

Результати оцінки щодо доступності послуг з ТБ на первинному рівні медичної допомоги

Київ – 2023

Зміст

СКОРОЧЕННЯ	3
РЕЗЮМЕ	4
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	8
ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	10
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ ІЗ ТБ НА РІВНІ ПМД	10
1.1 ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ В МЕЖАХ ПАКЕТА «ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА»	10
А) ФОРМУВАННЯ ГРУП РИЗИКУ ЩОДО РОЗВИТКУ ТБ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЇХ ОБСТЕЖЕННЯ	11
Б) ОРГАНІЗАЦІЯ АКТИВНОГО/ПАСИВНОГО ВИЯВЛЕННЯ ТБ, ШЛЯХОМ СКРИНІНГОВОГО АНКЕТУВАННЯ	11
В) УЧАСТЬ У РОЗСЛІДУВАННІ ТА ВІДСТЕЖЕННІ КОНТАКТІВ	12
Г) ОРГАНІЗАЦІЯ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ НА ТБ ВІДПОВІДНО ДО ГАЛУЗЕВИХ СТАНДАРТІВ	12
1.2 ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ В МЕЖАХ ПАКЕТА «СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТБ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»	12
1.2.1 ІСНЮЮЧІ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У МЕЖАХ ПАКЕТА	12
1.2.2 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА СУПРОВІД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТБ	14
А) ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ВИДАЧА ПРЕПАРАТІВ, ЗОКРЕМА МЕТОДОМ КОНТРОЛЬОВАНОГО ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТІВ (DOT)	14
Б) МОНІТОРИНГ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ВКЛЮЧАЮЧИ КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ. МОНІТОРИНГ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ	15
РОЗДІЛ 2. ФАКТОРИ, ЯКІ ВЛИВАЮТЬ НА ПРОЦЕС НАДАННЯ ПОСЛУГ З ТБ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	17
2.1 КОМПЕТЕНЦІЇ ТА НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПМД	17
2.2 МОТИВАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	18
2.3 ВЗАЄМОДІЯ ПЕРВИННОГО ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО РІВНІВ НАДАННЯ ДОПОМОГИ	20
2.4 ПАКЕТ ПОСЛУГ «СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТБ, НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»	22
2.5 МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА	24
РОЗДІЛ 3. ДОСВІД І СПРИЙНЯТТЯ ПАЦІЄНТАМИ ПОСЛУГ ІЗ ТБ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	28
3.1 ДОСВІД ВЗАЄМОДІЇ ІЗ СИСТЕМОЮ	28
3.2 ВЗАЄМОДІЯ ІЗ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ ЩОДО ПОСЛУГ З ТБ	29
РЕКОМЕНДАЦІЇ	31

СКОРОЧЕННЯ

ВІЛ - Вірус імунодефіциту людини

ДОЗ – Департамент охорони здоров'я

ЕСОЗ – Електронна система охорони здоров'я

ЗОЗ - Заклад охорони здоров'я

МОЗ - Міністерство охорони здоров'я України

МБТ – Мікобактерія туберкульозу

НСЗУ - Національна служба здоров'я України

ПМГ – Програма медичних гарантій

ПМД - Первинна медична допомога

ПТП – Протитуберкульозні препарати

СМД – Спеціалізована медична допомога

ТБ - Туберкульоз

ЦПМСД - Центр первинної медико-санітарної допомоги

РЕЗЮМЕ

У період з грудня 2022 року по червень 2023 року Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» із залученням міжнародної дослідницької компанії ІФАК Інститут Україна провів комплексну оцінку надання послуг із супроводу та лікування пацієнтів з ТБ на рівні первинної медичної допомоги. Метою дослідження було визначення бар'єрів, що впливають на доступність та якість надання послуг з ТБ на рівні первинної медичної допомоги (ПМД), а також розробка рекомендацій для закладів ПМД, Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та МОЗу, спрямованих на поліпшення цих послуг. Основними **завданнями** дослідження були: (1) виявити фактори, які впливають на організацію надання послуг з ТБ надавачами первинної медичної допомоги; (2) виявити фактори які впливають на готовність пацієнтів отримувати послуги із супроводу та лікування ТБ на рівні первинної медичної допомоги; (3) розробити рекомендації для установ та закладів національного, регіонального та місцевого рівнів щодо поліпшення надання послуг з супроводу та лікування ТБ на рівні ПМД.

Польовий етап дослідження відбувався з квітня по червень 2023 року.

Дослідження охоплювало 4 регіони України - Київську, Одеську, Миколаївську та Волинську області. Було залучено вісім закладів ПМД (по 2 заклади ПМД у кожній із обраних областей), які надають послуги із супроводу та лікування пацієнтів з ТБ. При відборі перевага надавалася закладам, які мають досвід ведення не менше 10 пацієнтів.

Обрані заклади надають послуги з туберкульозу (ТБ) в межах двох пакетів:

1. Пакет "Первинна медична допомога": послуги з профілактики, діагностики та раннього виявлення ТБ, формування груп ризику та організація їх обстеження, активне/пасивне виявлення ТБ шляхом скринінгового анкетування, участь у розслідуванні та відстеженні контактів, організація обстеження осіб на ТБ згідно галузевих стандартів.
2. Пакет "Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ на первинному рівні медичної допомоги": послуги з видачі препаратів пацієнтам, включаючи DOT-лікування, моніторинг лікування туберкульозу, включаючи клінічні та лабораторні дослідження, регулярну оцінку стану здоров'я, моніторинг побічних ефектів, тощо.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ ІЗ СУПРОВОДУ ТА ЛІКУВАННЯ ТБ НА РІВНІ ПМД

Представники усіх цільових аудиторій, включаючи пацієнтів, вказують на беззаперечні переваги надання послуг із супроводу та лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз у закладі ПМД. Деякі з керівників закладів та сімейних лікарів підкреслюють, що всі заклади ПМД мають надавати послуги із супроводу та лікування ТБ і це не може бути правом вибору закладу ПМД.

Деякі пацієнти стикаються наразі з проблемами доступу до послуг із супроводу та лікування ТБ: пацієнти, що проживають на територіях з обмеженою кількістю закладів

ПМД, що взяли пакет, можуть отримувати послуги ТБ в закладах, які розташовані віддалено від місць їх проживання.

В межах пакета "Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги" існують різні моделі надання послуг у закладі ПМД. Функціональні обов'язки сімейних лікарів щодо супроводу та лікування пацієнтів із ТБ можуть варіюватися залежно від обраної моделі. У деяких випадках заклади ПМД вводять в штат лікарів-фтизіатрів для надання послуг ТБ, в інших випадках сімейні лікарі самостійно ведуть пацієнтів з ТБ отримуючи консультації фтизіатрів за необхідності. Виявлено три основні моделі:

- залучення лікаря-фтизіатра до закладу ПМД для надання послуг пацієнтам з ТБ та виконання інших функцій. Розподіл обов'язків між сімейним лікарем і фтизіатром не є чітким;
- ведення всіх пацієнтів з ТБ сімейним лікарем, який має/мав спеціалізацію фтизіатра, зокрема і передекларування пацієнта з ТБ до такого лікаря;
- ведення пацієнта з ТБ сімейним лікарем, з яким пацієнт підписав декларацію.

ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ПРОЦЕС НАДАННЯ ПОСЛУГ ІЗ ТБ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КОМПЕТЕНЦІЇ ТА НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПМД

Зазначається, що НСЗУ не має чітких вимог до навчання сімейних лікарів щодо супроводу та лікування пацієнтів з ТБ. Сімейні лікарі проходять різноманітне навчання з тематики туберкульозу, яке оцінюється досить позитивно, але поширеність сумнівів серед сімейних лікарів та брак практичних навичок впливає на можливість якісного ведення цих пацієнтів. Акцентувалась також увага на важливості ролі медичних сестер, які також потребують вдосконалення навичок щодо супроводу та лікування ТБ.

МОТИВАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Виявлено, що мотивація медичних працівників є одним з ключових факторів для забезпечення якісної медичної допомоги. При цьому, медичні працівники стикаються з недостатніми фінансовими стимулами, що впливає на їх бажання займатися проблемами ТБ. Вказується на необхідність впровадження системи фінансової мотивації, яка повинна базуватися на результативності роботи медичних працівників. Також виявлено інші фактори, які впливають на мотивацію, такі як емоційне вигорання медичного персоналу та потреба у психологічній підтримці.

ВЗАЄМОДІЯ ПЕРВИННОГО ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО РІВНІВ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

Якісно налагоджена взаємодія первинного та спеціалізованого рівня медичної допомоги є критично важливою для надання допомоги пацієнту з туберкульозом та значно підвищує якість послуг із супроводу та лікування пацієнтів з ТБ на рівні ПМД.

Виявлено різний досвід комунікації первинної медичної допомоги зі спеціалізованою ланкою та фтизіатрами: від добре налагодженої до відсутності такої комунікації.

Проблеми, які було виявлено, включають: відсутність чітких алгоритмів взаємодії первинного та спеціалізованого рівнів надання допомоги пацієнтам з ТБ, чіткого

розуміння щодо розподілу функціональних обов'язків фахівців первинного та спеціалізованого рівнів, «конкуренція за пацієнта», залежність взаємодії від особистих контактів фахівців.

Проблеми у взаємодії, призводять до несвоєчасного надання послуг, перерви у лікуванні пацієнтів, прогалини у моніторингу лікування та «втрат» пацієнтів на кожному етапі надання допомоги.

ПАКЕТ ПОСЛУГ «СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТБ, НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»

Сприйняття пакета «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги» респондентами не є однозначним. Більшість керівників закладів акцентують увагу, що незалежно від того чи був би окремий пакет на надання цих послуг, чи ні вони, в будь-якому разі, надавали б ці послуги своїм пацієнтам. Деякі респонденти вказували, що послуги із супроводу та лікування пацієнтів з туберкульозом мають надаватися всіма закладами первинної медичної допомоги і це не може бути вибором закладу. Звучала також думка про те, що, можливо, варто включити послуги із супроводу та лікування туберкульозу у пакет первинної медичної допомоги.

Варто зауважити, що умови закладені в пакеті для заключення договору, загалом є чітко сформульованими та нескладними для виконання закладами первинної медичної допомоги. До того ж заклад отримує додаткову фінансову підтримку.

Разом з тим вказується на ряд проблем: недостатнє фінансування за пакетом; розмір пакета не дозволяє трансформувати отримані кошти у стимулюючі виплати для медпрацівників, коли кількість випадків ТБ невелика; незрозумілість правил, критеріїв та процедур оплати за надані послуги. Медичні працівники також відзначають проблеми, які виникають зі звітуванням про надані послуги, в тому числі через роботу електронної медичної системи, залежність отримання оплати послуг за пакетом від якості роботи фахівців спеціалізованої ланки.

ДОСВІД ТА СПРИЙНЯТТЯ ПАЦІЄНТАМИ ПОСЛУГ ІЗ ТБ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДОСВІД ПАЦІЄНТІВ ВЗАЄМОДІЇ З СИСТЕМОЮ

Можна виділити дві основні точки входу пацієнта для отримання послуг з ТБ:

- звернення до свого сімейного лікаря (частіше характерно для пацієнтів, які раніше не мали туберкульозу і проблеми виникають вперше);
- звернення до вузькопрофільного спеціаліста (особливо є характерним для пацієнтів, які раніше мали ТБ в анамнезі та вже проходили лікування).

В цілому, пацієнти, які приймали участь в дослідженні, готові отримувати послуги із супроводу лікування ТБ в закладі ПМД.

Виявлено низку факторів, які можуть створювати упереджене ставлення пацієнтів до закладу ПМД як надавача послуг ТБ: наявність черг у закладі ПМД, які необхідно вистояти пацієнту, щоб отримати ліки чи пройти якісь дослідження; погане

інформування про доступні безкоштовні інструментальні та лабораторні дослідження, невпевненість у збереженні конфіденційності у закладі ПМД; витрати на препарати для усунення побічних дій ПТП.

ВЗАЄМОДІЯ ІЗ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ ЩОДО ПОСЛУГ ІЗ ТБ

Сприйняття сімейного лікаря як надавача послуг із ТБ залежить від досвіду взаємодії та особистої поведінки лікаря. Пацієнти, які тривалий час отримували послуги від одного сімейного лікаря, позитивно оцінюють свій досвід і відзначають, що саме сімейний лікар контролює процес лікування та здатен ширше подивитися та оцінити наслідки терапії.

В цілому, пацієнти зазначають наступні проблеми у взаємодії зі сімейними лікарями: стигматизація з боку лікаря та самостигматизація пацієнтів, сприйняття сімейного лікаря як недостатньо кваліфікованого в сфері ТБ, випадки відстороненої поведінки лікарів та випадки порушення конфіденційності, а також проблеми в комунікації з сімейними лікарями.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

У період з грудня 2022 року по червень 2023 року проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» із залученням міжнародної дослідницької компанії ІФАК Інститут Україна провів якісне дослідження, **метою** якого стало визначення бар'єрів, що впливають на доступність та якість надання послуг з ТБ на рівні первинної медичної допомоги (ПМД), а також розробка рекомендацій для закладів ПМД, Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та МОЗу, спрямованих на поліпшення цих послуг. Основними **завданнями** дослідження були: (1) виявити фактори, які впливають на організацію надання послуг з ТБ надавачами первинної медичної допомоги; (2) виявити фактори які впливають на готовність пацієнтів отримувати послуги із супроводу та лікування ТБ на рівні первинної медичної допомоги; (3) розробити рекомендації для установ та закладів національного, регіонального та місцевого рівнів щодо поліпшення надання послуг з супроводу та лікування ТБ на рівні ПМД.

Дослідження охоплювало 4 регіони України – Київську, Одеську, Миколаївську та Волинську області. Вибір регіонів здійснювався на основі таких критеріїв:

- наявність в регіоні закладів, які мали підписані договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) у 2021 та\або 2022 роках та мали досвід ведення пацієнтів з ТБ;
- наявність в регіоні ЦПМСД, які отримали пакет послуг від НСЗУ за програмою медичних гарантій з супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз (ТБ), на первинному рівні медичної допомоги у 2023 році.

За вказаними критеріями були відібрані 8 закладів охорони здоров'я рівня ПМД, по 2 заклади в кожному регіоні. Перевага при відборі надавалася закладам, які мають досвід ведення не менше 10 пацієнтів з ТБ. До участі у фокусованих групових інтерв'ю залучалися сімейні лікарі цих закладів, які мають досвід ведення пацієнтів з ТБ. Також до індивідуальних глибинних інтерв'ю були залучені керівники цих закладів.

Когорта пацієнтів з ТБ, які взяли участь у дослідженні, формувалася за рекомендацією сімейних лікарів відібраних ЗОЗ та охоплювала пацієнтів, які мали досвід отримання послуг ПМД у цих закладах. Всі пацієнти, залучені до дослідження, мали ТБ на момент проведення інтерв'ю або у анамнезі, а також мали досвід отримання послуг із супроводу та лікування ТБ у закладі ПМД або ж у протитуберкульозному закладі.

Польовий етап дослідження відбувався з квітня по червень 2023 року.

Дослідження було реалізоване за допомогою таких якісних методів збору даних як фокусовані групові інтерв'ю (фокус-групи) та глибинні інтерв'ю. До дослідження були залучені такі цільові аудиторії:

- керівники та медичні працівники (сімейні лікарі) ЦПМСД як ключові надавачі послуг з ТБ на рівні ПМД;
- пацієнти ЦПМСД з діагнозом туберкульозу як основні бенефіціари послуг ТБ на рівні ПМД;
- представники регіональних Департаментів охорони здоров'я (ДОЗ) та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), Національної служби здоров'я України,

Центру громадського здоров'я, які є відповідальними за регулювання та організацію системи охорони здоров'я на регіональному та національному рівнях.

Для кожної з цільових аудиторій був розроблений відповідний інструментарій (сценарії інтерв'ю), який мав вирішувати такі завдання:

- медичні працівники ЦПМД: оцінка знань та досвіду з надання медичної допомоги пацієнтам з ТБ, а також виявлення бар'єрів та проблем, які виникають у медичних працівників закладів ПМД у процесі ведення пацієнтів з ТБ;
- керівники закладів ЦПМД: виявлення бар'єрів та проблем в організації та керуванні послугами ТБ, що впливають на якість та доступність медичних послуг в ЦПМД;
- пацієнти з діагнозом ТБ: виявлення досвіду отримання медичних послуг ТБ, потреб та перешкоди, з якими пацієнти стикаються під час отримання медичної допомоги в ЦПМД;
- представники регіональних ДОЗ, МОЗ України, НСЗУ та ЦГЗ: оцінка політичних та організаційних аспектів, а також наявних стратегій у сфері надання послуг з ТБ населенню.

В цілому в межах дослідження були проведені:

- 4 фокус-групи з медичними працівниками ЦПМД (по одній фокус-групі в кожному регіоні, всього 27 сімейних лікарів);
- 9 глибоких інтерв'ю з керівниками закладів ЦПМД (по 2-3 глибоких інтерв'ю в кожному регіоні);
- 25 інтерв'ю з пацієнтами з діагнозом ТБ (по 6-7 глибоких інтерв'ю в кожному регіоні);
- 4 глибоких інтерв'ю з представниками регіональних ДОЗ (по одному глибокому інтерв'ю в кожному регіоні);
- три глибоких інтерв'ю з представниками МОЗ України, НСЗУ та ЦГЗ.

Обмеження дослідження

- Дослідження було проведено за допомогою якісних методів збору даних, тому воно не передбачало відстеження кількісних закономірностей, було спрямоване на розуміння думок, переконань і досвіду учасників дослідження.
- Цільова аудиторія дослідження не включала медичних сестер закладів ПМД та фтизіатрів, тому їхні погляди і досвід не були враховані в дослідженні.
- Аналіз отриманих думок проводився з фокусом на конкретну групу респондентів. Інші індивідуальні характеристики, такі як регіональні особливості, не були враховані, згідно мети дослідження.

Результати дослідження аналізувалися по кожній цільовій аудиторії окремо, згідно відповідних завдань. На основі отриманих даних та аналізу були сформовані висновки та рекомендації з метою поліпшення доступності та якості надання послуг ТБ, а також рекомендації щодо внесення змін до пакетів послуг з ТБ на рівні ПМД, які були включені до звіту.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ ІЗ ТБ НА РІВНІ ПМД

Представники усіх цільових аудиторій вказують на беззаперечні переваги надання послуг із супроводу та лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз у закладі ПМД. Деякі з головних та сімейних лікарів підкреслюють, що всі заклади ПМД мають надавати послуги із супроводу та лікування ТБ і це не може бути правом вибору закладу ПМД.

«Переваги для пацієнтів – однозначно. Близьче до пацієнта, швидше можуть отримати послугу по наданню медичної допомоги при туберкульозу. Для закладу переваги – звичайно є, це наше обличчя...» (сімейний лікар, Волинська область).

«Я цим займаюсь, бо в мене в місті крім цього, крім мене, нема кому займатись, немає лікаря фтизіатра, і ця робота все одно лягає на наші плечі, але я вважаю що вона й повинна бути на первинці» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

«Для пацієнта це зручно. Він йде на консультацію до свого сімейного лікаря і отримує всю необхідну медичну допомогу у свого сімейного лікаря. Зазвичай це недалеко від дому, це зручно. Це той лікар, якого він знає протягом багатьох років, до якого він звик. І психологічно все ж таки приємніше отримувати обслуговування в амбулаторії сімейної медицини, ніж у спеціалізованому закладі» (керівник ЗОЗ, Одеська область).

Думку про переваги надання послуг з ТБ на первинному рівні надання медичної допомоги підтримали також і представники ДОЗ, МОЗ та ЦГЗ.

«Збільшився відсоток людей, які отримують лікування на амбулаторному етапі і, як результат, більш людино-орієнтований підхід, що є кращим європейським підходом та однією із задач національних державних стратегій» (представник МОЗ).

«Позитивні моменти: по-перше сімейний лікар знає про пацієнта багато, знає історію його життя та хвороб, знає все про вакцинацію пацієнта. Він спеціаліст, який знає багато різних хвороб, йому легше виявити побічні реакції, легше формувати прихильність до лікування: по друге: це ближче до пацієнта, до місця його проживання: по-третє: менша стигма. Хто там знає, чого ти там прийшов до сімейного лікаря» (представник ЦГЗ).

Представники департаментів охорони здоров'я також звертають увагу на те, що наразі не всі заклади ПМД надають послуги із супроводу та лікування туберкульозу своїм пацієнтам і що ДОЗи не мають вагомих інструментів для впливу на ЗОЗ, а можуть тільки рекомендувати підписати відповідний пакет.

«Ми не можемо на це вплинути. Наприклад, центр ПМД будь-якого району, де є висока захворюваність на туберкульоз, ми не можемо заставити заключити пакет...» (представник ДОЗ).

1.1 ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ В МЕЖАХ ПАКЕТА «ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА»

Серед послуг, що надаються сімейними лікарями в межах профілактики, діагностики та раннього виявлення туберкульозу зазначалися такі:

А) ФОРМУВАННЯ ГРУП РИЗИКУ ЩОДО РОЗВИТКУ ТБ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЇХ ОБСТЕЖЕННЯ

Більшість учасників фокус-груп із сімейними лікарями запевняли, що добре знають своїх задекларованих пацієнтів, розуміють склад групи ризику та намагаються взаємодіяти з ними. Зі слів учасників фокус-груп, групи ризику формуються на основі результатів системного скринінгу: пацієнтів за результатом скринінгового анкетування відносять до групи ризику, отримують контактні дані та потім встановлюють з ними зв'язок.

«У кожного лікаря є свої групи ризику. Вони поповнюються з тим, як приходять пацієнти і, в першу чергу, коли проводиться медогляд, у нас є у всіх скринінгові анкети... і всі амбулаторії це роблять...» (сімейний лікар, Волинська область).

Акцентувалася увага на тому, що якщо пацієнт із групи ризику не приходить на прийом, його розшукують за контактними даними

На думку медичних працівників, окремої уваги потребує вирішення питання щодо надання послуг пацієнтам, у яких відсутні документи, які не мають підписаних декларацій з сімейним лікарем. Такі пацієнти звертаються у заклад ПМД за допомогою, але вони не можуть бути введені в МІС і, відповідно, заклад не може отримати фінансування на надання їм послуг.

«Послуга надається (сімейним лікарем)...90% пацієнтів...або зловживають алкоголем, або не мають діючої декларації з сімейним лікарем, це є також складністю у введенні інформації, бо поки ти його не введеш, заклад не може отримати ніяких коштів, і так само направлення сформував ти не можеш...» (сімейний лікар, Волинська область).

Б) ОРГАНІЗАЦІЯ АКТИВНОГО/ПАСИВНОГО ВИЯВЛЕННЯ ТБ, ШЛЯХОМ СКРИНІНГОВОГО АНКЕТУВАННЯ

Зі слів учасників фокус-груп з сімейними лікарями, скринінгове анкетування проводять пацієнтам, що належать до груп ризику, або із характерними скаргами/симптомами, що можуть свідчити про ТБ (кашель, температура тощо). Серед пацієнтів, яким приділяється особлива увага, учасники фокус-груп вказували курців, хворих на цукровий діабет, гепатит, людей з наркотичною та алкогольною залежністю.

«При підозрі на туберкульоз хворий заповнює скринінгову анкету, якщо там хоча б один позитивний "так", то ми направляємо його на всі аналізи, на рентгенографію і на GeneXpert» (сімейний лікар, Київська область).

Сімейні лікарі вказують, що заповнення скринінгової анкети забирає багато часу і у лікаря, і у пацієнта, зокрема перенесення інформації із паперової форми в медичну електронну систему. За даними ЦГЗ, заповнення скринінгової анкети забирає всього 3-5 хв. при тому, що прийом сімейного лікаря триває 12-15 хв.

Окрім того деякі лікарі сприймають скринінгову анкету як інструмент для виявлення у пацієнта туберкульозу, а не як інструмент, який спрямований на виявлення людей, що потребують обстеження на ТБ. І саме через це вважають скринінгову анкету неефективною, а час, затрачений на її заповнення марно витраченим.

В) УЧАСТЬ У РОЗСЛІДУВАННІ ТА ВІДСТЕЖЕННІ КОНТАКТІВ

Зі слів учасників фокус-груп із сімейними лікарями, взаємодія з контактними особами зазвичай відбувається наступним чином: сімейні лікарі з'ясовують перелік контактних осіб у пацієнта з ТБ (з ким проживає пацієнт), а потім з'ясовують сімейного лікаря кожної контактної особи (або педіатра, якщо це стосується дитини) та передають йому інформацію щодо необхідності обстежень на туберкульоз.

Сімейні лікарі повідомляють про **відмову пацієнтів повідомляти про контактних осіб через побоювання щодо розголосу цієї інформації з боку закладу ПМД**: за повідомленням учасників фокус-груп, пацієнти не завжди надають інформацію про контактних осіб, запевняючи лікаря, що самостійно зроблять перевірку в іншому ЗОЗ.

«А коли доходить до питання: з ким ви проживаєте, хто є у вашому оточенні, хто до вас ходить? А у відповідь тиша. Ми собі знаємо, ми собі обстежимось...Йде така недовіра до нас і про питання того, що пацієнт боїться розголосу» (сімейний лікар, Волинська область).

Г) ОРГАНІЗАЦІЯ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ НА ТБ ВІДПОВІДНО ДО ГАЛУЗЕВИХ СТАНДАРТИВ

Учасники фокус-груп з сімейними лікарями зазначали, що для діагностики туберкульозу вони використовують флюорографічне або рентген обстеження, аналіз крові, аналіз мокротиння – молекулярно-генетичне дослідження. Якщо у закладі є система GeneXpert – дослідження проводять на місці, якщо такої можливості немає, то матеріал для аналізу мокротиння доставляють до обласного тубдиспансеру (якщо в закладі є відповідний транспорт) або пацієнти направляються для такого аналізу в тубдиспансер.

«Ми повинні направити людину до тубдиспансеру, оскільки там зараз проводиться аналіз на туберкульоз згідно нового наказу» (сімейний лікар, Одеська область).

«Пацієнт приходить до нас, здає у нас мокротиння і далі наша медсестра, відвозить на машині, в боксі це мокротиння на GeneXpert» (сімейний лікар, Київська область).

Сімейні лікарі зазначали, що результати первинної діагностики зазвичай отримує сімейний лікар, якщо діагностика була призначена в закладі ПМД, або фтизіатр обласного тубдиспансеру, якщо діагностика проводилась в тубдиспансері.

1.2 ПОСЛУГИ, ЩО НАДАЮТЬСЯ У МЕЖАХ ПАКЕТА «СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТБ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»

1.2.1 ІСНУЮЧІ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У МЕЖАХ ПАКЕТА

З точки зору керівників досліджуваних ЗОЗ, пакет «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги» не має чітких вимог до того, як саме мають надаватися послуги лікування та супроводу ТБ на рівні ПМД.

Респонденти акцентували увагу на тому, що модель надання цих послуг в досліджуваних ЗОЗ, не є уніфікованою.

Загалом виявлено три моделі щодо організації надання послуг в досліджуваних ЗОЗ. Функціональні обов'язки сімейного лікаря щодо супроводу та лікування людей із ТБ залежить саме від обраної моделі:

А) Залучення лікаря-фтизіатра із частковою зайнятістю у заклад ПМД для надання послуг пацієнтам з ТБ та виконання інших функцій в межах ведення пацієнтів, хворих на туберкульоз, а саме: ведення необхідної документації, супроводу лікування, в т.ч. видача препаратів, надання консультаційної підтримки сімейним лікарям за необхідності. При цьому функціональні обов'язки сімейних лікарів є незрозумілими, а їх розподіл між сімейним лікарем та фтизіатром не є чітко визначеними. У більшості випадків обов'язки сімейних лікарів не розширюються для забезпечення ведення пацієнтів з ТБ, а лише полягають в створенні електронних направлень на чергові обстеження в межах моніторингу лікування.

«Лікар-фтизіатр працює у нас в закладі, на півставки в закладі вторинної ланки, і ми його взяли на півставки до себе на роботу. Він нам допомагає нашим сімейним лікарям, налаштувати роботу з пацієнтами...» (керівник ЗОЗ, Миколаївська область).

Б) Ведення всіх пацієнтів із ТБ сімейним лікарем, який має спеціалізацію фтизіатра, зокрема і передекларування пацієнта з ТБ до такого лікаря

У деяких ЦПМСД існує практика залучення до надання послуг з ТБ сімейних лікарів, які мають чи мали раніше спеціалізацію по туберкульозу та спрямування всіх пацієнтів, які потребують таких послуг до цього лікаря.

«Стосовно туберкульозу, у нас є сімейний лікар, яка працювала фтизіатром і зараз активні ТБ, ми їй передаємо, вона більш кваліфікована і їх веде» (сімейний лікар, Волинська область).

«Фтизіатр працює в мене в закладі, як лікар фтизіатр, що пройшов спеціалізацію по сімейній медицині. Її функції: консультування, з підозрою, не обов'язково після направлення сімейного лікаря. У пацієнта підозрюють туберкульоз, Вона зразу на місці нам все вирішує і не затримує час в лікуванні цього пацієнта, поки він піде до фтизіатра...» (керівник ЗОЗ, Миколаївська область).

В) Ведення пацієнта із ТБ сімейним лікарем, з яким пацієнт підписав декларацію

У закладах, які не практикують залучення фтизіатра чи не мають сімейного лікаря з додатковою спеціалізацією фтизіатра, пацієнти з туберкульозом отримують послуги з лікування та супроводу у свого сімейного лікаря.

«По супроводу... У нас не один лікар веде всіх туберкульозних у нас кожен сімейний лікар веде свого туберкульозного. І тут питання індивідуальне, бо пакет супроводу включає те, що пацієнт мав би лікуватися тут, у нас» (сімейний лікар, Волинська область).

1.2.2 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА СУПРОВІД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТБ

В цілому, сімейні лікарі демонструють недостатнє розуміння своїх функціональних обов'язків у межах надання послуг із супроводу та лікування пацієнтів з ТБ та відповідальність за лікування покладають на фтизіатра, який підтверджує діагноз та робить призначення.

«У Нововолинську він (пакет) підписаний не повністю, він підписаний стосовно супроводу, а не лікування пацієнтів з туберкульозом.... Хто надає рекомендації? Фтизіатр, значить, він є лікуючим лікарем» (сімейний лікар, Волинська область).

Серед послуг, що надаються сімейними лікарями в межах супроводу та лікування ТБ зазначалися такі:

А) ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ВИДАЧА ПРЕПАРАТІВ, ЗОКРЕМА МЕТОДОМ КОНТРОЛЬОВАНОГО ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТІВ (ДОТ)

Сімейні лікарі – учасники фокус-груп вказували на різні підходи при прийнятті рішення щодо схеми видачі препаратів пацієнту. Частота видачі препаратів пацієнту залежить від рівня його прихильності до лікування. За інформацією сімейних лікарів препарати можуть видаватися: (1) щоденно і пацієнт приймає їх під безпосереднім наглядом медичного працівника, (2) препарати видаються пацієнту один-два рази на тиждень або ж один раз на місяць, якщо у сімейного лікаря не виникає сумнівів у прихильності пацієнта до лікування.

Керівники та лікарі закладів ПМД вказують на значні труднощі в організації ДОТ-лікування пацієнтів з туберкульозом через відсутність у пацієнтів мобільного телефону та часту зміну номеру, а також неможливість організувати відео-ДОТ через брак оснащення як у медичного персоналу ПМД, так і у пацієнта.

За даними ДУ ЦГЗ, кількість пацієнтів без мобільних телефонів є значною і складає 10%.

«Може..., в кого є відеодот, зв'язок, але у наших пацієнтів немає такого зв'язку, то вони приходили до нас і отримували... Ну як, телефони є, але це кнопчні» (сімейний лікар, Київська область).

«Скажу чесно, я такого не робила (відео-ДОТ). У мене не було можливості. У моїх пацієнтів відео зв'язку немає, взагалі навіть додзвонитися пацієнту - це проблема» (сімейний лікар, Миколаївська область).

«...було б добре як би була можливість, виділяти кошти, це є знову фінансування, щоб ми могли лікаря забезпечити технічними заходами для здійснення відео-доту» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Учасники фокус-груп також зазначають, що у закладі ПМД контакт з пацієнтом, видачу ліків та супровід лікування частіше здійснює медична сестра. Сімейний лікар здійснює регулярний огляд пацієнта один раз на місяць, якщо лікування проходить відповідно до призначень і у пацієнта не виникає побічних ефектів чи проблем.

«У нас ще є медсестри, які займаються видачою ліків, а лікар має оглядати хворого раз на місяць, якщо хворого нічого не хвилює. Так що цим всім практично займалась

медсестра, вона видавала ліки, слідувала, а я дивилась хворого раз у місяць, призначались аналізи, якщо це треба було і все» (сімейний лікар, Київська область).

«У мене є медична сестра, яка мені в цьому допомагає. Якщо пацієнт не приходить на візит до лікаря та давно вже не звертався, ми самі йому телефонуємо, запитуємо і вже скеровуємо, чи прийти до сімейного лікаря, чи достатньо консультації по телефону» (сімейний лікар, Одеська область).

Б) МОНІТОРИНГ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ВКЛЮЧАЮЧИ КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ. МОНІТОРИНГ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ

Сімейні лікарі відзначали, що, в межах контролю ефективності лікування, пацієнти один раз на місяць проходять лабораторні та інструментальні обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, функціональні проби печінки, ЕКГ).

«Щомісячно він приходить до нас, ми його викликаємо, ми знаємо якого числа. Але, якщо ми бачимо, що людина сьогодні мала прийти, не прийшла, ми дзвонимо йому, викликаємо його на прийом. Щомісячно він здає певний обсяг обстежень лабораторних, обов'язково кардіограма. І щоб відслідкувати побічні дії медикаментів, які він приймає» (сімейний лікар, Миколаївська область).

Деякі учасники фокус-груп наголошували, що є дослідження (наприклад, печінкові проби), які заклад може робити пацієнту лише один раз на рік відповідно до умов, зазначених в пакеті первинної медичної допомоги, тому інколи, щоб **мінімізувати витрати закладу на проведення пацієнтам з ТБ лабораторних досліджень, передбачених в межах контролю ефективності лікування, сімейний лікар намагається перенаправити його до фтизіатра для отримання цих послуг**

«...на бактеріоскопію, на посів ми не можемо направляти, бо інакше наш заклад буде за це платити, тому цим займається фтизіатр» (сімейний лікар, Київська область).

Інколи пацієнти щомісячно спрямовуються до фтизіатра для призначення додаткових обстежень та корекції схеми лікування у разі необхідності.

«Для контролю щомісячного направляємо на консультацію, ну і фтизіатр нам змінює схему лікування, коли закінчується активна фаза лікування. Вона вирішує чи закінчити, чи продовжити, чи змінити. Ну, і також, якщо клієнту потрібні обстеження, то вона теж їх рекомендує» (сімейний лікар, Київська область).

І сімейні лікарі, і керівники закладів вказують на труднощі з наданням послуг пацієнтам з ТБ, зокрема у віддалених районах або ж пацієнтам з обмеженою рухливістю. Ці труднощі пов'язані з проведенням обстежень пацієнтам з ТБ та транспортуванням біоматеріалів на діагностику. Респонденти вказують на додаткові фінансові витрати закладу через необхідність транспортування біоматеріалів або ж витрат на транспорт та значного часу для пацієнта, якщо він сам відвозить свій біоматеріал на дослідження.

«В нас є пряма дорога...110 км, от порахуйте, нам відвезти 1 аналіз мокротиння, скільки це буде коштувати, або треба домовлятися... в нас питання тільки по організації цієї логістики...» (керівник ЗОЗ, Одеська область).

«Електрички погано ходили, треба було робити пересадку в деяких місцях, бувало таке, щодуже запізнявся на прийом,....та й по грошам це теж складно...» (пацієнт з ТБ, село Київської області).

«Ми збираємо мокроту, ... а потім ми відправляємо її нашим транспортом за рахунок амбулаторії. Це для нас проблема, ніхто не виділяє на це кошти...» (сімейний лікар, Одеська область).

Існування такої проблеми та пошук рішення Національною службою здоров'я України підтверджує і її представник.

«Заклади ПМД, власники, громади мають думати про маршрути пацієнтів та можливості дофінансування послуг. Це не тільки завдання НСЗУ. Ми думаємо про доплати для окремих закладів, наприклад про коефіцієнти дофінансування для районів з невеликою кількістю декларацій» (представник НСЗУ).

РОЗДІЛ 2. ФАКТОРИ, ЯКІ ВЛИВАЮТЬ НА ПРОЦЕС НАДАННЯ ПОСЛУГ ІЗ ТБ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1 КОМПЕТЕНЦІЇ ТА НАВЧАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПМД

Згідно інформації, отриманої від сімейних лікарів та керівників закладів ПМД, НСЗУ не має чітких вимог до навчання, яке мають проходити сімейні лікарі, щоб здійснювати супровід та лікування людей, хворих на ТБ. Це підтвердив і представник НСЗУ.

«Так, вимоги до навчання ми формулювали доволі широко, щоб у більшій кількості закладів ПМД була можливість подаватися на пакет та надавати ці послуги. Звісно, ми розуміли, що від цього може страждати якість, але на той час нам треба було з чогось починати. Ми обов'язково повернемося до цього питання» (представник НСЗУ).

Представники медичних закладів зазначали, що сімейні лікарі проходять додаткове навчання з питань туберкульозу. Акцентувалася увага на тому, що це навчання досить різниться. Деякі сімейні лікарі пройшли курси з тематичного удосконалення, інші проходили навчання із загальних питань, і тема туберкульозу розглядалася як одна з них. Сімейні лікарі пригадували також онлайн лекції спеціаліста з обласного спеціалізованого закладу. І сімейні лікарі, і керівники закладів вказували на те, що навчання було змістовним, цікавим та корисним і вони загалом задоволені якістю інформації, яку отримали в процесі такого навчання.

«У нас були триденні курси, там у нас пройшли навчання дві людини» (сімейний лікар, Одеська область).

«Я проходила конференцію, загальну, там висвітлювались питання і по туберкульозу» (сімейний лікар, Одеська область).

«Курси були дуже хороші, що по ВІЛ, що по туберкульозу. Лектори там взагалі, там були практикуючі лікарі і все чудово» (сімейний лікар, Київська область).

У процесі обговорення сімейні лікарі зазначали, що велику роль у супроводі пацієнта хворого на туберкульоз у закладі ПМД відіграє медична сестра, тому дуже важливо навчати і медичних сестер, як правильно надавати послуги пацієнтам з ТБ.

«Я б дуже хотіла, щоб медсестри мали окреме навчання і, щоб вони всі ключові моменти по алгоритму, створеному для них, знали» (сімейний лікар, Волинська область).

Хоча і сімейні лікарі, і керівники закладів дають досить високу оцінку навчанню з питань туберкульозу, яке пройшли фахівці, **сімейні лікарі часто висловлюють сумніви щодо достатності своїх знань та навичок для якісного ведення пацієнтів з ТБ.**

«Не може (сімейний лікар) знати все і охопити все те, що на сьогоднішній день звалюють на сімейного лікаря. І психіатрію на нас звалили, і туберкульоз і зараз ще й ВІЛ додадуть...» (сімейний лікар, Одеська область).

Під час фокус-груп з сімейними лікарями було виявлено і **брак навичок з проведення мотиваційного консультування та формування у пацієнтів прихильності до**

лікування, які є критично важливими для фахівця у супроводі пацієнта з туберкульозом. Натомість фахівці пропонували залучати поліцію для примушення пацієнта лікуватися або ж повідомляли, що давали пацієнту гроші на його прохання.

«Якби залучити поліцію, поліція не хоче нам в цьому допомагати, ми просто не можемо таких пацієнтів, він є активний, він бігає по цілому місту, заставити полікуватися...» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

«Прийшов - дайте 50 грн. Даю, щоб він прийшов до мене ще раз, така мотивація. Ми нікуди від цього не подінемося, бо ми повинні лікувати: чи він алкоголік, чи він... Неприємно, але ми будемо це робити... треба якісь підходи знаходити, щоб людина прийшла, чимось мотивувати його треба» (сімейний лікар, Миколаївська область).

Брак знань та навичок сімейних лікарів стає причиною **стигматизації пацієнтів з туберкульозом**, яка залишається досить вагомим бар'єром у наданні медичних послуг цій групі пацієнтів. Про випадки стигматизуючої поведінки сімейних лікарів по відношенню до пацієнтів з туберкульозом говорять деякі керівники закладів ПМД. Вони повідомляють про випадки відмови сімейного лікаря підписувати декларацію з пацієнтом, хворим на туберкульоз, відвідувати пацієнта дома у разі необхідності.

«Підштовхувати [лікарів], що цим пацієнтом треба займатися і треба сходити до нього. І транспорт даю для цього, щоб могли поїхати. Так, знаєте, оця стигма-дискримінації вона все ж таки є. Так. Вони мають дітей, бояться трошки, не хочуть і тому подібне» (керівник ЗОЗ, Київська область).

Разом з тим є лікарі, які готові надавати послуги і розвивати ці напрями медичної допомоги на рівні ПМД.

«Ми два роки ведемо пацієнтів на замісній терапії, ми були першим центром в Одесі, який почав їх (пацієнтів ЗПТ) вести і, коли ми тільки починали, нам теж говорили, що ви не зможете брати цих пацієнтів на індукцію, на підбір препаратів...Це [здійснювати супровід пацієнтів з ТБ та ВІЛ] просто потрібно робити, пробувати, і все вийде. Ніхто, ніколи вам не відмовить у консультації, ні нарколог, ні фтизіатр, ні інфекціоніст по будь-якому пацієнту...Тобто, завжди колеги допоможуть і підкажуть» (сімейний лікар, м. Одеса).

2.2 МОТИВАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Сімейні лікарі, керівники закладів ПМД, а також представники департаментів охорони здоров'я та національних установ (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ) були одноставні у тому, що мотивація медичного персоналу є критично важливою для якісного надання послуг із супроводу та лікування пацієнтів з ТБ.

Головною причиною неякісного надання послуг пацієнтам з туберкульозом керівники закладів вбачають відсутність мотивації у персоналу:

«...ну, немає мотивації, найголовніше чого немає - мотивації персоналу» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Керівники закладів також акцентують увагу на тому, що на мотивацію надавати якісні послуги з ТБ має вплив **емоційне вигорання медичного персоналу та відсутність психологічної підтримки**, особливо під час війни.

«Немає психолога, який би допомагав розгружати саме лікарям, бо вони кожен день стикаються з проблемами пацієнтів, і хочуть - не хочуть але мають цим перейматися. Вони вигорають просто» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Деякі керівники закладів ПМД, та й самі сімейні лікарі, вказують на те, що медичний персонал, який займається супроводом та лікуванням пацієнтів з ТБ, часто не отримує **ніяких додаткових фінансових стимулів**, що теж відображається на мотивації персоналу займатися проблемами ТБ у своїх пацієнтів.

«Все, що я можу не робити, я не роблю. Ні. Нащо воно мені? Я не отримую за це додаткових коштів, жодних. Тільки купа зайвого навантаження, я не маю стільки часу...» (сімейний лікар, Волинська область).

«Я маю на увазі те, що лікарі не зацікавлені в тому, щоб виявити пацієнтів на ранніх стадіях. Я маю все, і сучасні лампи по коридорах, практично все, що треба для роботи в мене є. Але я рахую що в мене немає мотивації і зацікавлення лікарів.... треба зацікавити якимось» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Про невеликі фінансові стимули в пакетах надання допомоги зазначив і представник НСЗУ, зауважуючи, що це питання не може вирішуватися тільки Національною службою здоров'я.

«Щодо стимулів для медичного персоналу: звісно від НСЗУ стимули, мабуть невеликі, але тут мають залучатися власники, громади. Вони також мають думати про стимулювання медичних працівників у своїх закладах та на своїх територіях» (представник НСЗУ).

Сімейні лікарі зазначають, що фінансові стимули є важливими для їх власної мотивації займатися проблемами ТБ у своїх пацієнтів.

«Якби мене матеріально зацікавити, навіть, навчити цей відеодот (проводити). Ти коли вже щось знаєш, то тобі легше і, якби я була матеріально зацікавлена в цьому, я б поїхала на якісь курси. Я б знала, що за одного пацієнта я отримую таку доплату і я йому веду відео дот, то я б на це погодилася» (сімейний лікар, Волинська область).

Водночас сімейні лікарі зазначають, що вкрай важливо спочатку вирішити проблеми з організацією надання послуг пацієнтам з ТБ, а потім вирішувати питання мотивації персоналу. Підґрунтям для фінансової мотивації мають стати результати роботи медичного працівника.

«Але питання стоїть в тому, щоб не було так, що ми залишаємо вас зі старими проблемами, але даємо вам мотивацію. Мають вирішуватися, в першу чергу, проблеми і додатися мотивація А не ми вам даємо мотивацію, бали, кошти і на цьому кінець. Не може так бути, що ми вас замотивували і, будь ласка, розбирайтеся» (сімейний лікар, Волинська область).

«Вона [мотивація] має бути вже за виконану роботу, а не наперед» (сімейний лікар, Волинська область).

Більшість керівників закладів ПМД звернули особливу увагу на **відсутність уніфікованих індикаторів якості та систем преміювання в межах надання послуг з раннього виявлення, супроводу та лікування туберкульозу затверджених на законодавчому рівні.**

«...у мене там немає індикаторів якості, я вважаю, що індикатори якості повинні бути однаковими по всіх закладах первинки в Україні. Я вважаю, що на рівні МОЗ для всіх закладів первинки мають бути індикатори якості, які б і стимулювали... (давали підстави) доплачувати лікарям, і депреміювати» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

На необхідність розробки єдиних національних документів, які б встановлювали індикатори якості та забезпечували б можливість контролю ефективності надання медичних послуг вказують і представники ДОЗ. Єдиний національний документ, який би встановлював стандарти та індикатори якості, може сприяти об'єктивній оцінці та покращенню надання медичних послуг пацієнтам з ТБ на рівні ПМД.

2.3 ВЗАЄМОДІЯ ПЕРВИННОГО ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО РІВНІВ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

Якісно налагоджена взаємодія первинного та спеціалізованого рівня медичної допомоги є критично важливою для надання допомоги пацієнту з туберкульозом та значно підвищує якість послуг із супроводу та лікування пацієнтів з ТБ на рівні ПМД.

Керівники закладів та сімейні лікарі вказують на **різний досвід співпраці зі спеціалізованою ланкою** та фтизіатрами: від добре налагодженої до відсутності такої співпраці.

«У нас з обласним диспансером ... здоровий зв'язок... От тому без проблем можна в будь-який час зателефонувати, запитати» (керівник ЗОЗ, Київська область).

Контакту нормального з районним фтизіатром немає. За два роки навчання, хотіли щоб вона прийшла, запрошували, за два роки не прийшла...» (керівник ЗОЗ, Київська область).

Недостатньо налагоджена комунікація та **нечітке розуміння своїх функціональних обов'язків сімейним лікарем та фтизіатром**, алгоритмів взаємодії, моніторингу пацієнтів на кожному етапі надання медичної допомоги пацієнтам на рівні ПМД погіршують її якість (несвоєчасне надання послуг, перерви у лікуванні пацієнтів, прогалини у моніторингу лікування) та призводять до втрат пацієнтів.

«Пацієнта ми втрачаємо на етапі отримання електронного направлення, на етапі встановлення діагнозу, на етапі початку терапії, на кожному з цих етапів ми втрачаємо якийсь процент пацієнтів. Можливо, якби ми їх передавали через той же зворотній зв'язок з того ж третинного рівня на вторинний рівень фтизіатра, фтизіатр би координував і направляв би далі сімейці...» (представник ДОЗ.)

Керівники закладів та сімейні лікарі повідомляють про різні проблемні ситуації, які виникають між фахівцями первинного та спеціалізованого рівня надання медичної допомоги пацієнтам з ТБ та зазначають, що часто **не дуже розуміють, яким має бути алгоритм комунікації, хто кому та у яких випадках має надавати інформацію про пацієнта**.

«Ось цю ТБ-01 форму (медична карта лікування хворого на туберкульоз ТБ-01-МР ТБ), повинен заповнювати фтизіатр, а він цього не робить. Ми роздрукували з

інтернету цю форму і її заповнюємо, а насправді, то до нас пацієнт повинен прийти вже із заповненою цією формою...» (сімейний лікар, Київська область).

«...фтизіатр, як спеціаліст вузького профілю повинен нам написати, що через такий-то час здати то, то і то, контролюйте це. Він цього не пише, ми самі вирішуємо, коли і що робити, а він нам в цьому геть не допомагає» (сімейний лікар, Київська область).

На важливість врегулювання взаємодії первинного та спеціалізованого рівня надання допомоги пацієнтам з ТБ вказує і фахівець Центру громадського здоров'я:

«Співпраця - це велика проблема. Треба нормативно врегулювати взаємовідносини між ТБ [службою], первинкою, соцпрацівником та людиною з ТБ і членами її родини та змінити фокус щодо відповідальності за пацієнта з ТБ на сімейного лікаря. Тут має бути мультидисциплінарний підхід» (представник ЦГЗ).

Разом із тим деякі сімейні лікарі займають проактивну позицію та готові брати на себе роль фахівця, який робитиме перший крок для налагодження такої співпраці.

«Я думаю, що для того, щоб мати зворотній зв'язок, треба самому зв'язуватися з обласним фтизіатром, тому що у нас є один, два, ну, нехай три пацієнти. Можна самому передзвонити до обласного фтизіатра і запитати...Такий контакт у мене був і мені не складно було, і заволіклінікою мені дзвонила за цього пацієнта» (сімейний лікар, Волинська область).

Спостерігається **«конкуренція за пацієнта»**, коли фтизіатр не інформує пацієнта про можливість отримання послуг у закладі ПМД, не скеровує його для отримання послуг у свого сімейного лікаря, або ж намагається мотивувати його залишитися для отримання послуг у нього.

«Я нічого не можу з цим зробити... Ми були на тренінгу по туберкульозу і там всі мої колеги з такими ж питаннями.... Вони (пацієнти) до нас не повертаються, ну як Вам пояснити...Це ж пакет, це гроші! Фтизіатри самі їх ведуть, вони не передають сюди їх на лікування» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Головні лікарі також вказують, що вирішення питання щодо повернення пацієнта на первинний рівень для отримання послуг із супроводу та лікування туберкульозу фактично залежить від особистих стосунків) та комунікації керівників закладів.

"Враховуючи, що в закладі вторинки точно так само є пакет на первинну допомогу, то пацієнт не завжди повертається і в будь-якому разі так було перший рік. Зараз ми боремося за кожного пацієнта і намагаємося повернути їх, але все це фактично відбувається в такому ручному, нав'язливому режимі" (керівник ЗОЗ, Одеська область).

2.4 ПАКЕТ ПОСЛУГ «СУПРОВІД ТА ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ТБ, НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»

Слід зазначити, що сприйняття пакета «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги» респондентами не є однозначним.

Більшість керівників закладів акцентували увагу, що незалежно від того чи був би окремий пакет на надання цих послуг, чи ні – вони, в будь-якому разі, надавали б такі послуги своїм пацієнтам.

«Я вважаю, що ми, лікарі первинної ланки, не тільки з економічної доцільності... мусимо брати якусь і соціальну складову на свої плечі, щось безкоштовне. У жодному разі я не кину своїх пацієнтів, це наші пацієнти, вони потребують допомоги, мені совість не дозволить» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Деякі керівники вказували, що послуги із супроводу та лікування пацієнтів з туберкульозом мають надаватися всіма закладами первинної медичної допомоги і це не може бути вибором закладу. Звучала також думка про те, що, можливо, варто включити послуги із супроводу та лікування туберкульозу у пакет первинної медичної допомоги.

«Всі заклади повинні мати цей пакет. Що це таке: один заклад бере, інший не бере. Що це: у ФОПа лікаря зареєстрований пацієнт, але як виявлений туберкульоз, він його скеровує до нас. Як це так може бути? Або включайте в пакет ПМД туберкульоз і ми забуваємо за нього...» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Разом з тим фахівці наголошували, що при цьому має бути врахована вартість послуг.

Таку саму думку висловили також і в Національній службі здоров'я України.

«Ми точно не будемо йти по шляху створення нових пакетів. Я думаю, що з часом ми прийдемо до єдиного пакета для первинної медичної допомоги, інкорпоруємо і послуги пакета із супроводу і лікування людей з ТБ. Звісно, буде передбачено і збільшення фінансування» (представник НСЗУ).

Щодо власне пакета «Супровід і лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги», то умови, передбачені ним, загалом є чітко сформульованими та нескладними для виконання закладами первинної медичної допомоги. До того ж заклади отримують додаткову фінансову підтримку.

«Всі умови пакета вони здійсненні, нічого там такого немає, що ми не маємо, не можемо зробити» (керівник ЗОЗ, Одеська область).

«Так, тут не було великих вимог, в принципі сімейна медицина повинна робити цю роботу, і якщо нам ще щось заплатять, це плюс, тому ми подаємо заявки на пакети» (керівник ЗОЗ, Одеська область).

Разом з тим, учасники оцінки зазначили, що проблемним питанням пакета «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги» є його **недостатнє фінансування**. Зокрема зазначалося про таке:

а) кошти, які вкладені закладом для забезпечення необхідних умов для підписання контракту з НСЗУ, перевищують фінансові виплати від НСЗУ за цим пакетом.

«Я побудувала спеціальний пункт для забору харкотиння ... це витрати, баночки на харкотиння – витрати, баночки для забору калу для дітей – витрати, холодильник, сумка для транспортування, оці лампи нові, які мають висіти по коридорах, розумієте, це витрати. А пакет себе не виправдує, заробили 2 тис в рік, а [пункт для збору харкотиння] я побудувала на 100 тис грн, витрати перевищують доходи на сам пакет» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

б) виплати не покривають всіх витрат на лабораторні дослідження;

«Ми порахували вартість одного лабораторного дослідження, і скільки цих лабораторних досліджень на одного пацієнта в місяць треба зробити. То...сума оцих реактивів буде більшою, ніж сума коштів, яку ми отримали за пакет» (керівник ЗОЗ, Миколаївська область).

«...враховуючи скільки на одного хворого буде тратитись на лабораторне обстеження, на все, воно не окупається» (сімейний лікар, Одеська область).

в) розмір пакета **не дозволяє трансформувати отримані кошти у стимулюючі виплати** для медпрацівників, коли кількість випадків ТБ є невеликою.

«Я не фінансист, я не можу сказати, яка там повинна бути сума, але наприклад, взяти, що ми робили вакцинацію, що коштувала, наприклад, там 35 гривень, то ти маєш справу із здоровою людиною, а тут ти завідома знаєш, що це хвора людина, тому вона [сума] повинна бути більша» (керівник ЗОЗ, Київська область).

«Доплати немає, воно не покриває взагалі заробітні плати, за шкідливість, за контакт з туберкульозними хворими» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Варто зазначити, що така ситуація може бути **обумовлена невеликою кількістю пацієнтів хворих на ТБ, які ведуть заклади ПМД.**

«... Я не можу сказати, що він нерентабельний, але він і не суперприбутковий. Ви розумієте, яка тут система, чим більше пацієнтів, тим більше можливостей. Один-два пацієнта, взагалі немає сенсу. А ось якщо вести там пацієнтів 50-60, тоді цей пакет в принципі покриває все, що він повинен покривати і залишається на зарплату» (керівник ЗОЗ, Одеська область).

Ситуацію з недостатнім фінансуванням пакета підтверджують і фахівці департаментів охорони здоров'я, які стикаються з проблемою небажання закладів ПМД підписувати договір з НСЗУ на дання послуг із супроводу та лікування пацієнтів з туберкульозом.

«Заклади первинної ланки мають мало грошей під цей пакет, вони мають цей пакет, а там же ж копійки. Він дешевий сильно, того і не хочуть укласти» (представник ДОЗ).

«Така проблема є багато де. Майже по всіх пакетах. Фінансування НСЗУ не покриває витрат лікарні на лікування» (представник ДОЗ).

Аналізуючи свій досвід з наданням послуг та отриманням виплат від НСЗУ респонденти також вказують і на інші проблеми:

- незрозумілість правил та процедур оплати за пакетом, часті зміни у правилах та вимогах до звітування, які не завжди є зрозумілими для закладу, що створює додаткові труднощі у процесі внесення даних, зарахування та оплати послуг;

«Ми не завжди розуміємо, чому нам щось зараховують, а щось не зараховують. Як обраховуються ці епізоди. Ось це для нас загадка. Ми постійно в цьому розбираємося. Так, іноді НСЗУ нам не можуть відповісти, з чим це пов'язано. Вони самі й не розуміють. Щось десь не синхронізувалося, щось десь не зійшлося» (керівник ЗОЗ, Одеська область).

«...що стосується самого цього звітування, вже рік не можна з'ясувати, чому у нас 26 [пацієнтів], а оплата приходиться за 3-5...Перевіряю кожний випадок, як заводиться в систему, як він працює в сімейного лікаря, весь цей маршрут і ці записи вводилися в електронну систему – все добре...не можу знайти кінці. Поки це в розборі» (керівник ЗОЗ, Миколаївська область).

На необхідність вирішення цієї проблеми вказує і ЦГЗ:

«...варто подумати про прозорість фінансування за пакетом, збільшити його вартість, ввести оплату за результат» (представник ЦГЗ).

- помилки, які роблять лікарів при внесенні даних в МІС, невідповідна синхронізація даних в медичній інформаційній системі, призводять до того, що певні послуги за пакетом не зараховуються або їх оплата затримується;

«Лікарні почали працювати, почали вносити свої дані, і думають, що все в них добре. А воно не вносилось, чогось там немає...десь щось не правильно зробив, воно не зареєструвалось, не відмітилось» (представник ДОЗ).

- невнесення або неправильне внесення даних (наприклад, плану лікування) в МІС спеціалізованою ланкою призводить до неотримання оплати закладами ПМД

«Фтизіатр не наш співробітник...Ми відправляємо до фтизіатра, пацієнт повертається. Фтизіатр, то не зробив план лікування, то не синхронізував, то неправильно щось зробив, в результаті цей випадок нам не оплачується, тобто ми залежимо від роботи ще й інших установ» (сімейний лікар, Одеська область).

«От ми проводили пацієнтів, а потім прийшов звіт, а там два пацієнта не зарахувались...я оце зв'язувалася з обласним фтизіатром, запитувала, в чому проблема, і вони просто вибачалися, що в систему не був внесений план лікування. І ми свою роботу провели, але нам не оплатили» (керівник ЗОЗ, Київська область).

2.5 МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА

В ході дослідження обговорювались перспективи організації роботи мультидисциплінарної команди як одного з найефективніших підходів до організації процесу надання послуг з ТБ. Серед керівників та сімейних лікарів досліджуваних закладів переважно демонструється усвідомлення необхідності мультидисциплінарного підходу до надання послуг пацієнтам з ТБ. Більшість респондентів-фахівців зазначали, що таку команду доцільно створювати на базі закладу первинної медичної допомоги і що заклад ПМД в змозі забезпечити роботу такої команди.

«Хто може організувати [мультидисциплінарну команду]... Ми можемо... у нас на 0,5 ставки і психолог є...» (керівник ЗОЗ, Одеська область).

Щодо складу такої команди, то респонденти **вказували таких фахівці**: сімейний лікар, медична сестра, психолог, фтизіатр. Рідше фахівці додавали соціального працівника.

«...де факто в нас, мабуть, є така мультидисциплінарна команда, туди входить соціальний працівник, працівник якоїсь благодійної організації, які допомагають нам в цьому, сімейний лікар і лікар-фтизіатр...і медична сестра» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Респонденти також відзначали і роль, яку може виконувати кожен фахівець, залучений до такої команди. Сімейний лікар переважно визначається як спеціаліст, що відіграє роль координатора команди, оскільки він найбільш наблизений до пацієнта, знає його медичну історію, потреби та проблеми. Це дозволяє йому краще організовувати та координувати команду, забезпечуючи інтегровану та комплексну медичну допомогу.

«Головою команди є сімейний лікар, який довгий час веде пацієнта, а його помічником є фтизіатр, який складає план лікування, контролює його хід та дає свої рекомендації. Медсестра займається виключно видачею препаратів та фіксує окремі показники. Всі ці обов'язки детально описані. Додатково можна залучити психолога та соціального працівника, кожен з яких матиме свою програму роботи» (керівник ЗОЗ, Одеська область).

«Координатором має бути сімейний лікар, оскільки він веде цього пацієнта...він більше знає...» (сімейний лікар, Волинська область).

Фтизіатр, інфекціоніст, на думку керівників ЗОЗ, також мають входити до складу команди для надання спеціалізованої медичної допомоги, додаткового консультування в межах своєї експертизи, створення планів лікування. Деякі керівники ЗОЗ зазначали, що участь фтизіатра в складі команди не є обов'язковою, оскільки персонал ЦПМСД може самостійно займатися веденням хворих на ТБ, а до фтизіатра спрямовує пацієнта лише на консультацію.

Медичні сестри обов'язково мають бути в складі мультидисциплінарної команди, переважно для виконання таких функціональних обов'язків: видачі ліків, підтримання контакту з пацієнтами. Деякі респонденти зазначали, що медичні сестри можуть виконувати роль координатора команди, з метою зменшення навантаження на сімейного лікаря.

«Я би делегувала це[координацію команди] медсестрі. Якщо вона грамотна і вміє, то так, вона це може виконувати» (сімейний лікар, Волинська область).

Психолог, на думку більшості респондентів, має бути членом мультидисциплінарної команди для надання психологічної підтримки пацієнтам.

Соціальний працівник, за баченням респондентів, як член мультидисциплінарної команди, в першу чергу має працювати з прихильністю пацієнта до лікування, переважно за рахунок вирішення соціальних питань пацієнта.

Серед головних лікарів переважно відсутні сформовані уявлення щодо того, як саме повинна бути організована робота мультидисциплінарної команди. Респонденти вказували на такі формати роботи:

- команда може збиратися за потреби, коли є конкретний пацієнт, який потребує уваги;
- команда має регулярно зустрічатися, наприклад, щомісяця, для обговорення загальних питань та планування подальших дій;
- команда може використовувати відео зв'язок для залучення фтизіатра, у випадку, якщо немає можливості для його безпосередньої участі у зустрічах команди;
- пацієнт та його сім'я мають брати активну участь у роботі команди. Вони мають дотримуватись призначень, виконувати рекомендації та забезпечувати домашню підтримку та догляд за пацієнтом.

2.6. ІНШІ ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ПРОЦЕС НАДАННЯ ПОСЛУГ ІЗ ТБ

І керівники закладів ПМД, і сімейні лікарі виділяють групу проблем пов'язаних з електронними системами охорони здоров'я. **Недосконалі МІС (недружній інтерфейс, який не враховує клінічні процеси, нестабільна робота систем) та їх несинхронізованість стають причиною значного додаткового навантаження для сімейних лікарів та призводять до великої кількості помилок при роботі з ЕСОЗ, що в свою чергу спричиняє фінансові втрати закладу ПМД.**

«У нас, на жаль, немає зв'язку із системою. Ми не знаємо, що йому [пацієнту] робили в області... Я бачу лише епізод з назвою туберкульоз, згідно міжнародної класифікації хвороб і все. Допоки я не зв'яжуся з фтизіатром, я не знаю, які він отримує ліки, я не знаю повністю його діагнозу» (сімейний лікар, Волинська область).

Окрім цього, керівники закладів та сімейні лікарі вказують на проблеми із внесенням в МІС пацієнтів, які не мають ідентифікуючих документів.

Головні лікарі закладів ПМД вказують і на **складність звітності по ТБ**, яка вимагає окремого фахівця, який готуватиме її.

В окремих закладах, для цього призначено відповідальну особу. В її обов'язки входить ведення документації, подання звітності, постійний моніторинг змін в нормативних документах та інформування медичного персоналу, проведення навчання для медичного персоналу тощо), інколи такі функції виконує медична сестра ЦПМСД із досвідом роботи у фтизіатричній службі.

«Дуже важкі звіти по туберкульозу... треба мати спеціальну людину, яка буде в них розуміти і бажано щоб це був лікар...» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

«...ми здаємо всі абсолютно звіти по туберкульозу...в нас здає окрема відповідальна особа, відповідальна особа за організацію і надання медичної допомоги і таку просвітницьку роботу, ми за це їй доплачуємо, мотивуємо...» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

Головні лікарі та представники департаментів охорони здоров'я вказують на **недостатню кількість сімейних лікарів у закладах ПМД та велику кількість лікарів пенсійного віку, що може стати бар'єром для доступу до послуг з ТБ на рівні ПМД.** Крім того, вплив на кадрову ситуацію має війна, через яку багато лікарів виїхали або були призвані до служби. Також, керівники ЗОЗ акцентували увагу на необхідності запровадження практики укладання строкових договорів з медичним персоналом.

«У нас велика проблема з кадрами, і це пов'язано з воєнним станом, оскільки ми перебували у активних бойових діях, багато людей виїхали...Ситуація з кадровим забезпеченням сумна, більшість лікарів у пенсійному віці, і молодь не хоче йти працювати» (керівник ЗОЗ, Миколаївська область).

«...коли твій колектив складається з 37% пенсіонерів і все їхнє бажання це відпрацювати день і забути про все...» (керівник ЗОЗ, Волинська область).

РОЗДІЛ 3. ДОСВІД І СПРИЙНЯТТЯ ПАЦІЄНТАМИ ПОСЛУГ ІЗ ТБ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1 ДОСВІД ВЗАЄМОДІЇ ІЗ СИСТЕМОЮ

Спираючись на результати глибинних інтерв'ю з пацієнтами закладів ПМД, які надають послуги із супроводу та лікування туберкульозу, можна виділити дві основні точки входу пацієнта для отримання послуг з ТБ:

- звернення до свого сімейного лікаря (характерно для пацієнтів, які раніше не мали туберкульозу і проблеми виникають вперше);
- звернення до вузькопрофільного спеціаліста (є характерним для пацієнтів, які раніше мали ТБ в анамнезі та вже проходили лікування).

В цілому пацієнти, які брали участь у дослідженні, готові отримувати послуги із супроводу лікування ТБ в закладі ПМД.

Факторами, які є визначальними щодо прийняття рішення отримувати лікування у свого сімейного лікаря вказувалися: (1) близькість до місця проживання, (2) налагоджений контакт з лікарем, (3) відчуття безпечніших умов отримання послуги.

Деякі пацієнти, які проживають досить далеко від профільних спеціалістів, зазначали, що не бажають витратити кошти та сили на дорогу та хотіли би отримувати більшість необхідних послуг в закладі ПМД, ближче до місця свого проживання.

«Із переваг, мені було зручно територіально, дуже...Ще сімейний лікар знає про пацієнта багато, якщо не все...і контакт вже налагоджений» (пацієнтка з ТБ, Одеська область).

«Не потрібно ходити в тубдиспансер за ліками. Я от останній раз приходила, то мені було трошки не по собі, коли на мене всі кашляють» (пацієнтка з ТБ, Одеська область).

Разом з тим, пацієнти вказують і на низку факторів, які утримують їх від отримання послуг у закладі ПМД та можуть формувати упереджене ставлення до закладу ПМД як надавача послуг ТБ:

- **наявність черг у закладі ПМД, які необхідно вистояти пацієнту, щоб отримати ліки чи пройти якісь дослідження, тоді як у фтизіатра цей процес відбувається значно швидше.**

«Там в черзі постояв, там в черзі постояв... Було простіше, коли все робилося в тубдиспансері, тому що були менші черги, і по суті, все робилося в одному місці. Транспорт в мене зручніше під'їжджав до тубдиспансеру чи тубкабінету» (пацієнт з ТБ, Миколаївська область).

- **Невпевненість у збереженні конфіденційності у закладі ПМД.**

«Я прийшла сюди до сімейного – сходяться люди, знайомі: «А чого, а що?», і стоять, і прислуховуються... А так я собі приїхала [в тубдиспансер], подзвонила, наприклад: «Я приїхала. Жду там і там». Вона [медсестра] вийшла, мені принесла у пакунку

[ліки]... я взяла, поклала в пакет і пішла. Все. Мене ніхто не бачить, мене ніхто не чує» (пацієнтка з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, Київська область).

Деякі пацієнти вказують на те, що сімейні лікарі не надають інформацію щодо того, де безкоштовно можна пройти необхідні лабораторні чи інструментальні дослідження. Самостійний пошук таких місць потребує значних зусиль від пацієнта, часу, а іноді і додаткових витрат.

Також, пацієнти вказували на додаткові витрати, які вони несуть в процесі отримання послуг з ТБ в закладі ПМД:

- **витрата на додаткову діагностику контактних осіб:** безкоштовно надаються загальні аналізи та хіміопротекція ТБ, але, щоб здати квантифероновий тест для діагностики латентної ТБ інфекції, який особливо важливий для дітей, потрібні кошти;
- **витрата на препарати для усунення побічних дій ПТП.** Пацієнти із низьким достатком (особливо пенсіонери), зазначали, що розуміють, що треба приймати ліки для усунення побічних дій, але не мають на них коштів

«Вітаміни купляю, деякі таблетки сам купляю...Основні дають медикаменти, а інші, від побічки, від алергії, печінки приходиться самому куплять. Все це, плюс поїздки в районний центр...там аптека є...» (пацієнт з ТБ, Київська область).

«Спочатку мені сказали, що треба купити Бісептол і Флюканазол самостійно. Питали, чи я їх приймаю. А я відповідаю, що ні, у мене немає грошей на покупку. Я приймаю лише ті, що ви мені даєте. З часом вони почали мені надавати допомогу, типу: "Ми поділимося з вами»...» (пацієнт з коінфекцією ВІЛ/ТБ, Миколаївська область).

3.2 ВЗАЄМОДІЯ ІЗ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ ЩОДО ПОСЛУГ З ТБ

Сприйняття сімейного лікаря як надавача послуг із супроводу та лікування залежить в основному від досвіду спілкування конкретного пацієнта з конкретним сімейним лікарем та може варіюватися від дуже хорошого ставлення до поганого. Частіше таке ставлення формується на базі отриманого досвіду спілкування з сімейним лікарем з інших причин. Пацієнти з досвідом тривалого отримання послуг у одного сімейного лікаря більш позитивно оцінюють свій досвід взаємодії, та відмічають, що саме сімейний лікар контролював процес лікування туберкульозу найбільший проміжок часу, а також мав можливість ширше подивитися на оцінити динаміку та наслідки лікування.

«Коли я спілкуюся з сімейним лікарем, запитую, які аналізи я можу здати. Ми здали аналізи електролітів, їх виправили і мені полегшало. Все-таки є й позитивні сторони, оскільки сімейний лікар дивиться на проблему більш широко» (пацієнт з ТБ, Одеса).

«Сімейний лікар...всі три рази поставив правильний діагноз і правильно мене скерував чи направив, то я йому повністю довіряю» (пацієнт з ТБ, Київська область).

Проте деякі пацієнти вказували і на свої **сумніви у кваліфікації сімейного лікаря щодо лікування туберкульозу:**

«Якби він одночасно був сімейним лікарем, фтизіатром і спеціалістом з ВІЛ-інфекції, то, звісно, все було б добре. Але оскільки він не розуміє нічого в цих справах, ...то я не

бачу сенсу... Я не зможу задати йому жодного питання, він не надасть мені консультацію, не скаже нічого» (пацієнт з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, Миколаївська область).

«Там лікарі, які по цій спеціалізації, фтизіатри, які знають цю хворобу, цю інфекцію. А що він [сімейний лікар] мені скаже? Він не фтизіатр, він нічого мені не скаже. А видавати йому ще ці таблетки, так це йому геморой просто буде» (пацієнт з ТБ, Миколаївська область).

Деякі пацієнти вказували також і на випадки стигматизуючої поведінки з боку медичного персоналу: на думку деяких пацієнтів, існує упереджене ставлення до пацієнтів, хворих на туберкульоз з боку сімейних лікарів, небажання займатися їхньої діагностикою та лікуванням. Через проблему стигми може відбувається швидке скерування до вузькопрофільного спеціаліста, відмова від підпису декларації з такими пацієнтами, відкрите виказування свого побоювання пацієнтові.

«Терапевти нехтують туберкульозними хворими. Він від мене подалі тримався, він не хотів лікувати мене, бо я сама часто до нього зверталася, то в мене температура, то в мене кашель...і він мене весь час боявся. Вийде, за три метри [стане], сказав і пішов... Я говорю – мені треба направлення, а він – сиди в коридорі... вони бояться нас» (пацієнтка з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, Миколаївська область).

Проблема самостигматизації пацієнтів залишається ще однією больовою точкою, що заважає проведенню діагностики ТБ, через побоювання щодо вияву діагнозу, а також подальших етапів лікування. Пацієнти відмічали певну напругу на початковій стадії спілкування з оточенням, після того, як вони дізнаються про хворобу пацієнта.

«Були нюанси, коли я був у заторі і взяв таблетки із собою. Було незручно записувати це [відео-DOT] в присутності людей» (пацієнт з ТБ, Миколаївська область).

Деякі пацієнти повідомляють і про випадки відстороненої поведінки сімейних лікарів після підтвердження діагнозу у пацієнтів: згадували, що деякі сімейні лікарі не цікавилися самопочуттям пацієнтів, перебігом хвороби, майже не спілкувалися з ними, просто виконували функцію видачі ліків. Також, зі слів пацієнтів, сімейні лікарі не завжди комунікують з ними, зазвичай, пацієнт спілкується лише з медсестрою. Зазначалось про обмежене інформування щодо результатів контрольної діагностики, нездатність медсестри відповісти на окремі питання, в тому числі щодо проявів побічної дії від ліків тощо.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Дослідження дало змогу виявити низку бар'єрів, що впливають на доступність та якість надання послуг з ТБ на рівні первинної медичної допомоги.

Для подолання цих бар'єрів були розроблені відповідні рекомендації.

На рівні Міністерства охорони здоров'я України

- Розробити чіткі критерії та вимоги до навчальних програм/курсів, які мають проходити сімейні лікарі та медичні сестри, та які мають бути частиною умов отримання пакета «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги».
- Навчальні програми для сімейних лікарів та медичних сестер мають включати теми з мотиваційного консультування, формування прихильності до лікування та протидії стигмі щодо пацієнтів з ТБ.
- Розробити та впровадити уніфіковані індикатори якості надання послуг пацієнтам з ТБ для закладів ПМД та можливих стимулів медичного персоналу за їх виконання.
- Прийняти розроблений ДУ ЦГЗ наказ про взаємодію ПМД і СМД при амбулаторному лікуванні ТБ.
- Провести аудит процесів та реалізованого функціоналу на рівні ЕСОЗ і МІС щодо ведення пацієнтів з ТБ.

На рівні Національної служби здоров'я України

- Розглядати пакет «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги» як тимчасовий захід з поступовою інтеграцією його в пакет «Первинна медична допомога».
- Затвердити алгоритми для декларування, надання послуг, та фінансування закладів за надані послуги людям, які не мають документів.
- Переглянути та, у разі необхідності, скоригувати вартість пакета «Супроводу та лікування дорослих та дітей, хворих на ТБ, на первинному рівні медичної допомоги», зокрема, врахувати вартість:
 - доплати лікарю та медичній сестрі за ведення та завершення лікування;
 - вартість забезпечення витрат на логістику-транспортування біоматеріалу, препаратів.
- Врахувати особливості роботи закладів ПМД з територіальною розгалуженістю/покриття віддалених сільських населених пунктів та передбачити додаткову фінансову підтримку (наприклад, коефіцієнт).

На рівні Департаменту охорони здоров'я /Обласної державної адміністрації

- Створити дорожню карту на рівні області для забезпечення безперервного надання послуг пацієнтам з ТБ, включаючи медичні заклади, соціальні служби, неурядові організації, які можуть бути залучені до надання послуг пацієнтам з ТБ, алгоритми взаємодії, рекомендації щодо створення МДК на рівні закладу.

- Передбачити розміщення її в відкритому доступі на всіх онлайн ресурсах, залучених виконавців/надавачів послуг.
- Створити регіональний клінічний маршрут пацієнта з ТБ та систему управління якістю та безпекою медичної допомоги.

На рівні закладу первинної медичної допомоги

- Затвердити внутрішні документи ЗОЗ із забезпечення якості медичної допомоги:
 - клінічний маршрут пацієнта;
 - СОП супроводу та лікування пацієнтів з туберкульозом.
- Інформувати медичний персонал закладу щодо дотримання цих документів.
- Розробити систему фінансової і нефінансової мотивації для фахівців, які ефективно ведуть пацієнтів з ТБ, і внести відповідні зміни до колективного договору та інших документів.
- Організувати навчання персоналу щодо надання послуг, проводити постійний моніторинг доступних ресурсів для навчання. Визначити можливі механізми стимулів медичного персоналу до самоосвіти.
- Передбачити в закладі можливість супроводу та підтримки персоналу щодо роботи з ЕСОЗ/МІС (регулярний моніторинг, оновлення систем) та взаємодія із розробниками МІС для їх удосконалення.
- Визначити цифрові компетенції фахівців, які залучаються до надання послуг з ТБ.
- Передбачити залучення додаткових ресурсів, які є доступними на території/в регіоні, що можуть вплинути на формування у пацієнта прихильності до лікування при наданні допомоги на рівні ЦПМСД (НУО, соціальних служб, місцевих програм тощо).