності показань для госпіталізації (до лікарні інтенсивного лікування), для проведення курсу протирецидивного лікування або обстеження, якщо його неможливо зробити в амбулаторних умовах; для проведення ранньої чи пізньої реабілітації (до лікарні відновного лікування)
- ✓ До закладу медико-соціальної допомоги або хоспісу – у разі потреби в довгостроковому перебуванні та догляді або для отримання паліативної допомоги

# Направлення пацієнтів за екстреними показаннями до закладів ВМД забезпечується лікарем ЗПСЛ у наступних випадках:

- Раптового погіршення стану пацієнта, що супроводжується розладами свідомості та порушенням функцій органів та систем (шок, кома, асфіксія)
- Гострого розвитку захворювання з вираженою гіпертермічною реакцією, інтоксикацією
- Інтенсивного болю будь-якої локалізації
- Вперше виявленого порушення ритму або аритмії з порушенням вітальних функцій
- Кровотечі будь-якої етіології та локалізації, блювання кров'ю
- Ускладнення вагітності та післяпологового періоду
- Отруєння і травми (поранення, опіки, важкі забої, травми голови)
- Укуси змій та тварин
- Інші гострі стани та захворювання

- Транспортування пацієнта у разі невідкладного стану до закладів ВМД здійснюється службою ШМД
- На етапі транспортування до закладу ВМД невідкладна медична допомога забезпечується системою ШМД або лікарями ЗПСЛ

# Звернення пацієнта

## самостійно до закладів ВМД:

- Необхідність надання екстреної медичної допомоги:
  - Гострі невідкладні стани (травми, отруєння, гострий біль у ділянці серця та в животі, порушення серцевої діяльності, гостре порушення мови, кровотечі та ін.)
  - Раптове погіршення стану дітей у будь-якому віці
  - Ускладнення вагітності та післяпологового періоду
  - Пологи
    - У разі звернення до лікаря акушера-гінеколога
    - У разі звернення до лікаря-стоматолога
    - При добровільному ВІЛ-консультуванні

**Порядок направлення  
пацієнтів до закладів  
третинної медичної  
допомоги**

# Планове направлення здійснюється:

- Лікарями-спеціалістами ВМД та ТМД
- ЛКК обласних лікарень, спеціалізованих центрів (у разі направлення до клінік НДІ)
- При необхідності використання високотехнологічних, високоспеціалізованих методів діагностики та лікування
- За відсутності ефекту від проведеного лікування у закладах ВМД
- Складні для діагностики випадки захворювань



# Направлення за екстреними показаннями:

- Забезпечується службою ШМД, лікарями ЗПСЛ або закладом ВМД у разі перебування пацієнта в невідкладному стані, за необхідності у терміновому використанні високотехнологічних або високо спеціалізованих методів лікування
- Транспортування забезпечується санітарним транспортом закладу ВМД чи службою ШМД

**Порядок планової  
госпіталізації до закладів,  
що надають вторинну  
(третинну) медичну  
допомогу**

- Планова госпіталізація пацієнта забезпечується в оптимальний попередньо погоджений термін із зазначенням дати і часу, про що вказується у направленні, при умові наявності показань до госпіталізації
- Максимальний час очікування на госпіталізацію визначається чергою на планову госпіталізацію, але не може бути більше, ніж 1 місяць з часу направлення, для онкохворого – не більше 10 днів
- Якщо неможливо госпіталізувати пацієнта у призначений термін, лікувальний заклад не пізніше, ніж за 3 дні до планової госпіталізації повідомляє пацієнта та погоджує з ним нову дату госпіталізації

# Перелік необхідних документів для планової госпіталізації:

- Документ, що засвідчує особу
- Направлення на госпіталізацію
- Медична документація, що підтверджує результати обстеження, проведеного в амбулаторних умовах (медична карта амбулаторного хворого або виписка із медичної карти амбулаторного хворого)

# Показання для планової госпіталізації до закладів ВМД

- Абсолютні:
  - Необхідність у наданні спеціалізованої медичної допомоги, що не може бути надана в амбулаторних умовах або у денних стаціонарах (планове оперативне лікування, реабілітація. Складні діагностичні маніпуляції)
  - Відсутність ефекту від проведеного амбулаторного лікування
  - Проведення різних видів експертиз або стаціонарного обстеження у разі неможливості провести їх в амбулаторних умовах (в т.ч. антенатальний лікувально-профілактичний скринінг вагітних, лікарсько-трудова експертиза, обстеження за направленням військомату, суду)

# Показання для планової госпіталізації до закладів ВМД

- ВІДНОСНІ:
  - Необхідність у проведенні обстежень, що не можуть бути проведені в амбулаторно-поліклінічних умовах
  - Медико-соціальний догляд

# Перелік обсягу обстежень для планової госпіталізації

- **Обов'язкові (для всіх категорій хворих):**
  - Загальний аналіз крові та сечі
  - Серологічне дослідження на сифіліс
  - Аналіз калу на яйця глистів (зискрібок на ентеробіоз дітям до 18 років)
  - ФГ ОГП або РГ ОГП у прямій проекції
  - ЕКГ (для осіб старше 18 років)
  - Дані про наявність профілактичних щеплень
  - Аналіз крові на Hbs-ag, анти- HCV (при госпіталізації до відділень хірургії, гематології, гемодіалізу), на ВІЛ – у разі позитивного аналізу на Hbs-ag, анти- HCV
  - Тромбоцити крові, час кровотечі, час згортання крові, група крові та резус-фактор, білірубін, коагулограма (для хірургічних відділень)
  - Огляд лікаря-гінеколога з кольпоскопією (для жінок), уролога (для чоловіків)
  - Огляд терапевта (для хворих, які підлягають оперативному лікуванню)
  - Обсяг додаткових обстежень визначається медичними стандартами та клінічними протоколами, затвердженими МОЗ

- Порядок госпіталізації пацієнтів за екстреними показаннями до закладів, що надають вторинну (третинну) медичну допомогу



- Госпіталізація за екстреними показаннями здійснюється службою ШМД, за самостійним зверненням пацієнта або осіб, що супроводжують хворого чи постраждалого, що перебуває у невідкладному стані та потребує невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару.
- Госпіталізація здійснюється поза чергою без попереднього погодження дати та часу незалежно від місця проживання хворого відповідно до абсолютних та відносних показань
- Прийом на госпіталізацію за екстреними показаннями проводиться цілодобово

# Абсолютні показання для екстреної госпіталізації

- Раптове погіршення стану пацієнта, що супроводжується розладами свідомості та порушенням функцій органів та систем (шок, кома, асфіксія)
- Гострий розвиток захворювання з вираженою гіпертермічною реакцією, інтоксикацією
- Інтенсивний біль будь-якої локалізації
- Вперше виявлене порушення ритму або аритмія з порушенням вітальних функцій
- Кровотечі будь-якої етіології та локалізації, блювання кров'ю
- Ускладнення вагітності та післяпологового періоду
- Отруєння і травми (поранення, опіки, важкі забої, травми голови)
- Укуси змій та тварин
- Інші гострі стани та захворювання

# Відносні показання для екстреної госпіталізації у заклади ВМД

- Складні для діагностики та лікування випадки, що потребують інтенсивної терапії та цілодобового медичного спостереження
- Відсутність можливості забезпечити в стислі терміни (до 3-х днів) пацієнту в амбулаторно-поліклінічних умовах проведення необхідних консультацій лікарів-спеціалістів, діагностичних процедур та лікування, у тому числі лихоманка протягом 5 днів, тривалий субфебрилітет неясної етіології
- Ізоляція за епідпоказами

# Нові погляди на документи стандартизації на основі міжнародної практики

Документ для професійних асоціацій та лікарів

- **Настанови (Рекомендації)**

- **Що може бути зроблено в ідеалі?**

Документи державного рівня з урахуванням можливості країни

- **Стандарт (критерії якості),**
- **УКПМД (покроково визначає процес надання МД, обсяг, результат)**

- **Як повинно бути зроблено в умовах країни?**

Для ЛПЗ

- **Локальний протокол (деталізована інструкція, маршрут пацієнта)**

- **... в умовах ЛПЗ?**

# Стандарт медичної допомоги

нормативний документ державного рівня, що визначає норми, вимоги до організації і **критерії якості** надання медичної допомоги, а також **індикатори**, за якими в подальшому здійснюється **аудит** на різних рівнях управління системою забезпечення якості; розробляється на основі клінічних настанов з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я і затверджується МОЗ або уповноваженим органом центральним виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

*Наказ МОЗ та НАМН №102/18 від 19.02.09*

# Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

- нормативний акт державного рівня, що розробляється на основі КН з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я, (а в разі наявності СМД, то і у відповідності до нього). Покроково визначає процес надання медичної допомоги, обсяг та її результати при певному захворюванні, затверджується Міністерством охорони здоров'я.

***Наказ МОЗ та НАМН №102/18 від 19.02.09***

# Висновок:

- Мистецтво сімейної медицини полягає в тому, щоб знайти індивідуалізований пацієнт-центрований підхід надання максимально ефективної медичної допомоги для кожного конкретного пацієнта, спираючись на дані доказової медицини, медичні стандарти та протоколи, якими регламентований певний обов'язковий мінімум медичних послуг.



**Дякую за увагу!**