

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра загальної і клінічної епідеміології та біобезпеки
з курсом мікробіології та вірусології

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Змістовий модуль 3 **Організація охорони здоров'я**

Методична розробка до практичних занять



Одеса
ОНМедУ
2024

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра загальної і клінічної епідеміології та біобезпеки
з курсом мікробіології та вірусології

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Змістовий модуль 3

Організація охорони здоров'я

Методична розробка до практичних занять



Одеса

ОНМедУ

2024

УДК 614.2+616-058

С 69

Розробники:

М. І. Голубятников, д. мед. н., професор,
завідувач кафедри загальної і клінічної епідеміології
та біобезпеки з курсом мікробіології та вірусології

О. В. Бачинська, д. мед. н., професор

К. О. Талалаєв, д. мед. н., професор

С. К. Сервецький, к. мед. н., доцент

Т. В. Федоренко, к. мед. н., доцент

Т. В. Герасименко, к. мед. н., асистент

О. А. Мельник, к. мед. н., асистент

Г. М. Джуртубаєва, асистент

К. С. Гриценко, асистент

Л. В. Костолонова, асистент

Рецензенти:

А. М. Гринзовський, д. мед. н., професор,
завідувач кафедри медицини надзвичайних ситуацій
та тактичної медицини Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця МОЗ України

В. В. Бабієнко, заслужений діяч науки і техніки України,
д. мед. н., професор, завідувач кафедри гігієни та медичної
екології Одеського національного медичного університету
МОЗ України

*Рекомендовано до друку
Вченою радою медичного факультету № 2
Одеського національного медичного університету
Протокол № 5 від 08.02.2024 р.*

© Розробники: М. І. Голубятников,
О. В. Бачинська, К. О. Талалаєв
та ін., 2024

© Одеський національний медичний
університет, 2024

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 14

Тема. Методологія аналізу причин соціальної нерівності щодо здоров'я та його охорони. Забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я і благополуччя (2 год).

Мета: ознайомитися з поняттям «соціальна нерівність», засвоїти, у чому полягає сутність, значення використання в медичній практиці міжсекторального співробітництва, вміти прогнозувати ризик для здоров'я за наявності соціальної нерівності, вміти планувати послуги громадського здоров'я.

Основні поняття:

Соціальна справедливість — відсутність запобіжних несправедливих або тих, що можуть бути усуненими, відмінностей між групами людей, об'єднаних за соціальними, економічними, демографічними або географічними ознаками.

Соціальні нерівності щодо здоров'я — це систематичні відмінності в стані здоров'я між різними соціально-економічними групами, що залежать від доходу, освіти та роду занять. Усі види систематичних соціальних нерівностей щодо здоров'я в межах країни соціально зумовлені й можуть бути зміненими, а тому є несправедливими.

Соціальна нерівність — становище в суспільстві, коли окремі соціальні групи мають різний соціальний статус, належать до різних суспільних класів або соціальних кіл і при цьому отримують особливі соціальні привілеї або позбавлені таких привілеїв.

Соціальний простір — поле соціальної діяльності, яке охоплює сукупність значущих соціальних груп, індивідів, об'єктів у тому чи іншому їхньому взаємному розташуванні.

Стратегічне керівництво в інтересах здоров'я — це дії органів державного управління та інших структур, спрямовані на керівництво спільнотами, країнами або групами країн у їхніх зусиллях щодо досягнення здоров'я як невід'ємної складової благополуччя із застосуванням як «загальнодержавного підходу», так і принципу «участі всього суспільства».

Міжсекторальні дії — це зусилля сектора охорони здоров'я, спрямовані на розвиток співпраці з іншими секторами суспільства з метою поліпшення показників здоров'я населення.

Моніторинг громадського здоров'я — це система довгострокових спостережень, оцінок, контролю, прогнозу стану і зміни здоров'я населення.

Прогнозування — це підпроцес управління, який базується на науково обгрунтованому передбаченні й визначенні майбутніх варіантів цілей, способів, впливу і засобів вирішення поставлених завдань, тенденцій розвитку та вірогідного стану об'єкта і суб'єкта управління.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. Усі держави-члени Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) прийняли рішення про створення нових основ політики «Здоров'я-2020», загальна мета яких — *«значно поліпшити здоров'я і підвищити рівень благополуччя населення, зменшити нерівність щодо здоров'я та забезпечити існування універсальних, соціально-справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину»*.

Нова концепція стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, запропонована ВООЗ, розширює існуючі раніше концепції міжсекторальних дій і об'єднує їх у рамках тіснішої співпраці різних секторів та спільної відповідальності держави й суспільства за охорону здоров'я.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАНЬ

Теоретичні питання до заняття

1. Перешкоди на шляху забезпечення необхідних умов для підтримки індивідуального здоров'я.

2. Соціальна нерівність як причина незадовільного доступу до медичної допомоги та соціальної підтримки.

3. Аналіз причин соціальної нерівності щодо здоров'я та його охорони. Шляхи поліпшення стану здоров'я всіх прошарків населення.

4. Стратегічне керівництво: визначення, ключові положення. Типи стратегічного керівництва в інтересах здоров'я.

5. Вектори розвитку. Загальнодержавний підхід. Принцип участі всього суспільства. Набір інструментів здійснення політики. Політична участь і лідерство.

6. Стратегічне планування послуг громадського здоров'я, планування політики і моніторинг її здійснення.

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1) Прогнозування чинників ризику на шляху забезпечення необхідних умов для підтримки індивідуального здоров'я.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Проблема громадського здоров'я є питанням основних прав людини і соціальної справедливості.

Справедливість щодо здоров'я передбачає, що в ідеалі кожна людина може досягти свого найвищого потенціалу здоров'я і при цьому ніхто не повинен перебувати в несприятливих умовах через соціальний стан або інші соціально зумовлені чинники.

Соціальна справедливість — відсутність запобіжних несправедливих або тих, що можуть бути усуненими, відмінностей між групами людей, об'єднаних за соціальними, економічними, демографічними або географічними ознаками.

Соціальна справедливість щодо здоров'я передбачає, що в ідеалі кожна людина повинна мати достойну можливість досягнення власного повного потенціалу здоров'я у більш практичному сенсі, що ніхто не повинен знаходитись у менш сприятливому становищі, ніж інші, у плані досягнення цього потенціалу.

Соціальні нерівності щодо здоров'я — це систематичні відмінності в стані здоров'я між різними соціально-економічними групами, що залежать від доходу, освіти та роду занять. Усі види систематичних соціальних нерівностей щодо здоров'я в межах країни соціально зумовлені й можуть бути зміненими, а тому є несправедливими.

Соціальна нерівність — становище в суспільстві, коли окремі соціальні групи мають різний соціальний статус, належать до різних суспільних класів або соціальних кіл і при цьому отримують особливі соціальні привілеї або позбавлені таких привілеїв.

До *аспектів соціальної нерівності* належать правова нерівність, обмеження свобод, майнова нерівність, нерівність щодо доступу до освіти, медичного обслуговування тощо.

До *типів соціальної нерівності* належать нерівність за гендерною, расовою, кастовою, віковою ознаками тощо.

Класифікація форм соціальної нерівності:

1) *класова* (диференціація на класи, верстви і групи залежно від соціального статусу, рівня доходу, освіти тощо);

2) *політична* (відсутність рівної можливості впливу на прийняття політичних рішень на рівні безпосередніх учасників політичного процесу);

3) *економічна* (різний рівень матеріального забезпечення, доходів і їхнього суспільного розподілу, задоволення потреб);

4) *гендерна* (нерівність у гарантуванні та реалізації основних прав і свобод людини залежно від статі);

5) *освітня* (посилення соціально-диференціюючих функцій інституту освіти, відсутність рівного доступу до освіти через її комерціалізацію);

6) *екологічна* (відсутність гарантій захисту від загроз екологічного забруднення, екологічних катастроф тощо);

7) *нерівність безпеки здоров'я* (відсутність захищеності від ризиків захворюваності, нерівність у доступності ефективного медичного обслуговування тощо);

8) *культурна* (нерівність захисту культурного розвитку від деструктивних тенденцій);

9) *інформаційна* (заангажованість ЗМІ, відсутність об'єктивних каналів передачі інформації, нерівність доступу до інформації).

Соціальна структура суспільства, її складові перебувають у постійному русі й розвитку. Відбувається постійна зміна статусу індивідів, їхнє пересування з одних суспільних прошарків, груп до інших (соціальне переміщення), просування до позицій з більш високим престижем, доходами і владою, соціальне просування, або перехід на нижчі ієрархічні позиції, соціальна деградація.

Пересування в соціальному просторі, зміна індивідом або соціальною групою соціальної позиції, місця в соціальній структурі нази-

вається *соціальною мобільністю*. Цей термін був запроваджений на позначення явища пересування індивіда в соціальному просторі.

Соціальний простір — поле соціальної діяльності, яке охоплює сукупність значущих соціальних груп, індивідів, об'єктів у тому чи іншому їхньому взаємному розташуванні.

Соціальна мобільність може бути різних типів, а саме: горизонтальна й вертикальна, між різними поколіннями і в межах одного покоління.

Горизонтальна мобільність означає пересування людей на тому самому соціальному рівні, без зміни або зі зміною статусу на інший, еквівалентний попередньому. Наприклад, учений, професор займався науково-дослідною працею в НДІ, потім перейшов на викладацьку роботу до закладу вищої освіти на ту ж посаду професора.

Вертикальна мобільність означає зміну статусу на вищий або навпаки, тобто рух угору-донизу в системі соціальних позицій. Наприклад, пересування з посади старшого викладача на посаду доцента.

Мобільність поколінь — це зміна соціального становища дітей, якщо порівняти з батьками (зміна статусу від батька до сина).

Низька мобільність свідчить про велику соціальну нерівність членів суспільства. Інтенсивність мобільності залежить від кількості статусів, що існують у суспільстві, і від умов, що дають змогу людям пересуватися від статусу до статусу, а точніше — від міри свободи такого пересування.

Соціологи розрізняють два типи нерівності. Нерівність щодо позицій (доходів, престижності, освіти, влади) називається *нерівністю у сфері стратифікації*, а нерівність щодо можливостей досягнення позицій — *нерівністю у сфері мобільності*. У кастовому суспільстві можливості для мобільності мінімальні, бо люди не можуть пересуватися з однієї касты в іншу. У класовому суспільстві бар'єри для мобільності зняті, але існує велика нерівність щодо можливостей мобільності. Так, шанси потрапити до престижного закладу вищої освіти у дитини багатих або впливових батьків набагато більші, ніж у дитини з пересічної сім'ї.

Українськими вченими доведено, що трансформація економічної та соціальної сфер, яка відбувається під впливом різноманітних за походженням чинників, створює умови для значних змін у напрямках і кількісних показниках соціальної мобільності. На думку Є. Головахи, Н. Паніної, зафіксовані на сучасному етапі трансформації суспільства

напрями та інтенсивність соціальної мобільності є ознаками як меж нерівності в суспільстві, так і міри доступності для представників різних верств населення привабливих позицій у соціальній структурі.

Стратегічне керівництво в інтересах здоров'я

У політиці «Здоров'я-2020» під терміном *«стратегічне керівництво охороною здоров'я»* розуміють усю сукупність процесів стратегічного керівництва у сфері охорони здоров'я. Це передбачає відповідальність за такі напрями діяльності:

- розробка та реалізація національних і субнаціональних стратегій охорони здоров'я;
- постановка цілей і завдань у галузі охорони здоров'я для поліпшення здоров'я;
- надання високоякісної та ефективної медичної допомоги;
- забезпечення ключових функцій системи охорони громадського здоров'я.

Стратегічне керівництво в інтересах здоров'я — це дії органів державного управління та інших структур, спрямовані на керівництво спільнотами, країнами або групами країн у їхніх зусиллях для досягнення здоров'я як невід'ємної складової благополуччя із застосуванням як «загальнодержавного підходу», так і принципу «участі всього суспільства».

Стратегічне керівництво охороною здоров'я створює стимули для поліпшення показників діяльності, підвищення підзвітності та прозорості, а також для повноцінного залучення користувачів медичними послугами до керівництва охороною здоров'я завдяки організаційній структурі, яка дає змогу організувати ресурси, надавачів послуг і їхні послуги та забезпечити здійснення єдиної політики й досягнення національних цілей у галузі охорони здоров'я.

За даними ВООЗ, сьогодні міністерства охорони здоров'я більш активно займаються ініціюванням міжсекторальних підходів до охорони здоров'я і діють як посередники і захисники інтересів населення у сфері збереження та відновлення здоров'я.

За визначенням Талліннської хартії, сектор охорони здоров'я має встановлювати співробітництво з іншими секторами за принципом взаємної підтримки і конструктивного партнерства, що забезпечить не тільки надання індивідуальних медико-санітарних послуг, але й досягнення загальних цілей суспільства і держави в охороні здоров'я.

Сектор охорони здоров'я також є партнером інших секторів, коли зміцнення здоров'я населення може мати позитивний вплив на досягнення їхніх цілей. У зв'язку з цим міністерства охорони здоров'я та інституції охорони громадського здоров'я під час формування стратегій, які сприяють укріпленню здоров'я та благополуччя населення, повинні виконувати нові функції — виходити за рамки своїх відомств і просувати стратегії, які сприяють досягненню здоров'я для всіх, у партнерстві за межами сектора охорони здоров'я. Таким чином, нові форми стратегічного керівництва в інтересах здоров'я необхідні в усьому суспільстві та в усій системі державного управління.

В європейській політиці «Здоров'я-2020» наведено таке визначення *стратегічного управління*: «намагання органів державного управління (уряду) та інших діючих суб'єктів керувати суспільствами, цілими країнами і навіть групами країн в їх діях із досягнення здоров'я як невід'ємної складової благополуччя, використовуючи для цього як загальнодержавний підхід, так і підхід за участю всього суспільства».

У цьому визначенні здоров'я та благополуччя окреслено ключові атрибути успішного і нормально функціонуючого суспільства в XXI ст. Для того щоб відповідальність усього суспільства і загальнодержавна відповідальність за охорону здоров'я стали реальністю, необхідне сильне керівництво. Стратегії, дії та соціальна прихильність охороні здоров'я не можуть виникнути самі по собі.

У сучасному суспільстві вплив на здоров'я настільки різнобічний і розгалужений по всіх секторах суспільства, що для зміцнення здоров'я необхідні дії на основі нового мислення і нової парадигми — традиційні лінійні раціональні моделі планування уже недостатні.

Сьогодні спостерігається процес переходу від моделі стратегічного керівництва, у центрі якої стоїть держава, до моделі співробітництва, за якої стратегічне керівництво є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави і суспільства: парламенти, міністерства, відомства, організації, комісії, бізнесові структури, громадські об'єднання, засоби масової інформації, громадяни. Таке стратегічне керівництво в інтересах здоров'я розосереджене по горизонталі. Це сприяє здійсненню сумісних дій у загальних інтересах сектору охорони здоров'я та інших секторів.

Одне з найважливіших завдань полягає у формуванні свідомості та можливості включити цілі охорони здоров'я у загальний процес соціально-економічного розвитку суспільства і розвитку його людсь-

кого потенціалу. Досягнення такого ступеня взаємодії всередині системи державного управління, коли здійснюватимуться дії на міжвідомчому рівні, — безсумнівно, непросте завдання. Це пояснюється складністю питань, які підлягають вирішенню, «каверзним» характером проблем і відсутністю гнучкості бюрократичних організаційних систем. Ситуація також ускладнюється розподілом впливу і ресурсів у суспільстві, конфліктами інтересів усередині системи державного управління, браком стимулів і недостатньою прихильністю на найвищому рівні.

Нова концепція стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, запропонована ВООЗ, об'єднує і розширює існуючі раніше концепції міжсекторальних дій та здорової державної політики в рамках більш широких міжсекторальних дій та взаємопов'язаної відповідальності всього суспільства і загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я. Тут *важливим елементом є принцип урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях, який потребує винесення питання про охорону здоров'я на більш високий рівень у політичному порядку денному, активізації діалогу на рівні політики з питань здоров'я населення і його детермінант, а також підвищенню відповідальності за кінцеві результати для здоров'я.*

Важливим нормативним документом є проєкт Всесвітнього Банку «Глобальні показники стратегічного керівництва», у якому визначено важливі взаємозв'язки між належним стратегічним керівництвом і здоров'ям. Як стратегічне керівництво в інтересах здоров'я, так і стратегічне керівництво охороною здоров'я базуються на системі цінностей і принципів, яка називається належним стратегічним керівництвом.

Розумне стратегічне керівництво — це набір механізмів для досягнення результатів на основі принципів належного стратегічного керівництва.

Дослідники вказують на необхідність комбінованого підходу до стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, а саме до *ієрархічного, розосередженого і колективного*.

Виділяють *п'ять типів розумного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я*:

1. *Керівництво шляхом співробітництва*. Тут включаються процеси співробітництва, які поєднують комунікацію, довіру, прихильність і розуміння вибору інструментів і механізмів, а також необхідність прозорості й підзвітності.

2. *Керівництво шляхом залучення громадян.* У міру того як керівництво поширюється на все суспільство, робота з населенням може підвищити рівень прозорості та підзвітності. Партнерські відносини з населенням та розширення його прав і можливостей також важливі для збереження системи цінностей. Однією з провідних сил є технології. Наприклад, об'єднання соціальних засобів масової інформації в мережі дають змогу громадянам впливати на те, як державні органи й органи охорони здоров'я ведуть справи. У рамках таких складних відносин широка участь заінтересованих сторін, прозорість і підзвітність стають провідником інновацій.

3. *Керівництво шляхом поєднання регламентування та переконання.* Стратегічне керівництво стає більш рухливим, багаторівневим, із залученням значної кількості заінтересованих сторін, більш адаптованим. Традиційні ієрархічні засоби керівництва доповнюються іншими механізмами, такими як «делікатна влада» і «делікатне право». До таких механізмів належать саморегулювання, керівництво через переконання, альянси, мережі та відкриті методи координації. Сьогодні при інтересі до «стратегії підштовхування» критично аналізуються підходи до поліпшення здоров'я населення. При цьому все більше поширюються ієрархічні багаторівневі нормативні документи, які охоплюють рівні від глобального до місцевого. Прикладом такого документу може бути Рамкова конвенція ВООЗ щодо боротьби з тютюнопалінням, яка стосується багатьох аспектів способу життя, поведінки та побуту людей.

4. *Керівництво шляхом залучення незалежних закладів та експертних органів.* Такі заклади й органи відіграють важливу роль у наданні фактичних даних і спостереженні за дотриманням етики, розширенні підзвітності та укріпленні демократичної підзвітності в питаннях охорони здоров'я і в таких сферах, як недоторканність особистого життя, оцінка ризиків, контроль якості, оцінка технологій охорони здоров'я й оцінка впливу на здоров'я людей.

5. *Керівництво за допомогою адаптованих стратегій, стійких структур і прогнозування.* Загальнодержавні підходи мають бути адаптованими і відображати труднощі причинно-наслідкових зв'язків, оскільки у складних проблемах не буває простих лінійних рішень. Децентралізація прийняття рішень і утворення самоорганізуючих або соціальних мереж допомагає заінтересованим сторонам оперативно і по-новому реагувати на надзвичайні ситуації. Втручання мають носити повторний характер, поєднувати в собі безперервне на-

вчання, накопичення знань та обмін ними між заінтересованими сторонами, а також передбачати механізми ініціювання дискусій та коригування політики. Керівництво за принципом випередження подій підвищує стійкість суспільства до несприятливих зовнішніх чинників, оскільки акценти в політиці переміщуються з ризиків на розв'язання більш фундаментальних, системних проблем, а також з'являється можливість спільно обговорювати соціальні аспекти державної політики, засновані на цінностях і науці.

Міжсекторальні дії — це зусилля сектора охорони здоров'я, спрямовані на розвиток співпраці з іншими секторами суспільства з метою поліпшення показників здоров'я населення.

Моніторинг громадського здоров'я — це система довгострокових спостережень, оцінок, контролю, прогнозу стану і зміни здоров'я населення.

Прогнозування — це підпроцес управління, який базується на науково обґрунтованому передбаченні та визначенні майбутніх варіантів цілей, способів, впливу і засобів вирішення поставлених завдань, тенденцій розвитку і вірогідного стану об'єкта і суб'єкта управління.

Упровадження компонентів стратегії розумного керівництва прогнозовано створить умови, з одного боку, для збереження здоров'я населення, а з другого — забезпечить справедливий і рівний доступ до якісної медичної допомоги, яка відповідатиме актуальним запитам суспільства, а також сприятиме розвитку системи громадського здоров'я в країні.

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобувачів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посіб. / Грузева Т. С. та ін.; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохначов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2013. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Склярів Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самост. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int

3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov

4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua

5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх» . URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com
7. Журнал Evidence-Based Medicine. URL: www.evidence-based-medicine.com

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 15

Тема. Сімейна медицина. Первинна, вторинна та третинна медична допомога населенню (2 год).

Мета: знайомство та створення уявлення про сучасну організаційну модель діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) населенню на засадах сімейної медицини. Засвоїти основні організаційні принципи, задачі та вимоги щодо діяльності системи первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини.

Основні поняття:

Лікувально-профілактична допомога — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам із гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих і інвалідів з метою продовження їхнього активного довголіття.

Сімейна медицина — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики.

Сімейний лікар — це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) — це ланка, робота якої може забезпечити розв'язання більшості проблем здоров'я населення в поєднанні з участю інших рівнів, спеціалістів і закладів.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. Значущість теми у майбутній професійній діяльності лікаря полягає в тому, що останнім часом значно зростає роль саме первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), у системі якої, як правило, і починають свою лікарську діяльність випускники медичних закладів вищої освіти (ЗВО).

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАТЬ

Теоретичні питання до заняття

1. Система охорони здоров'я в Україні. Принципи й організація.
2. Організація первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.
3. Організація вторинної та третинної допомоги.
4. Організація стаціонарної допомоги населенню, забезпеченість населення ліжками, рівні госпіталізації. Госпітальний округ. Аналіз діяльності стаціонару.
5. Особливості медичного забезпечення сільського населення.

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Оволодіти навичками організації та аналізу діяльності системи ПМСД населенню за принципами сімейної медицини.
2. Уміти теоретично досліджувати й обґрунтовувати оптимізовані схеми-моделі системи ПМСД населенню на принципах сімейної медицини.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Лікувально-профілактична допомога — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам із гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих і інвалідів з метою продовження їхнього активного довголіття. До видів лікувально-профілактичної допомоги належать амбулаторно-поліклінічна, швидка, стаціонарна та санаторно-курортна допомога.

Види лікувально-профілактичної допомоги дорослому населенню та заклади, що її надають:

Амбулаторно-поліклінічна допомога надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Її отримують при звертанні безпосередньо в амбулаторно-поліклінічному закладі або вдома.

Швидка медична допомога — це медична допомога хворим при раптових захворюваннях з тяжким перебігом і постраждалим від нещасних випадків. Вона надається закладами швидкої та екстреної медичної допомоги в максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації.

Стаціонарна допомога надається хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

Лікувально-профілактична допомога здійснюється:

- лікувально-профілактичними акредитованими закладами;
- службою швидкої медичної допомоги;
- окремими медичними працівниками, які мають ліцензію.

Новою редакцією Закону «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» передбачено чітке розмежування медичної допомоги на первинну, вторинну, третинну й екстрену, дані визначення паліативної допомоги, медичної реабілітації, системи стандартів надання медичної допомоги.

Лікувально-профілактичні заклади

Для виконання складних і різноманітних завдань лікувально-профілактичної допомоги формуються штати персоналу відповідних закладів, кількість і склад медичних працівників визначаються умовами території, яку мають обслуговувати ці заклади, враховуючи кількість населення, особливості його розселення, форми роботи закладів в умовах реформування галузі охорони здоров'я тощо. За сучасних умов одним із принципів розвитку системи охорони здоров'я є децентралізація управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності їхніх працівників на правовій і договірній основі. Виходячи з цього, керівники мають можливість творчо реалізувати на місцях відповідні постанови та накази щодо розвитку конкретних видів медичної допомоги та формування штатів, враховуючи раціональ-

ність перерозподілу посад між окремими структурними підрозділами відповідно до ситуацій та проблем, що виникають. У процесі формування або реорганізації системи в конкретному регіоні або місті слід забезпечити пріоритетність первинної медико-санітарної допомоги, служби екстреної та швидкої медичної допомоги, медичної допомоги дітям і матерям, зберігаючи мережу лікувально-профілактичних закладів у сільській місцевості. При формуванні штатів треба дотримуватися меж, установлених лімітами бюджетних асигнувань на заробітну плату.

Усі функції, обов'язки, права та відповідальність медичних працівників визначаються посадовими інструкціями та функціональними обов'язками, що розробляються в лікувально-профілактичних закладах відповідно до конкретних умов їхньої діяльності. Розмежування функцій залежить насамперед від участі лікувально-профілактичних закладів у наданні допомоги різного ступеня складності: *первинної*, *вторинної* (спеціалізованої) та *третинної* (високоспеціалізованої), від їхньої потужності, видів спеціалізованої допомоги, а також категорії, присвоєної лікувально-профілактичному закладу (ЛПЗ) відповідною акредитаційною комісією.

Первинна медична допомога — це 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 (у період 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 або психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, до складу яких можуть входити структурні або відокремлені підрозділи (фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети), а також лікарі загальної практики — сімейні лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи — підприємці та перебувають із центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги у цивільно-правових відносинах.

Лікарем-куратором з надання первинної медичної допомоги пацієнтові є лікар загальної практики — сімейний лікар закладу охорони здоров'я або лікар загальної практики — сімейний лікар, що провадить господарську діяльність із медичної практики як фізична особа-підприємець.

Лікаря-куратора з надання первинної медичної допомоги вибирає пацієнт у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Первинна медична допомога надається безоплатно державними і комунальними закладами охорони здоров'я, з якими Національною службою здоров'я України (НСЗУ) укладено договори про медичне обслуговування населення.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога — це медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики — сімейної медицини) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (у період вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Вторинна (спеціалізована) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковану діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я, якими є:

— у 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).

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення. Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається безоплатно відповідно до медичних пока-

зань за направленням лікаря загальної практики — сімейного лікаря державного або комунального закладу охорони здоров'я або відповідно до медичних показань за направленням закладу охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації, із якими укладено договори про медичне обслуговування населення.

Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань надається безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку у відповідному закладі охорони здоров'я, а також у разі необхідності надання екстреної медичної допомоги.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога — це 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, отруєнь, патологічних станів, ведення фізіологічних станів (у період вагітності та пологів) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) допомоги або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації.

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

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я за направленням відповідно до медичних показань державних і комунальних закладів охорони здоров'я з надання первинної або вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення.

Без направлення третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається безоплатно відповідно до медичних показань держав-

ними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладені договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які потребують надання екстреної медичної допомоги, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку у відповідному високоспеціалізованому багатопрофільному або однопрофільному закладі охорони здоров'я.

Сімейна медицина

Сімейна медицина — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики. Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати як таку, що забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї.

Провідна роль у медичному забезпеченні населення зобов'язує керівників відповідних ЛПЗ і всього медичного персоналу постійно удосконалювати їхню багатогранну діяльність. Це зумовлює розмежування сфер діяльності між структурами первинної, вторинної або третинної медичної допомоги. При цьому значно зростає роль саме ПМСД.

Європейське регіональне бюро ВООЗ дало таке визначення: первинна медико-санітарна допомога включає консультацію та першу допомогу, яку надають одноосібно або разом спеціалісти з охорони здоров'я чи споріднених професій з профілактичною та лікувальною метою.

Сформульоване в основах законодавства України з охорони здоров'я (1992) поняття вказує, що ПМСД — це основна лікувальна та профілактична допомога, проста діагностика, направлення в складних випадках на консультацію більш високого рівня та основні санітарно-освітні заходи.

Функції ПМСД не обмежуються тільки медичною допомогою. Пріоритетність її розвитку пов'язана також з потребою забезпечити:

- гарантований обсяг медичної, психологічної та соціальної допомоги;
- доступність відповідних медичних і соціальних послуг для всього населення;
- безперервність спостереження за пацієнтами.

Повноцінне функціонування ПМСД потребує розв'язання низки проблем: проведення організаційних заходів; визначення джерел фінансування; удосконалення та реорганізація інфраструктури ПМСД; узгодження її взаємодії з іншими видами медичного забезпечення;

налагодження підготовки та перепідготовки медичного та іншого персоналу; проведення серед населення відповідних санітарно-освітніх заходів з метою формування позитивного ставлення до сприйняття ПМСД.

Отже, *ПМСД* — це ланка, робота якої може забезпечити розв'язання більшості проблем здоров'я населення в поєднанні з участю інших рівнів, спеціалістів і закладів. Тому на неї покладається вирішення таких завдань:

- діагностика та лікування (до одужання або повної компенсації) хворих на найбільш розповсюджені захворювання, у тому числі і нетерапевтичного профілю;
- долікування після одержання інших видів допомоги;
- цільове направлення для одержання медичної допомоги у випадках, що виходять за межі компетенції лікаря загальної практики;
- проведення комплексу профілактичних заходів;
- диспансеризація хворих з орієнтацією на донозологічну діагностику та медико-соціальну профілактику;
- надання невідкладної допомоги.

Ґрунтується ПМСД на засадах сімейної медицини. Принципи сімейної медицини, рекомендовані рішеннями Міжнародного симпозиуму з охорони здоров'я (жовтень 1995 р.), такі:

- спостереження за досить стабільним контингентом населення з урахуванням медико-соціальних проблем родини;
- забезпечення родині безкоштовної, доступної, безперервної, постійної ПМСД;
- вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря;
- центральна постать ПМСД — сімейний лікар (лікар загальної практики);
- основна форма організації роботи — групова практика лікарів, медичних сестер та інших працівників.

Головною особою в ПМСД є сімейний лікар (лікар загальної практики), завдання якого визначені Європейським союзом лікарів у 1984 р.

Сімейний лікар — це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.

Посаду сімейного лікаря може посідати лікар, який пройшов підготовку в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика — сімейна

медицина», або лікарі за спеціальностями «Лікувальна справа» і «Педіатрія», що пройшли підготовку у медичних закладах вищої післядипломної освіти за спеціалізацією із сімейної медицини й отримали сертифікат за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина». Контингент населення, який прикріплюється до сімейного лікаря для отримання ПМСД, формується на основі права вільного вибору лікаря в межах затверджених нормативів навантаження спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Порядок діяльності сімейного лікаря і його визначення встановлюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Сімейний лікар постійно наглядає за хворими з хронічними, рецидивними та невиліковними хворобами. Тривалий контакт з ними дає змогу відстежувати ситуацію, налагоджувати добрі стосунки, побудовані на довірі. Відповідальність за все населення базується на співпраці з колегами медичної та немедичної сфери.

Моделі роботи сімейного лікаря (лікаря загальної практики) подані на рис. 1.



Рис. 1. Організаційні моделі роботи сімейних лікарів (лікарів загальної практики)

Критерії WONCA

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) ставить шість основних вимог до сімейного лікаря:

1. Надання первинної медичної допомоги:

— вміння проводити первинне обстеження пацієнта;

— координація діяльності вузьких фахівців, залучених до допомоги пацієнту.

2. Особлива увага до інтересів пацієнта:

- здатність приділяти увагу інтересам пацієнта;
- вміння встановлення продуктивних відносин із пацієнтом і використання цих навичок при роботі з хворим;
- забезпечення безперервності надання медичної допомоги тривалий час.

3. Вміння розв'язувати певні проблеми пацієнта:

- прийняття рішень на основі знань про захворюваність і розповсюдженість цієї патології серед даної групи населення;
- лікування хвороб на ранніх стадіях і негайне надання допомоги за нагальної необхідності.

4. Комплексний підхід:

- одночасне лікування як гострих, так і хронічних станів пацієнта;
- організація для пацієнта необхідних оздоровчих і лікувальних заходів.

5. Соціальна спрямованість:

- узгодження потреб окремих пацієнтів з потребами всієї групи, що обслуговується, та наявними ресурсами.

6. Цілісне уявлення про захворювання:

- вміння застосовувати біо-психо-соціальну модель з урахуванням культурних та екзистенціальних аспектів життя людей.

Надання медичної допомоги сімейними лікарями на базі поліклінік, що працюють, найбільш прийнятне для деяких країн Східної Європи та низки держав. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дозволить заощадити кошти на будівництво нових закладів. Упровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм їхньої діяльності.

Вивчення досвіду різних країн щодо організації ПМСД на засадах сімейної медицини вказує на різноманітність її організаційних форм.

У Чехії в наданні ПМСД, крім лікарів загальної практики, беруть участь також педіатри. Лікарі загальної практики мають установлені години роботи, за потреби пацієнти звертаються до центрів швидкої допомоги первинної ланки охорони здоров'я.

У Данії сімейні лікарі також надають медичну допомогу протягом визначеного денного часу, а після завершення прийому сімейного лікаря, за потреби, населення звертається до швидкої допомоги.

Одна з моделей Ізраїльської охорони здоров'я (на прикладі Єрусалиму) передбачає діяльність центрів здоров'я. Участь у наданні ПМСД беруть лікарі загальної практики, педіатри, психологи, соці-

альні працівники, дієтологи, фахівці з санітарної просвіти й епідеміологі. Значна роль належить медичним сестрам, які причетні до планування роботи, впровадження нових програм і методик.

Як зазначалося вище, надання ПМСД у центрах здоров'я характерне для Скандинавських країн. У Фінляндії нараховується понад 200 центрів здоров'я, кожен з яких приблизно обслуговує близько 10 тисяч населення (у районах з малою густотою проживання населення ця кількість може бути меншою). До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо. Для більшої доступності медичної допомоги передбачено забезпечення центрів автотранспортом.

З огляду на досвід США, сімейний лікар — це добре підготовлений фахівець загальної практики, що працює у відповідно оснащеному медичному закладі, а не ходить від одного будинку до іншого, займаючись тільки хворими.

Вважається, що він повинен не тільки надавати медичну допомогу, але й бути радником, захисником пацієнта.

Лікар має консультувати їх з приводу захворювань і методів лікування, направляти до спеціалістів, забезпечувати безперервну допомогу при хронічних станах. Це дуже важливо в плані контролю за вартістю лікування, за використанням і раціональним розміщенням ресурсів.

Питома вага відвідувань з приводу загального огляду, антенатального спостереження за дитиною становить 3–5 %, спостереження після операції — до 5 %, на відвідування з приводу хірургічних втручань і консультацій щодо харчування припадає по 6–7 %, 4,2 % пов'язані з отриманням фізіотерапевтичних процедур.

Серед діагнозів значне місце посідають артеріальні гіпертензії, гострі респіраторні інфекції, отити.

Цікавим є досвід системи сімейної практики у Великій Британії, описаний у довіднику сімейного лікаря (автор Орест Мулька, 1997).

Населення країни має право на вільний вибір лікаря та в переважній більшості задоволене ним (85 %).

Сімейні лікарі забезпечують лікуванням майже 90 % хворих і тільки 10 % направляють до спеціалістів.

Вони цілодобово спостерігають за станом здоров'я в середньому 1800 пацієнтів протягом усього їхнього життя. У розпорядження сімейних лікарів надходять кошти з розрахунку на одного пацієнта.

Кожний лікар у підпорядкуванні має кількох працівників, це:

- медичні сестри;
- секретарка;
- оператор персональних електронних обчислювальних машин;
- адміністратор;
- бухгалтер.

Їх наймають до бригади ПМСД з огляду на доцільність і в межах фінансових можливостей.

Сьогодні більшість лікарів загальної практики (сімейних лікарів) працюють у державних медичних закладах, незначна їхня частина займається приватною практикою або працює в недержавних закладах. Найважливіша як індивідуальна, так і групова практика. У груповій практиці задіяні, крім сімейних лікарів, стоматолог, педіатр, акушер-гінеколог, а також середній медперсонал — медичні сестри процедурного та перев'язувального кабінетів, молодша медична сестра.

Сімейні лікарі ведуть прийом терапевтичних, неврологічних, офтальмологічних хворих тощо. За експертною оцінкою, у перехідний період сімейні лікарі можуть забезпечити від 36 до 46 % відвідувань офтальмолога, отоларинголога, невропатолога та близько 23 % хірурга.

Працюючи в поліклініці, вони використовують її лікувально-діагностичну базу.

У самостійних лікарських амбулаторіях, віддалених від поліклініки, обсяг досліджень зменшується.

Кількість населення, що припадає на одного лікаря, коливається в межах 1600–2500 чоловік. Протягом року на консультацію до інших спеціалістів направляють до 20 % пацієнтів, на обстеження в інші заклади — 14 %.

Пропонується планувати не менше 4 відвідувань за рік на 1 жителя, можливий рівень госпіталізації дорівнює 15 %.

Важливе значення має забезпечення взаємодії сімейних лікарів з іншими службами та закладами, включаючи поліклініки, стаціонари, диспансери, консультативно-діагностичні центри тощо. При цьому ставиться завдання щодо переорієнтації роботи поліклінік на надання переважно спеціалізованої допомоги, на виконання оздоровчих програм, проведення відновлювального лікування з необхідним використанням допоміжно-лікувальних підрозділів, з часом можлива інтеграція консультативно-діагностичної та стаціонарної допомоги.

Реформуючи ПМСД на засадах сімейної медицини, Україна враховує світовий досвід і вивчає різні форми її організації.

Фактично в наданні ПМСД беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади: самостійні поліклініки та амбулаторії (у тому числі амбулаторії сільських дільничних лікарень), поліклінічні відділення міських, центральних районних, районних лікарень, дитячі поліклініки, жіночі консультації, медико-санітарні частини, а також заклади долікарської допомоги (фельдшерські пункти охорони здоров'я, фельдшерсько-акушерські та акушерські пункти). До них долучаються заклади швидкої медичної допомоги.

Первинну медико-санітарну допомогу в сучасних умовах забезпечують дільничні терапевти і педіатри, проте її обсяг далекий від бажаного у зв'язку із залученням лікарів інших спеціальностей.

Досить тривалий час пріоритетним вважався розвиток спеціалізованої допомоги. Унаслідок цього питома вага спеціалістів загально-терапевтичного профілю незначна — серед усіх лікарів, що обслуговують міське та сільське населення, вона становить відповідно майже 12 % і приблизно 20 %.

У багатьох країнах частка лікарів загальної практики значна та становить 40–55 % (США, Канада, Франція). Вони забезпечують лікування майже 90 % пацієнтів, близько 10 % звертаються до вузьких спеціалістів.

В Україні на вузьких спеціалістів припадає до 60 % звертань за медичною допомогою.

Забезпечення дільничними терапевтами певної частини ПМСД не є достатнім з огляду на нагальні потреби населення в ній щодо обсягу та якості. До того ж їхній рівень підготовки з інших профілів медичної допомоги явно не достатній і усунення цього недоліку потребуватиме певного часу.

Організація надання ПМСД на засадах сімейної медицини (загальної практики) передбачена основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України в умовах розвитку ринкових відносин. Згідно з розробленою МОЗ Державною програмою «Сімейна медицина», передбачено поетапне реформування ПМСД із випробуванням в окремих регіонах і містах різних моделей та схем її організації.

Перший етап, підготовчий, що розпочався у 1990-х роках, включає розробку нормативно-правової документації, підготовку та створення матеріально-технічної, організаційної бази, апробацію різних моделей.

На другому етапі проводиться реформа, метою якої є впровадження загальнолікарських практик в амбулаторно-поліклінічну мережу. Спочатку рекомендується об'єднати дільничних терапевтів, педіатрів і акушерів-гінекологів. У сучасних умовах вони, як правило, працюють у різних ЛПЗ, принаймні в містах, тому основна проблема полягає в забезпеченні узгодженості їхніх дій. Щодо акушерів-гінекологів, то їхня участь у наданні ПМСД на сімейних засадах є дискусійною.

У подальшому будуть широко використовуватися денні та домашні стаціонари, проводитимуться організаційні об'єднання терапевтичних і педіатричних відділень, в одному закладі будуть створюватися сімейні бригади.

Вивчення світового досвіду надання ПМСД на засадах сімейної медицини та досвіду її розвитку в нашій державі дало змогу співробітникам Українського інституту громадського здоров'я запропонувати три організаційні моделі реформування дільнично-територіальної системи:

- групова практика медичної допомоги у вигляді комплексних бригад (терапевти, педіатри, акушери-гінекологи);
- лікар загальної практики, який надає багатопрофільну медичну допомогу закріпленому за ним населенню (дорослому або дитячому);
- сімейний лікар, який обслуговує всю родину.

В Україні сімейним лікарем може бути спеціаліст з вищою медичною освітою, підготовка якого регламентована відповідною освітньо-кваліфікаційною характеристикою та засвідчена сертифікатом за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина».

Він може працювати індивідуально або з іншими лікарями (групова практика):

- у державному закладі (поліклініці, міській або сільській лікарській амбулаторії, медико-санітарній частині);
- у недержавному медичному закладі (малому, акціонерному, колективному підприємстві, кооперативі);
- у приватній лікарській амбулаторії.

З огляду на економічну рентабельність індивідуальна практика доцільна в населених пунктах із малою кількістю населення, у нових районах міст без розвиненої інфраструктури, при розкиданості територіальних дільниць, зумовленій відповідною системою забудови тощо.

Групова практика, як добровільне об'єднання лікарів, може здійснюватися на різних засадах:

- об'єднання кількох сімейних лікарів;
- об'єднання сімейних лікарів з іншими спеціалістами (акуше-рами-гінекологами, педіатрами, стоматологами).

Її переваги полягають у забезпеченні кращих для діагностики та лікування можливостей, у взаємозаміні лікарів (при виникненні такої потреби) та проведенні консультацій, повноцінному використанні матеріально-технічної бази (для придбання або оренди приміщення, медичного та іншого обладнання), у можливості залучення для її забезпечення не тільки середнього медичного персоналу, але й соціальних працівників, юриста, економіста.

Осередки групової практики можуть розміщуватися на базі діючих лікувально-профілактичних закладів і в окремих приміщеннях. Для цього використовуються невеликі поліклініки, лікарські амбулаторії.

Існуючі великі поліклініки перетворюються на консультативно-діагностичні та реабілітаційні центри, з якими співпрацюють лікарі групової практики або окремі лікарі.

Використання бази лікувально-профілактичних закладів сімейними лікарями здійснюється на основі контракту, у якому вказані обсяг діагностичних досліджень і види допоміжних методів лікування, що надаються пацієнтам у конкретному ЛПЗ.

Сімейні лікарі, що працюють самостійно, можуть направляти хворих у діагностичні та допоміжно-лікувальні підрозділи ЛПЗ на зазначених у контракті умовах.

Кількість пацієнтів у сімейного лікаря суттєво відрізняється в різних країнах — від 1000 (Австрія, Бельгія) до 2000 (Німеччина) і більше. В Україні — 2000.

Кількість населення визначається умовами забезпечення медичної доцільності та економічної рентабельності і тому не повинна бути меншою ніж 1500 чоловік. Якщо кількість перевищуватиме 3000 чоловік, лікар не зможе надавати потрібні медико-соціальні послуги в належному обсязі та відповідної якості.

Радіус обслуговування населення визначається конкретними умовами розселення пацієнтів, щільністю проживання, типом забудови, станом шляхів тощо.

Тривалість роботи протягом дня та тижня, відпустки, участь у наданні невідкладної допомоги вночі оговорені у відповідному контракті з урахуванням чинних нормативних документів.

Становлення сімейної медицини потребує вирішення комплексу юридичних, економічних, організаційних питань із врахуванням психологічного фактора — готовності до сприйняття такої системи лікувально-профілактичної допомоги медичними працівниками і пацієнтами.

Вільний вибір лікаря може бути реалізований за таких умов:

- можливість того чи іншого лікаря забезпечити медичну допомогу оптимальній кількості пацієнтів;
- відстань від місця проживання до місця роботи сімейного лікаря;
- можливість або зручність одержання медичної допомоги лікарями окремих спеціальностей.

Розв'язання цього питання, як і інших проблем у стосунках «лікар — пацієнт — ЛПЗ — місцева адміністрація», потребує насамперед визначення адміністративно-правових засад діяльності сімейної медицини в цілому, її місця та взаємовідносин у системі лікувально-профілактичної допомоги тощо.

Завдання сімейного лікаря певною мірою тотожні із завданнями дільничного терапевта, оскільки в обох випадках мовиться про обслуговування конкретного контингенту та виконання не тільки суто лікувальних заходів. Проте є й відмінності, пов'язані насамперед з тим, що сімейний лікар надає допомогу не тільки з приводу хвороб терапевтичного профілю.

Лікар загальної практики (сімейний) самостійно починає та закінчує лікування основної маси пацієнтів, за потреби звертається до консультантів або направляє хворого на стаціонарне лікування в плановому або екстреному порядку.

Практичні дії лікаря стосуються:

- діагностики; невідкладної допомоги;
- термінової госпіталізації;
- консультацій з іншими лікарями;
- самостійного лікування та лікування за порадами консультантів;
- планової госпіталізації.

Обов'язки, права, відповідальність сімейного лікаря, стосунки визначені відповідним положенням.

Сімейний лікар забезпечує:

- здійснення амбулаторного прийому та домашніх відвідувань;
- проведення профілактичних, лікувальних, діагностичних і реабілітаційних заходів у випадках, передбачених кваліфікаційними характеристиками;

- надання за потреби екстреної та невідкладної медичної допомоги;

- організацію денних і домашніх стаціонарів;

- допомогу у розв'язанні медико-соціальних проблем родини;

- проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання;

- інформування про випадки інфекційних захворювань лікаря кабінету інфекційних захворювань і санітарно-епідеміологічної станції.

Сімейний лікар гарантує населенню:

- ранню діагностику;

- своєчасне амбулаторне та домашнє лікування в повному обсязі;

- своєчасне направлення до фахівця;

- організацію госпіталізації планових і ургентних хворих.

Сімейному лікареві за угодою можуть бути виділені ліжка в стаціонарі для лікування підопічних хворих.

Вміння та практичні навички, якими повинен володіти лікар:

- володіння методикою постановки попереднього діагнозу;

- визначення необхідності та послідовності застосування параклінічних методів діагностики, вміння правильно оцінювати їх;

- обґрунтування та визначення клінічного діагнозу;

- визначення тактики ведення хворого (екстрена допомога, термінова госпіталізація, планова госпіталізація, необхідність консультацій інших спеціалістів, амбулаторне лікування);

- надання невідкладної допомоги при екстремальних станах (усі види шоку, гостра серцева та судинна недостатність тощо);

- виконання найбільш поширених маніпуляцій;

- складання планів диспансеризації та реабілітації хворих і участь у їхньому здійсненні;

- вирішення питань експертизи непрацездатності;

- проведення профілактичної роботи з населенням.

Стосунки лікарів сімейної практики і спеціалістів, у тому числі стаціонарних закладів, визначаються відповідними контрактами.

Залежно від форм організації сімейної медицини з сімейними лікарями у деяких країнах можуть співпрацювати не тільки сімейні медичні сестри, але й помічники лікаря. Рівень підготовки останніх дає змогу виконувати більш складні функції порівняно з медсестрами.

Обов'язки сімейної медичної сестри досить різноманітні. Вона бере активну участь у проведенні профілактичної, протиепідемічної та санітарно-просвітньої роботи, проводить допологовий та післяпо-

логовий патронаж вагітних жінок і породіль, забезпечує взяття матеріалу для лабораторних досліджень, надає за потреби екстрену медичну допомогу, допомагає лікареві при оперативних втручаннях, здійснює контроль за виконанням хворими лікувальних і оздоровчих рекомендацій.

Медичні працівники системи сімейної медицини активно співпрацюють зі службами соціального захисту. Сімейному лікареві може бути підпорядкований соціальний робітник за угодою з органами соціального захисту.

Сімейний лікар має право доручати середньому медичному персоналові та соціальним працівникам види діяльності, які не потребують його компетенції.

Амбулаторія сімейної медицини може бути організована як:

- самостійний амбулаторно-поліклінічний заклад, підпорядкований відповідному органу охорони здоров'я;
- підрозділ комунального поліклінічного закладу;
- підрозділ недержавного медичного закладу;
- приватний медичний заклад (у ньому можуть працювати кілька лікарів).

Сімейну медицину як спеціальність відрізняє низка надзвичайно важливих принципів. Головні з них:

- 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.

Довготривалість допомоги — це набагато більше, ніж медичне обслуговування одного і того ж пацієнта протягом тривалого часу. Поняття довготривалості включає, з одного боку, взаємовідносини між системою «сім'я — лікар — медсестра» і, з другого боку, взаємовідносини з іншими спеціалістами, які працюють у сфері охорони здоров'я, до яких доводиться звертатися сімейному лікарю по допомогу і за порадою. Спеціаліст із сімейної медицини проводить пацієнта через усі складнощі медичного «сервісу». Сімейний лікар і сімейна медсестра відіграють роль захисників інтересів пацієнта, інтеграторів медичного «сервісу» незалежно від місця, де здійснюється

цей процес — у медичному закладі, дома чи на роботі. Довготривалість обслуговування забезпечується як самим лікарем, так і його колегами — вузькими спеціалістами. В оптимальному варіанті взаємовідносини між сімейним лікарем і пацієнтом можуть бути завершеними у тому разі, коли учасники цього процесу побажають їх перервати.

Профілактична спрямованість — важливий принцип сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань, доклінічна їхня діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також прийняття профілактичних заходів — найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря і медичної сестри. Тільки у сімейного лікаря є умотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи зі своїми пацієнтами і членами їхніх сімей. Пояснюється це не тільки тим, що сімейний лікар краще за інших колег вузької спеціалізації знає своїх пацієнтів і шкідливі для здоров'я обставини їхнього життя, але й тим, що тільки сімейний лікар безпосередньо зацікавлений у зниженні захворюваності прикріпленого населення.

Сімейний лікар частіше за інших спеціалістів має використовувати раціональну, як з медичної, так і з економічної точки зору, обґрунтовану тактику щодо необхідних лабораторних та інструментальних методів дослідження та рекомендувати необхідність *застосування спеціалізованих технологій лікування*.

Інтеграція нових знань і вмінь у постійний процес надання медичної допомоги людині від народження до завершення її життєвого шляху підвищує якість сімейної медичної практики. При цьому пацієнти виграють від більш цілісного підходу до їхнього здоров'я і ширших можливостей щодо отримання своєчасної адекватної допомоги на місцевому рівні.

При належному усвідомленні сімейним лікарем своєї вагомої ролі у заходах із сучасного реформування системи охорони здоров'я, спрямованих на задоволення потреб конкретного пацієнта та членів його сім'ї, підтриманих заходами щодо економічного стимулювання інституції сімейної медицини в державі, перебудова системи ПМСД на нових, визнаних у всьому світі засадах дасть очікувані позитивні результати.

Система охорони здоров'я виграє від перетворення медичного обслуговування в економічно більш раціональне, а держава виграє від зміцнення і підвищення потенціалу суспільного здоров'я.

Сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, а є й єдиною запорукою підвищення не тільки якості надання медичної допомоги населенню, але й підвищення авторитету і соціального статусу лікаря, який прийме рішення присвятити свою професійну діяльність саме цьому розділу охорони здоров'я.

Сімейна медицина — це медицина майбутнього у вітчизняній охороні здоров'я.

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобувачів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посіб. / Грузева Т. С., Галієнко Л. І. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохнатов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Сміянов В. А. Організація різних видів медичної допомоги. Сумський державний університет. Медичний інститут. Кафедра громадського здоров'я. Суми, 2021. 42 с.

10. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Склярів Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

11. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самот. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int

3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov

4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 16

Тема. Екстрена та невідкладна медична допомога населенню. Надзвичайні ситуації в охороні здоров'я (2 год).

Мета: знайомство з особливостями надання швидкої допомоги міському та сільському населенню на первинному, вторинному та третинному рівнях, роллю служби швидкої медичної допомоги в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, принципами організації невідкладної медичної допомоги населенню та участь медичних закладів в її наданні.

Основні поняття:

Екстрена медична допомога — це медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Первинна медична допомога (ПМСД) — це ланка, робота якої може забезпечити розв'язання більшості проблем здоров'я населення в поєднанні з участю інших рівнів, спеціалістів і закладів.

Парамедики — це персонал, який має забезпечити комплексні послуги пацієнтові — від оцінки його стану до надання необхідного лікування.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ **(привітання, перевірка присутніх,** **повідомлення теми, мети заняття,** **мотивація здобувачів щодо вивчення теми)**

Мотивація здобувачів. Екстрена медична допомога — це медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Забезпечення населення безоплатною, своєчасною та ефективною медичною допомогою, у тому числі при станах, що загрожують життю людини, є одним із найважливіших завдань системи охорони здоров'я будь-якої сучасної держави.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАНЬ

Теоретичні питання до заняття

1. Визначення поняття «екстрена медична допомога».
2. Організація служби швидкої допомоги у містах.
3. Структура станції швидкої допомоги. Місце окремих підрозділів у її роботі.
4. Завдання станції (відділення) швидкої медичної допомоги (ШМД) та її функції.
5. Облікові документи станцій ШМД, визначення й аналіз показників їхньої діяльності.
6. Лікарня ШМД. Структура, завдання та основні функції.
7. Організація ШМД у сільській місцевості.
8. Роль служби ШМД у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.
9. Взаємодія служби ШМД з різними медичними закладами.

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Оволодіти навичками вести облікову та звітну документацію служб швидкої та невідкладної медичної допомоги.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Реалізацію реформи системи екстреної медичної допомоги передбачається здійснювати двома етапами.

На першому етапі передбачається:

- створити на законодавчому рівні умови для надання першої допомоги та захисту особи, яка її надає;
- провести пілотний проєкт щодо забезпечення розвитку системи екстреної медичної допомоги, поступово поширити зазначений пілотний проєкт на всі регіони України;
- запровадити підготовку екстрених медичних техніків;
- запровадити перепідготовку фельдшерів і медичних сестер для отримання кваліфікації «Парамедик»;
- запровадити нову модель підвищення кваліфікації лікарів з медицини невідкладних станів;
- запровадити підготовку екстрених медичних реагуювальників, розпочати створення їхнього реєстру і реалізувати технічну можливість автоматично сповіщати їх про випадки невідкладних станів;
- запровадити нову модель контролю якості знань (компетентностей) фахівців екстреної медичної допомоги;
- затвердити порядок реагування диспетчерів оперативно-диспетчерських служб на виклики екстреної медичної допомоги від громадян, чий стан здоров'я не потребує надання екстреної медичної допомоги (натомість потребує надання первинної медичної допомоги, психологічної, психіатричної або соціальної допомоги, консультування по телефону тощо);
- запровадити використання порядку реагування диспетчерів оперативно-диспетчерських служб для категоризації звернень громадян, розробити алгоритми диспетчеризації бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги відповідно до пріоритетів викликів екстреної медичної допомоги;
- розробити сучасний, гнучкий, уніфікований та автоматизований механізм комунікації обласних диспетчерських служб, збору та аналізу статистичних даних, моніторингу й управління якістю на центральному рівні;
- розпочати програму створення та модернізації диспетчерських центрів, телекомунікаційних та інформаційних систем диспетчерських служб, залучивши до моніторингу виконання відповідних програм міжнародні організації, зовнішніх аудиторів, зокрема неурядові організації;

— запровадити нові професії системи екстреної медичної допомоги, зокрема диспетчера і оператора оперативно-диспетчерської служби;

— здійснити заходи щодо автономізації центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;

— розробити та запровадити методологію організації надання екстреної медичної допомоги та проведення медичного сортування постраждалих на догоспітальному етапі внаслідок масового випадку (включно з алгоритмом взаємодії екстрених рятувальних служб);

— створити умови для вдосконалення міжвідомчої взаємодії між МВС, ДСНС, МОЗ під час проходження медичної підготовки їхніх співробітників.

На другому етапі передбачається:

— поступово поширити пілотний проект розвитку системи екстреної медичної допомоги на всі регіони України з урахуванням результатів першого етапу реалізації реформи системи екстреної медичної допомоги;

— розпочати функціонування системи негайного сповіщення екстрених медичних реагувальників про випадки невідкладних станів за допомогою засобів мобільного зв'язку;

— запровадити спільні алгоритми дій екстреної медичної допомоги, пожежно-рятувальної служби і поліції під час реагування на випадки невідкладних станів;

— створити на законодавчому рівні основу для захисту надавачів першої допомоги, що не мають медичної освіти, від судових переслідувань зі сторони постраждалого або його законних представників під час добровільного надання допомоги цій особі, якщо їхні зусилля виявилися неефективними;

— внести зміни до освітніх програм 10 і 11 класів закладів загальної середньої освіти з включенням у них навичок надання першої допомоги та забезпечити їхнє обов'язкове викладання;

— забезпечити постійне функціонування механізму підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації достатньої кількості фахівців відповідних професійних кваліфікацій згідно з цією Концепцією, у тому числі за державним замовленням;

— створити умови для використання інфраструктури центрів безпеки громадян для розміщення центрів і станцій екстреної медичної допомоги;

— створити умови для розвитку системи аеромедичної евакуації, зокрема облаштування обласних лікарень вертолітними майданчиками.

Швидку медичну допомогу тепер розділяють на екстрену (необхідна термінова госпіталізація) та невідкладну (у людини загострення хронічної хвороби, висока температура та тиск).

Бригаду екстреної допомоги потрібно викликати, якщо наявне таке:

— серйозні травми (поранення, переломи, опіки, тяжкі забої, травми голови);

— раптовий больовий синдром, судоми;

— головний біль, що супроводжується запамороченням і нудотою;

— гострий біль у черевній порожнині та поперековому відділі;

— зовнішня кровотеча, блювання кров'ю;

— втрата свідомості;

— раптовий розлад дихання;

— порушення мови, слабкість у кінцівках;

— гіпо- та гіперглікемічна кома;

— гіпертермічний синдром;

— ознаки гострого отруєння;

— анафілактичний шок (у тому числі викликаний укусами змій і тварин);

— тепловий удар або переохолодження;

— асфіксія всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх тіл у дихальні шляхи, ядуха);

— гострі психічні розлади (поведінка, небезпечна для життя хворого й оточуючих);

— передчасні пологи, викидень, кровотеча.

Бригада невідкладної допомоги приїжджає, коли загрози для життя немає, але є для здоров'я. Отже, викликати цю бригаду є можливість, якщо наявне таке:

— головний біль на тлі мігрені, підвищення температури, зміни тиску;

— біль у грудній клітці, пов'язаний із рухом і диханням;

— больовий синдром у суглобах, хребті (невралгія, радикуліт, після зазваної травми, операції, в онкохворих);

— біль у животі на тлі встановленого діагнозу «хронічний гастрит», виразка дванадцятипалої кишки;

— біль у вухах, горлі, м'язах при підвищенні температури.

Бригада невідкладної допомоги може приїжджати через 2–3 год, а екстрена — через 10–20 хв після виклику.

Викликати медичну допомогу можна безкоштовно та цілодобово за єдиним номером 103, незалежно від місця реєстрації та проживання. Дзвінки приймають диспетчери Центру екстреної допомоги та медицини катастроф — саме вони визначають, якої допомоги потребує пацієнт. За планами МОЗ, диспетчери повинні швидко ухвалювати рішення, а також консультувати присутніх біля хворого або потерпілого про надання першої допомоги до прибуття бригади екстреної допомоги. Саме тому представники цієї служби проходять перенавчання.

Парамедики — це персонал, який має забезпечити комплексні послуги пацієнтові — від оцінки його стану до надання необхідного лікування. Тому спеціально було розроблено чотиримодульну програму перепідготовки фельдшерів й лікарів швидкої відповідно до міжнародних стандартів. Навчання парамедиків триватиме три роки та прирівнюватиметься до рівня бакалавра.

Крім того, водій «швидкої» також має бути повноцінним членом команди — екстреним медичним техніком. Ця підготовка триватиме мінімум три тижні та включатиме теоретичну і практичну частини.

Ті медики і робітники «швидкої», які пройнуть перекваліфікацію, отримують ринкові зарплати та доступ до якісно обладнаних автомобілів екстреної допомоги.

Обсяг послуги (специфікація) екстреної медичної допомоги

1. Забезпечення цілодобового прийому звернень за єдиним телефонним номером екстреної медичної допомоги (ЕМД) та при особистому зверненні громадян України, а також іноземців і осіб без громадянства, які постійно проживають на території України, та осіб, яких визнано біженцями, або осіб, які потребують додаткового захисту.

2. Формування, обробка та передача інформації бригадам ЕМД про звернення громадян України та інших осіб по медичну допомогу для надання їм екстреної медичної допомоги.

3. Зберігання та аналіз інформації щодо надання ЕМД.

4. Забезпечення цілодобової інформаційної підтримки та координації дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги і закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) з надання ЕМД населенню за принципом екстериторіальності в межах однієї адміністративно-територіальної одиниці вищого рівня.

5. Оцінка стану здоров'я пацієнта (дорослого і дитини) та встановлення попереднього діагнозу з використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження відповідно до стандартів надання ЕМД на місці події, під час транспортування та при особистому зверненні пацієнтів до підрозділу екстреної (швидкої) медичної допомоги.

6. Надання медичної допомоги на місці події, під час транспортування та при особистому зверненні пацієнтів до підрозділу екстреної (швидкої) медичної допомоги відповідно до стандартів надання ЕМД пацієнтам, які перебувають у загрозованих для життя станах, зокрема при такому:

- знепритомленні;
- судомах;
- раптових розладах дихання;
- раптовому болю у ділянці серця;
- блювоті кров'ю;
- гострому болю у черевній порожнині;
- зовнішній кровотечі;
- ознаках гострих інфекційних захворювань;
- гострих психічних розладах, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта та/або інших осіб;
- усіх видах травм (пораненнях, переломах, вивихах, опіках, тяжких забоях, травмах голови);
- ураженні електричним струмом, блискавкою, теплових ударах, переохолодженні, асфіксії всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи);
- ушкодженнях різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо);
- отруєннях, укусах тварин, змій, павуків і комах тощо;
- порушеннях нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо).

7. Надання ЕМД при надзвичайних ситуаціях природного і техногенного характеру та ліквідації їхніх наслідків.

8. Організація медичного сортування постраждалих, залучення додаткових бригад до надання ЕМД постраждалим у разі виникнення надзвичайної ситуації з великою кількістю постраждалих.

9. Надання ЕМД при нещасних випадках, у тому числі зумовлених дією диму, вогню та полум'я, електричного струму, блискавки,

пов'язаних із транспортними засобами, при наслідках злочинного нападу тощо.

10. Транспортування пацієнтів, які потребують госпіталізації та спостереження, з місця події до ЗОЗ.

11. Забезпечення транспортування пацієнтів у відповідь на звернення медичних працівників щодо транспортування пацієнтів, які перебувають у стані, що потребує обов'язкового медичного супроводження та термінової госпіталізації до стаціонарних ЗОЗ.

12. Цілодобове консультування бригад ЕМД за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій, у тому числі з використанням засобів телемедицини.

13. Цілодобове консультування пацієнтів лікарем ЕМД по телефону.

14. Взаємодія з іншими надавачами медичних послуг для своєчасного надання ними допомоги пацієнтам, які не перебувають у невідкладному стані.

15. Взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їхніх наслідків.

16. Взаємодія з суб'єктами громадського здоров'я.

Вимоги до організації надання допомоги:

1. Заповнення облікової документації, ведення статистичного обліку і звітності в електронному вигляді, а також її зберігання.

2. Забезпечення функціонування тільки однієї активної центральної оперативної диспетчерської (ЦОД) у структурі диспетчерської Центру екстреної медичної допомоги (ЦЕМД), у рамках якої приймаються всі виклики з однієї адміністративно-територіальної одиниці вищого рівня. Бригади ЕМД працюють за принципом екстериторіальності.

3. Організація підключення ОДС до ІАС «Централь 103», передача всієї оперативної інформації в режимі онлайн та надання інформації про наявні ресурси мережі ЕМД у визначені Регламентом функціонування ІАС «Централь» терміни.

4. Забезпечення автоматизованих робочих місць (АРМ) для персоналу ЦОД.

5. Організація роботи виїзних бригад відповідно до Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 1114 від 21.11.2012 р.

6. Наявність автомобілів швидкої медичної допомоги типу В і типу С відповідно до стандартів ДСТУ 7032:2009 у кількості, не-

обхідній для забезпечення надання ЕМД на території обслуговування.

7. Устаткування й обладнання автомобілів відповідно до стандартів ДСТУ 7032:2009 та Наказу МОЗ України № 1311 від 05.06.2020 р. «Про затвердження Примірнього табеля оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги».

8. Забезпечення бригад екстреної медичної допомоги виробами медичного призначення та лікарськими засобами відповідно до Наказу МОЗ України № 1311 від 05.06.2020 р. «Про затвердження Примірнього табеля оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги».

Основна облікова документація:

— карта виклику (ф. 109/0 — електронний варіант);

— карта виїзду бригади ШМД (ф. 110/о);

— відривний талон до супровідного листа (ф. 114/о) — заповнюється при госпіталізації хворого, доставленого бригадою ШМД. У подальшому ЛПЗ повертають талони, що допомагає вивчати якість діагностики, виявляти дефекти при наданні медичної допомоги службами ШМД;

— журнал реєстрації амбулаторних хворих (ф. 074/о);

— щоденник роботи станції (відділення) ШМД (ф. 115-1/о).

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобувачів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посіб. / Грузєва Т. С. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузєвої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохначов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних за-

кладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Склярів Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самот. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int

3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov

4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua

5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>

6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com

7. Журнал Evidence-Based Medicine. URL: www.evidence-basedmedicine.com

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 17

Тема. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги та медичної допомоги дітям (2 год).

Мета: знайомство із засадами організації медичного забезпечення жінок і дітей, знати організацію та зміст роботи пологових будинків, дитячих лікарень.

Основні поняття:

Охорона здоров'я матері і дитини — це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращення демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді і дітей.

Акушерсько-гінекологічна допомога — може надаватись як у самостійних лікувально-профілактичних закладах — пологових будинках і жіночих консультаціях, так і у відповідних відділеннях різних лікарень, поліклінік або медико-санітарних частин, в Українському консультативно-діагностичному центрі матері та дитини.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. Охорона здоров'я матері і дитини — це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращення демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді і дітей.

Медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері і дитини визначається її провідною роллю в збереженні та поліпшенні

здоров'я жінки, зниження материнської смертності та немовлят, вихованні здорового, гармонічно розвиненого покоління.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАНЬ

Теоретичні питання до заняття

1. У чому полягає медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері і дитини? Які заходи визначають ефективність охорони здоров'я матері і дитини?

2. Які основні документи становлять законодавчу базу охорони здоров'я жінок і дітей в Україні?

3. Які заходи щодо заохочення материнства, гарантій охорони здоров'я матері і дитини регламентовані Основами законодавства України про охорону здоров'я?

4. Які національні програми щодо материнства і дитинства реалізуються в Україні, їхня мета?

5. У яких закладах надається акушерсько-гінекологічна допомога?

6. У яких закладах надається лікувально-профілактична допомога дітям?

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Навчитися заповнювати основні облікові документи пологових будинків, дитячих лікарень.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Медична допомога жінкам і дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, проте має більш виражену профілактичну спрямованість і надається поетапно:

1-й етап — медична допомога майбутній матері та підготовка її до материнства.

2-й етап — комплекс заходів щодо антенатальної охорони плода, який здійснюють спеціалізовані акушерсько-гінекологічні заклади, загальна мережа лікувально-профілактичних закладів, санаторії для вагітних.

3-й етап — інтранатальна охорона плода — забезпечення допомоги при пологах у акушерських відділеннях пологових будинків або багатопрофільних лікарень, або в дільничних лікарнях.

4-й етап — лікувальна допомога новонародженим у відділеннях новонароджених пологових будинків і відділеннях новонароджених дитячих лікарень.

5-й етап — охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів.

6-й етап — охорона здоров'я дітей шкільного віку.

Основними закладами амбулаторного типу є жіноча консультація, гінекологічні кабінети, консультативно-діагностичні поліклініки НДІ акушерства та гінекології, охорони материнства та дитинства. У сільській місцевості цей вид допомоги надається гінекологічними кабінетами або жіночими консультаціями районних, центральних районних і обласних лікарень.

Акушерсько-гінекологічна допомога може надаватись як у самостійних лікувально-профілактичних закладах — пологових будинках і жіночих консультаціях, так і у відповідних відділеннях різних лікарень, поліклінік або медико-санітарних частин, в Українському консультативно-діагностичному центрі матері та дитини.

Вона забезпечується також у перинатальних центрах і в Центрі реабілітації репродуктивної функції жінки, в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

Важливе місце в забезпеченні всіма видами акушерсько-гінекологічної допомоги посідає *пологовий будинок*.

До складу пологового будинку можуть входити стаціонар (рис. 2) і жіноча консультація; остання може функціонувати самостійно.

До управлінського апарату пологового будинку належать:

- головний лікар;
- заступник головного лікаря з медичної частини;
- завідувач жіночої консультації;
- головна медична сестра.

Головний лікар відповідає за лікувально-профілактичну, адміністративно-господарчу, фінансову діяльність. Він зобов'язаний організувати та підтримувати в постійній готовності пологовий будинок для надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги, проведення лікарської експертизи непрацездатності, експертної оцінки випадків материнської та перинатальної смертності.

Завідувач жіночої консультації відповідає за лікувально-діагностичну та профілактичну діяльність, здійснює керівництво медичним персоналом, контролює якість лікувально-профілактичної роботи, ведення облікової документації, дбає про вдосконалення диспансерного методу обслуговування вагітних і гінекологічних хворих.

Заступник головного лікаря з медичної частини безпосередньо керує лікувально-профілактичною та санітарно-протиепідемічною роботою, відповідає за раціональне використання ліжкового фонду, за проведення експертизи тимчасової непрацездатності.

Головна медична сестра безпосередньо підпорядкована головному лікарю та його заступнику з медичної частини. Вона здійснює контроль за роботою середнього та молодшого медичного персоналу щодо виконання призначень лікарів, догляду й обслуговування жінок і новонароджених, дотримання санітарно-гігієнічних правил, а також забезпечує своєчасність виписування, правильність обліку, збереження та використання медикаментів і перев'язувального матеріалу.

Основні завдання жіночої консультації:

- проведення заходів щодо профілактики ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та гінекологічних захворювань;
- надання акушерсько-гінекологічної допомоги;
- впровадження в практику сучасних методів діагностики та лікування вагітних, гінекологічних хворих і осіб групи ризику;



Рис 2. Структура стаціонару пологового будинку

- проведення роботи з питань контрацепції та профілактики абортів;
- профілактика та лікування безпліддя;
- надання соціально-правової допомоги.

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобувачів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я: навч. посіб. / Грузева Т. С. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохначов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Складено Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самост. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int

3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov

4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua

5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх» : URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>

6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com

7. Журнал Evidence-Based Medicine. URL: www.evidence-basedmedicine.com

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 18

Тема. Організація медичної допомоги людям літнього віку. Паліативна та хоспісна допомога (2 год).

Мета: знайомство із засадами організації медичного забезпечення людей літнього віку, знати організацію та зміст роботи хоспісів.

Основні поняття:

Паліативна допомога — це допомога, спрямована на поліпшення якості життя пацієнтів, що мають хронічні невиліковні захворювання без позитивної динаміки, неухильне прогресування яких призводить до смерті пацієнта.

Хоспісний догляд — це всебічний догляд за пацієнтами, що страждають невиліковними, що не піддаються терапії, спрямованої на лікування причин, і прогресуючими захворюваннями.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. Паліативна медицина орієнтована на контроль симптомів, а не на лікування пацієнта. Крім полегшення фізичних страждань, необхідні психосоціальна й духовна підтримка, а також надання допомоги близьким умираючого при догляді за ним й у горі втрати. Паліативна допомога займається цілою низкою аспектів життя невилікового хворого — медичних, психологічних, соціальних, культурних і духовних.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАНЬ

Теоретичні питання до заняття

1. У чому полягає сутність процедури, що застосовується при наданні паліативної допомоги?
2. У чому полягає сутність додаткових процедур при наданні паліативної й хоспісної допомоги?
3. У чому полягає сутність хоспісних медичних, терапевтичних й опікунських послуг?
4. Укажіть основні індикатори тяжкості стану хворого за шкалою Карновського.

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Навчитися заповнювати основні облікові документи.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Паліативна допомога — це допомога, спрямована на поліпшення якості життя пацієнтів, що мають хронічні невиліковні захворювання без позитивної динаміки, неухильне прогресування яких призводить до смерті пацієнта.

Найчастіше про паліативну допомогу говорять у контексті онкологічних захворювань, однак існує значний перелік захворювань, що не мають нічого спільного з онкологією, при яких лікувальна терапія не має ефекту і хворий рано чи пізно виявляється однаково віч-на-віч із необхідністю усвідомлення невиліковності свого стану.

На цьому етапі дуже важливим стає наявність і доступність для хворого загальнодержавної служби паліативної допомоги, що, залежно від його стану, могла б забезпечити йому цілодобову підтримку й догляд удома або в стаціонарі (хоспіс).

Метою паліативної допомоги є поліпшення якості життя хворих і їхніх родин, задоволення соціальних, релігійних і духовних потреб хворих, а також створення для них комфортних умов перед смертю.

Установи, що здійснюють догляд за хворими і надають медичну допомогу

Догляд за невиліковно хворими пацієнтами

Метою установ, що здійснюють догляд за хворими й надають їм медичну допомогу, є цілодобове забезпечення допомоги (догляду) і

тривалого лікування тяжкохворих із хронічними захворюваннями, які пройшли лікування в стаціонарі, завершили курс обстеження й діагностики, яким було проведене оперативне й інтенсивне консервативне лікування, які не потребують госпіталізації надалі та, однак, за станом здоров'я й ступеня інвалідності (неможливість адекватного догляду за собою, необхідність постійного медичного контролю, догляду й реабілітації) повинні перебувати в лікувальній установі відповідного типу.

Продовження лікування містить у собі подальше проведення лікувальних процедур, забезпечення ентеральним і парентеральним харчуванням (призначення ентерального й парентерального харчування здійснюється згідно зі стандартами, виходячи зі стану здоров'я хворого).

Призначення ліків і виконання діагностичних досліджень, вказівки щодо закінчення терапії у відділенні лікувальної установи виробляються в індивідуальному порядку лікарем лікувальної установи.

Режим роботи й плата за перебування хворого в лікувальних установах залежать від типу закладу. Лікувальні установи, що здійснюють догляд за хворими й надають медичну допомогу, можуть бути:

— громадськими;

— приватними (рішення про прийняття пацієнта в таку лікувальну установу приймається директором установи разом із лікарями установи на основі шкали оцінки пацієнта, направленого в лікувальну установу, й іншої документації).

Домашній догляд за пацієнтами, що перебувають на штучній вентиляції легень

Догляд удома за пацієнтами, що потребують застосування апарату штучної вентиляції легень (ШВЛ), — це догляд за тяжкохворими пацієнтами з дихальною недостатністю з використанням інвазивних, що здійснюються за допомогою респіратору (по інтубаційній або трахеотомічній трубці), або неінвазивних (здійснюються за допомогою різноманітних мундштуків, масок або шоломів) методик, безперервної або періодичної респіраторної терапії.

Цей вид медичної допомоги надається пацієнтам, що не потребують госпіталізації до відділення інтенсивної терапії або цілодобового перебування в лікувальних установах, однак їм потрібні постійне спеціалізоване лікарське спостереження, професійний догляд і реабілітація. На даний тип лікування потрібна інформована згода па-

цієнта. Якщо йдеться про дітей, то потрібна інформована згода батьків або опікунів дитини.

Догляд удома для пацієнтів, що перебувають на апараті ШВЛ, може забезпечуватися, якщо цьому сприяють домашні умови хворого, члени його родини (законні опікуни), навчені роботі з медичними апаратурами й принципам надання першої медичної допомоги, для того щоб бути впевненим у безпеці пацієнта під час проведення лікування.

Правила проведення штучної вентиляції легень у домашніх умовах:

- оснащення пацієнтів необхідним медичним устаткуванням;
- створення відчуття безпеки пацієнтові і його близьким шляхом надання необмеженого доступу до медичної допомоги — 24 год на добу й 7 днів на тиждень.

Постійна або періодична респіраторна терапія вдома може забезпечуватися пацієнтам, які закінчили курс лікувальної терапії (що відображено у відповідних документах) і пройшли повне медичне обстеження (тобто проведені всі медичні обстеження, які підтверджують неможливість застосування іншої форми лікування). **Важливо!** Пацієнти, що перебувають на ШВЛ у домашніх умовах, не можуть одержувати одночасно й хоспісний догляд удома, і паліативну допомогу.

Підставою для підключення пацієнта до апарату ШВЛ дома служить направлення лікаря, що веде пацієнта. Направлення повинне супроводжуватися:

- випискою з історії хвороби;
- даними медичних обстежень пацієнта;
- допуском до проведення ШВЛ вдома, виданим лікарем — анестезіологом-реаніматологом.

Довгостроковий сестринський догляд удома

Довгостроковий догляд — це догляд за лежачими й тяжкохворими пацієнтами вдома. Пацієнтам, що потребують такого догляду, не показані перебування й лікування в стаціонарі, але, з урахуванням серйозних проблем зі здоров'ям, показаний систематичний та інтенсивний догляд, здійснюваний у домашніх умовах при тісному співробітництві з лікарем. Ціль довгострокового догляду:

- забезпечення в домашніх умовах сестринського догляду за тяжкохворими;

— підготовка пацієнта і його родини до догляду за хворим і придбання хворим навичок догляду за самим собою.

Довгострокового домашнього догляду потребують також пацієнти з тяжкими соматичними й психосоматичними захворюваннями, а саме — хворі, що страждають психічними захворюваннями, за винятком хворих на психічні захворювання в стадії загострення, нездатних до самообслуговування, що мають від 0 до 40 пунктів за шкалою оцінки пацієнта.

На дітей у віці до трьох років не поширюються умови оцінки за шкалою Бартела (шкала Бартела, або індекс Бартела, — шкала для одержання кількісних показників рівня життєдіяльності). Ця шкала найпоширеніша для оцінки здатності пацієнта до самообслуговування в повсякденному житті. Вона досить проста, доступна й потребує невеликих витрат часу. Індекс Бартела охоплює 10 пунктів, що ставляться до сфери самообслуговування й мобільності. Соціальні й інтелектуальні здатності в цій шкалі не враховуються.

Показаннями для проведення довгострокової опіки хворого вдома є таке:

- письмове направлення лікаря, завірене печаткою;
- виписка з історії хвороби пацієнта з висновком про необхідність проведення довгострокового догляду вдома.

Медична сестра, що здійснює довгостроковий догляд, повинна співпрацювати й ділитися інформацією з лікарем і середнім медичним персоналом первинної ланки, що дістав інформовану згоду пацієнта на початок / припинення обстежень.

Вона також інформує їх про істотні зміни в стані здоров'я пацієнта, у тому числі про припинення необхідності одержання пацієнтом тривалого сестринського догляду.

Важливо! Довгостроковому сестринському догляду не підлягає пацієнт, що одержує хоспісний догляд вдома, догляд інших установ, що надають його для певних груп пацієнтів, довгостроковий догляд вдома для пацієнтів (у тому числі дітей) на ШВЛ, хворим у гострій фазі психічного захворювання.

Паліативний / хоспісний догляд

Хоспісний догляд — це всебічний догляд за пацієнтами, що страждають невиліковними, що не піддаються терапії, спрямованої на лікування причин, і прогресуючими захворюваннями. Хоспісний догляд має на меті профілактику й терапію больового синдрому, а також інших соматичних симптомів.

Підставами до прийняття пацієнта на паліативний догляд є таке:

- письмове направлення лікаря;
- медичні показання, зокрема, той факт, що пацієнт страждає захворюванням, зазначеним у Наказі МОЗ України від 04.06.2020 р. № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні», що є підставою показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги.

Домашній хоспіс (хоспісний догляд удома)

Переваги хоспісного й паліативного догляду в рамках домашнього хоспісу підходять для пацієнтів, що страждають невиліковними, прогресуючими захворюваннями (новоутворення, неврологічні ускладнення запальних процесів), що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги. Відвідування домашнього хоспісу проводиться за домовленістю з пацієнтом й/або родиною (опікуном) пацієнта.

Протягом усього періоду догляду, під час кожного візиту пацієнт і його родичі (опікуни) одержують докладні письмові рекомендації з подальшого догляду за пацієнтом і його лікуванням й інформуються про інші можливі форми паліативного й хоспісного догляду й методи його надання. Вони одержують також номери телефонів персоналу, що обслуговує домашні хоспіси, надає консультації по телефону щодня, 24 год на добу, 7 днів на тиждень, і якщо буде потреба, відвідує хворого вдома.

Домашній хоспіс (хоспісний догляд удома) для дітей

Домашній хоспіс для дітей — це заклад для дітей, що страждають невиліковними прогресуючими захворюваннями (новоутворення, порушення обміну речовин, вроджені вади розвитку дихальної системи), що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги. Підставами прийняття дітей до домашнього хоспісу є таке:

- термінальна стадія невиліковної хвороби;
- вік до 18 років;
- наявність хоча б одного повнолітнього опікуна, спроможного на цілодобовий догляд за дитиною.

Повнолітні особи можуть одержувати паліативний догляд удома для дітей, якщо їхнє захворювання носить вроджений характер й обмежує життєві можливості, а також якщо захворювання було діагнос-

товане у віці до 18 років або за неможливості організувати належний домашній догляд з боку домашніх хоспісів для дорослих через рідкісне захворювання або місце проживання пацієнта.

Хоспісне відділення в стаціонарі

Хоспісне відділення в стаціонарі має своїм завданням забезпечення цілодобового догляду за пацієнтами, що страждають невиліковними прогресуючими захворюваннями (новоутворення, порушення обміну речовин, вроджені вади розвитку дихальної системи), що визначають показання для одержання паліативної й хоспісної допомоги.

Амбулаторна паліативна допомога

Завданням амбулаторної паліативної допомоги є надання медичних консультацій з боку лікарів і середнього медичного персоналу, а також консультацій психолога пацієнтам із прогресуючими захворюваннями (в основному новоутвореннями), і надання підтримки родині пацієнта. Гарантовані послуги, що надаються амбулаторною паліативною медициною, містять у собі:

- медичний огляд;
- призначення препаратів, у тому числі знеболювальних препаратів;
- призначення діагностичних процедур;
- сестринський догляд;
- направлення до медичних установ, включаючи установи, що здійснюють паліативний догляд, і хоспіси стаціонарні або домашні;
- видачу інформації про хід лікування й стан здоров'я пацієнта;
- консультації пацієнта вдома.

Пацієнти, що потребують частого (частіше ніж двічі на день) огляду або безперервного медичного спостереження, можуть бути направлені до стаціонарного хоспісу.

Для оцінки якості життя хворого й обліку динаміки в процесі лікування служать спеціальні шкали. В основному використовуються шкала Карновського, що визначає загальний статус у відсотках — від 100 % при повній (нормальній) активності до 0 % (смертельний результат) із градаціями в 10 %, і система ECOG-BOOЗ у балах від 0 (нормальна активність) до 4 (хворий не в змозі обслуговувати себе, прикутий до ліжка). Найбільш правильним підходом вважається

включення в клінічні дослідження хворих з індексом активності за шкалою Карновського не нижче 70 % і шкалою ECOG-BOOЗ — не більше двох балів (табл. 1).

Таблиця 1

**Загальний стан хворого за шкалою Карновського
та шкалою ECOG-BOOЗ**

Шкала Карновського (активність %)		ECOG-BOOЗ	
Стан нормальний, скарг немає	100	0	Нормальна активність
Здатний до нормальної діяльності, незначні симптоми або ознаки захворювання	90	1	Є симптоми захворювання, але ближче до нормального стану
Нормальна активність із зусиллям	80		
Обслуговує себе самостійно, не здатний до нормальної діяльності або активної роботи	70	2	Більше 50 % денного часу проводить у ліжку, але іноді має потребу у відпочинку лежачи
Потребує часом допомоги, але здатний сам задовольняти значну частину своїх потреб	60		
Потребує значної допомоги й медичного обслуговування	50	3	Має потребу в перебуванні в ліжку більше 50 % денного часу
Інвалід. Потребує спеціальної допомоги, у тому числі медичної	40		
Тяжка інвалідність, показана госпіталізація, хоча смерть не очікується	30	4	Не здатний обслуговувати себе. Прикутий до ліжка
Тяжко хворий. Необхідна госпіталізація й активне лікування	20		
Умираючий	10		

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобувачів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посіб. / Грузева Т. С. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохначов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Склярів Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самост. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int
3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov
4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua
5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com
7. Журнал Evidence-Based Medicine. URL: www.evidence-basedmedicine.com

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 19

Тема. Організація медичної експертизи втрати працездатності. Тимчасова та стійка втрата працездатності, методика розрахунку показників (2 год).

Мета: формування розуміння, що експертиза тимчасової непрацездатності — важливий і відповідальний розділ діяльності лікаря, що має, окрім медичного, велике соціально-економічне значення.

Основні поняття:

Тимчасова непрацездатність — це неможливість виконувати роботу в зв'язку із захворюванням, травмою або іншими причинами протягом нетривалого часу.

Стійка непрацездатність або інвалідність — це тривала або постійна втрата працездатності внаслідок хронічного захворювання або травми, які призвели до значних порушень функцій організму.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. Експертиза працездатності є важливою складовою частиною лікувально-профілактичної роботи лікаря. Своєчасне звільнення хворого від роботи часто стає вирішальним фактором, який сприяє видужанню, окрім того, якість експертизи працездатності має великий вплив на процес лікування. У багатьох випадках праця чинить сприятливу лікувальну дію, стимулює функції організму, і тому має дуже важливе значення. Втрата працездатності, окрім медичного, має і велике соціально-економічне значення, оскільки ви-

трати на оплату тимчасової непрацездатності становлять велику частку у загальних витратах по державному соціальному страхуванню. Тому закономірно, що при експертизі тимчасової непрацездатності повинні враховуватись як соціально-гігієнічні, так і соціально-економічні аспекти даної проблеми.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАТЬ

Теоретичні питання до заняття

1. Види медичної експертизи. Мета, заклади, відповідальність за проведення кожного виду.
2. Види та ступінь непрацездатності.
3. Система державного соціального страхування в Україні. Порядок і умови оплати по листках непрацездатності.
4. Послідовність дій лікаря при експертизі тимчасової непрацездатності.
5. Види тимчасової непрацездатності.
6. Правила видачі листків непрацездатності при захворюваннях.
7. Правила видачі листків непрацездатності при травмах і переведенні на іншу роботу.
8. Правила видачі листків непрацездатності по догляду за хворою дитиною і дорослим членом сім'ї.
9. Правила видачі листків при карантині та протезуванні.
10. Види та основні причини стійкої непрацездатності.

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Організація експертизи стійкої втрати працездатності. Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК), її види, склад, функції.
2. Документація та основні показники, що використовуються в роботі МСЕК.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Види медичної експертизи:

- медико-соціальна експертиза втрати працездатності;
- військово-лікарська;
- судово-медична та судово-психіатрична;
- патологоанатомічна.

Тема даного заняття передбачає розгляд тільки одного типу — медико-соціальної експертизи втрати працездатності.

Залежно від *ступеня* втрати працездатності її поділяють на *повну* та *часткову*.

При *повній* непрацездатності внаслідок захворювання людина не може виконувати жодної роботи та потребує спеціального лікувального режиму, при *частковій* — може виконувати ту ж саму або іншу роботу не в повному обсязі або в інших умовах.

Проведення експертизи працездатності зумовлене значним впливом захворюваності з тимчасовою та стійкою непрацездатністю на здоров'я населення, економічними втратами суспільства та пов'язане з юридичними аспектами.

Її проведення зумовлене наявністю в нашій країні системи державного соціального страхування, яка передбачає соціальний захист громадян при непрацездатності і є одним із прав, зафіксованих у статті 46 Конституції, Кодексі законів про працю та деяких інших законах України.

Підлягають обов'язковому державному соціальному страхуванню всі робітники і службовці, що працюють за наймом на підставі трудового договору з адміністрацією організації, установи, підприємства.

Тимчасова непрацездатність — це неможливість виконувати роботу у зв'язку із захворюванням, травмою або іншими причинами протягом нетривалого часу.

Стійка непрацездатність, або *інвалідність*, — це тривала або постійна втрата працездатності внаслідок хронічного захворювання або травми, які призвели до значних порушень функцій організму.

Основою для їхнього визначення є клінічний і трудовий прогноз, тобто передбачення перебігу хвороби та терміну можливого відновлення працездатності.

Експертиза тимчасової непрацездатності

Тимчасова непрацездатність працівників засвідчується листком непрацездатності. Видача інших документів про тимчасову непрацездатність забороняється, крім випадків, зумовлених у відповідних пунктах.

До видів тимчасової непрацездатності належать:

- захворювання (травма);
- догляд за хворим членом родини;
- санаторно-курортне лікування;

- карантин;
- переведення на іншу роботу при туберкульозі та професійному захворюванні;
- протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства;
- відпустка у зв'язку з вагітністю та пологами.

Листок непрацездатності видається:

У разі хвороби працівника під час виконання свої трудових обов'язків, він повинен звернутися до медичного закладу й отримати листок непрацездатності для звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю, а також отримати матеріальне забезпечення застрахованої особи при тимчасовій непрацездатності. Така ж процедура застосовується для працівників, які хворіють, перебуваючи у відпустці.

Зверніть увагу! Заклади охорони здоров'я України перейшли на оформлення електронного листка непрацездатності з 1 жовтня 2021 р.

Листок непрацездатності — сформований (виданий) програмними засобами Реєстру на підставі медичного висновку про тимчасову непрацездатність або документа, що засвідчує факт усиновлення дитини, і зареєстрований за єдиним реєстраційним номером листка непрацездатності у Реєстрі електронний документ, що є підставою для звільнення від роботи, оплати *перших п'яти днів* тимчасової непрацездатності, призначення матеріального забезпечення та надання соціальних послуг відповідно до законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування (п. 2 Порядку організації ведення Електронного реєстру листків непрацездатності та надання інформації з нього, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 328 від 17 квітня 2019 р.).

Порядок видачі (формування) листків непрацездатності в Електронному реєстрі листків непрацездатності затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1234 від 17 червня 2021 р. Відповідно до п. 2 розділу II Порядку, листок непрацездатності формується в Реєстрі на підставі медичного висновку (медичних висновків) у разі ідентифікації пацієнта як застрахованої особи в реєстрі застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Після формування медичного висновку про тимчасову непрацездатність пацієнту на телефон має прийти смс-повідомлення (на номер, визначений як контактний в електронній системі охорони здоров'я). Медичний висновок про тимчасову непрацездатність, з моменту накладання на нього кваліфікованого електронного підпису (КЕП) лікаря, автоматично передається з електронної системи охорони здоров'я до Електронного реєстру листків непрацездатності, адміністратором якого є Пенсійний фонд України.

На підставі медичного висновку про тимчасову непрацездатність формується електронний листок непрацездатності.

Під час формування листка непрацездатності враховується інформація про основне місце роботи застрахованої особи, визначене за даними повідомлення про прийняття працівника на роботу.

Сформований листок непрацездатності надсилається страхувальникам, з якими застрахована особа перебуває у трудових відносинах (за основним місцем роботи та за сумісництвом) через кабінет страхувальника на вебпорталі електронних послуг Пенсійного фонду України.

Якщо у період відпустки настала непрацездатність, вона підлягає продовженню на кількість календарних днів, протягом яких працівник, відповідно до листка непрацездатності, хворів.

Однак відпустки не усіх видів можна перенести або продовжити на час хвороби.

Підлягають перенесенню на інший період або продовженню:

— щорічна основна відпустка (ст. 80 КЗпП України і ст. 11 Закону України «Про відпустки»);

— щорічна додаткова відпустка за роботу зі шкідливими і важкими умовами праці;

— щорічна додаткова відпустка за особливий характер праці, у тому числі за роботу з комп'ютером, за ненормований робочий день;

— додаткова відпустка працівникам, які мають дітей (ч. 7 ст. 20 Закону України «Про відпустки»);

— інші додаткові відпустки, передбачені законодавством (щорічна додаткова відпустка за стаж державної служби, за стаж служби в ОМС).

Важливо! *За вищезазначених підстав оплачується лікарняний, оформлений належним чином.*

Не підлягають перенесенню на інший період або продовженню (лист Мінпраці № 415/13/116-06 від 17.11.2006 р.):

- додаткові відпустки у зв'язку з навчанням; творча відпустка;
- відпустка для підготовки та участі в змаганнях;
- додаткова відпустка окремим категоріям ветеранів війни;
- відпустка у зв'язку з вагітністю та пологами;
- відпустка по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку;
- відпустка без збереження заробітної плати;
- додаткові відпустки, що не належать до щорічних, зокрема відпустки, передбачені п. 22 ст. 20 та п. 1 ст. 21 Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».

Лікарняний у такому разі не оплачується.

Зверніть увагу! Лікарняний *по догляду* за дні хвороби, що припадають на період відпустки, оплаті не підлягає, а відпустку не продовжують і не переносять. Продовжувати або переносити відпустку на дні лікарняного по догляду за дитиною (іншим членом сім'ї) не можна. Тому якщо працівник у період щорічної відпустки доглядає за хворою дитиною, то відпустка на дні хвороби дитини не продовжується. Пояснюється це тим, що у трудовому законодавстві йдеться про хворобу в період відпустки саме працівника. Та й листок непрацездатності по догляду в період відпустки працівнику не видадуть (пп. 3.11 і 3.15 Інструкції № 455). Отже, документально підтвердити цей факт не вийде. Однак якщо листок непрацездатності по догляду був помилково виданий, дні тимчасової непрацездатності, що припадають на період відпустки, оплаті не підлягають (ч. 6 ст. 22 Закону № 1105).

Оформлення листка непрацездатності під час щорічної відпустки

Згідно зі ст. 78 Кодексу законів про працю України, дні тимчасової непрацездатності працівника, засвідченої у встановленому порядку, до щорічних відпусток не включаються.

Якщо працівник під час перебування у щорічній відпустці захворів і відкрив листок непрацездатності, то кількість днів хвороби, яка

збіглася з такою відпусткою, повинна бути продовжена на ту ж саму кількість днів відпусткою або перенесена на інший період у межах 12 міс. після закінчення робочого року за згодою працівника і роботодавця.

Дії кадровика при відкритті лікарняного працівника, який перебуває у щорічній відпустці й отримав відпускні

1. Наказ, який був раніше виданий на щорічну відпустку, не скасовуємо.

2. Треба дочекатись одужання працівника і закриття лікарняного.

3. Працівник подає письмову заяву на продовження щорічної відпустки або перенесення на інший період.

4. Видається новий наказ на підставі заяви працівника про продовження відпустки або перенесення на інший період.

5. В особову карту форми П-2 вносять зміни щодо продовження або перенесення відпустки.

Отже, у разі відкриття працівником листка непрацездатності під час щорічної відпустки йому повинні бути надані дні цієї невикористаної відпустки, що припали на період хвороби, шляхом продовження або перенесення на інший період. Таким правом працівник зобов'язаний скористатися до кінця робочого року, але не пізніше 12 міс. після закінчення робочого року, за який надається відпустка, надавши письмову заяву. І лише після письмової згоди надається наказ про продовження або перенесення щорічної відпустки. З вищевикладеного робимо висновок, що підставою для видання наказу про продовження або перенесення щорічної відпустки є листок непрацездатності й письмова заява працівника, тобто рішення про продовження або перенесення відпустки приймається за згодою між працівником і роботодавцем.

Працівник зобов'язаний повідомити роботодавця про своє рішення продовжити або перенести відпустку на бажаний термін і про причини продовження або перенесення відпустки. У свою чергу, роботодавець має видати наказ про продовження або перенесення відпустки. Підставами для такого наказу є листок непрацездатності та заява працівника. Відпустку продовжують або переносять на кількість календарних днів хвороби, що припадають на період відпустки.

Відповідно до абзацу п'ятого ч. 2 ст. 22 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», у разі настання тимчасової непрацездатності внаслідок захворювання або травми, не

пов'язаної з нещасним випадком на виробництві, під час перебування у щорічній (основній або додатковій) відпустці допомога надається у порядку та розмірах, установлених Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

Оплата періоду тимчасової непрацездатності

Період тимчасової непрацездатності під час перебування працівника у щорічній відпустці оплачують у звичайному порядку:

— *перші 5 днів* — за рахунок роботодавця;

— *решта днів* — за рахунок Фонду соціального страхування України (Пенсійного фонду України).

При цьому тимчасову непрацездатність оплачують за всі календарні дні хвороби (включаючи робочі, вихідні, неробочі або святкові дні). Розрахунок лікарняних здійснюють за нормами Порядку обчислення середньої заробітної плати (доходу, грошового забезпечення) для розрахунку виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 1266 від 26.09.2001 р.

Розмір лікарняних залежить від страхового стажу та наявності пільгового статусу в застрахованій особи. Тобто все те ж саме, якби не було жодної відпустки.

Експертиза стійкої непрацездатності

Експертизу стійкої непрацездатності, або інвалідності, проводять медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), які з 1992 р. підпорядковані МОЗ України.

Організують МСЕК із розрахунку на 100 тисяч дорослого населення за адміністративно-територіальним поділом і профілем. Адміністративно-територіально МСЕК поділяються на обласні, центральні міські, міські, районні. До складу міської (районної) МСЕК входять три лікарі-експерти. За профілем МСЕК бувають загальні та спеціалізовані. До складу МСЕК загального профілю входять терапевт, хірург, невролог; до складу спеціалізованої — два лікарі провідного профілю та один терапевт або невролог.

У МСЕК з метою виявлення компенсаторно-адаптивних можливостей проходять огляд громадяни, які частково або повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм, вроджених дефектів, що обмежують їхню життєдіяльність, а також ті, що за чинним законо-

давством мають право на соціальну допомогу. Визначає МСЕК сприятливі для кожного інваліда за станом здоров'я види трудової діяльності та умови праці для відновлення порушених функцій організму, перевіряє відповідність умов праці інвалідів своїм висновкам. У разі *незгоди* громадянина з рішенням районної, міжрайонної, міської МСЕК він має право подати *протягом місяця письмову заяву* до обласної, центральної міської МСЕК або до МСЕК, у якій він проходив огляд, або до відповідного управління охорони здоров'я.

Критерії встановлення інвалідності

Особі, що визнана інвалідом, залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності встановлюється **I, II** або **III** група інвалідності. Залежно від ступеня втрати здоров'я інваліда та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді I група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б.

Причинами інвалідності є таке:

- загальне захворювання;
- інвалідність з дитинства;
- нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво або інше ушкодження здоров'я);
- професійне захворювання;
- поранення, контузії, каліцтва, захворювання;

— одержані під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків) або пов'язаних з перебуванням на фронті, у партизанських загонах і з'єднаннях, підпільних організаціях і групах та інших формуваннях, що визнані такими згідно із законодавством, у районі воєнних дій на прифронтових ділянках залізниць, на спорудженні оборонних рубежів, військово-морських баз та аеродромів у період громадянської та Великої Вітчизняної воєни або з участю у бойових діях у мирний час;

— одержані під час захисту Батьківщини, виконання інших обов'язків військової служби, пов'язаних з перебуванням на фронті в інші періоди;

— одержані в районах бойових дій у період Великої Вітчизняної війни та від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння у повоєнний період, а також під час виконання робіт, пов'язаних з розмінуванням боєприпасів часів Великої Вітчизняної війни незалежно від часу їхнього виконання;

— одержані у неповнолітньому віці внаслідок воєнних дій громадянських і Великої Вітчизняної воєни та в повоєнний період;

— пов'язані з участю у бойових діях та перебуванням на території інших держав;

— пов'язані з виконанням службових обов'язків, ліквідацією наслідків Чорнобильської катастрофи, ядерних аварій, ядерних випробувань, з участю у військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, іншим ураженням ядерними матеріалами;

— одержані внаслідок політичних репресій;

— пов'язані з виконанням обов'язків військової служби або службових обов'язків з охорони громадського порядку, боротьби із злочинністю та ліквідацією наслідків надзвичайних ситуацій;

— одержані під час участі у масових акціях громадського протесту в Україні з 21 листопада 2013 р. по 21 лютого 2014 р.

Захворювання:

— отримані під час проходження військової служби або служби в органах внутрішніх справ, державної безпеки, інших військових формуваннях;

— пов'язані з впливом радіоактивного опромінення внаслідок Чорнобильської катастрофи;

— одержані в період проходження військової служби і служби в органах внутрішніх справ, державній пожежній охороні, органах і підрозділах цивільного захисту, Держспецзв'язку.

Підставою для **встановлення I групи** інвалідності є стійкі, значно виражені тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

До I групи належать особи з найтяжчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї або кількох категорій життєдіяльності особи у значному III ступені:

— нездатність до самообслуговування або повна залежність від інших осіб;

— нездатність до пересування або повна залежність від інших осіб;

— нездатність до орієнтації (дезорієнтація);

— нездатність до спілкування;

— нездатність контролювати свою поведінку;

— значні обмеження здатності до навчання;

— нездатність до окремих видів трудової діяльності.

До підгрупи А І групи інвалідності належать особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі інших осіб і фактичну нездатність до самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи А І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

До підгрупи Б І групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи Б І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє втрату можливості самостійного задоволення з допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла більшості життєво необхідних фізіологічних і побутових потреб.

Інваліди І групи зі значно вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та проводити різні види трудової діяльності за умови їхнього забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у тому числі вдома.

Підставою для встановлення ІІ групи інвалідності є стійкі, вираженої тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

Критеріями встановлення ІІ групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження у вираженому ІІ ступені однієї або кількох категорій життєдіяльності особи:

— обмеження самообслуговування II ступеня — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

— обмеження здатності до самостійного пересування II ступеня — здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

— обмеження здатності до навчання II ступеня — нездатність до навчання або здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдома;

— обмеження здатності до трудової діяльності II ступеня — нездатність до провадження окремих видів трудової діяльності або здатність до трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

— обмеження здатності до орієнтації II ступеня — здатність до орієнтації у часі та просторі за допомогою інших осіб;

— обмеження здатності до спілкування II ступеня — здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

— обмеження здатності контролювати свою поведінку II ступеня — здатність частково або повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві хвороби або більше, що призводять до інвалідності, наслідки травми або вроджені вади та їхні комбінації, які в сукупності спричиняють значне обмеження життєдіяльності особи та її працездатності.

Установлюється II група інвалідності учням, здобувачам вищих навчальних закладів I–IV рівня акредитації денної форми навчання, що вперше здобувають відповідний освітньо-кваліфікаційний рівень освіти, у разі наявності в них ознак інвалідності на період їхнього навчання. Після закінчення навчального закладу видається довідка про придатність їх до роботи у результаті набуття професії.

Інваліди II групи з вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності, зокрема шляхом створення відповідних умов праці із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Підставою для встановлення III групи інвалідності є стійкі, помірної тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені за-

хворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, у тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями для встановлення III групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї або кількох категорій життєдіяльності у помірно вираженому I ступені:

— обмеження самообслуговування I ступеня — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

— обмеження здатності самостійно пересуватися I ступеня — здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані;

— обмеження здатності до навчання I ступеня — здатність до навчання у навчальних закладах загального типу за умов дотримання спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає);

— обмеження здатності до трудової діяльності I ступеня — часткова втрата можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне обмеження кваліфікації або зменшення обсягу професійної трудової діяльності більше ніж на 25 відсотків, значне утруднення в набутті професії або працевлаштуванні осіб, що раніше ніколи не працювали та не мають професії);

— обмеження здатності до орієнтації I ступеня — здатність до орієнтації у часі, просторі за умови використання допоміжних засобів;

— обмеження здатності до спілкування I ступеня — здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації;

— обмеження здатності контролювати свою поведінку I ступеня — здатність частково контролювати свою поведінку за особливих умов.

Інваліди III групи з помірним обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності за умови забезпечення у разі потреби засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Документація МСЕК:

- акт освідчення у МСЕК;
- книга протоколів засідань МСЕК;
- статистичний талон до акта освідчень у МСЕК;

• щорічний звіт обласної, центральної, міської МСЕК (ф. № 37 — здоров).

Захворюваність працюючих із тимчасовою втратою працездатності аналізується за такими основними показниками:

$$\text{Показник випадків тимчасової непрацездатності на 100 працюючих} = \frac{\text{Абсолютна кількість випадків тимчасової непрацездатності} \cdot 100}{\text{Середня кількість працюючих}}$$

$$\text{Показник календарних днів тимчасової непрацездатності на 100 працюючих} = \frac{\text{Абсолютна кількість календарних днів тимчасової непрацездатності} \cdot 100}{\text{Середня кількість працюючих}}$$

$$\text{Середня тривалість випадку тимчасової непрацездатності} = \frac{\text{Кількість календарних днів тимчасової непрацездатності}}{\text{Кількість випадків тимчасової непрацездатності}}$$

$$\text{Показник структури захворюваності з тимчасовою втратою працездатності} = \frac{\text{Кількість випадків (або календарних днів) непрацездатності з даного захворювання} \cdot 100}{\text{Кількість випадків (днів) непрацездатності при всіх захворюваннях}}$$

Увага!!! З 24 лютого 2022 р., відповідно до Закону України «Про правовий режим воєнного стану», в Україні введено режим воєнного стану!

Відповідно до внесених змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки» від 01 червня 2021 р., установити, **що на період дії воєнного стану та протягом трьох місяців з дня його припинення або скасування:**

у разі відсутності у закладі охорони здоров'я бланків листків непрацездатності та неможливості їх отримання дозволяється за

рішенням керівника закладу охорони здоров'я видача листків непрацездатності, роздрукованих на білому аркуші паперу за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від № 532/274/136-ос/1406 03 листопада 2004 р., зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 листопада 2004 р. за № 1454/10053. При цьому у рядку, де вказується серія бланка, зазначається ЄДРПОУ закладу охорони здоров'я, а де номер бланка — порядковий номер запису у Журналі реєстрації листків непрацездатності.

Листок непрацездатності, виданий відповідно до абзацу другого цього пункту, вважається документом, що підтверджує факт тимчасової непрацездатності та прирівнюється до листка непрацездатності, виданого на бланку.

Окрім цього, 01 січня 2023 р. набрала чинності оновлена редакція Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», яким передбачено, що саме *Пенсійний фонд України є уповноваженим органом управління в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування.*

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобувачів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посіб. / Грузева Т. С. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохначов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних за-

кладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Склярів Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самост. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

11. Кодекс законів про працю України.

12. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

13. Закон України «Про відпустки».

14. Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».

15. Постанова Кабінету Міністрів України № 328 від 17 квітня 2019 р. «Деякі питання організації ведення Електронного реєстру листків непрацездатності та надання інформації з нього».

16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки» від 01 червня 2021 р..

17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1234 «Про затвердження Порядку видачі (формування) листків непрацездатності в Електронному реєстрі листків непрацездатності» від 17 червня 2021 р.

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» від 13.11.2001 р.

19. Інструкція про порядок заповнення листка непрацездатності, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України № 532/274/136-ос/1406 від 03.11.2004 р.

20. Лист Міністерства праці та соціальної політики України № 415/13/116-06 від 17.11.2006 р..

21. Лист Міністерства соціальної політики України № 30/13/133-12 «Щодо закінчення строкового трудового договору» від 31.01.2012 р.

22. Лист Міністерства соціальної політики України № 1922/0/101-17/284 «Щодо продовження чи перенесення на інший період щорічної відпустки в разі тимчасової непрацездатності» від 17.07.2017 р..

23. Інформація Південно-Східного міжрегіонального управління Державної служби з питань праці від 25.10.2023 р.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int

3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov

4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua

5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>

6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com

7. Журнал Evidence-Based Medicine. URL: www.evidence-basedmedicine.com

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 20

Тема. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація) як складова частина медичної профілактики (2 год).

Мета: проаналізувати види адвокації; класифікувати послідовні кроки планування адвокаційної кампанії; вміти побудувати ефективну адвокаційну кампанію (на прикладах), розрізнити поняття «адвокація», «комунікація», «інтервенція». Знати профілактичні програми і стратегії профілактики захворювань. Опанувати техніку інформування, впливу та мотивування людей.

Основні поняття:

Адвокація — походить від англійського слова “advocacy”, який, у свою чергу, веде до латинських «ad — до» та «voca — заклик», тобто саме слово «адвокація» можна перекласти як «заклик до певних дій».

Профілактика — система державних, соціальних, медичних, гігієнічних заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я і запобігання розвитку хвороби.

Громадянське лобіювання — просування рішень, важливих для пересічних громадян, громади та суспільства, представлення інтересів тих осіб та соціальних груп, які не мають безпосереднього доступу до прийняття рішень.

Адвокаційна кампанія — комплекс заходів у сфері адвокації, що об'єднаних спільною метою, також це комплекс взаємопов'язаних та обмежених у часі заходів впливу на певні цільові групи з метою спонукання їх до прийняття нових моделей поведінки (не робити того, що робили раніше, робити щось нове або робити щось інакше).

Предмет адвокації — конкретне право або інтерес, який захищається або відстоюється під час адвокаційної кампанії.

Громадська адвокація — означає: говорити від імені, представляти інтереси та захищати права широкої категорії людей, усієї громади або суспільства. Громадська адвокація зосереджується на представленні інтересів та захисті прав більш широкого загалу.

Мішені в адвокації — офіційні особи, від яких безпосередньо залежить прийняття рішення, від позиції, політики, рішень і службової діяльності яких залежать захист прав і реалізація інтересів цільової групи адвокації.

Офіційні мішені — керівники органів влади (у багатьох випадках співпадають з основною мішенню), до яких офіційно звертаються та які підписують відповідні документи.

Внутрішня адвокація — надання владних повноважень невеликій кількості осіб, тісно пов'язаних із прийняттям рішень.

Зовнішня адвокація — передбачає мобілізацію зусиль значної кількості людей та створення публічних груп тиску.

Моніторинг — постійний процес, завдяки якому зацікавлені сторони отримують інформацію про прогрес у досягненні поставлених цілей та завдань.

Мета адвокаційної кампанії — позитивна зміна стану предмета адвокації.

Цільова група адвокації — цільова група, права та інтереси якої захищаються або відстоюються.

Суб'єкт адвокації — особа, колектив або організація, яка здійснює адвокаційну кампанію.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. Адвокація була, є і завжди буде одним із пріоритетних напрямів діяльності організацій громадянського суспільства. Її суть полягає у взаємодії з органами влади всіх рівнів і широким колом зацікавлених осіб (стейкхолдерів) з метою представлення та просування інтересів певних соціальних груп, як правило, незахищених, вразливих, неактивних, недостатньо організованих.

Адвокація потребує координації зусиль, мобілізацію громадськості та зусиль багатьох людей одразу. Адвокація пов'язана з розробкою державної політики. Частиною адвокації є лобізм.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАНЬ

Теоретичні питання до заняття

1. Дати визначення поняття «адвокація».
2. Що таке адвокаційна кампанія.
3. Диференціювати зовнішню та внутрішню адвокації.
4. Для чого потрібні адвокаційні кампанії?
5. Яка послідовність кроків планування кампанії?
6. Навести приклади адвокаційної діяльності.
7. Розібрати три принципи (стовпи) сприяння здоров'ю.
8. Визначити основні SMART-критерії мети.

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Розібрати різні види адвокаційної діяльності на прикладах.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

У 2012 р. Європейським регіональним бюро ВООЗ прийнято документ «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» (ЄДП), який став дороговказом у розвитку громадського здоров'я в Європейському регіоні. Для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а також дій, необхідних для їхнього покращення, було запропоновано десять основних оперативних функцій громадського здоров'я:

1. Епіднадгляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення.
2. Моніторинг і реагування на небезпеки для здоров'я та під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.
3. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.
4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я.
5. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я.
6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя.
7. Забезпечення суспільної громадської сфери охорони здоров'я достатньою кількістю кваліфікованих кадрів.

8. Створення стійких організаційних структур і забезпечення їхнього фінансування.

9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування відповідної політики і практики.

Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація) в інтересах здоров'я

Центр громадського здоров'я на сучасному рівні розробив *стратегію сприяння здоров'ю* на індивідуальному рівні (навчання про здоров'я або санітарна освіта; інформування про здоров'я, або комунікація; соціальний маркетинг) та міжособистісному рівні (самодопомога і взаємодопомога). Навчання (санітарна освіта) й інформування (комунікація) про здоров'я населення входять у інформаційно-роз'яснювальну роботу серед населення, або *адвокацію*.

Соціальне лобіювання, або *адвокація*, визначається як дія, що спрямована на зміну політики, позиції або програм будь-якого типу установ. Соціальне лобіювання — це захист, або відстоювання, певної ідеї перед іншими людьми. Це дії, які привертають увагу до суцільної проблеми і заохочують політичних діячів до її розв'язання.

Зародилась адвокація ще в Стародавньому Римі та Греції, коли загально визнані оратори діяли як адвокати або писали промови спеціально для того, щоб закликати до чийхось справ і переконань. Такі діячі, як Цицерон і Цезар, вважалися одними з кращих юристів і «адвокатів» у всьому Римі.

Адвокація у широкому сенсі — це робота з іншими людьми та організаціями задля досягнення змін.

Адвокація потребує від її учасників ґрунтовної підготовки та розробки дизайну кампанії соціального лобіювання.

Адвокація була, є і завжди буде одним із пріоритетних напрямів діяльності організацій громадянського суспільства. Її суть полягає у взаємодії з органами влади всіх рівнів та широким колом зацікавлених осіб (стейкхолдерів) з метою представлення та просування інтересів певних соціальних груп, як правило, незахищених, вразливих, неактивних, недостатньо організованих.

Адвокація може бути політичною (тобто лобіювання конкретного закону), але частіше за все адвокація буває громадською та інтелекту-

альною і зосереджена на донесенні думки від імені тих, хто позбавлений права голосу.

Адвокація — це метод і процес впливу на людей, які приймають рішення, та на громадську думку з приводу проблемних питань. Вона спрямована на мобілізацію громадських дій для досягнення змін у суспільстві, включаючи проведення законодавчих і політичних реформ з метою розв'язання вищевказаних проблем.

Адвокація — це процес, спрямований на зміну політики, законів і практик, які використовуються впливовими людьми, групами або установами. Адвокація — це політичний процес, здійснюваний з метою впливу на політичні рішення на національному та міжнародному рівнях, діяльність, у ході якої громадяни і громадські організації висловлюють стурбованість щодо порушення їхніх прав, а також здійснюють активні дії для їхнього захисту. Адвокація складається з організованих зусиль і дій, що ґрунтуються на реальному стані справ. Ці організовані дії піднімають приховані питання, раніше ігноровані, з метою впливу на громадську думку і політику для того, щоб суспільство ставало більш справедливим і достойним. Адвокація спрямована на отримання результатів, що дають людям можливість доступу і впливу на тих, хто приймає рішення, що впливають на їхнє життя. Це означає протидію порушенням з боку владних органів, які впливають на життя людей.

Комунікація — це план взаємопов'язаних заходів, які розроблюються і реалізуються.

Це процес обміну інформацією (фактами, ідеями, поглядами, емоціями) між двома або більше особами, спілкування за допомогою вербальних і невербальних засобів із метою передавання й одержання інформації. Різноманітні види й способи комунікації можна поділити на три групи: усну, писемну й візуальну. У свою чергу, саме спілкування можна умовно поділити на вербальне, невербальне та писемне спілкування. До невербального спілкування належать: мова тіла, візуальний контакт, мова жестів та ін. У сучасних умовах зростає роль мережевого спілкування. Комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу і створення мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант (чинників) здоров'я. Комунікація покликана також розширювати можливості для доступу, розуміння і використання інформації з

метою зниження ризику виникнення і профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, просування заходів політики у сфері охорони здоров'я та підвищення добробуту, якості життя та покращення здоров'я людей усередині спільноти.

Інтервенція — це втручання на рівні конкретної особи або малої групи (до 20 осіб), що мають ризиковану поведінку, з метою досягнення певних змін в її поведінці та/або стані здоров'я. Реєстр інтервенцій у сфері протидії ВІЛ-інфекції / СНІД в Україні з визначеним рівнем доказовості створено групою національних та міжнародних експертів у 2013 р. Його метою є узагальнення багаторічного досвіду та напрацювань щодо ефективних біоповедінкових і структурних втручань, які впроваджуються в Україні, з урахуванням специфіки розвитку епідемії ВІЛ-інфекції та локального контексту.

Одним з інструментів адвокації є лобіювання. Необхідно відрізнити лобіювання в адвокації від так званого комерційного лобіювання, коли просуваються бізнес-інтереси окремих осіб або компаній. Відмінність лобіювання в адвокації (громадянське лобіювання) полягає в тому, що, по-перше, просуваються не комерційні інтереси окремих компаній, а рішення, важливі для пересічних громадян, громади та суспільства. По-друге, адвокація завжди представляє інтереси тих осіб та соціальних груп, які не мають безпосереднього доступу до прийняття рішень.

Як правило, адвокація здійснюється у вигляді кампаній. Під кампанією слід розуміти комплекс взаємопов'язаних та обмежених у часі заходів впливу на певні цільові групи з метою спонукання їх до прийняття нових моделей поведінки (не робити того, що робили раніше, робити щось нове або робити щось інакше).

Інформаційні кампанії передбачають підвищення поінформованості людей з певних питань, привернення уваги громади та/або суспільства до певних проблем.

Громадська, або публічна, адвокація означає говорити від імені, представляти інтереси та захищати права широкої категорії людей, усієї громади або суспільства. Громадська адвокація зосереджується на представленні інтересів та захисті прав більш широкого загалу.

Внутрішня адвокація — досягнення змін у наявній нормативній та законодавчій базі зсередини системи, залучення професійних лобістів, лояльних чиновників і бізнесменів. В основі такої стратегії ле-

жить принцип надання владних повноважень невеликій кількості осіб, тісно пов'язаних із прийняттям рішень.

Зовнішня ж адвокація, навпаки, передбачає об'єднання й посилення ініціатив, що виходять «з народу», — так звані ініціативи знизу — від груп людей, небайдужих до проблеми, або тих, хто безпосередньо потерпає від порушення їхніх прав. На відміну від стратегії внутрішньої адвокації, цей метод передбачає мобілізацію зусиль значної кількості людей та створення публічних груп тиску.

Сприяння здоров'ю допомагає урядам, громадам та окремим індивідам розв'язувати проблеми зі здоров'ям шляхом створення здорової суспільної політики, сприятливого середовища та посилення дій громад і кожного індивіда.

Існують три принципи (стовпи) сприяння здоров'ю: 1) грамотність щодо здоров'я, 2) засоби, спрямовані на створення та підтримку середовища, безпечного для життя, 3) принцип здоров'я у всіх політиках.

1. Грамотність — досягається стратегіями навчання щодо здоров'я та формування звичок щодо зниження факторів ризику здоров'я.

2. Створення та підтримка середовища, безпечного для життя, — реалізовується через створення здорового середовища, як приклад: концепція «шкіл сприяння здоров'ю», «лікарень сприяння здоров'ю», здорове місто, здорова нація тощо. Принцип «здоров'я для всіх і всі для здоров'я» допомагає уряду, громаді, кожному індивіду досягти рівності та справедливості у реалізації права на здоров'я за допомогою різних стратегій сприяння здоров'ю.

3. Принцип здоров'я у всіх політиках — реалізується шляхом створення здорової суспільної політики. Передумовами розуміння необхідності розробки здорової суспільної політики стало дослідження тих факторів, які впливають на здоров'я населення. Суспільні економічні, екологічні фактори, які перебувають поза індивідуальним контролем, мають суттєвий вплив на здоров'я. Необхідність у розробці політичних заходів спрямована на захист і збереження здоров'я населення. Стан здоров'я населення залежить від буденних індивідуальних рішень. Те, як люди поведуться, залежить від наявності ресурсів. У більшості випадків люди обирають таку поведінку, яка відповідає найпростішому варіанту, такий спосіб життя, який коштує дешевше, вимагає найменших зусиль. А от політика суцільної організації може вплинути на щоденний вибір людей.

Головною ідеєю концепції «здорова суспільна політика» є те, щоб за допомогою політичних заходів зробити як здоровий персональний вибір, так і створення здорового навколишнього середовища найпростішим і найдешевшим вибором людини.

Оттавська хартія сприяння здоров'ю стверджує, що люди створюють і підтримують здоров'я там, де вони проводять повсякденне життя, навчаються, працюють, розважаються. У цих місцях і треба створювати сприятливе для здоров'я середовище. Лікарі сімейної медицини можуть стати провайдерами заходів, спрямованих на сприяння здоров'ю індивіда з перших днів його життя.

Виникає питання: «Для чого потрібні адвокаційні кампанії?» Коли маєш справу зі складними соціальними та медичними проблемами, такими як, наприклад, вживання наркотиків і наркозалежність, важливо виходити за межі надання послуг. Якщо нам вдасться змінити загальні підходи до надання медичних послуг, житла, роботи, то варто займатися проведенням адвокаційних кампаній заради системних і політичних змін. Процес внесення фундаментальних, системних змін є повільним і потребує великої відданості з боку тих, хто прагне таких змін. Системи й люди змінюються дуже повільно, але вони змінюються, якщо ми наполегливо змушуємо їх рухатись у певному напрямку. Проте перш ніж провести адвокаційну кампанію, треба набути чимало навичок та опанувати чимало інструментів, які допоможуть проаналізувати, спланувати й реалізувати конкретну адвокаційну стратегію.

Спільноти людей, які мають однакові проблеми зі здоров'ям, об'єднуються для того, щоб привернути увагу до їхніх проблем й отримати можливості для розв'язання цих проблем. Зокрема, активісти для боротьби з ВІЛ-інфекцією, захисники здоров'я жінок і боротьба з раком молочної залози тощо.

Приклади адвокаційної діяльності

- На теперішній час існує Адвокаційний центр Української Гельсінської спілки з прав людини (УГСПЛ), яка спостерігає за дотриманням договорів кампанії: щодо порушень прав людини в Україні, щодо антикорупційного законодавства, реформи правосуддя та люстраційного законодавства, захист громадських активістів, допомагають відстоювати права дітей на рівні умови доступу до освіти тощо.
- Розвиток змін поведінки щодо тютюнопаління в країні. Спочатку проблему до певного часу не усвідомлювали зовсім (до 2000-х рр.).

Потім люди усвідомлюють наявність проблеми і потреби щось із нею робити. Тому активісти докладають зусиль до подолання цієї проблеми шляхом роз'яснювальної (адвокаційної) антитютюнової кампанії.

- Введення норми на заборону паління на робочому місці.
- Обов'язкова вакцинація від сезонного грипу всіх працівників.
- Забезпечення вживання на робочому місці до 5 порцій овочів та фруктів на день. За рекомендації ВООЗ, вживання від 400 г свіжих фруктів та овочів протягом дня сприяє зниженню ризику виникнення серйозних проблем зі здоров'ям, включаючи серцево-судинні захворювання, інсульти, онкозахворювання. Темп життя сучасної людини не завжди дає можливість слідувати за цими рекомендаціями. Тому впровадження роботодавцем «дня вітамінів» на регулярній основі є дієвим заходом організаційного рівня, що сприятиме зміцненню здоров'я працівників та підвищуватиме їхню працездатність.

- Регулярне вживання необхідної норми води за день. У людей нашого суспільства ще недостатньо розвинута культура вживання питної води. Тому установка кулерів на робочих місцях забезпечить регулярний доступ до питної води.

- Аналіз нормативної бази або державної політики та вплив на них. Як приклад — дослідження законодавчих норм, що регулюють діяльність програм замісної терапії в Україні, щоб з'ясувати, чи можна розширити програми в регіонах, не змінюючи чинних законодавчих актів.

- Робота всередині системи — залучення експертів для впливу на ключових державних службовців, керівників правоохоронних органів та працівників сфери охорони здоров'я.

- Підготовка та проведення презентації, як приклад — презентація проблем у конкретному регіоні під час національної або міжнародної конференції з ВІЛ / СНІДу.

- Переكونування аудиторії через вуличні акції, акції протесту. Як приклад — марш Свободи за реформування наркополітики та декриміналізацію вживання наркотиків, який проходить в Україні щороку з 2005 р.

- Проведення інформаційних кампаній в інтернеті, на телебаченні, через друковані засоби масової інформації, за допомогою плакатів, білбордів тощо.

- Організація пресконференції, пресуру або Круглого столу та багато іншого.

Адвокаційна робота з керівниками підприємств і членами бізнес-асоціацій є невід'ємною роботою всіх фахівців системи громадського здоров'я. Для розв'язання соціальних проблем, що пов'язані зі здоров'ям населення, до адвокаційної кампанії залучають як цілі громади, так і окремих індивідів.

Успіх адвокаційної кампанії багато в чому залежить від її планування. Необхідно до роз'яснювальної кампанії залучати зовнішнього консультанта для діагностики проблеми та планування стратегії змін. Стратегічне планування кампанії є одним із найважливіших кроків забезпечення ефективної та продуктивної роботи. Медіакампанія — це інструмент, який використовують, щоб розширити бачення і стратегію кампанії з адвокації. Щоб спланувати ефективну медіакампанію, яка буде спрямована на обрану нами проблему і посилить наші адвокаційні цілі, необхідно зробити певні кроки. Планування кампанії передбачає здійснення цілої низки послідовних кроків.

1. Визначення теми адвокації. Адвокація, як правило, починається тоді, коли у людини або групи людей виникає незадоволення певним станом речей. Це означає, що існує проблема, яка може стати темою для адвокації, але спочатку її треба правильно сформулювати.

2. Визначення мети та завдань адвокаційної кампанії. Проведений аналіз причин ситуації допомагає визначити мету та завдання майбутньої адвокаційної кампанії. Мета повинна відображати ті проміжні та довгострокові результати (позитивні зміни в ситуації), що ми хочемо отримати під час проведення кампанії. Визначення мети базується на сформульованій темі адвокації.

Мета має відповідати вимогам SMART:

S (specific, significant) — конкретна, значна.

M (measurable, meaningful, motivational) — вимірювана, значуща, мотивуюча.

A (attainable, agreed upon, action-oriented) — досяжна, узгоджена, орієнтована на конкретні дії.

R (realistic, relevant, reasonable, rewarding, results-oriented) — реалістична, доречна, корисна, орієнтована на конкретні результати.

T (time-based, timely, trackable) — обмежена у часі, своєчасна, підлягає відстеженню.

Завдання є послідовними кроками, що мають забезпечити досягнення поставленої мети. Вони також повинні відповідати вимогам SMART.

3. Аналіз мішеней адвокаційної кампанії. Адвокаційна кампанія передбачає прийняття певних рішень представниками органів центральної влади або місцевого самоврядування. Офіційних осіб, від яких безпосередньо залежить прийняття рішення, в адвокації називають мішенями. Необхідно пам'ятати, що мішені — це завжди люди, посадовці, але не органи влади, оскільки саме люди приймають рішення.

В адвокації виділяють п'ять категорій мішеней.

Основні — особи, від яких безпосередньо залежить прийняття рішення. Залежно від ситуації це можуть бути міський (сільський) голова, депутати місцевої ради та інші офіційні особи.

Альтернативні — це ті, хто також має можливість прийняття рішення, наприклад, заступник міського голови або голова ради відповідної комісії. Альтернативна мішень — це своєрідний план «Б» для нашої кампанії. Якщо виникнуть ускладнення з основною мішенню, нам буде потрібен інший посадовець, який має достатньо важелів впливу, щоб забезпечити прийняття необхідного рішення.

Офіційні — керівники органів влади (у багатьох випадках співпадають з основною мішенню), до яких офіційно звертаються та які підписують відповідні документи.

Доступу — це ті, хто може надати нам доступ до основної мішені. Ця особа може бути помічником, секретарем, керівником відділу або навіть водієм основної мішені.

Підтримки — це інші посадовці, які також можуть бути зацікавлені у прийнятті відповідного рішення (наприклад, начальники управлінь соціального захисту, охорони здоров'я, освіти, культури тощо).

4. Аналіз зацікавлених сторін. Крім мішеней, в адвокації виділяється ще одна категорія представників громади — зацікавлені сторони, тобто люди, які мають відношення та певне ставлення до визначеної проблеми.

5. Підготовка та передача ключового повідомлення. Кожна людина (мішені та зацікавлені сторони), з якою ми матимемо справу під час адвокаційної кампанії, потребує індивідуального підходу. Це означає, що в кожному конкретному випадку мотивація, що спонукатиме людину діяти або, навпаки, не діяти, буде різною. Одним із важливих інструментів адвокації є розробка індивідуальних ключових повідомлень.

6. Підготовка плану адвокаційної кампанії.

7. Аналіз ризиків, або аналіз проблеми. Для того щоб передбачити можливі сценарії розвитку подій, необхідно провести аналіз ризиків. Можливі ризики необхідно аналізувати відповідно до завдань.

8. План моніторингу й оцінки кампанії. Моніторинг є постійним процесом, завдяки якому зацікавлені сторони отримують інформацію про прогрес у досягненні поставлених цілей і завдань. Оцінка є вимірюванням завершеної або актуальної діяльності з метою визначення рівня досягнення поставлених цілей та прийняття відповідних рішень.

9. Ресурси для адвокаційної кампанії. Проведення будь-якої кампанії потребує певних ресурсів: фінансових, матеріальних, людських тощо. Важливо ще на етапі планування кампанії визначити, які саме та в якому обсязі ресурси будуть потрібні, спланувати та своєчасно здійснити заходи щодо їхнього залучення. В іншому разі — можна зіткнутися з відсутністю необхідних ресурсів, що, у свою чергу, може унеможливити проведення кампанії в цілому.

Адвокація не є простою справою. Це тривалий процес, який охоплює актуалізацію теми, що може тривати роками, вибудовування партнерств, підтримки, комунікацію з депутатами, розтлумачення важливості суспільству.

Щоб побудувати ефективну адвокаційну кампанію, необхідно чітко та якомога простіше сформулювати проблему та її розв'язання. Необхідно виділити одне ключове питання, яке має лягти в основу адвокації та, якщо можливо, відобразити, які саме зміни ми пропонуємо для розв'язання проблеми. Після аналізу ситуації та визначення ключового питання ми зможемо визначити коло тих, хто має змогу вплинути на зміни, яких ми вимагаємо.

Використання засобів інформації є одним із способів, за допомогою якого ми можемо зробити наші кампанії більш орієнтованими на людей, а також забезпечити присутність голосів тих людей, які вимагають зміну.

Ефективна комунікація — це ваш ключ до зміни сприйняття і досягнення якої-небудь зміни в суспільстві. Комунікація для цілей адвокації не така ж, як і загальна комунікація — розсилки, матеріали зі збору коштів або загальна інформація про вашу роботу. Визначає комунікацію з метою адвокації те, що вона зосереджує увагу на впливі на конкретну аудиторію і використанні конкретного повідомлення для змін у політиці або її практичному втіленні. Зазвичай успішна комунікація у цілях адвокації потребує постановки чітких завдань,

знання цільової аудиторії, зрозумілої для неї мови і короткого, конкретного і доречного змісту.

Кожна медіакампанія має своє обличчя та свій голос, уособлений спікерами кампанії, відеоматеріалами або представлений на фото, малюнках, символах тощо. Візуальні елементи допомагають створити вражаючий меседж і викликати емоції в аудиторії. Кожен тип візуальних медіа служить своїй конкретній меті. Логотип, або просто лого, — це маленький малюнок або картинка, що в символічній формі відображає місію організації або основне повідомлення кампанії. Логотипи важливі для зростання впізнавання організації, кампанії або руху. Яскравий логотип може стати брендом, що несе в собі певні цінності та місію громади, його легко впізнаватимуть журналісти і громадськість. Логотипи, як правило, розміщують на всіх офіційних документах — заявах, петиціях, пресрелізах, листівках, на вебсайті та футболках тощо.

Постери та банери — від глянцевих білбордів на вулицях міст до саморобних банерів і плакатів, виготовлених активістами для вуличної акції. У всіх випадках банери та плакати виконують одну функцію — донести повідомлення або слоган до цільової аудиторії. На постерах найчастіше розміщують одну або кілька великих фотографій або малюнків і слоган або короткий текст, а також контактну інформацію кампанії або організації або іншу додаткову інформацію. Постери розміщують на стінах будинків або в приміщеннях, де найчастіше збираються люди, які мають прочитати наше повідомлення.

Фотографії та відеосвідчення, інші відеоматеріали — одні з найпотужніших засобів адвокаційних кампаній. За допомогою фото і відео ми можемо проілюструвати проблему так, як ми її бачимо, показати ситуацію в реальному вигляді та викликати у глядачів справжні емоції. Відео та фотоісторії є більш промовистими, ніж написаний звіт. За допомогою відео зацікавлені групи можуть висловлювати свою точку зору й подавати аргументи за чи проти тих чи інших практик.

Незалежно від того, який із підходів до адвокації ми оберемо, важливо розуміти основний принцип діяльності активістів, які борються за соціальну справедливість: потрібно весь час залишатися на зв'язку та бути відповідальними перед тими, чий інтерес ми захищаємо. Тож адвокаційна кампанія, орієнтована на людей, не лише провокує необхідні зміни, а й продукує нових небайдужих активістів, які працюють для продовження дії зміни, а також упровадження інших змін.

Європейське регіональне бюро ВООЗ і партнери беруть на себе такі функції, як:

- надавати загальнодоступну і надійну інформацію з питань здоров'я, допомагаючи керівникам, які проводять політику в усіх секторах, і їхній аудиторії здійснювати раціональний аналіз інформації та використовувати її для дій в інтересах здоров'я. Інформацію необхідно перетворювати в дію, що потребує відповідного рівня мотивації та нерідко зміни поведінкових і робочих стереотипів;

- вживати всіх заходів для підвищення рівня медико-санітарної грамотності людей, систем і керівників та їхньої участі в розробці та впровадженні раціональних й ефективних стратегій у відповідь на виклики і нові можливості в галузі охорони здоров'я. У країні створюється система охорони громадського здоров'я. Це для України принципово новий напрям діяльності, складові якого потребують наукового обґрунтування. Всесвітня організація охорони здоров'я визначила інформаційно-роз'яснювальну діяльність, комунікації та соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я населення як одну з основних оперативних функцій громадського здоров'я. При цьому ВООЗ зазначає, що комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу й формування мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація також покликана розширювати можливості для доступу, розуміння та використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики хворою, зміцнення здоров'я, орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, просування заходів політики у сфері охорони здоров'я та підвищення добробуту, якості життя та поліпшення здоров'я людей усередині спільноти. Іноземні автори вказують на значення ефективних комунікацій у боротьбі з факторами ризику хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), забезпеченні дорожньої безпеки для дітей та підвищенні фізичної активності.

Ефективні комунікації також мають вирішальне значення в адвокації рішень із розвитку систем охорони здоров'я на різних рівнях управління. На рис. 3 схематично зображено систему громадського здоров'я.



Рис. 3. Система громадського здоров'я

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобувачів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посібник / Грузева Т. С. та ін.; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохачов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Склярів Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самост. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація

«Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int
3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov
4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua
5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com
7. Журнал Evidence-Based Medicine. URL : www.evidence-basedmedicine.com

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 21

Тема. Промоція здоров'я. Види, форми та методи. Морально-етичні та правові аспекти втручань в охороні здоров'я (2 год).

Мета: формування засвоєння принципів розробки заходів задля покращання здоров'я населення й окремих його контингентів; засвоїти, у чому полягає сутність і значення використання в медичній практиці різних методів промоції здоров'я; уміти аналізувати морально-етичні та правові аспекти втручань в охороні здоров'я.

Основні поняття:

Промоція здоров'я (зміцнення здоров'я) — це процес, який дає змогу кожній людині й усій громаді посилити контроль за факторами, які визначають здоров'я, і таким чином поліпшити здоров'я. Це одна з визначальних концепцій сучасної охорони здоров'я, яка вказує на центральну роль самої людини в нагромадженні потенціалу для зміцнення здоров'я та довголіття шляхом відмови від шкідливих звичок і модифікації способу життя.

Медико-санітарна грамотність (медична грамотність) — це сукупність когнітивних і соціальних навичок, які визначають намагання й можливості індивідуально знаходити, розуміти і використовувати інформацію з метою підтримки і зміцнення здоров'я.

Гігієнічне виховання — це один із напрямів підтримки здоров'я, що є комплексною просвітницькою, навчальною та власне виховною діяльністю, спрямованою на формування гігієнічної культури, здорового способу життя індивідів, груп осіб, населення.

Профілактика — це складова частина медицини. Соціально-профілактичний напрям у справі охорони та зміцнення здоров'я населення включає медичні, санітарно-технічні, гігієнічні й соціально-економічні заходи. Створення системи запобігання захворюванням і усунення факторів ризику є найважливішим соціально-економічним і медичним завданням держави.

Спосіб життя — це визначений, історично зумовлений тип, вид життєдіяльності в матеріальній і нематеріальній сферах. Виділяють чотири категорії способу життя: *рівень життя, якість життя, стиль життя та устрій життя.*

Здоровий спосіб життя — це типові й істотні для конкретної суспільно-економічної формації види, типи та способи життєдіяльності людини, які підвищують адаптивні можливості її організму і сприяють повноцінному виконанню нею соціальних функцій при активній достатній тривалості життя.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. Пропаганда здорового способу життя є невід'ємною частиною діяльності охорони здоров'я та обов'язковим розділом роботи всіх лікувально-профілактичних закладів і медичних працівників.

Підвищення санітарної культури, навчання кожного жителя наданню самопомоги і взаємодопомоги є одним із методів профілактики захворювань, травматизму й формування здорового способу життя у населення.

Знання способів і методів організації цієї роботи — необхідна умова підготовки майбутнього лікаря. Гігієнічне виховання є одним з основних завдань медичних закладів освіти — обов'язковою складовою загальноосвітньої та професійної підготовки медичних кадрів, оскільки гігієнічні знання є обов'язковими кваліфікаційними вимогами для лікаря будь-якого фаху, адже медичні працівники зобов'язані пропагувати гігієнічні навички та вміння формувати у населення здоровий спосіб життя.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАНЬ

Теоретичні питання до заняття

1. Методи і засоби медико-гігієнічного навчання та виховання населення, їхні особливості в різних закладах охорони здоров'я.
2. Визначення понять «промоція здоров'я», «здоровий спосіб життя», «профілактика». Види профілактики.
3. Значення формування здорового способу життя для збереження та зміцнення здоров'я населення. Провідні чинники способу життя, які впливають на стан здоров'я населення.
4. Напрями формування здорового способу життя. Розробка анкет для вивчення чинників, що впливають на стан здоров'я населення. Складання плану лекцій.
5. Завдання та зміст роботи центрів громадського здоров'я, їхніх структурних підрозділів з профілактики і формування здорового способу життя, взаємодія з іншими закладами охорони здоров'я.
6. Розвиток репродуктивної медицини.
7. Штучне запліднення, сурогатне материнство, донація гамет: морально-етичні аспекти. Роль репродуктивної медицини у розв'язанні проблеми низької народжуваності.
8. Морально-етичні та правові аспекти втручань (наприклад трансплантації).

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Розробляти анкети для вивчення чинників, що впливають на стан здоров'я населення.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Промоція здоров'я (зміцнення здоров'я) — це процес, який дає змогу кожній людині й усій громаді посилити контроль за факторами, які визначають здоров'я, і таким чином поліпшити здоров'я. Це одна з визначальних концепцій сучасної охорони здоров'я, яка вказує на центральну роль самої людини в нагромадженні потенціалу для зміцнення здоров'я та довголіття шляхом відмови від шкідливих звичок і модифікації способу життя.

Матеріальними передумовами для зміцнення здоров'я є створення умов для правильного харчування (оздоровлення продуктів ма-

сового споживання), санітарний контроль за чистотою навколишнього середовища, заборона тютюнокуріння в громадських місцях, поліпшення психологічного клімату в сім'ї і на виробництві та інші способи обмеження факторів ризику.

Медико-санітарна грамотність (медична грамотність) — це сукупність когнітивних і соціальних навичок, які визначають намагання і можливості індивідуально знаходити, розуміти й використовувати інформацію з метою підтримки та зміцнення здоров'я.

Гігієнічне виховання — це один із напрямів підтримки здоров'я, що є комплексною просвітницькою, навчальною та власне виховною діяльністю, спрямованою на формування гігієнічної культури, здорового способу життя індивідів, груп осіб, населення.

Профілактика — це складова частина медицини. Соціально-профілактичний напрям у справі охорони та зміцнення здоров'я населення включає медичні, санітарно-технічні, гігієнічні й соціально-економічні заходи. Створення системи запобігання захворюванням та усунення факторів ризику є найважливішим соціально-економічним і медичним завданням держави. Виділяють індивідуальну і громадську профілактику.

Залежно від стану здоров'я, наявності факторів ризику захворювання або вираженої патології в людини *розглядають три види профілактики*, а саме:

1. *Первинна профілактика* — це система заходів запобігання виникненню і впливу факторів ризику на розвиток захворювань (вакцинація, раціональний режим праці та відпочинку, раціональне якісне харчування, фізична активність, оздоровлення навколишнього середовища тощо). До первинної профілактики належать соціально-економічні заходи держави щодо оздоровлення способу життя, навколишнього середовища, виховання та ін.

2. *Вторинна профілактика* — це комплекс заходів щодо усунення виражених факторів ризику, які за відповідних умов (зниження імунного статусу, перенапруження, адаптаційний зрив) можуть призвести до виникнення, загострення або рецидиву захворювання. Найбільш ефективним методом вторинної профілактики є диспансеризація як комплексний метод раннього виявлення захворювань, динамічне спостереження, спрямоване лікування, раціональне послідовне оздоровлення.

3. *Третинна профілактика* — це комплекс заходів щодо реабілітації хворих, які втратили можливість повноцінної життєдіяльності.

Третинна профілактика має на меті соціальну (формування впевненості у власній соціальній придатності), трудову (можливість поновлення трудових навичок), психологічну (поновлення поведінкової активності особистості) і медичну (поновлення функцій органів і систем) реабілітацію.

Спосіб життя — це ??????. Виділяють чотири категорії способу життя: *рівень життя, якість життя, стиль життя та устрій життя*.

Здоровий спосіб життя — це типові й істотні для конкретної суспільно-економічної формації види, типи та способи життєдіяльності людини, які підвищують адаптивні можливості її організму і сприяють повноцінному виконанню нею соціальних функцій при активній достатній тривалості життя. Можливість адаптувати й підтримувати практичну діяльність звичок, які зміцнюють здоров'я людини, її сім'ї та суспільства. Поведінка людей, яка формується на основі науково обгрунтованих рекомендацій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття.

Згідно з *Оттавською хартією* (1986, ВООЗ), *дії зі зміцнення здоров'я* включають таке:

1) *Проведення державної політики, що враховує інтереси здоров'я*

Сприяння зміцненню здоров'я виходить за рамки надання медичної допомоги. Ця діяльність передбачає включення питань охорони здоров'я до порядку денного керівників у всіх секторах і на всіх рівнях, спонукаючи їх у процесі прийняття рішень усвідомлювати собі про їхні можливі наслідки для здоров'я і брати на себе відповідальність за здоров'я людей.

Політика зміцнення здоров'я передбачає виявлення перешкод для повноцінного врахування інтересів здоров'я у діяльності інших секторів, крім охорони здоров'я, а також шляхи їхнього подолання. Мета політики — створити такі умови, при яких керівникам, які визначають політику, було б легше приймати рішення з урахуванням інтересів здоров'я.

2) *Створення сприятливого середовища*

Ми живемо в складних і взаємопов'язаних спільнотах. Зміцнення здоров'я не можна відокремлювати від інших соціальних цілей і завдань.

Соціоекологічний підхід до охорони здоров'я: основним керівним принципом для людства в цілому, країн, регіонів і місцевих громад є потреба в забезпеченні взаємної підтримки — взаємного прагнення піклуватися один про одного, про оточуючу спільноту і загальне природне середовище.

Великий вплив на здоров'я має зміна способу життя, режиму роботи і відпочинку. Робота і відпочинок повинні бути джерелом здоров'я. Принципи організації трудової діяльності в суспільстві повинні сприяти оздоровленню людини. Сприяння зміцненню здоров'я веде до створення безпечних і стимулювальних умов праці та життя, що приносять задоволення і радість.

3) Підтримка дій на рівні місцевих громад

Сприяння зміцненню здоров'я здійснюється за допомогою конкретних і ефективних заходів на місцевому рівні, у ході яких встановлюються пріоритети, приймаються рішення, розробляються і виконуються стратегічні комплекси заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я.

4) Розвиток особистісних навичок

Сприяння зміцненню здоров'я впливає на розвиток індивідуальних і громадських якостей особистості шляхом надання людям інформації, просвіти їх у питаннях охорони здоров'я і вдосконалення їхніх життєвих навичок. Тим самим люди отримують додаткові можливості впливу на своє здоров'я і середовище проживання й поліпшення їх, роблячи вибір на користь зміцнення здоров'я.

5) Переорієнтація послуг охорони здоров'я

Відповідальність за процес зміцнення здоров'я у системі охорони здоров'я розподіляється між окремою особистістю, суспільними групами, медичними працівниками, службами охорони здоров'я та органами державного управління. Усі вони повинні об'єднати зусилля зі створення системи охорони громадського здоров'я, спрямованої на зміцнення здоров'я.

6) Рух уперед

Здоров'я — це стан, що створюється і пережито людьми в їхньому повсякденному житті, — там, де вони вчаться, працюють і відпочивають. В основі його формування лежить турбота про себе і про оточуючих, можливість приймати рішення і керувати власними життєвими обставинами, а також впевненість у тому, що суспільство створює умови для досягнення міцного здоров'я для всіх його членів.

Джакартська декларація (1997, ВООЗ) про продовження діяльності з метою зміцнення здоров'я виділяє *п'ять основних пріоритетів*:

- підвищення соціальної відповідальності за здоров'я;
- підвищення інвестування у галузь охорони здоров'я;
- розширення та підтримка контактів з метою підтримки здоров'я;
- підвищення потенційних можливостей громад та індивідуумів;
- забезпечення необхідною інфраструктурою для підтримки здоров'я.

У 1991 р. ВООЗ було прийнято Будапештську декларацію щодо лікарень, які сприяють зміцненню здоров'я та мають загальні цілі:

- створення у лікарнях умов для здорового перебування медичних працівників і пацієнтів;
- упровадження реабілітаційних програм;
- заохочення взаємодії медичних працівників і персоналу;
- розповсюдження інформації та рекомендацій щодо питань здоров'я.

На рис. 4 подано форми та засоби санітарно-освітньої роботи.

ФОРМИ

ІНДИВІДУАЛЬНІ	ГРУПОВІ	МАСОВІ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Індивідуальна розмова ■ Індивідуальний інформаційний інструктаж ■ Індивідуальна консультація ■ Індивідуальні телефонні довідки, консультації, гаряча лінія ■ Особиста інформаційна кореспонденція 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Групова розмова ■ Груповий профілактичний прийом ■ Розмова за Круглим столом ■ Агітаційно-інформаційне повідомлення ■ Дискусія ■ Демонстрація відеозасобів ■ Урок з питань здорового способу життя ■ Заняття (курсове, гурткове) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Лекція ■ Радіопередача ■ Телепередача ■ Періодичні друковані видання ■ Тематичний вечір, місячник ■ Дні здоров'я ■ Виставки ■ Демонстрація кіно та відеофільмів

ЗАСОБИ

УСНІ	ДРУКОВАНІ	ЗОБРАЖУВАЛЬНІ	УСНО-ЗОБРАЖУВАЛЬНІ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Живе слово ■ Радіо ■ Телебачення ■ Звукозапис ■ Телефон 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Листівка ■ Буклет ■ Пам'ятка ■ Брошура ■ Книга ■ Журнал ■ Бюлетень ■ Періодична преса ■ Календар 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Плакат, малюнок ■ Фотолістівка ■ Діаграма, картограма ■ Слайд, слайд-серія ■ Прозірки ■ Діафільм ■ Теле-, відеофільм ■ Муляж, фантом 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Кіно ■ Телебачення ■ Відеофільм ■ Презентація

Рис. 4. Форми та засоби санітарно-освітньої роботи

«Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі — Центр) є науково-практичною установою медичного профілю Міністерства охорони здоров'я України, яка здійснює функції із забезпечення збереження та зміцнення здоров'я населення, проведення соціально-гігієнічного моніторингу захворювань, епідеміологічного нагляду й біологічної безпеки, здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності, боротьби з епідеміями, стратегічного управління з питань громадського здоров'я.

Центр утворений з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, що передбачає:

1. Забезпечення збереження та зміцнення здоров'я населення.
2. Забезпечення проведення епідеміологічного нагляду та моніторингу захворювань і біологічної безпеки та біологічного захисту, проведення лабораторних досліджень у сфері санітарного й епідемічного благополуччя населення і вжиття спеціальних заходів на локалізацію та ліквідацію спалахів та епідемій, у тому числі пов'язаних із небезпечними, особливо небезпечними та новими інфекційними захворюваннями.
3. Здійснення групової та популяційної профілактики захворюваності інфекційними та неінфекційними хворобами, боротьба з епідеміями.
4. Збір і аналіз стратегічної інформації для формування державної політики та стратегічного управління з питань громадського здоров'я, здійснення міжрегіональної координації щодо їхнього впровадження.
5. Здійснення організаційно-методичної роботи у сфері охорони здоров'я шляхом здійснення контролю, моніторингу та профілактики захворювань.
6. Проведення наукових досліджень і виконання наукових розробок з питань громадського здоров'я, у тому числі епідеміологічного нагляду та моніторингу, біобезпеки, щодо впливу факторів ризику і соціальних детермінант на здоров'я.
7. Надання спеціалізованої консультативної амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Предметом діяльності Центру є реалізація державної політики у сфері громадського здоров'я за такими напрямками:

1. Організаційно-методичний.
2. Аналітично-інформаційний.
3. Профілактично-просвітницький.
4. Лабораторно-діагностичний.

5. Науково-дослідний.
6. Консультативний.
7. Спеціалізована підготовка фахівців.

Основними завданнями Центру з профілактики є таке:

1. Реалізація комплексних заходів епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами і неінфекційними захворюваннями, виявлення ризиків для здоров'я населення, інформування суспільства та уповноваженого органу управління.

2. Забезпечення готовності й своєчасного реагування на епідемії та спалахи інфекційних хвороб та інші надзвичайні події у сфері громадського здоров'я.

3. Розробка та реалізація комплексних заходів і програм із профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний вплив та економічні наслідки.

4. Створення та забезпечення функціонування ефективної національної системи моніторингу й оцінки у сфері громадського здоров'я як частини міжнародної (європейської) системи оцінки та прогнозування ризиків щодо поширення інфекційних і неінфекційних захворювань, якості та тривалості життя населення.

5. Розробка на основі доказових даних і впровадження ефективних технологій виявлення та визначення шляхів мінімізації впливу факторів (чинників) ризику захворювань і створення сприятливого для здоров'я середовища.

6. Розробка та впровадження стратегії формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я як базової цінності життя; пропагування безпечної поведінки з метою уникнення ризиків інфікування соціально небезпечними хворобами.

7. Забезпечення ефективного міжсекторального співробітництва як складової успішного функціонування системи громадського здоров'я в Україні.

8. Розробка обґрунтованих пропозицій щодо політик і стратегій у сфері профілактики інфекційних хвороб і неінфекційних захворювань, проведення аналізу санітарно-епідемічної ситуації та підготовка пропозицій Міністерству охорони здоров'я України для прийняття управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, визначенні пріоритетних заходів щодо профілактики інфекційних хвороб і неінфекційних захворювань (у тому числі професійних та отруень).

9. Розробка пропозицій щодо впровадження на основі кращих світових практик механізмів міжрегіональної координації та співпра-

ці в частині реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я, у тому числі санітарного й епідемічного благополуччя населення та протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням.

10. Ведення державного обліку інфекційних і професійних захворювань та отруєнь.

11. Розробка пропозицій щодо системи інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та моніторинг її впровадження.

12. Підготовка пропозицій з питань, пов'язаних із профілактикою інфікування ВІЛ, туберкульозом та іншими соціально небезпечними хворобами, діагностикою та лікуванням ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД, туберкульоз та інші соціально небезпечні хвороби, для прийняття рішень уповноваженим органом управління.

13. Розробка та координація впровадження програм імунізації та нагляду за вакцинованими хворобами (включаючи розробку національного календаря щеплень і організацію планової вакцинації та вакцинації за епідемічними показниками, дотримання умов транспортування, зберігання та застосування вакцин).

14. Подання пропозицій щодо необхідності здійснення профілактичних щеплень, пріоритетних заходів профілактики захворювань, охорони здоров'я населення від шкідливого впливу на нього факторів навколишнього середовища, а також інші заходи профілактики у разі загрози виникнення епідемії.

15. Розробка стратегії та інформаційної політики щодо підготовки інформаційних матеріалів і навчальних програм щодо зменшення випадків невинуватих і необґрунтованих переливань крові та безпечних процедур застосування крові і продуктів крові, у тому числі шляхом використання альтернативних методів лікування.

16. Проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу.

17. Проведення епідеміологічних досліджень довгострокового впливу шкідливих хімічних, фізичних і біологічних чинників на здоров'я людини та ідентифікація викликаних ними специфічних змін у стані здоров'я.

18. Проведення моніторингу й оцінки соціальних і економічних факторів, що впливають на здоров'я населення (популяції), його структуру та характеристики.

19. Здійснення моніторингу проведення санітарних і протиепідемічних заходів, виконання програм профілактики захворювань, охорони здоров'я населення.

20. Ідентифікація соціальної несправедливості в галузі охорони здоров'я та розробка пропозицій щодо зменшення її тиску на уразливі верстви населення.

21. Здійснення оцінки ризиків для здоров'я, викликаних факторами середовища життєдіяльності, праці та відпочинку, а також факторами, зумовленими способом життя — індивідуальним або спільноти, які впливають на стан здоров'я населення.

22. Управління та здійснення діяльності з промоції здоров'я, виховання базових гігієнічних навичок та інформування населення. Розробка та/або участь у комунікаційних кампаніях з різних аспектів здоров'я, співробітництва і взаємодії із засобами масової інформації з просування заходів щодо виховання у населення базових гігієнічних навичок і формування здорового способу життя.

23. Розробка стратегії з питань формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я й особистої безпеки тощо.

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобуваїв, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посіб. / Грузева Т. С. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохначов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Склярів Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самост. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнєв, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int

3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov

4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua

5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>

6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com

7. Журнал Evidence-Based Medicine. URL: www.evidence-basedmedicine.com

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 22

Тема. Комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я. Пресрелізи та зв'язок із засобами масової інформації (2 год).

Мета: ознайомитись із поняттям «комунікації», як проходить процес комунікацій; дати уявлення, у чому сутність груп, видів і форм комунікацій; значущість комунікації у сфері охорони здоров'я.

Основні поняття:

Комунікації — це обмін інформацією за допомогою слів, літер, символів, жестів, завдяки яким менеджер отримує інформацію для прийняття ефективних рішень і доведення їх до виконавців.

Процес комунікацій — це обмін інформацією між двома або більшою кількістю людей.

Відправник — це керівник або організація вищого за ієрархією рівня.

Канал — це спосіб передавання інформації від однієї людини до іншої. У кожній організації присутні офіційні (формальні) або неофіційні (неформальні) способи.

Одержувач — це підлеглий працівник або нижча за ієрархічним рівнем організація.

Зворотний зв'язок — це уточнення зрозумілості керівником відправленої управлінської інформації і чи немає потреби у її повторенні. Основними елементами процесу комунікацій є кодування, повідомлення, декодування, зворотний зв'язок.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. Одним із найважливіших інструментів побудови громадянського суспільства в державі стають комунікації. Система взаємовідносин між владою і засобами масової інформації може свідчити про рівень демократизації суспільства і його готовність до завоювання й утримання громадянської свободи. Враховуючи, що охорона здоров'я є розділом соціальної діяльності держави, комунікації в охороні здоров'я належать до розділу соціальних комунікацій.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАТЬ

Теоретичні питання до заняття

1. Морально-етичні аспекти втручань в охороні здоров'я.
2. Інформатизація громадського здоров'я. Медичні інформаційні системи.
3. Забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я і благополуччя.
4. Комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Розробляти анкети для вивчення чинників, що впливають на стан здоров'я населення.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Предметом роботи в управлінні організацією завжди виступає управлінська інформація. Термін «комунікація» походить від латинського слова “communis”, що в перекладі на українську мову означає «загальне», тобто той, хто передає інформацію, хоче встановити «загальність» з тим, хто її отримує. *Комунікації* — це обмін інформацією за допомогою слів, літер, символів, жестів, завдяки яким менеджер отримує інформацію для прийняття ефективних рішень і доведення їх до виконавців.

Це мистецтво та техніка інформування окремих громадян, установ і різних аудиторій громадськості, впливу на них та створення у

них певної мотивації щодо важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація має також підвищувати здатність отримувати, розуміти та використовувати інформацію для зниження ризиків різного характеру, запобігання хворобам, зміцнення здоров'я, уміння орієнтуватись у послугах охорони здоров'я і правильно ними користуватися, захисту політики охорони здоров'я та підвищення рівня благополуччя, якості життя і здоров'я громадян.

Комунікація у сфері охорони здоров'я охоплює кілька напрямів, до яких належать медична журналістика, індустрія розваг, освіта, міжособистісне спілкування, інформаційно-пропагандистська робота через ЗМІ, комунікація в середині організацій та між ними, розповсюдження інформації про ризики та кризи, соціальна комунікація та соціальний маркетинг. Вона може набирати численних форм — від масової, мультимедійної та інтерактивної (включаючи мобільний зв'язок та Інтернет) до традиційної, що враховує культурну специфіку, — та охоплювати різні канали, такі як міжособистісне спілкування, ЗМІ, інформаційні засоби організацій та невеликих груп, блоги, електронні дошки об'яв, підкастинг і обмін відеофайлами, розсилка повідомлень по мобільному телефону й онлайн-форуми.

Комунікація у галузі громадської охорони здоров'я надає громаді засіб протидії активному просуванню на ринок небезпечних виробів і пропаганді нездорового способу життя. Це процес двостороннього обміну інформацією, що потребує прослуховування, збору інформації та з'ясування того, як люди сприймають повідомлення і формують у своїй свідомості ідеї щодо здоров'я, щоб можна було передавати інформацію у більш доступних і переконливих форматах. Комунікація у галузі громадської охорони здоров'я також означає гласність, завдяки якій громада може знати, що говориться та діється від її імені.

Розвиток комунікації має охоплювати такі аспекти:

1. Стратегічний і систематичний характер комунікації у галузі громадської охорони здоров'я, що розвивається на основі розуміння особливостей сприйняття та потреб різних аудиторій.

2. Розповсюдження інформації серед різних аудиторій у таких форматах і через такі канали, які є доступними, зрозумілими та зручними для користування.

3. Роз'яснення та захист ідеї про необхідність розробки та реалізації здорової політики і створення здорового середовища в усіх секторах державного управління (принцип урахування інтересів здоров'я в усіх стратегіях і напрямках політики).

4. Навчання комунікації у галузі громадської охорони здоров'я та розвиток необхідного для цього кадрового потенціалу.

Групи, види і форми комунікацій. Основними групами комунікацій є усна, писемна та візуальна інформація. Усна інформація — це інформація, передана словом. Писемна інформація — це інформація, передана на папері. Візуальна інформація — це інформація, що передається жестами. Основними видами комунікацій є інформативна, експресивна, переконуюча, соціально-ритуальна, паралінгвістична інформація. Інформативна інформація — це інформація, яка носить інформативний характер. Експресивна інформація — це інформація, яка передається з силою почуттів, переживань тощо. Переконуюча інформація — це інформація, яка передається із захопленням. Соціально-ритуальна інформація — це інформація, яка обов'язково відповідає нормам звичаїв соціально-культурної поведінки країн, регіонів, організацій тощо. Паралінгвістична інформація — це інформація, яка передається за допомогою міміки, рухів, поз тощо. Основними формами комунікацій є офіційна або неофіційна інформація. Офіційна інформація — це інформація, яка передається формальними каналами за допомогою наказів, розпоряджень тощо. Неофіційна інформація — це інформація, яка передається неформальними каналами за допомогою чуток, пліток тощо.

Процес комунікацій — це обмін інформацією між двома або більшою кількістю людей.

Ефективність комунікацій залежить від якісного передавання керівником ідей і управлінської інформації та правильного сприйняття їх підлеглими.

Комунікації забезпечують рух інформації в ланцюгу відправник — канал — одержувач — зворотний зв'язок. Відправник — це керівник або організація вищого за ієрархією рівня. Канал — це спосіб передавання інформації від однієї людини до іншої. У кожній організації присутні офіційні (формальні) або неофіційні (неформальні) способи. Одержувач — це підлеглий працівник або нижча за ієрархічним рівнем організація. Зворотний зв'язок — це уточнення зрозумілості керівником відправленої управлінської інформації та чи немає потреби у її повторенні. Основними елементами процесу комунікацій є кодування, повідомлення, декодування, зворотний зв'язок.

В Україні створюється система охорони громадського здоров'я. Це для країни принципово новий напрям діяльності, складові якого потребують наукового обґрунтування. Тож ВООЗ визначив інформа-

ційно-роз'яснювальну діяльність, комунікації та соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я населення як одну з основних оперативних функцій громадського здоров'я. При цьому ВООЗ зазначає, що комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу і формування мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація також покликана розширювати можливості для доступу, розуміння і використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, просування заходів політики у сфері охорони здоров'я та підвищення добробуту, якості життя та покращення здоров'я людей усередині спільноти.

Іноземні автори вказують на значення ефективних комунікацій у боротьбі з факторами ризику ХНЗ, забезпеченні дорожньої безпеки для дітей та підвищення фізичної активності.

Ефективні комунікації також мають вирішальне значення в адвокатії рішень з розвитку систем охорони здоров'я на різних рівнях управління.

У загальній літературі подано форми, методи та сучасні канали комунікацій, їхні функції.

Значна частина робіт присвячена питанням розвитку інформаційних технологій, телемедицини та їхнього місця в забезпеченні інформаційного супроводу зв'язків з громадськістю.

В Україні наукові роботи, присвячені питанням інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальній мобілізації в інтересах здоров'я, населення в рамках системи громадського здоров'я не виконувалися, що і зумовило актуальність даного дослідження.

Модель комунікацій та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. При розробці методичних підходів до забезпечення комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я ми виходили з того, що комунікація з питань охорони здоров'я охоплює низку сфер, у тому числі журналістику, сферу розваг, освіту, міжособистісне спілкування, інформаційно-роз'яснювальну діяльність у засобах масової інформації, комунікацію на рівні організацій, комунікацію щодо ризиків і в період криз, соціальну комунікацію і соціальний маркетинг.

На початку було розроблено методологію з підготовки та проведення комунікацій у рамках системи громадського здоров'я. Вона складається з таких етапів: оцінка ситуації та визначення проблеми; визначення цілей; планування та програмування; пошук на всіх рівнях прихильників з рішення поставлених цілей та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм; вибір цільових груп комунікаційного впливу; відбір каналів і механізмів масової комунікації та техніки впливу; планування бюджету; практичні дії в межах затвердженої програми комунікацій; оцінка ефективності та результатів.

Зупинимося на змісті складових комунікаційної стратегії в системі охорони громадського здоров'я.

Оцінка ситуації та визначення проблеми. Досвід проведення комунікаційних кампаній на рівні країн показує, що без чіткого визначення проблеми неможливо дійти до вірного рішення, при цьому важливо визначити рівень проблеми сьогодення, а не її витоки.

На національному рівні в Україні глобальною проблемою в системі громадського здоров'я є таке:

— незадовільний стан здоров'я населення з тенденцією до його погіршення;

— високий рівень смертності населення в працездатному віці та смертності дітей;

— низький рівень медико-санітарної грамотності населення та відповідальне відношення до особистого здоров'я;

— високий рівень поширеності факторів розвитку хронічних неінфекційних захворювань і негативного впливу на здоров'я соціальних детермінант;

— несвоєчасність звернення за медичною допомогою, що призводить до хронізації захворювань, звернення при занедбаних випадках хвороб і високого рівня інвалідизації населення;

— відсутність умов, які забезпечують дотримання здорового способу життя;

— неефективність структури системи громадського здоров'я та низький рівень зацікавленості осіб, що ухвалюють рішення на всіх рівнях управління в її розвитку.

На регіональному та місцевому рівнях необхідно провести детальний аналіз, який включає стан здоров'я населення та причини нерівності за показниками здоров'я серед різних категорій населення, стан ресурсного і технологічного забезпечення системи громадського

здоров'я, доступність (фізична, фінансова) та якість послуг громадського здоров'я, рівень впливу системи громадського здоров'я на медико-демографічну ситуацію в регіоні. Другою важливою складовою оцінки ситуації комунікативного аспекту питання є знання думки всіх прошарків населення, у тому числі медичних працівників і осіб, які приймають рішення на всіх рівнях управління, про їхнє ставлення до ситуації, що склалася в системі охорони громадського здоров'я, задоволеності рівнем послуг громадського здоров'я. Для цього важливо провести незалежні репрезентативні соціологічні дослідження із залученням прогресивних громадських організацій та/або недержавних інституцій, журналістів.

Отримані результати з оцінки ситуації на всіх рівнях управління та надання послуг із громадського здоров'я і визначені проблеми стають підставою для планування комунікаційної стратегії в системі громадського здоров'я в країні на всіх рівнях управління.

Визначення цілей. На даному етапі визначаються цілі, які скеровані на розв'язання виявлених проблем і мають бути досягнуті у ході проведення стратегічної комунікації: на центральному рівні (Кабінет Міністрів України і Міністерство охорони здоров'я країни), рівні регіонів (обласні / міські державні адміністрації), місцевому рівні (органи місцевого самоуправління та заклади охорони громадського здоров'я).

При цьому встановлені цілі на нижчих рівнях управління повинні відповідати цілям, поставленим на центральному рівні влади, та доповнювати і деталізувати їх з урахуванням специфіки регіону і місцевого рівня. Поставлені цілі мають відповідати технологічним і фінансовим можливостям.

Планування та програмування. Стратегічно комунікації в системі громадського здоров'я, скеровані на досягнення визначених цілей, є комплексними та багаторівневими. У зв'язку з цим необхідно говорити про розробку державної стратегічної програми комунікацій у системі охорони громадського здоров'я. Детальне планування — це завжди складний процес, який потребує часу та ресурсів. До того ж необхідно знати, що виграє той, хто вірно розробляє стратегію своїх дій.

У ході проведення комунікацій з громадського здоров'я комунікатори повинні передбачити таке:

— створення основного джерела інформації, розрахованого на всі рівні управління та різні цільові групи комунікативного впливу;

— донесення диференційованої інформації до цільових груп комунікативного впливу;

— формування громадської думки та поведінки населення щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я, усунення факторів негативного впливу на здоров'я та своєчасного звернення за медичною допомогою;

— координація діяльності з впливу на населення, а також осіб, які ухвалюють рішення на всіх рівнях управління, з формування позитивного ставлення та підтримки розвитку потенціалу громадського здоров'я.

Даний етап має відповісти на питання: ціль програми комунікації (чого прагнуть організатори кампанії); цільова аудиторія (кого необхідно охопити впливом); вимоги (чого слід досягти при спілкуванні з кожною групою комунікативного впливу), форми впливу (засоби масової інформації, індивідуальні форми роботи); рівні впливу (центральний, регіональний, місцевий).

Таке планування необхідне для того, щоб за допомогою змін громадської думки досягнути змін у поведінці населення у бік збереження та зміцнення здоров'я.

Вибір цільових груп для проведення комунікацій. Даний етап є складним і важливим у побудові системи комунікацій у системі громадського здоров'я, адже кожна цільова група потребує розробки специфічної для неї інформації, використання форм її подачі та підбору комунікаторів. Крім цього, кожна цільова група має свій рівень впливу на громадське здоров'я. Загальною аудиторією комунікативного процесу та комунікаційного впливу є все населення країни. Цільові аудиторії на різних рівнях управління будуть різними, але в цілому їх можна розділити на такі групи: особи, які ухвалюють рішення; працівники засобів масової інформації; працівники системи освіти; активісти громадських організацій та неформальні лідери; керівники підприємств різних форм власності; профспілкові активісти тощо.

Пошук на всіх рівнях прихильників системи громадського здоров'я та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм. Безумовно, прихильників розвитку системи охорони громадського здоров'я в країні багато. Насамперед це спеціалісти, що розробляли її стратегію, чиновники всіх рівнів і медичні працівники, яких не задовольняє стан медико-демографічної ситуації в країні, вчені. Частина прихильників розвитку системи громадського здоров'я

відома. Але вони необхідні на всіх рівнях управління і всіх рівнях розвитку системи. Саме вони мають стати провідниками громадського здоров'я у суспільстві. Виявити прихильників можна різними шляхами: при проведенні різних масових заходів (конференції, збори асоціацій, семінари, Круглі столи, соціологічні опитування і т. ін.). Прихильники розвитку системи громадського здоров'я насамперед мають бути детально поінформовані про задачі та функції громадського здоров'я. Для цього організуються відповідні навчально-комунікативні заняття у Міністерстві охорони здоров'я, регіональних управліннях охорони здоров'я, на кафедрах організації охорони здоров'я медичних закладів вищої освіти. Такі заняття повинні бути спланованими та регулярними.

Відбір каналів і механізмів масової комунікації та технології комунікаційного впливу. Під час виконання даного етапу необхідно вирішити питання щодо каналів, механізмів і форм масової комунікації, які будуть використані у ході проведення комунікаційної кампанії. Зазначені засоби комунікацій розробляються для кожного рівня.

У сучасних умовах широко використовуються такі канали комунікації, як телебачення, радіо, Інтернет, відкриті телефонні лінії, акції масової культури, акції за участі відомих осіб і неформальних лідерів, інформація на різних носіях, індивідуальні та групові бесіди. Така форма комунікацій, як лекція, втрачає своє значення і є малоефективною.

Нами виділено кілька рівнів комунікативного впливу.

Перший: центральні органи законодавчої та виконавчої влади.

Другий: галузевий — Міністерство охорони здоров'я.

Третій: органи регіональної влади та місцевого самоврядування.

Четвертий: засоби масової інформації.

П'ятий: всі верстви населення.

Шостий: громадські організації та громадські діячі.

Головними користувачами комунікативної інформації визначені:

- 1) особи, що ухвалюють рішення на всіх рівнях управління;
- 2) організатори системи громадського здоров'я й охорони здоров'я, медичні асоціації та організації професійного самоврядування, медичні працівники;
- 3) працівники засобів масової інформації;
- 4) громадські організації та об'єднання громадян;
- 5) окремі громадяни;
- 6) хворі і члени їхніх родин.

Необхідно визначити не тільки канали і форми подачі інформації, а й комплексність їхнього використання та регулярність подачі інформації.

Планування бюджету. При плануванні необхідного фінансування для проведення комунікативної роботи з формування у населення позитивного ставлення до особистого здоров'я та здорового способу життя важливо враховувати витрати, які пов'язані з матеріально-технічним забезпеченням, заробітною платою, використанням засобів масової інформації, проведенням різних форм комунікації на всіх рівнях. При плануванні бюджету, який мусить бути реальним, необхідно також визначити джерела фінансування.

Дії в межах програми комунікації. Головною умовою успішної діяльності системи громадського здоров'я в країні є координація з використанням засобів комунікації дій усіх її учасників. При цьому, згідно з правилами комунікативного впливу, необхідно забезпечити позиції комунікатора і груп комунікаційного впливу, а в нашому випадку це все населення країни, адже тільки у цьому разі можна досягти максимального успіху.

Для цього американські PR-спеціалісти пропонують таку техніку:

1. Використовуйте засоби масової інформації, які найбільш наближені до позиції аудиторії.

2. Використовуйте комунікативне джерело, що користується найбільшою довірою аудиторії у даному питанні.

3. Уникайте наголошення на різниці між позицією комунікатора і аудиторії.

4. Знаходьте спільні з аудиторією місця у словах та подіях, які згадуєте.

5. Формулюйте позицію комунікатора як позицію більшості.

6. Користуйтеся посиланнями на ідентифікацію групи (соціальної, професійної, релігійної, вікової тощо), якщо вони вам можуть допомогти.

7. Модифікуйте повідомлення з метою досягнення цілі комунікації.

Організатори комунікативної програми повинні знати стандартні вимоги, які використовуються в роботі з засобами масової інформації. До таких стандартів належить таке: повідомлення повинні носити новітній характер, бути зрозумілими, прив'язаними до аудиторії, місця і часу.

Таким чином, цей розділ включає такі елементи: стратегії дій, комунікативні стратегії, плани реалізації програми створення й

ефективного функціонування системи громадського здоров'я країни.

Оцінка результатів. Для оцінки результатів комунікаційної кампанії, яка відображає успішність діяльності системи громадського здоров'я, як у цілому, так і на окремих її напрямках, на центральному, регіональному і місцевому рівнях, необхідно на всіх рівнях управління створити групи / центри моніторингу й оцінки. Головними критеріями у їхній діяльності повинні стати розроблені індикатори оцінки, які відповідають поставленим для кожного рівня та регіону / місцевості задачам і мають конкретні терміни виконання та показники досягнення поставленої мети. Результати оцінки повинні базуватися на реальних даних, отриманих із достовірних джерел. У складі центрів / груп моніторингу й оцінки повинні працювати незаангажовані спеціалісти, які мають досвід роботи з моніторингу й оцінки та ознайомлені з досвідом роботи в даному напрямку в інших країнах.

Оцінка результатів, згідно із системним підходом, складається з двох напрямів:

— *плану оцінки*, до якого включаються критерії та терміни оцінки майбутніх дій;

— *зворотного зв'язку та плану гнучкого перегляду* програм на всіх рівнях управління, у якому передбачаються варіанти змін у відповідності до результатів отриманої оцінки.

Це важливий розділ програми, оскільки його виконання дає можливість оперативно реагувати на проблеми, які можуть виникати в ході діяльності з часом.

Таким чином, можна констатувати, що розроблено методичні підходи до проведення комунікацій у ході створення та діяльності системи громадського здоров'я. У методичному плані структура підготовки та проведення комунікаційної кампанії складається з таких етапів: оцінка ситуації та визначення проблеми; визначення цілей; планування і програмування; пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм; вибір цільових груп для проведення комунікацій; відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, техніки впливу; планування бюджету; дії в межах програми комунікацій; оцінка результатів.

Розроблена та запропонована комплексна модель методичних підходів до комунікативної діяльності в системі громадського здо-

ров'я, яка визначає задачі та функції; рівні, об'єкт, інструмент впливу; форми реалізації комунікації; необхідні ресурси; моніторинг і оцінку, і подана на рис. 5.

Основними функціями в рамках запропонованої моделі є такі:

— адвокація серед осіб, що приймають рішення, у тому числі керівників органів місцевого самоврядування та представників депутатського корпусу і керівників підприємств і організацій різних форм власності з рішення проблемних питань з організації та ефективної діяльності системи громадського здоров'я;

— адвокація на міжсекторальному рівні, створення умов для подолання нерівностей за показниками здоров'я серед різних категорій населення та подолання негативного впливу на здоров'я населення соціальних детермінант;

— адвокація заходів із забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо;

— формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я та визначення особистого здоров'я як найвищого пріоритету;

— забезпечення медико-санітарної грамотності населення, у тому числі інформування населення з питань профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, основ здорового способу життя;

— формування прихильності хворих на хронічні хвороби до диспансеризації та виконання призначень лікаря;

— навчання членів сімей, у яких живуть інваліди і хворі на хронічні хвороби, основам догляду за ними та тактиці дій при погіршенні стану здоров'я;

— інформування населення про необхідність отримання при гострих станах медичної допомоги в межах «терапевтичного вікна» та місця отримання необхідної допомоги.

Рівень. У системі громадського здоров'я виділено суспільний, колективний та груповий рівні комунікативного впливу. Рівень комунікативної діяльності залежить від задачі, яка підлягає рішенню методом комунікативного впливу.

Суб'єкт впливу. Суб'єктом впливу в запропонованих моделях є організатори і практичні працівники системи громадського здоров'я. При рішенні певних завдань комунікативного впливу комунікаторами можуть бути сімейні лікарі та сімейні медичні сестри. Необхідно зазначити, що в програми підготовки фахівців громадського здоров'я включені спеціальні розділи з їхньої підготовки до даного виду діяльності.

Напрямок впливу	Суб'єкт впливу	Об'єкт впливу	Задачі, функції	Форма реалізації	Ресурси	Інструмент впливу	Моніторинг і оцінка
Організаційний	Організатори охорони громадського здоров'я	Особи, що приймають рішення. Керівники підприємств та установ усіх форм власності. Працівники закладів масової інформації	Адресація організаційних рішень. Управління системою	Сучасні методи менеджменту	Законодавство та етап його виконання. Підготовлені спеціалісти. Аналіз проблем у системі громадського здоров'я. Фінансове забезпечення	Адресація рішень. Адресація виконання рішень та угод	<i>Індикатори структури:</i> Наявність інформаційних матеріалів. Охоплення спеціальним навчанням працівників системи громадського здоров'я. Доступність каналів і засобів масової комунікації. <i>Індикатори процесу:</i> Прийняті адміністративні та управлінські рішення з усунення проблем в організації системи громадського здоров'я.
			Забезпечення умов для ефективної діяльності	Забезпечення відповідності до стандартів комунікації	Інформаційні матеріали профілактичного та навчального характеру. Доступ до каналів та засобів масової комунікації. Фінансове забезпечення	Інформаційне забезпечення щодо відповідного стадійного етапу до особистого здоров'я, способу життя та профілактики ХНЗ, їхні переваги над лікуванням хвороб	
Профілактичний	Працівники системи громадського здоров'я. Сімейні лікарі. Сімейні медсестри	Населення. Цільові групи комунікаційного впливу. Працівники закладів масової інформації	Формування відповідального ставлення до свого здоров'я, прихильності до профілактики та лікування	Групові консультації; представлення інформації під час масових заходів, навчального процесу, через засоби масової інформації. Школи здоров'я. Сайти	Інформаційні матеріали профілактичного та навчального характеру. Доступ до каналів та засобів масової комунікації. Фінансове забезпечення	Інформаційне забезпечення щодо відповідного стадійного етапу до особистого здоров'я, способу життя та профілактики ХНЗ, їхні переваги над лікуванням хвороб	Частка населення, охопленого профілактичними заходами. Частка хворих і членів їхніх сімей, які навчені тактиці дій при загостреннях хвороби чи появі ускладнень. <i>Індикатор результатів:</i> Підвищення рівня доступності населення до послуг громадського здоров'я. Скорочення рівня нерівності окремих категорій населення за показниками здоров'я. Збільшення частки населення, яке позбавилося шкідливих звичок. Збільшення частки населення, яке веде здоровий спосіб життя. Збільшення частки пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою в межах «терапевтичного вікна»

Рис. 5. Модель методичних підходів до комунікативної діяльності у системі громадського здоров'я

Об'єкт впливу. Основним об'єктом комунікативного впливу в системі громадського здоров'я є все населення країни. На центральному рівні об'єктом комунікативного впливу є представники законодавчої та виконавчої гілок влади, які приймають рішення з питань громадського здоров'я. У міжсекторальному плані об'єктом комунікативного впливу на регіональному та місцевому рівнях є працівники органів місцевого самоврядування, центрів соціального захисту населення, керівники організацій, закладів, підприємств, соціальних служб, церкви.

Особливим об'єктом комунікативного впливу є керівники і працівники організованих колективів: навчальних закладів, організацій, установ та підприємств різних форм власності, волонтерства.

У рішенні питань надання медичної допомоги населенню комунікації проводяться з керівниками закладів охорони здоров'я, головними спеціалістами за профілем захворювання пацієнта, працівниками управлінь в охороні здоров'я.

Форма реалізації. Організаційними формами реалізації комунікативної політики можуть бути групові, колективні консультації, надання інформації під час масових спортивних і культурних заходів; учнівській молоді та здобувачам під час навчального процесу; парафіянам під час церковних служб і сповідей, а також розповсюдження інформаційних матеріалів через засоби масової інформації тощо.

Для більш ефективного комунікативного впливу для певних цільових груп комунікативного впливу можуть бути організовані «Школи здоров'я» з проведенням цільових занять і тренінгів та функціонування сайтів здоров'я із зворотним зв'язком. Важливою формою, особливо в критичних станах, є організація кабінетів та цілодобових телефонних ліній «Довіра».

Ресурси. Для реалізації визначених завдань і функцій необхідні певні ресурси. До них належить таке: підготовка спеціалістів до використання сучасних методів комунікацій у професійній діяльності; наявність інформаційних матеріалів, зміст і подача яких розраховані на різні цільові групи інформаційного впливу; доступ до каналів і засобів масової комунікації.

Інструмент впливу. Інструменти впливу залежать від поставлених завдань, рівня та суб'єкта впливу, форми реалізації завдань.

При рішенні організаційних задач проводиться адвокація на всіх рівнях управління в рішенні проблемних питань з діяльності системи громадського здоров'я.

При рішенні профілактичної задачі інструментом впливу є інформування населення щодо шляхів профілактики захворювань і навчання тактиці дій при виникненні захворювань, формування мотивації і з відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Моніторинг і оцінка. Моніторинг і оцінка ефективності запропонованої моделі здійснюються через індикатори структури, процесу та результативності. Нами запропоновані такі індикатори.

Індикатори структури:

1. Наявність інформаційних матеріалів.
2. Охоплення спеціальним навчанням працівників системи громадського здоров'я.
3. Доступність каналів і засобів масової комунікації.

Індикатори процесу:

1. Прийняті адміністративні та управлінські рішення з усунення проблем в організації системи громадського здоров'я.
2. Частка населення, охопленого профілактичними заходами.
3. Частка хворих і членів їхніх сімей, які навчені тактиці дій при загостреннях хвороби або появі ускладнень.

Індикатор результату:

1. Підвищення рівня доступності населення до послуг громадського здоров'я.
2. Скорочення рівня нерівності окремих категорій населення за показниками здоров'я.
3. Збільшення частки населення, яке позбавилося шкідливих звичок.
4. Збільшення частки населення, яке веде здоровий спосіб життя.
5. Збільшення частки пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою в межах «терапевтичного вікна».

Запровадження запропонованих інновацій допоможе забезпечити всі категорії населення та окремі групи комунікативного впливу комплексною інформацією з питань громадського здоров'я, що дасть змогу забезпечити ефективну діяльність системи охорони громадського здоров'я та підвищити ефективність профілактичної роботи.

З урахуванням сучасного світового та вітчизняного досвіду було розроблено складові системи комунікацій в охороні громадського здоров'я. Указані складові скеровані на вирішення поставлених задач зі створення системи комунікацій в охороні громадського здоров'я.

Такими задачами є: стратегія комунікаційної політики, комунікаційні технології, цільові групи комунікаційного впливу, ресурси системи, моніторинг і оцінка комунікаційної діяльності.

Необхідними умовами ефективного функціонування системи комунікацій є такі, що відповідають системі охорони громадського здоров'я в цілому. До цих умов належать нормативно-правове забезпечення, наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг і оцінка діяльності. Таким чином, заходи щодо створення системи комунікацій мають бути комплексними, охоплювати всі складові елементи системи громадського здоров'я.

Надаємо складові системи комунікацій в охороні здоров'я.

Законодавче забезпечення діяльності системи. Головним законодавчим документом з організації діяльності системи комунікацій в охороні громадського здоров'я має стати галузева комплексна програма комунікацій в охороні громадського здоров'я. Для виконання даної цільової програми розробляються та затверджуються Заходи щорічної планової комунікації. Дані плани включають задачі, напрямки та рівні комунікацій, джерела й обсяги фінансування, критерії оцінки ефективності комунікаційних заходів.

Враховуючи, що комунікації з охорони громадського здоров'я мають охоплювати все населення країни з виділенням, залежно від мети комунікації, цільових груп комунікаційного впливу, систему можна вважати *міжсекторальною*. З метою ефективного забезпечення міжсекторальної взаємодії та координації комунікаційної діяльності рекомендоване створення на всіх рівнях управління міжвідомчих рад з метою координації комунікаційної політики в охороні громадського здоров'я та комунікаційних заходів.

Важливою складовою системи є *науково-методичне забезпечення* її діяльності. У цьому напрямку рекомендовано проведення наукових досліджень з актуальних питань комунікаційної політики в охороні громадського здоров'я та розробку і впровадження сучасних технологій та засобів комунікацій і методичних й аналітичних матеріалів.

Організація ефективної діяльності системи комунікацій неможлива без її *інформатизації*. Складовими інформатизації системи комунікацій є комп'ютеризація закладів охорони громадського здоров'я з доступом до мережі Інтернет і створення сайтів закладів громадського здоров'я, використання сучасних інформаційних технологій у комунікаційній діяльності.

Необхідно зазначити, що ефективна комунікативна діяльність може бути забезпечена шляхом використання:

— сучасних технологій комунікацій у загальній стратегії паблік рілейшнз;

— методів індивідуального та масового інформування населення з актуальних питань громадського здоров'я;

— своєчасності надання необхідної інформації;

— вивчення, шляхом проведення соціологічних досліджень, потреби населення й окремих цільових груп в інформації профілактичного, медичного, організаційного, законодавчого характеру;

— прогнозування позитивної та негативної реакції населення або окремих цільових груп і певної інформації та форми її подачі. Забезпечити ефективну комунікативну діяльність можливо за наявності повної інформації з предмету комунікації та з метою неоднозначної трактовки певних визначень та інформації, організації пояснення чи консультування спеціалістів.

Висновки та пропозиції. Розроблено і запропоновано методичні підходи для системи громадського здоров'я України з питань інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я населення, які рекомендуються до використання в практичній діяльності. Ефективне використання комплексних комунікацій у діяльності системи охорони громадського здоров'я сприятиме покращенню та зміцненню здоров'я населення й підвищенню його благополуччя.

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобучів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посіб. / Грузева Т. С. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохначов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації) / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Скляр Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самост. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int

3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov

4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua

5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>
6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com
7. Журнал Evidence-Based Medicine. URL: www.evidence-basedmedicine.com

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 23

Тема. Інформатизація громадського здоров'я. Медичні інформаційні системи в світі та в Україні. Візуалізація й ефективне надання даних про здоров'я. Поширення і використання результатів (2 год).

Мета: ознайомитися з обробкою державної, соціальної та медичної інформації.

Основні поняття:

Медичні інформаційні технології — це сукупність методів і засобів, що дають змогу обробляти медичні дані у цілісних технологічних системах для створення, використання, зберігання, передавання і захисту інформаційного продукту.

Медична інформаційна система — це інструмент, який дає змогу визначати і планувати всі ресурси закладу охорони здоров'я шляхом застосування спеціалізованого програмного забезпечення, засобів обчислювальної техніки, необхідного медичного обладнання, засобів зв'язку і підтримує лікувально-діагностичну, фінансову, адміністративно-господарську, облікову та сервісну діяльність установи для надання якісних медичних послуг пацієнтам.

Електронна охорона здоров'я (Е-здоров'я, E-health) — використання інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для цілей поліпшення рівня охорони здоров'я, включаючи спосіб мислення й організації процесів у системі охорони здоров'я та пов'язаних сферах, що включають науку, освіту, дослідницьку діяльність.

Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) — інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення й обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс.

Центральний компонент (центральна база даних) — сукупність систем, реєстрів, баз даних, класифікаторів, функціональних модулів з формування звітів, договорів, інших форм тощо, які забезпечують гарантовану доступність інформації, зберігання медичних да-

них, ведення обліку медичних послуг, необхідних для управління системою охорони здоров'я та ефективної взаємодії учасників ЕСОЗ відповідно до їхніх функцій.

Електронна медична картка (ЕМК) — сукупність електронних медичних записів (ЕМЗ) пацієнта, що можуть бути створені в кількох закладах охорони здоров'я та зберігаються у систематизованому та стандартизованому вигляді в єдиній системі.

ПЛАН

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

II. Контроль опорних знань.

III. Формування професійних умінь, навичок.

IV. Підбиття підсумків.

V. Список рекомендованої літератури.

I. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МОМЕНТ (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми)

Мотивація здобувачів. В Україні розпочалася реформа системи охорони здоров'я, що полягає в зміні системи фінансування та запровадженні принципу «гроші ходять за пацієнтом». Важливим інструментом упровадження реформи є створення сучасної електронної системи, що дасть змогу значно підвищити ефективність і прозорість охорони здоров'я.

II. КОНТРОЛЬ ОПОРНИХ ЗНАНЬ

Теоретичні питання до заняття

1. Задачі інформатизації охорони здоров'я.
2. Загальні вимоги до інформації та документів у електронній системі охорони здоров'я.
3. Принципи побудови Е-здоров'я.

III. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ УМІНЬ, НАВИЧОК

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- вміти заповнювати облікові документи в електронному вигляді;
- знати методи створення наочного подання результатів статистичної інформації;
- знати основні методики аналізу результатів візуалізації в галузі охорони здоров'я;
- здійснювати адвокацію, комунікацію та соціальну мобілізацію у сфері громадського здоров'я з використанням різних каналів і технік комунікації;
- визначати пріоритети громадського здоров'я, проводити оцінку потреб, пропонувати науково обґрунтовані заходи та розробляти відповідні стратегії.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Медична галузь тісно пов'язана з накопиченням і обробленням значних обсягів інформації. З метою забезпечення належної якості медичної допомоги існує потреба в накопиченні й аналізі даних упродовж тривалого періоду, застосуванні електронних систем. Неможливо забезпечити реформування системи, домогтися високої якості надання медичної допомоги, прозорості й оперативності управління без впровадження сучасних методів зберігання, оброблення та передавання інформації.

Інформаційна система — сукупність методологічного, організаційного, нормативно-правового забезпечення, а також персоналу та програмно-технічних засобів для забезпечення інформаційних потреб користувачів (визначення авторів).

Медична інформаційна система — різновид інформаційної системи (ІС), що відрізняється комплексом методологічних прийомів, технічних засобів і алгоритмів управління, призначених для збору, збереження, оброблення та передавання інформації в закладах охорони здоров'я.

Задачею інформатизації охорони здоров'я є розв'язання проблем через створення середовища Е-здоров'я для такого:

- забезпечення інструментів для реалізації реформи фінансування охорони здоров'я та функціонування Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного національного замовника та платника за медичні послуги;

- подання достовірної інформації в необхідному обсязі, у потрібному місці, у потрібний час для учасників системи охорони здоров'я;

- використання переваг обробки «великих даних» та інтелектуальних систем для прогнозування потреб охорони здоров'я, планування ресурсів у галузі, підтримки клінічних рішень і підвищення якості медичних послуг;

- залучення пацієнта до піклування про власне здоров'я, контролю якості отриманих послуг за рахунок надання доступу до власних медичних даних і розпорядження ними.

Мета та головні завдання інформатизації охорони здоров'я — забезпечення валідною, релевантною, пертинентною, своєчасною інформацією всіх закладів системи охорони здоров'я, а також громадян України в рамках процесів управління здоров'ям населення для якісного надання медичної допомоги.

Основні завдання інформатизації охорони здоров'я:

- *на державному та регіональному рівнях* — забезпечити оперативний і довгостроковий контроль зусиль Уряду щодо поліпшення здоров'я населення України, що допоможе переорієнтувати державну політику на нові підходи забезпечення здоров'я населення;

- *на відомчому рівні* — здійснювати якісний контроль управлінських рішень за рахунок оперативної та надійної статистики показників здоров'я, створити базис для впровадження на принципово новому рівні страхової та сімейної медицини, нових технологій діагностики та лікування;

- *на рівні кожного громадянина України* — забезпечити послідовність лікарських дій, моніторинг особистого здоров'я та захист пацієнта від можливих непрофесійних дій медичних працівників.

Одним із важливих чинників упровадження медичної реформи є електронна система охорони здоров'я (E-health). Для того щоб підписати договір із НСЗУ, заклад охорони здоров'я має бути зареєстрованим у цій системі. А для того щоб виконувати договір із НСЗУ, головні лікарі та медичні працівники мають мати власні кваліфіковані електронні підписи (КЕП).

Складається E-health з двох взаємопов'язаних частин, одну з яких — *центральну базу даних (ЦБД)* — контролюватиме держава. Заклади отримують доступ до неї через другу частину — *медичні інформаційні системи (МІС)*, розроблені приватно. Медичні заклади можуть обирати будь-яку МІС з-поміж тих, які пройшли перевірку і

підключилися до центрального компонента електронної системи охорони здоров'я.

Від розробників МІС вимагається суворе дотримання вимог щодо надійності, безпеки та конфіденційності даних, якими їхні системи обмінюватимуться з ЦБД.

Наразі НСЗУ забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я та вебсайту, на якому розміщується інформація про електронну систему охорони здоров'я (далі — вебсайт системи).

Власником центральної бази даних, у тому числі майнових прав на програмне забезпечення ЦБД, є держава в особі НСЗУ.

Розпорядником Реєстру медичних спеціалістів та Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я і власником їхніх відомостей є МОЗ.

Розпорядником інших реєстрів і власником їхніх відомостей та іншої інформації у ЦБД є НСЗУ, якщо інше не визначено законодавством.

Автоматизація медичних установ — це створення єдиного інформаційного простору ЛПЗ, що, у свою чергу, допомагає створювати автоматизовані робочі місця для лікарів, організувати роботу відділу медичної статистики, створювати бази даних, вести електронні історії хвороб і об'єднувати в єдине ціле всі лікувальні, діагностичні, адміністративні, господарські та фінансові процеси.

Електронна охорона здоров'я — використання ІКТ для цілей поліпшення рівня охорони здоров'я, включаючи спосіб мислення та організації процесів у системі охорони здоров'я і пов'язаних сферах, що включають науку, освіту, дослідницьку діяльність. Е-здоров'я є галуззю та середовищем, яке включає в себе не лише інформаційно-телекомунікаційні системи, але й такі компоненти, як органи управління, нормативно-правова база, стандарти і контроль відповідності, кадрові ресурси, інфраструктура, стратегія та модель залучення інвестицій.

Електронна система охорони здоров'я — це інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення й обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс.

Центральний компонент (центральна база даних) — сукупність систем, реєстрів, баз даних, класифікаторів, функціональних модулів з формування звітів, договорів, інших форм тощо, які забезпечують гарантовану доступність інформації, зберігання медичних даних, ведення обліку медичних послуг, необхідних для управління системою охорони здоров'я та ефективної взаємодії учасників ЕСОЗ відповідно до їхніх функцій.

Електронні медичні інформаційні системи — будь-які ІТС, які дають змогу автоматизувати процеси у сфері охорони здоров'я та взаємодіють з центральним компонентом.

До електронних медичних інформаційних систем можуть належати:

- системи, що забезпечують автоматизацію в закладах охорони здоров'я (амбулаторіях, лікарнях, діагностичних та інших центрах, аптечних закладах тощо, — медичні інформаційні системи, лабораторні інформаційні системи, радіологічні інформаційні системи, аптечні інформаційні системи, системи телеконференцій, телемоніторингу, системи планування й управління ресурсами організацій охорони здоров'я, бухгалтерські системи тощо);

- системи для пацієнтів, що надають доступ і можливість керування медичними даними (електронні кабінети пацієнтів, вебпортали, мобільні додатки, системи, що передають медичні дані з пристроїв, що носяться (wearables) тощо);

- інформаційні системи НСЗУ, що забезпечують виконання функцій стратегічного закупівельника медичних послуг (планування ресурсів підприємства — ERP, бізнес-аналітика системи охорони здоров'я, прогнозування потреби в медичних послугах, розробка програми медичних гарантій та розрахунок тарифів на медичні послуги; укладання договорів з надавачами медичних послуг, звітування та здійснення оплат, моніторинг надавачів медичних послуг, верифікації даних тощо);

- системи, що забезпечують автоматизацію в органах виконавчої влади, органах місцевої влади, організацій у сфері управління системою охорони здоров'я (модулі бізнес-аналітики, обробки статистичних даних, управління логістикою та складськими залишками тощо);

- системи, реєстри, бази даних для забезпечення інформаційних потреб окремих категорій користувачів (спеціалізовані сховища даних радіологічних досліджень, локальні реєстри пацієнтів, Націо-

нальний канцер-реєстр, інші реєстри пацієнтів з окремими нозологіями тощо).

Центральний індекс пацієнтів — алгоритм, що використовується для створення і підтримки максимально унікального ідентифікатора пацієнта на основі інформації з усіх систем (ЕСОЗ, інших загальнодержавних реєстрів) та використовується для зменшення дублювання облікових записів пацієнтів і зв'язування всіх доступних ЕМЗ у системах з обліковим записом конкретного пацієнта.

Електронний медичний запис (ЕМЗ) — медичні дані пацієнта, результати надання медичної допомоги в уніфікованій електронній формі відповідно до стандартизованих вимог. Створюються ЕМЗ та зберігаються в рамках одного закладу охорони здоров'я та, як правило, відображають окремий факт щодо здоров'я пацієнта (наприклад, запис про візит до лікаря, діагноз, окремий біометричний вимір).

Електронна медична картка — сукупність ЕМЗ пацієнта, що можуть бути створені в кількох закладах охорони здоров'я і зберігаються у систематизованому та стандартизованому вигляді в єдиній системі.

У рамках центрального компонента ЕМК буде реалізовано у формі реєстру медичних записів, записів про направлення (електронних направлень) та рецептів (електронних рецептів).

Оскільки головним «паспортистом» електронної картки пацієнта є лікар, він має знати кілька важливих правил:

- електронну медичну картку створюють один раз — під час першого звернення пацієнта до медичного закладу та його реєстрації;
- у разі поліклінічного лікування формують амбулаторну картку пацієнта, під час його перебування у стаціонарі — електронну історію хвороби;
- за кожним випадком звернення пацієнта до лікувального закладу в картці створюють нові записи;
- користувач вносить дані за допомогою медичних записів у медичну інформаційну систему, яку обрав заклад охорони здоров'я;
- інформація про пацієнта може надходити з кількох закладів і зберігається у централізованій системі;
- будь-який лікар матиме доступ до «електронного паспорта» у цілодобовому режимі, але тільки до того обсягу інформації, на який дав згоду сам пацієнт і який необхідний для надання йому медичних послуг.

Для внесення даних огляду пацієнта в електронну картку використовують технологію «деревоподібних» шаблонів, які спрощують

створення і форматування документа, дають змогу швидко і легко ввести всю необхідну інформацію, забезпечують дотримання всіх вимог до вигляду і вмісту документа.

Шаблони задають рекомендовану послідовність проведення лікарського огляду пацієнта, пропонуючи можливі варіанти відповідей. При цьому не потрібно набирати вручну текст, достатньо вибрати правильні відповіді з варіантів, запропонованих програмою. Для зручності роботи у шаблонах також передбачені відповіді за замовчуванням, інтерактивні підказки та виділення кольором. Правильність і повноту введення інформації контролюють автоматично під час формування медичного документа.

До медичних записів в ЕМК можна прикріпити будь-які зображення — графічні, скановані файли, цифрові фотографії. Кількість необхідних розділів медичних записів в електронній медичній картці пацієнта не обмежена. Для кожного фахівця можуть бути створені шаблони і розділи, необхідні для введення медичних записів, у тому числі з використанням загальноприйнятих класифікаторів, які дають змогу максимально швидко і повно відображати стан пацієнта. Крім того, у будь-якій частині ЕМК лікарю надано можливість вводити вільний текст, що відповідає вимогам системи стандартів ведення електронних медичних записів.

За потреби в інформаційній системі автоматично готують виписки з історії хвороби — текст на основі внесених даних про стан пацієнта, з правильно розставленими знаками пунктуації та без зайвих повторів. За бажанням пацієнта виписку може бути підготовлено різними мовами, причому для кожної мови є власна схема, що враховує її особливості. У разі потреби з набору електронних медичних записів можна сформувані будь-які інші необхідні документи, форми, звіти.

Електронна медична картка є тим інформаційним ресурсом, який дає змогу обмінюватися даними про пацієнта з іншими медичними установами для консультацій із провідними спеціалістами, зокрема й за кордоном. Також її можуть затребувати страхові компанії, органи контролю за наданням медичної допомоги, правоохоронні органи тощо. Тому важливо забезпечити її конфіденційність. Для забезпечення конфіденційності інформації зазвичай застосовують буквено-цифрові паролі, які фіксують рівень повноважень користувача та прирівняні до офіційного підпису. Система зберігає в пам'яті кожен випадок доступу до інформації про пацієнтів, при цьому вона фіксує особу, яка користується даними, її професійну належність, місце, да-

ту і час перегляду інформації, її тип. Пацієнт має право й можливість зробити запити щодо переліку осіб, які переглядали його ЕМК.

Принципи побудови Е-здоров'я

- Орієнтованість на пацієнта — означає безперервне накопичення та зберігання даних із прив'язкою до облікового запису пацієнта в системі, його ЕМК, надання пацієнту, як суб'єкту персональних даних, можливості керувати власними медичними даними, доступом до них. Реалізація цього принципу приводить до того, що «медичні дані ходять за пацієнтом» при зміні пацієнтом лікаря або закладу, що надає пацієнту медичні послуги.

- Пріоритет електронної форми — при створенні, обміні та зберіганні даних пріоритет має електронна форма даних, що обробляється із застосуванням ІКТ. Для реалізації цього підходу необхідні принципово інші підходи до побудови процесів у системі охорони здоров'я та вимоги до структурованості інформації, що матиме наслідком перегляд більшості первинних та облікових форм медичної документації, форм статистичної та іншої звітності. При розробленні будь-яких процесів, політики, законодавства у сфері охорони здоров'я в основу має покладатись обмін даними в електронній формі.

- Одноразове введення та багаторазове використання даних — забезпечення повторного використання даних в інформаційних системах, за рахунок чого персонал у сфері охорони здоров'я отримує вигоду від більш ефективних процесів та відмови під зберігання й обробки даних на паперових носіях. Держава, науковці та бізнес середовище отримують вигоди від можливості обробляти «великі дані» в електронній формі та приймати ефективні, економічно обґрунтовані рішення, розробляти інноваційні рішення та підвищувати рівень охорони здоров'я в країні.

- Єдиний медичний інформаційний простір — створення умов сумісності / інтеграції та можливості передавати дані між системами в рамках Е-здоров'я, гармонійний взаємозв'язок із суміжними галузями та сферами як на рівні України, так і на міждержавному, для подальшої інтеграції з відповідними системами в ЄС. Єдине інформаційне середовище створюється за допомогою міжнародних технічних стандартів обміну інформацією, термінологічних словників, класифікаторів у сфері медицини / охорони здоров'я та технічних рішень.

При створенні систем та обробці даних мають враховуватися законодавство України щодо захисту персональних даних і вимоги Ге-

нерального регламенту ЄС із захисту персональних даних, зокрема принцип визначеної мети та мінімізації даних — збиратись та оброблятись мають виключно дані, які є необхідними для реалізації встановленої мети.

Загальні вимоги до інформації та документів у електронній системі охорони здоров'я

Інформація та документи створюються і вносяться до центральної бази даних українською мовою. У разі коли використання літер української абетки призводить до спотворення інформації, можуть використовуватися латинські літери і спеціальні символи, зокрема для запису адреси в Інтернеті та адреси електронної пошти. Документообіг в електронній системі охорони здоров'я здійснюється відповідно до вимог законодавства про електронні документи та електронний документообіг. На всі електронні документи, що вносяться до центральної бази даних, накладається електронний підпис автора або підпис, прирівняний до власноручного підпису відповідно до закону.

Для внесення інформації та документів до центральної бази даних використовуються державні класифікатори, номенклатури та довідники, затверджені в установленому законодавством порядку, зокрема спеціальні класифікації та переліки, затверджені МОЗ. Адміністратор здійснює технічну підтримку застосування таких класифікацій, номенклатур, довідників та переліків.

Про кожен документ та інформацію, що внесені до центральної бази даних, автоматично робиться унікальний запис у відповідному реєстрі.

Ідентифікатором фізичної особи є унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності).

Реєстри центральної бази даних

У центральній базі даних ведуться такі реєстри:

Реєстр пацієнтів, що містить інформацію про фізичних осіб, які мають право на гарантії згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». До зазначеного Реєстру включаються такі **відомості про пацієнта**: унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (у разі наявності); реєстраційний номер облікової картки платника податків

(у разі наявності) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті); прізвище, ім'я, по батькові; дата та місце народження; адреса фактичного місця проживання або перебування; серія та номер (у разі наявності) документа, що посвідчує особу (паспорт громадянина України, тимчасове посвідчення громадянина України, свідоцтво про народження (для осіб, які не досягли 14-річного віку), посвідка на постійне проживання в Україні, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту), орган, що видав документ, дата видачі, строк дії; номер телефону, адреса електронної пошти (у разі надання); інформація про законного представника особи (прізвище, ім'я, по батькові, документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника відповідно до законодавства) — у разі наявності); інші відомості, визначені МОЗ. Відомості з Реєстру пацієнтів є інформацією з обмеженим доступом.

Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, що містить інформацію про декларації. До зазначеного Реєстру включаються такі відомості: посилання на запис про пацієнта у Реєстрі пацієнтів; посилання на запис про медичного працівника, обраного пацієнтом (його законним представником) як лікаря, який надає первинну медичну допомогу, у **Реєстрі медичних працівників**; посилання на запис про надавача медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; посилання на запис про місце надання медичних послуг, обране пацієнтом, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; інші відомості, визначені МОЗ.

Реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, що містить інформацію про заклади охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та лабораторії, які уклали або мають намір подати заяву про укладення договору за програмою медичних гарантій або залучені надавачами медичних послуг до надання медичних послуг (далі — суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я). До зазначеного Реєстру включаються такі відомості: повне та скорочене (у разі наявності) найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи-підприємця; код згідно з ЄДРПОУ чи реєстраційний номер облікової картки платника податків

(у разі наявності) або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я; форма власності (для юридичних осіб); місцезнаходження; прізвище, ім'я, по батькові, найменування посади, контактні дані керівника суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я; прізвище, ім'я, по батькові, найменування посади осіб, яким суб'єкт господарювання у сфері охорони здоров'я надав права доступу до електронної системи охорони здоров'я, передбачені пунктом 43 цього Порядку (далі — уповноважені особи суб'єкта господарювання), із зазначенням обсягу таких прав; відомості про чинні та анульовані ліцензії, акредитацію, інші дозвольні документи суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я; інформація про місця надання медичних послуг або відокремлені підрозділи аптечних закладів (адреса, контактні дані); інші відомості, визначені МОЗ.

Реєстр медичних спеціалістів, що містить інформацію про осіб, які здобули освіту у сфері охорони здоров'я (далі — медичні спеціалісти). До зазначеного Реєстру включаються такі відомості: посилання на запис про медичного спеціаліста у Реєстрі пацієнтів; освітньо-кваліфікаційний рівень медичного спеціаліста; спеціальність медичного спеціаліста; дата початку роботи за спеціальністю та інформація про періоди, протягом яких медичний спеціаліст не працював за спеціальністю; інформація про підвищення кваліфікації та перепідготовку медичного спеціаліста; інші відомості, визначені МОЗ.

Реєстр медичних працівників, що містить інформацію про осіб, які перебувають у трудових відносинах із суб'єктами господарювання у сфері охорони здоров'я або є фізичною особою-підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та надають медичну допомогу (далі — медичні працівники).

Реєстр договорів про медичне обслуговування населення, що містить інформацію про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ. До зазначеного Реєстру включаються такі відомості: дата укладення, строк дії договору; посилання на запис про надавача медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; посилання на

записи про медичних працівників, які будуть залучені до надання медичних послуг за договором, у Реєстрі медичних працівників; посилання на записи про суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, лабораторії), які залучені надавачем медичних послуг до виконання договору, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; посилання на записи про місця надання медичних послуг у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, у яких будуть надаватися медичні послуги за договором; контактні дані лікаря для запису на прийом до нього; медичні послуги, які надавач медичних послуг зобов'язується надати за договором; інформація про обладнання надавача медичних послуг; дата припинення договору; інформація про внесення змін до договору; інші відомості, визначені МОЗ.

Реєстр договорів про реімбурсацію, що містить інформацію про договори про реімбурсацію за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ. До зазначеного Реєстру включаються такі відомості: дата укладення, строк дії договору; посилання на запис про аптечний заклад у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; посилання на запис про відокремлені підрозділи аптечних закладів, у яких пацієнти можуть отримати лікарські засоби за рецептом, у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; відомості про внесення змін до договору; дата припинення договору; інші відомості, визначені МОЗ.

Особливості ведення окремих реєстрів, у тому числі відомості, що вносяться до таких реєстрів, та права доступу користувачів до інформації у таких реєстрах, затверджуються МОЗ.

Персональні дані у реєстрах можуть оброблятися з метою охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я. Персональні дані, що стосуються здоров'я, можуть оброблятися за умови, що вони обробляються медичним працівником або іншою особою закладу охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та її працівниками, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю, працівниками НСЗУ, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних.

Права доступу до інформації та документів у центральній базі даних

Доступ користувачів до інформації у центральній базі даних здійснюється через електронні кабінети. Електронні кабінети керівників та уповноважених осіб суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, медичних працівників функціонують в електронних медичних інформаційних системах з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних». Електронні кабінети пацієнтів можуть функціонувати в електронних медичних інформаційних системах або на вебсайті системи.

Пацієнт (його законний представник) має право: реєструвати себе (пацієнта, законним представником якого є така особа) у центральній базі даних, подавати заяви про внесення змін і доповнень до відповідних відомостей у Реєстрі пацієнтів; вносити та переглядати інформацію про себе (пацієнта, законним представником якого є така особа); подавати заяви про відкликання заяви про надання згоди на обробку персональних даних, що міститься у центральній базі даних; подавати декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, через електронну систему охорони здоров'я відповідно до встановленого МОЗ порядку; надавати доступ медичним працівникам та іншим користувачам до інформації про себе (інформації про пацієнта, законним представником якого є така особа), що міститься у центральній базі даних.

Керівник суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та фізична особа-підприємець, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики мають право: реєструвати у центральній базі даних суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та уповноважених осіб такого суб'єкта господарювання, вносити зміни до відповідних відомостей у Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, Реєстрі уповноважених осіб суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; вчиняти дії для укладення, зміни та припинення договорів за програмою медичних гарантій; формувати та подавати НСЗУ електронні звіти через електронну систему охорони здоров'я; здійснювати дії для припинення доступу до центральної бази даних уповноважених осіб суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я та медичних працівників.

Медичні працівники мають право: за зверненням пацієнта (його законного представника) реєструвати пацієнта у Реєстрі пацієнтів,

подавати заяви про внесення змін та доповнень до відомостей про нього у Реєстрі пацієнтів; вносити до центральної бази даних електронний примірник декларації, підписаної пацієнтом (його законним представником) у паперовій формі, відповідно до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого МОЗ; створювати, вносити до центральної бази даних відомості про рецепти, направлення, інші медичні записи, переглядати та подавати заяви про внесення змін та доповнень до документів та інформації, внесених ним до центральної бази даних; подавати запити й отримувати доступ до даних про пацієнта, що міститься у центральній базі даних, з метою охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я, якщо на такого медичного працівника покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю у разі надання пацієнтом (його законним представником) на це згоди або без такої згоди у випадках, передбачених законом.

Голова НСЗУ та уповноважені ним посадові особи НСЗУ у межах своїх повноважень мають право: реєструвати у центральній базі даних себе, НСЗУ та уповноважених осіб НСЗУ, вносити зміни до відповідних відомостей; вчиняти дії щодо укладення, зміни та припинення договорів за програмою медичних гарантій; отримувати доступ до відомостей про договори за програмою медичних гарантій у Реєстрі договорів про медичне обслуговування населення та Реєстрі договорів про реімбурсацію; отримувати доступ до інформації про дії, вчинені адміністратором, що стосуються електронної системи охорони здоров'я, запитувати й отримувати від адміністратора пояснення щодо вчинених дій, що стосуються електронної системи охорони здоров'я; отримувати від адміністратора інформацію та документи щодо підключення, відключення, припинення доступу електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних, інформації про результати тестування електронної медичної інформаційної системи; подавати запити й отримувати доступ до даних про пацієнта, що містяться у центральній базі даних, з метою охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я, якщо на таку особу покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних у разі надання пацієнтом

(його законним представником) на це згоди або без такої згоди у випадках, передбачених законом; створювати, вносити, переглядати інформацію та документи у реєстрах, розпорядником яких є НСЗУ, вносити зміни та доповнення до них з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Доступ до персональних даних можливий у разі наявності згоди суб'єкта персональних даних, крім випадків, передбачених законом.

Технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем

Для підключення до центральної бази даних електронна медична інформаційна система повинна відповідати технічним вимогам, які визначаються адміністратором і затверджуються НСЗУ. Для підключення електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних оператор подає адміністратору відповідну заявку, до якої додаються: відомості та документи (у разі наявності), що підтверджують права на електронну медичну інформаційну систему або на підключення такої системи до центральної бази даних; технічні характеристики електронної медичної інформаційної системи; відомості про обсяг функціональних можливостей електронної медичної інформаційної системи для роботи в електронній системі охорони здоров'я; виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань про такого оператора.

Для встановлення відповідності електронної медичної інформаційної системи технічним вимогам адміністратор проводить протягом 30 календарних днів з дня подання заявки оператором тестування електронної медичної інформаційної системи відповідно до тестової програми, що розробляється адміністратором і затверджується НСЗУ.

За результатами тестування адміністратор оформляє висновок та надсилає його оператору протягом трьох робочих днів.

Припинення доступу до центральної бази даних та відключення електронних медичних інформаційних систем від центральної бази даних

Рішення про припинення доступу електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних або відключення такої

системи від центральної бази даних приймає адміністратор у разі наявності хоча б однієї з таких підстав:

1) добровільного подання оператором заяви про відключення електронної медичної інформаційної системи від центральної бази даних;

2) порушення оператором вимог щодо забезпечення захисту інформації, у тому числі щодо забезпечення цілісності, доступності, конфіденційності та розмежування доступу до даних, внесених до електронної системи охорони здоров'я;

3) встановлення Держспецзв'язком порушення оператором вимог законодавства щодо криптографічного та технічного захисту інформації;

4) встановлення за результатами тестування невідповідності електронної медичної інформаційної системи технічним вимогам;

5) відсутності в оператора прав власності на електронну медичну інформаційну систему або на підключення електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних;

6) відсутності більше ніж 24 години у користувачів електронної медичної інформаційної системи доступу до центральної бази даних внаслідок технічних проблем такої системи;

7) порушення оператором умов договору, укладеного з адміністратором;

8) незвернення нового оператора до адміністратора про укладення договору протягом строку, встановленого пунктом 60 цього Порядку.

Перелік підстав для відключення електронної медичної інформаційної системи від центральної бази даних є вичерпним.

У разі припинення доступу електронної медичної інформаційної системи до центральної бази даних такий доступ відновлюється адміністраторам після усунення виявлених порушень.

Класифікація медичних інформаційних систем (МІС):

I. **Залежно від ступеня автоматизації** процесів збору й обробки інформації МІС поділяються на *автоматизовані* й *автоматичні*. В автоматизованих системах частина операцій по збору й обробці інформації виконується людиною. Автоматичні системи допускають повне виключення людини з процесів збору й обробки інформації.

II. **Залежно від типу інформаційної бази** МІС поділяються на *системи, що оперують даними*, та *системи, що оперують знаннями*. Системи другого типу — це експертні системи. Їхнє функціонування

істотно спирається на знання, отримані від експертів, а результати функціонування близькі результатам аналітичної діяльності експертів.

III. *Залежно від виду розв'язуваних задач* МІС можна розділити на такі групи:

- *інформаційно-довідкові* — системи автоматизованого пошуку, вимірювальні системи;
- *інформаційно-логічні* — діагностичні системи; системи прогнозу; системи моніторингу;
- *керуючі, або автоматизовані*, системи управління.

У системах управління реалізується принципово нова функція — прийняття керуючих рішень.

Найбільш широке поширення в медичних установах одержали інформаційно-пошукові системи (ІПС), які залежно від характеру інформації поділяються на фактографічні та документальні системи.

Фактографічні ІПС містять інформаційні масиви фактичних даних. Аналогами таких систем виступають «паперові» довідники, каталоги, технічні паспорти. У комп'ютерних ІПС фактичні дані звичайно зберігаються у базах даних (БД) і у вигляді таблиць, у колонках яких указано назви різних характеристик об'єктів, а в рядках — дані опису (значення характеристик) цих об'єктів.

Документальні ІПС оперують з інформацією у вигляді документів. Прикладами таких систем можуть бути бібліографічна картотека, картотека з історіями хвороб, інші картотеки. Виконуючи пошук, документальна ІПС надає або номери необхідних документів, або список заголовків, або адреси зберігання документів, які шукають. При цьому оцінку інформації, що знаходиться в знайдених документах, робить людина.

Керуючі системи реалізують збір інформації про об'єкт управління, обробку інформації, передачу даних в орган управління, формування керуючого рішення.

IV. *Можна класифікувати МІС і за ієрархічним принципом*, що відповідає багаторівневій структурі охорони здоров'я як галузі. У цьому випадку їх, зазвичай, розподіляють за чотирма рівнями:

- *базовий* (або клінічний) рівень (лікарі різного профілю); МІС базового рівня поділяються на групи:

— *медичні інформаційно-довідкові системи (МІДС)* — призначені для пошуку і видачі інформації на запит користувача. Інформаційні

масиви даних систем містять наукову інформацію з різних медичних дисциплін, клінічну, нормативно-правову та статистичну інформацію;

— *МІС «Ресурси»* — призначені для обліку ресурсів (фінансів, матеріалів, медикаментів), які супроводжують консультативно-лікувальний процес. Системою автоматизується контроль за витратами медикаментів, перев'язувальних матеріалів і виробів медичного призначення, процес обліку наданих послуг, розраховується вартість клінічних послуг, лікування тощо;

— *медичні консультативно-діагностичні системи (МКДС)* — призначені для діагностики патологічних станів при захворюваннях різного профілю. Вхідною інформацією для таких систем є дані про симптоми захворювання, які вводяться в комп'ютер у форматі спеціально розроблених інформаційних карт. Діагностичні висновки, крім діагнозу, можуть містити рекомендації щодо вибору тактичного рішення і лікувальних заходів;

— *медичні апаратно-комп'ютерні системи (МАКС)* — призначені для інформаційної підтримки діагностичного або лікувального процесу, здійснюваних при безпосередньому контакті з організмом хворого. Для роботи МАКС крім обчислювальної техніки, необхідне спеціальне медичне обладнання, засоби зв'язку;

— *автоматизоване робоче місце спеціаліста (АРМ лікаря)* — призначене для автоматизації всієї професійної діяльності лікаря (лікувально-профілактичної та звітно-статистичної діяльності, ведення медичної документації, планування роботи) і забезпечує інформаційну підтримку при прийнятті лікарем діагностичних або лікувальних рішень. Виділяють АРМ терапевта, педіатра, стоматолога;

— *автоматизоване робоче місце — «Реєстратура»*. Основним завданням цього класу МІС є оптимізація роботи диспетчерського посту (реєстратури): реєстрація пацієнта, пошук електронної картки пацієнта (ЕКП) в базі даних, запис пацієнта на прийом. Описані МІС застосовуються не тільки на базовому рівні (кабінету, посту), вони можуть входити складовою частиною (у вигляді конфігурації кількох модулів) до госпітальних інформаційних систем, які реалізуються на рівні лікувально-профілактичного закладу;

● *рівень лікувально-профілактичного закладу (поліклініка, стаціонар, диспансер, швидка допомога тощо)* представлений такими основними групами:

— *інформаційними системами консультативних центрів* (призначені для забезпечення функціонування відповідних підрозділів та

інформаційної підтримки лікарів при консультуванні, діагностиці та прийнятті рішень при невідкладних станах);

— *банками інформації медичних служб* (містять зведені дані про якісний і кількісний склад працівників установи, прикріпленого населення, основні статистичні відомості, характеристики районів обслуговування та інші необхідні відомості);

— *персоніфікованими реєстрами* (містять інформацію щодо прикріпленого або спостережуваного контингенту на основі формалізованої історії хвороби або амбулаторної карти);

— *скринінговими системами* (для проведення долікарського профілактичного огляду населення, а також для виявлення груп ризику і хворих, що потребують допомоги фахівця);

— *інформаційними системами лікувально-профілактичної установи* (засновані на об'єднанні всіх інформаційних потоків у єдину систему і забезпечують автоматизацію різних видів діяльності установи);

— *інформаційними системами НДІ і медичних ЗВО* (вирішують три основних завдання: інформатизацію технологічного процесу навчання, науково-дослідної роботи й управлінської діяльності НДІ і ЗВО);

● *територіальний рівень* (профільні та спеціалізовані медичні служби і регіональні органи керування);

● *державний рівень* (державні заклади й органи управління). Виділяють такі види:

— адміністративно-управлінські МІС (АУМІС) — створюють умови для вирішення комплексу організаційних задач керівниками територіальних і державних медичних служб;

— статистичні МІС — здійснюють збирання, обробку й одержання зведених даних з основними медико-соціальними показниками.

У межах кожного рівня класифікація МІС здійснюється за функціональним принципом, тобто відповідно до цілей і задач, що розв'язуються системою.

Інформаційне забезпечення МІС

Характеризуються МІС наявністю, як правило, великих обсягів даних і знань. Обробка даних і знань зводиться до трьох основних етапів. На першому етапі елементи інформації розміщуються у визначених структурах — базах даних (БД) і базах знань (БЗ). На другому етапі БД і БЗ піддаються упорядкуванню: змінюється їхня структура, порядок розміщення інформації, характер взаємозв'язків між

елементами інформації. На третьому етапі здійснюють експлуатацію БД: пошук потрібної інформації, прийняття рішень, редагування баз даних і знань.

Інформаційне забезпечення МІС становлять: історії хвороби, виписки з історій хвороби, епікризів, стандартизованих карт обстеження, діагностичні й інформативні оцінки показників і станів, критерії ефективності обстеження і лікування, каталог медичних понять і термінів.

Надзвичайно важлива функція телемедицини — надання медичної допомоги в місці необхідності за допомогою сучасних телекомунікацій у тих випадках, коли відстань і час є критичними факторами.

Виділяють два види комп'ютерного забезпечення: програмне і апаратне. Програмне забезпечення включає в себе системне і прикладне. У системне програмне забезпечення входить мережевий інтерфейс, який забезпечує доступ до даних на сервері. База даних управляється прикладною програмою управління (СКБД) і може містити, зокрема, історії хвороби, рентгенівські знімки у цифрованому вигляді, статистичну звітність по стаціонару, бухгалтерський облік. Прикладне забезпечення — це програми, для яких, власне, і призначений комп'ютер, а саме: обчислення, обробка результатів досліджень, різного роду розрахунки, обмін інформацією між комп'ютерами.

Життєвий цикл автоматизованої інформаційної системи складається з п'яти основних стадій:

- розробка системи або придбання готової системи;
- впровадження системи;
- супровід програмного забезпечення;
- експлуатації системи;
- демонтаж системи.

Застосування інформаційних технологій у поліклініці дає змогу:

- підвищити якість надання медичних послуг;
- підвищити задоволеність пацієнтів;
- знизити нелікарняне навантаження на лікарів-спеціалістів;
- поліпшити доступність медичної інформації та швидкість її надання медичному персоналу;
- підвищити ефективність роботи служб забезпечення;
- знизити відсоток випадкових втрат і необґрунтованих витрат медичних матеріалів, обладнання та інвентарю;
- удосконалювати внутрішній медичний облік;

- оптимізувати процес обов'язкової звітності перед вищезазначеними організаціями;
- підвищити лояльність лікарів і медичного персоналу;
- представити результати роботи поліклініки для керівництва в реальному часі.

Застосування інформаційних технологій у реєстратурі

Електронна база даних пацієнтів з повною історією звернень і переліком наданих медичних послуг з їхнім докладним змістом, починаючи з дати першого звернення. Швидкий контекстний пошук будь-якої інформації в базі даних.

- Високий ступінь захисту медичних даних.
- Електронний документообіг.
- Ведення справ у відповідності з чинними відомчими стандартами та вимогами МОЗ.
- Управління електронними чергами й електронним записом до фахівців.

Застосування інформаційних технологій у кабінетах фахівців:

АРМи лікарів-фахівців допомагають вводити медичні дані, телеметрію і супутню інформацію безпосередньо з медичного обладнання в комп'ютерні бази даних під час проведення обстеження в реальному часі з метою їхньої подальшої обробки, аналізу, зберігання та ведення історії звернень.

- Електронна автоматизована підготовка призначень, рецептів, виписок, лікарняних листів та інших стандартизованих документів для пацієнтів.

Використання комп'ютерної техніки при проведенні обстежень, постановці діагнозу, лікуванні

У стоматології. Системи цифрової (дигітальної) рентгенографії (радіовідеограф) допомагають детально вивчити різні фрагменти знімка зуба і пародонта, збільшити або зменшити розміри і контрастність зображень, зберегти всю інформацію в базі даних і перенести її на папір за допомогою принтера. Найбільш відомі програми: Gendex, Trophy. Друга група програм — системи для роботи з дентальними відеокамерами. Вони дають змогу детально відобразити стан груп або окремо взятих зубів «до» і «після» проведеного лікування (AcuCam Concept N (Gendex), ImageCAM USB 2.0 digital (Dentrix), SIROCAM

(Sirona Dental Systems GmbH, Germany). Для рентгенологічного обстеження використовуються комп'ютерні радіовізіографи: GX — S HDI USB sensor (Gendex, Des Plaines), ImageRAY (Dentrix), Dixi2 sensor (Planmeca, Finland).

Ультразвукова діагностика (УЗД). Ультразвукове дослідження широко застосовують у діагностиці захворювань внутрішніх органів. Принцип ультразвукового сканування базується на здатності високоякісного ультразвуку поширюватися прямолінійно в тканинах людського організму, відображаючись на межі розподілу середовищ з різною акустичною щільністю.

Використання комп'ютерів у медичних лабораторних дослідженнях. Спеціалізоване програмне забезпечення, призначене для автоматизації клініко-діагностичних лабораторій, прийнято називати «лабораторною інформаційною системою» (ЛІС). Це інформаційна система, спеціально створена для автоматизації роботи діагностичної лабораторії. При використанні комп'ютера в лабораторних медичних дослідженнях у програму закладають певний алгоритм діагностики. Створюється база захворювань, де кожному захворюванню відповідають певні симптоми або синдроми. У процесі тестування, використовуючи алгоритм, людині задаються питання. На підставі її відповідей підбираються симптоми (синдроми), які максимально відповідають захворюванню.

Комп'ютерна флюорографія. Програмне забезпечення (ПЗ) для цифрових флюорографічних установок містить три основні компоненти: модуль управління комплексом, модуль реєстрації та обробки рентгенівських зображень, що включає блок створення формалізованого протоколу і модуль зберігання інформації, де знаходиться блок передачі інформації на відстань. Подібна структура ПЗ дає змогу з його допомогою отримувати зображення, обробляти його, зберігати на різних носіях і роздруковувати тверді копії. Наявність блоку програми для заповнення та зберігання протоколу дослідження у вигляді стандартизованої форми створює можливість автоматизації аналізу даних із видачею діагностичних рекомендацій, а також автоматизованого розрахунку різних статистичних показників. У програмному забезпеченні передбачена можливість передачі знімків і протоколів при використанні сучасних систем зв'язку (у тому числі й Internet) з метою консультацій діагностично складних випадків у спеціалізованих установах.

Променева терапія з мікропроцесорним управлінням. В основі терапевтичного використання іонізуючого випромінювання лежить

принцип летального uszkodження пухлини з урахуванням чутливості оточуючих пухлину тканин для збереження їхньої життєздатності. Променева терапія з мікропроцесорним управлінням забезпечує можливість застосування більш надійних і безпечних методів опромінення ракових пухлин. Сучасні джерела випромінювання високих енергій (бетатрон, лінійний прискорювач) менше ушкоджують нормальні тканини, ніж гамма- і рентгенотерапевтичні апарати.

Пристрої діагностики та локалізації ниркових і жовчних каменів (літотрипсія). Дані пристрої дають змогу проводити контроль процесу їхнього руйнування за допомогою зовнішніх ударних хвиль. Суть методу заснована на генерації акустичної ударної хвилі за допомогою спеціального апарата — літотриптора. Ударна хвиля концентрується в одній точці — фокусі, де її енергія максимальна. Саме у цю точку і позиціонується камінь за допомогою системи наведення літотриптора. Під дією серії імпульсів ударної хвилі камінь руйнується на велику кількість дрібних фрагментів.

Комп'ютерна томографія. Як метод дослідження комп'ютерна томографія дає точні пошарові зображення структур внутрішніх органів і головного мозку при МРТ мозку. Ці дані записуються в комп'ютер, який на їхній основі конструє повне об'ємне зображення. Фізичні основи вимірювань різноманітні: рентгенівські, магнітні, ультразвукові, ядерні тощо. Томографія є одним із основних прикладів упровадження нових інформаційних технологій у медицині.

Системи відеотрансляцій та відеозаписи з операцій. Система відеотрансляції передає зображення загального плану та зображення операційного поля з кожної операційної. Трансляція відбувається через комп'ютерну мережу і записується в архів для подальшого перегляду. Зв'язок здійснюється з абонентами, які знаходяться в медичному закладі та за його межами, у віддалених підрозділах. Система відеоконференцзв'язку допомагає здійснювати мультимедійну та інформаційну взаємодію між співробітниками організації при обговоренні операції або проведенні навчання. Використання відеоконференцзв'язку і відеотрансляції дає змогу підвищити якість лікування, проводити медичні консилиуми, навчати медичний персонал.

Комп'ютерна інтеграція з медичним обладнанням. Медичні прилади, обладнання, вимірювальна й керувальна техніка плюс комп'ютери зі спеціальним програмним забезпеченням — це і є медичні приладо-комп'ютерні системи (МПКС). Ці медичні інформаційні системи базового рівня призначені для візуальних методів об-

стеження, лабораторних аналізів і досліджень, контролю (моніторингу) за станом пацієнтів. Перераховані технології забезпечують медперсонал надійною та своєчасною інформацією. Головна ж перевага — висока інформативність вихідних даних.

Впровадження медичної електронної документації дасть змогу:

• *практичному лікарю:* отримати максимум інформації про стан здоров'я пацієнта, зберегти історію хвороби пацієнта та передати інформацію в інші медичні заклади з мінімальною витратою часу;

• *пацієнту:* у короткі строки отримати діагноз і лікування. Пацієнт є захищеним від необґрунтованих призначень, звільняється від прив'язки до одного медичного закладу;

• *закладу охорони здоров'я:* при незначних витратах вигідно залучати пацієнтів і страхові компанії. Страхові фонди і компанії, як зацікавлені сторони в інформаційному впорядкуванні лікувального закладу, можуть забезпечити дольове фінансування проекту з урахуванням своїх інтересів.

IV. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Проведення оцінювання здобувачів, оголошення наступної теми заняття.

V. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Громадське здоров'я : навч. посіб. / Грузева Т. С. та ін. ; за заг. ред. Т. С. Грузевої. Київ : Книга-плюс, 2021. 296 с.

2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2018. № 5, ст. 31.

Додаткова

1. Гойко О. В., Мохначов С. І. Статистичні аспекти доказової медицини. *Хірургія України*. 2013. № 2. С. 109–112.

2. Денисюк В. Г., Денисюк О. В. Доказова внутрішня медицина. Вінниця : ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. 928 с.

3. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для здобувачів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних за-

кладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Київ : Книга плюс, 2010. 328 с.

4. Громадське здоров'я / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова книга, 2012. 560 с.

5. Здоров'я 2020 — основи європейської політики та стратегії для XXI ст. ВООЗ, 2013. 232 с.

6. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Здоров'я, 2012. 359 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. 680 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. Київ, 2016. 452 с.

9. Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підруч. / Склярів Є. Я. та ін. Всеукраїнське спеціалізоване вид-во «Медицина», 2020. 288 с.

10. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самост. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. : В. А. Огнев, К. М. Сокол, І. А. Чухно та ін. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.

Електронні інформаційні ресурси

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». URL: www.euro.who.int/ru/home

2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int

3. Центр контролю та профілактики захворювань. URL: www.cdc.gov

4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: www.phc.org.ua

5. Українська база медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>

6. Журнал British Medical Journal. URL: www.bmj.com

ЗМІСТ

Практичне заняття № 14.....	3
Практичне заняття № 15.....	15
Практичне заняття № 16.....	36
Практичне заняття № 17.....	46
Практичне заняття № 18.....	52
Практичне заняття № 19.....	62
Практичне заняття № 20.....	79
Практичне заняття № 21.....	96
Практичне заняття № 22.....	108
Практичне заняття № 23.....	127

ДЛЯ ПОДАТОК

ДЛЯ ПОДАТОК

Соціальна медицина. Громадське здоров'я. Змістовий модуль 3. Організація охорони здоров'я [Електронне видання] : метод. розроб. до практ. занять / розроб. : М. І. Голубятников, О. В. Бачинська, К. О. Талалаєв [та ін.]. — Одеса : ОНМедУ, 2024. — 156 с.

Методична розробка містить матеріали до практичних занять №№ 14–23, темою яких є змістовий модуль 3 «Організація охорони здоров'я».

Для здобувачів освіти 2 курсу медичного факультету.

УДК 614.2+616-058

Навчальне видання

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Змістовий модуль 3

Організація охорони здоров'я

Методична розробка до практичних занять

Розробники:

М. І. Голубятников, О. В. Бачинська,
К. О. Талалаєв, С. К. Сервецький, Т. В. Федоренко,
Т. В. Герасименко, О. А. Мельник, Г. М. Джуртубаєва,
К. С. Гриценко, Л. В. Костолонова

Електронне видання

Формат 60x84/16. Ум.-друк. арк. 9,20. Тираж 1. Зам. 2731

Одеський національний медичний університет

65082, Одеса, Валіховський пров., 2.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001

e-mail: office@onmedu.edu.ua тел: (048) 723-42-49 факс: (048) 723-22-15

