



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.
- Свою 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

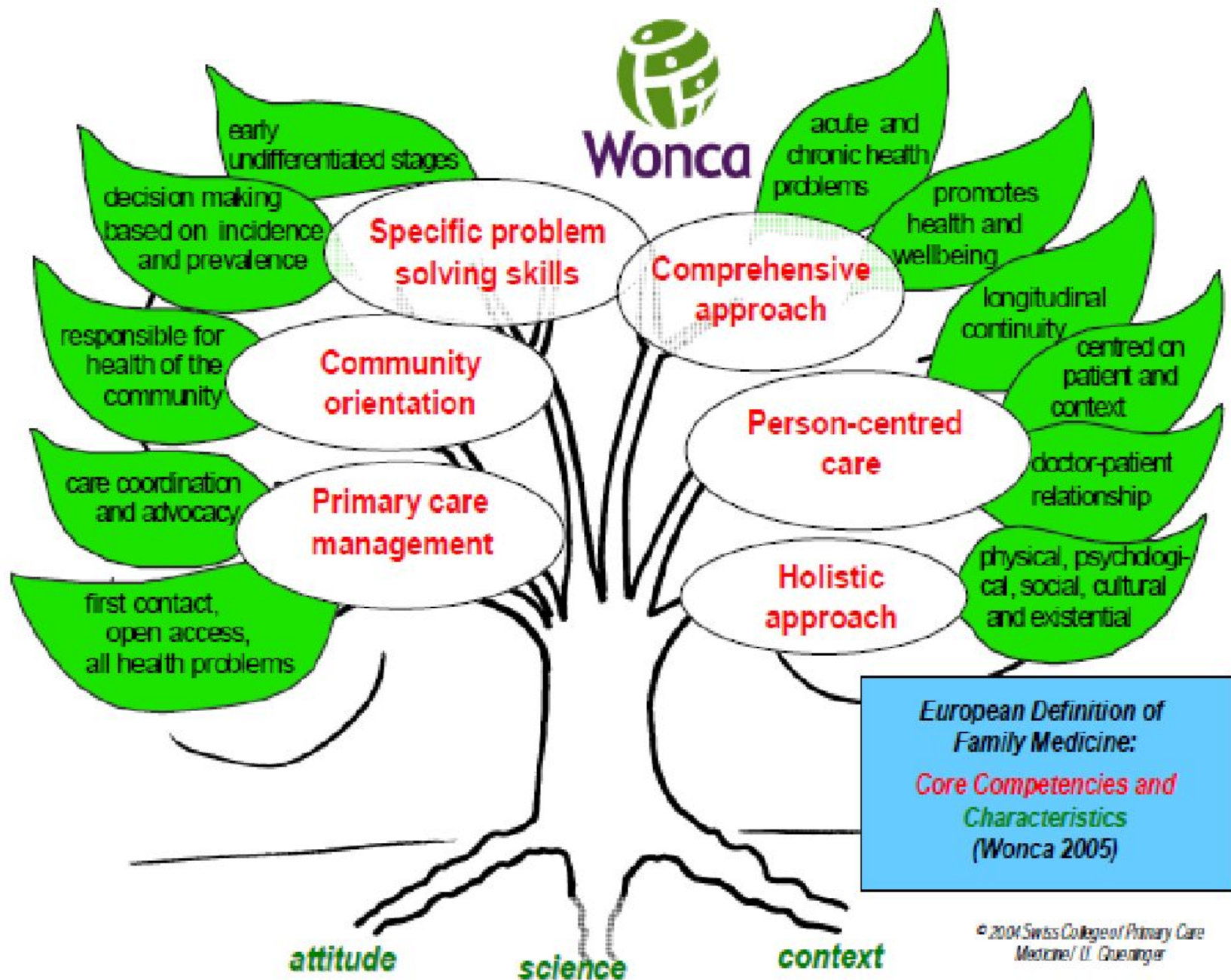
Мета:

- 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;
- - багатoproфільність 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-A. Два
сімейних
лікарі

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

III. Груповий
варіант

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

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

III-B. 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. Hoggan

President

Wesley J. Smith

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**

**АМБУЛАТОРІЯ
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

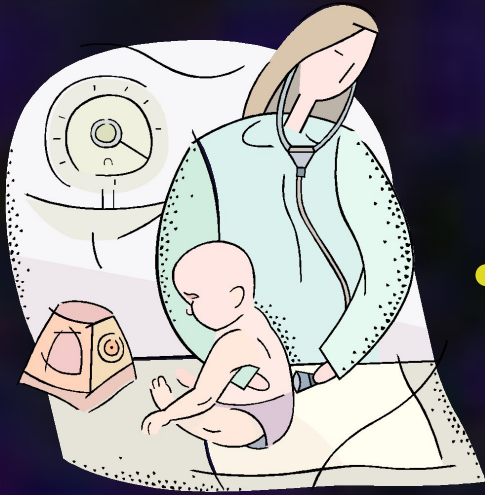
**ЗАКЛАДИ
ВИСОКО-
СПЕЦІАЛІЗО-
ВАНОЇ
ДОПОМОГИ**

**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

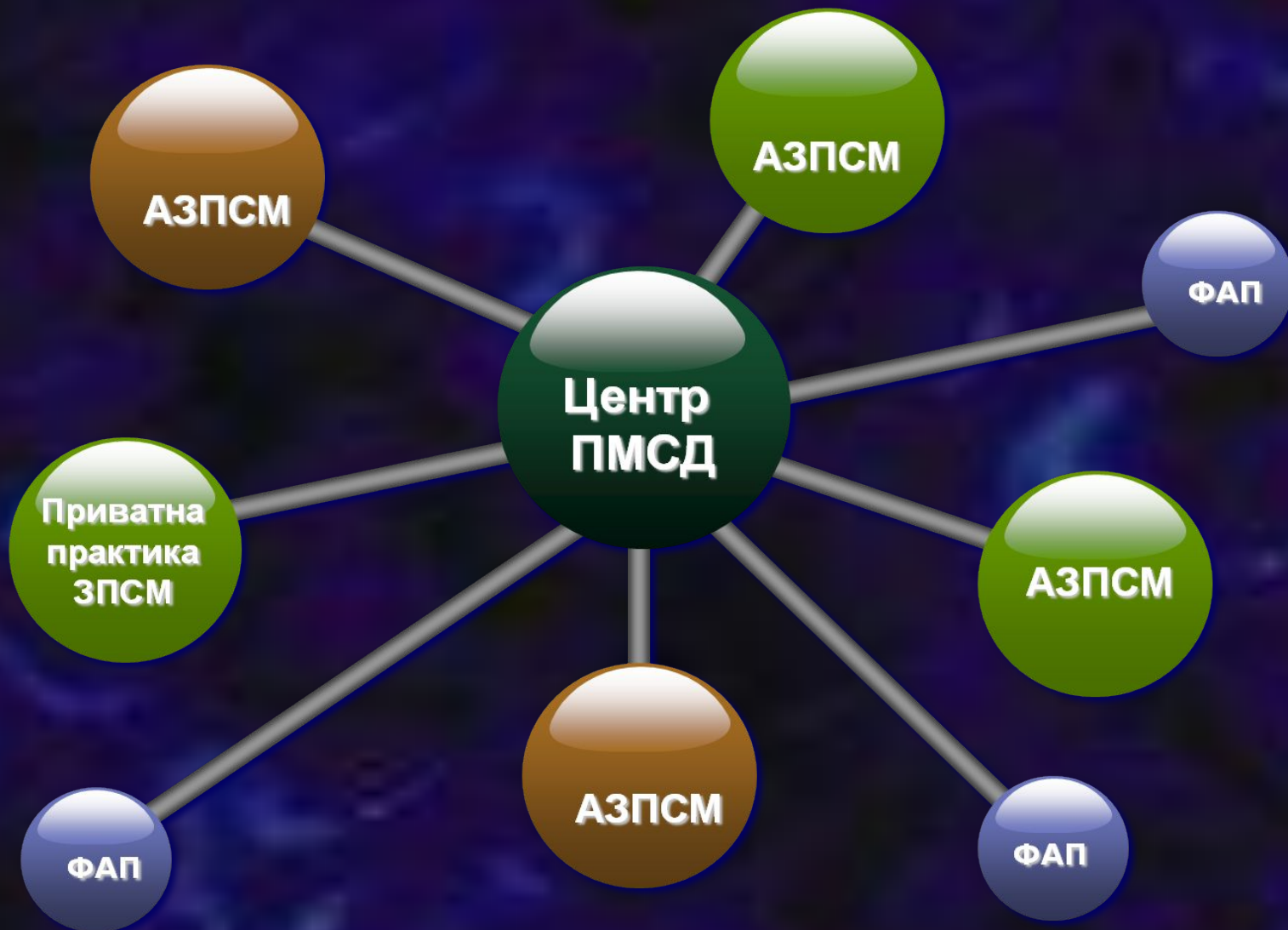


- Проведення чіткого структурного, фінансового і функціонального розмежування первинної та вторинної медичної допомоги
- Створення мережі установ первинного рівня переважно у вигляді амбулаторій ОП / СМ та їх обладнання відповідно до табелів оснащення
- Створення центрів ПМСД

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, отруєнь, 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 - багатoproфільні 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

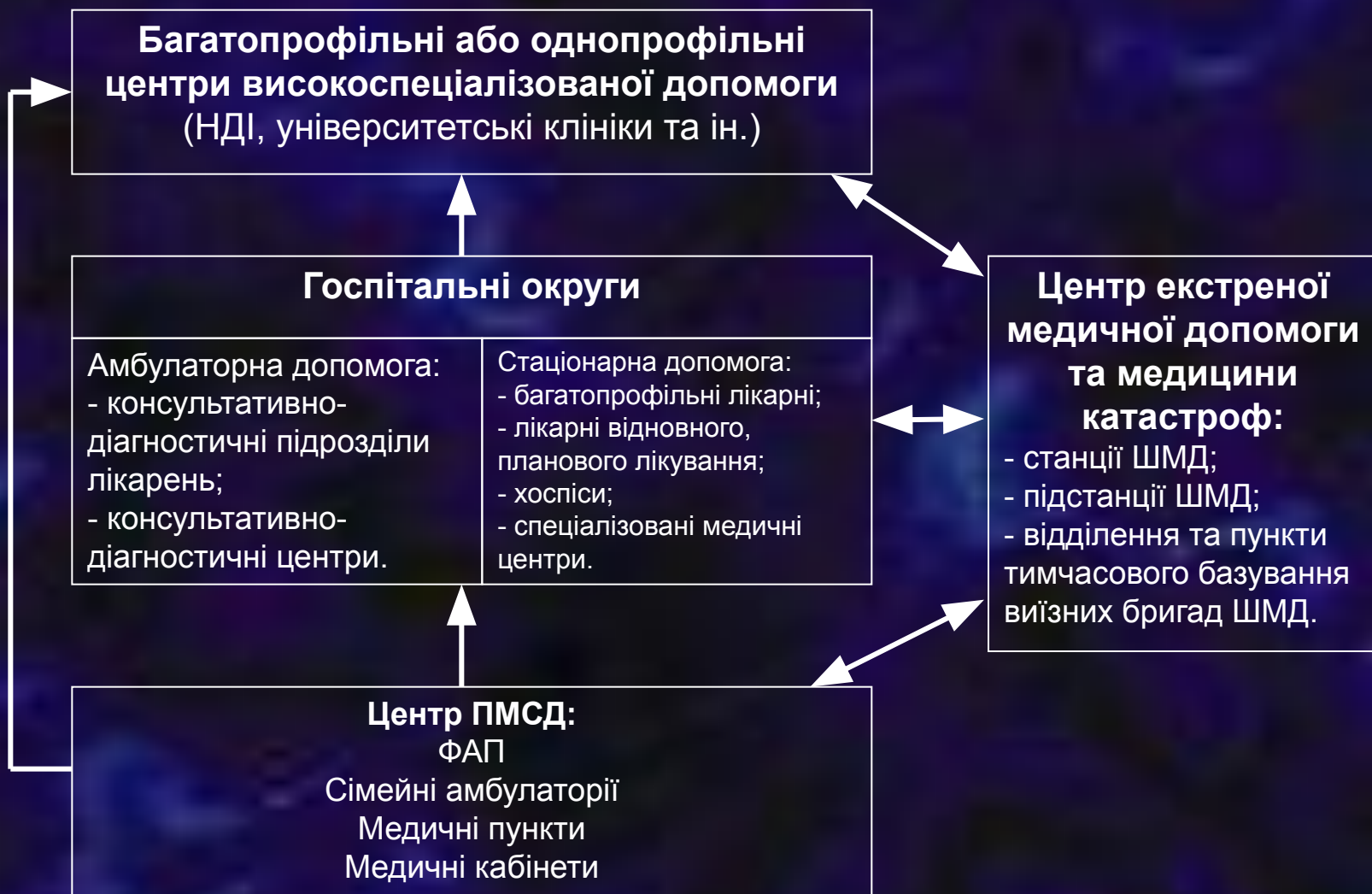


Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

- - 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 багатoproфільними 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 НАПРЯВЛЕННЯ 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 самоостійно 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 самотійним 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 показами 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!