

**Ю.А. Дашо, Р.С. Остяк**

# ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ І РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІНФЕКЦІЙНИМ ХВОРИМ\*

Інфекційна клінічна лікарня (м. Львів), обласна інфекційна клінічна лікарня (м. Івано-Франківськ)

Інфекційна служба, незважаючи на її особливу соціальну значимість, є, на жаль, характерним прикладом застою, в якому погрузла наша охорона здоров'я.

Реальна оцінка ситуації, яка склалась в нашій галузі, вимагає термінових перетворень, до яких нас власне і закликають засоби масової інформації, директивні та державні органи, численні вчені, спеціалісти, громадськість.

Можна виділити ряд особливостей і факторів, які характеризують і впливають на ситуацію з інфекційною захворюваністю та стан інфекційної служби в Україні, а саме:

- захворюваність населення на інфекційні хвороби, які практично в країнах Західної Європи не реєструються (лептоспіроз, сказ, дифтерія, кашлюк, кір, вітряна віспа, черевний тиф);
- періодичне виникнення спалахів, які уражають сотні людей і особливо дітей (шигельоз, гепатит А, сальмонельоз);
- значний ріст захворюваності на соціально-залежні інфекції (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, хламідіози);
- відсутність в Україні власного виробництва вакцин, сироваток;
- погана матеріально-технічна база інфекційної служби;
- нерациональне використання ліжкового фонду;
- фінансування галузі за залишковим принципом;
- низька санітарна культура населення;
- відсутність правової бази існування інфекційної служби та юридичного захисту її працівників;
- існування санітарно-епідеміологічної служби як надбудови над інфекційною службою;
- неготовність державних органів, медицини до роботи з новими інфекційними хворобами, змінами властивостей збудників.

Отже, дозвольте більш детально зупинитись на окремих вище наведених положеннях.

### Матеріальна база

Матеріально-технічна база інфекційної служби незадовільна – лише третина інфекційних стаціонарів розміщена в типових приміщеннях, третина не має очисних споруд, погано забезпечена медичним обладнанням, медикаментами, білизною. Частка боксованості, навіть при найоптимістичніших підрахунках, не перевищує 30 %. В багатьох областях інфекційні стаціонари розміщені поза межами районних центрів, що, практично, зводить надання допомоги інфекційним хворим у нічний час та вихідні дні до примітивізму.

Почати перебудову слід з різкого покращення матеріально-технічної бази інфекційних стаціонарів, для чого необхідно добиватися виділення коштів на будівництво боксованих корпусів, реконструкції існуючих стаціонарів, придбання сучасного обладнання та апаратури, необхідних реактивів і медикаментів.

Не секрет, що зараз значна частина хворих на інфекційні недуги лікується в терапевтичних і педіатричних стаціонарах, і ніякі накази та заборони не змінять цього. Лише покращення умов перебування та високий професіоналізм наших лікарів можуть стати на заваді цьому. Частка боксованості в найближчі роки повинна досягти щонайменше 50 %. Необхідно добиватися неухильного виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 10 грудня 2003 р. № 1906 «Про затвердження Державної програми будівництва сучасних інфекційних лікарень (відділень) в обласних центрах та великих містах».

Нині немає чіткого регламентування структурної побудови служби. Все залежить від того, лікар

\* Доповідь, виголошена 27.09.2006 р. на VII з'їзді інфекціоністів України (м. Миргород Полтавської обл.).

## ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

якої спеціальності очолює медицину. Хірург – розвивається хірургічна служба, терапевт – терапевтична, гінеколог – гінекологічна. На жаль, про нашу службу згадують на короткий час, лише тоді, коли виникають серйозні проблеми. А згодом знову забувають. І це, починаючи з найвищих ешелонів влади та Міністерства охорони здоров'я і до обласного й районного рівнів.

Викладені в повідомленні думки є лише нашим баченням цих проблем і потребують глибокого осмислення та обговорення, до яких ми закликаємо наших колег.

### **Структурна перебудова служби:**

**Перший рівень:** у містах і районах з населенням до 100 тис. – це інфекційне відділення на 25-40 ліжок.

Функції:

- тимчасова ізоляція та наступна госпіталізація середньо- та тяжкохворих у стаціонари 2-го та 3-го рівнів;

- госпіталізація нетранспортабельних хворих і хворих, термін перебування яких не перевищує 7-10 днів;

- тимчасова ізоляція черговими лікарями діагностично неясних хворих і контактних осіб.

**Другий рівень:** у містах і районах з населенням 100-250 тис. – стаціонари на 75-100 ліжок з власною лабораторною, діагностичною службами та палатами інтенсивної терапії.

Функції:

- надання спеціалізованої допомоги середньо- та тяжкохворим;

- діагностично-консультативна допомога;

- консультативно-методична допомога стаціонарам 1-го рівня.

**Третій рівень:** в обласних центрах і великих містах з кількістю населення понад 300 тис. Потужність таких лікарень 200 і більше ліжок. Вони можуть бути трьох типів: дорослі, дитячі чи змішані, оснащені сучасними лабораторіями, включаючи вірусологічну, ПЛР, імунологічну, власну діагностичну службу, потужну службу інтенсивної терапії. При них створюються відділення моніторингу інфекційної захворюваності, диспансерно-консультативний центр, виїзна інфекційно-реанімаційна бригада.

Функції:

- лікування найскладніших у діагностичному та прогностичному плані хворих;

- надання інтенсивної та реанімаційної допомоги;

- консультативно-діагностична допомога;

- розробка стандартів лікування та діагностики, контроль за їх дотриманням;

- підготовка та перепідготовка з проблем інфектології лікарів-інфекціоністів і лікарів суміжних спеціальностей.

**Четвертий рівень:** це клініки медичних університетів та академії післядипломної освіти, профільних науково-дослідних інститутів. Останні виводяться з-під підпорядкування органів охорони здоров'я області, підпорядковуються керівництву університету чи НДІ і фінансуються за їх кошти.

Функції окремих лікарень 3-го та 4-го рівнів – це міжобласні спеціалізовані науково-діагностичні й лікувальні центри. Що маєтись на увазі під терміном «Міжобласний центр»?

За даними ВООЗ, інфекційна служба є однією з найдорожчих за витратами і, одночасно, найекономнішою за результатами діяльності. Наприклад, у США вартість медикаментів на лікування інфекційного хворого з розрахунку на 1 день становила (в доларах): в 1974 р. – 96, у 1984 р. – 123, в 1990 р. – 141, у 2001 р. – 184. І це без врахування витрат на лікування хворих на СНІД.

Ось чому виникає потреба кооперації коштів сусідніх областей або великих міст для окремих програм (хронічні гепатити, геморагічні гарячки, лептоспіроз, токсоплазмоз).

Важливим у даний час є розробка та затвердження положень про стаціонари цих рівнів, особливо про створення положення про лікарню 3-го рівня – її штатного розпису, параклінічних служб, створення на її базі та в структурі спеціалізованих центрів – гепатитного, ВІЛ/СНІДу, TORCH-інфекцій, екстракорпоральних методів детоксикації і т.д.

Необхідно законодавчо закріпити навантаження лікаря в стаціонарі. Наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи» фактично повертає нас на початок ХХ століття. Сьогодні нереально лікарю-інфекціоністу вести 15-20 хворих (дитячому 13-15 хворих), щоденно їх оглянути, записати. Адже контингент хворих в інфекційних стаціонарах змінився – якщо ще 15-20 років тому це було 60-70 % хворих на гепатит А, то тепер в стаціонарах до 20 % хворих з тяжкою поліорганною патологією, а також з інфекційними захворюваннями на фоні соматичної патології, які потребують інтенсивного спостереження та лікування.

Сьогодні навантаження в стаціонарі на одного лікаря повинно бути до 10 хворих і диференціюватись від рівня надання медичної допомоги.

## ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

Потребують переосмислення і нормативи параклінічних служб, зокрема лабораторій. Одна посада лікаря-лаборанта на 80 ліжок – це нонсенс, який не тільки не дає можливості впроваджувати нові методи лабораторної діагностики, а й ставить керівництво лікарні перед дилемою – якої спеціальності вводити лікаря-лаборанта: біохіміка, бактеріолога чи з клінічної діагностики? А про лікаря-вірусолога вже немає про що й говорити. Ця посада може з'явитись у штаті лише лікарень на 400 і більше ліжок.

Якщо декларуємо, що ми – Європейська держава, то й думаймо «по-європейськи». Навіть у невеликих лікарнях Європи штати лабораторій перевищують наші в 10-15 разів.

Отже, на сьогодні необхідно терміново відмінити сумнозвісний наказ № 33 і затвердити новий наказ, який би регламентував діяльність служби. Перші кроки у цьому напрямку вже зроблені – група під керівництвом академіка АМН України Ж.І. Возіанової розробила проект наказу з інфекційної служби, в якому передбачені й нові штатні нормативи стаціонарних відділень та інші нормативні документи. На жаль, у Міністерстві охорони здоров'я змінюються керівники, але не змінюється ставлення до інфекційної служби і неодноразові звернення Асоціації інфекціоністів залишаються без відповіді.

Дозвольте озвучити окремі положення штатних нормативів інфекційних стаціонарів.

До штату обласних клінічних лікарень (3-го рівня) ввести:

- обласні центри з профілактики ВІЛ/СНІДу (економія в адміністративному і управлінському апараті) та венерологічні відділення, вивівши їх з шкірвендиспансеру.

- відділення (центр) хронічних вірусних гепатитів;

- відділення TORCH-інфекцій та нейроінфекцій;
- паразитарне відділення;
- септичне відділення;
- диспансерний відділ;
- організаційно-методичний відділ.

Відділення в стаціонарі пропонуємо створювати потужністю не більше 30 ліжок.

До складу кожної обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ) ввести відділення інтенсивної терапії незалежно від її потужності.

В обласних клінічних інфекційних лікарнях відкрити віварій, вірусологічну, бактеріологічну, клінічну, паразитологічну, біохімічну лабораторії, лабораторію молекулярного аналізу (ПЛР), ендоскопічний відділ, відділ функціональної діагностики, виїзну інфекційно-реанімаційну бригаду, диспансерне відділення, організувати стаціонар з денним перебуванням хворих, відділ моніторингу інфекційних хвороб.

За наявності в ОКІЛ центру СНІДу, ввести у штат посаду заступника з питань ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Пропонуємо епідеміологів вивести із санепідемічної служби та ввести їх до складу відділу моніторингу інфекційних лікарень, що істотно покращить розслідування осередків та облік інфекційних хворих.

В оцінці діяльності інфекційних стаціонарів слід категорично відмовитись від показника «виконання ліжко-днів». Невиконання плану ліжко-днів повинно розглядатись як успіх служби. При цьому ні в якому разі не слід скорочувати ліжка і штати, оскільки це призведе до різних «хитрощів» – переводу матерів у категорію хворих, затримки виписки хворих зі стаціонарів й інше. Розрахунки показують, що оптимальна кількість інфекційних ліжок складає 4,6-5,0 на 10 тис. населення, причому до 30 % з них виділяються для госпіталізації дітей.

Які б реформи не прийшли в медицину – страхова, госпрозрахункова, бюджетно-страхові форми фінансування – інфекційна служба повинна фінансуватись з державного бюджету. Інфекційну службу слід об'єднати з епідеміологічною і здійснювати фінансування з бюджету з розрахунку на одного мешканця на боротьбу з інфекційними хворобами. Фінансування може бути змішане – кошти з державного бюджету, фінансування з обласного бюджету, кошти територіальних громад.

Повинні бути розроблені стандарти надання допомоги інфекційним хворим і визначений гарантований рівень спеціалізованої допомоги.

Зменшення кількості інфекційних хворих має розцінюватись як успіх служби і заохочуватись включно до виплати премій працівникам.

Заохоченню підлягають і працівники первинної ланки за своєчасне виявлення інфекційного хворого.

Первинну ланку не слід карати за спорадичну захворюваність, але вдаватись до рішучих заходів при поганій роботі в осередках і при помилках у проведенні профілактичних щеплень.

Важливим є визначення ролі КІЗів у структурі інфекційної служби. Сьогодні в районах чи містах їх функції залежать від головного лікаря рай(міськ-)лікарні чи завідувача поліклінікою. В одних містах – це центри профщеплень, в інших –

## ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

центри санітарно-освітньої роботи. Слід не тільки чітко визначити їх функцію, але й змінити назву.

З метою покращення наступності в роботі КІЗів та інфекційних стаціонарів, підвищення якості надання медичної допомоги доцільно, на наш погляд, підпорядкувати у великих містах (100 і більше тисяч жителів) КІЗи лікарням 2-го і 3-го рівня і створити при лікарні диспансерний відділ.

Це дозволить проводити обмін між лікарями стаціонарів, поліклінік, забезпечити їх заміну у випадках відпусток, хвороби, підвищувати кваліфікацію, проводити амбулаторне лікування інфекційних хворих. При потребі лікар КІЗу госпіталізує хворого і сам його лікує.

Декілька слів про клінічну лікарню. Наказом МОЗ України № 174 від 05.06.97 р. затверджено «Положення про клінічний заклад охорони здоров'я». Ідеї, закладені в цьому документі, непогані, але практично він не працює.

Враховуючи, що ми рано чи пізно вступимо до «Болонської угоди», необхідно чітко визначити терміни: «клініка», «клінічна база», «клінічний медичний заклад», визначити юридичну відповідальність за надання допомоги хворим, підпорядкованість і відповідальність викладачів кафедр і відділів НДІ, їх навантаження як лікарів, чергування по лікарні та консультативну допомогу.

Ми вважаємо, що в клінічних лікарнях повинна бути поновлена та законодавчо обґрунтована конкурсна система прийому та переобрання на посаду лікарських кадрів. Перший термін – 3 роки, наступні – 5 років. Це більш гуманний метод позбавляється від «посередностей». Крім того, така система якоюсь мірою заставить лікарів замість того, щоб прикриватись «Кодексом законів про працю», серйозно працювати над собою, цікавитись досягненнями сучасної медицини, активно брати участь у роботі науково-практичного товариства лікарів-інфекціоністів, виступати з доповідями, займатись науковою роботою.

Але підвищені вимоги до лікарів в клінічних лікарнях повинні компенсуватись хоча б 20-40 % надбавкою до заробітної плати.

Потребують перегляду і взаємовідносини між лікарнею та медичними вузами. Надання приміщень, лабораторій і т.д. для навчання студентів, що вчаться за рахунок бюджету, повинно проводитися безкоштовно. Що ж стосується студентів, які вчаться на контрактній основі, то за них повинна збиратися додаткова оплата для лікарні. Адже за кожного асистента з штату лікарні виводиться 0,25 посади лікаря. Навчальні заклади можуть до нескінченності набирати студентів, а від цього буде страждати лікарня.

І останнє. Про соціальні пільги та статус працівників інфекційної служби. Ситуація, яка склалася в нашій службі – абсурдна. Молодші медсестри з догляду за хворими (палатні санітарки), медичні сестри, сестри-господині, пропрацювавши в інфекційній лікарні 10 років, можуть йти на пільгову пенсію на 5 років раніше. У той же час лікар, який повний робочий день перебуває біля хворого, цих пільг немає.

Спроби вирішити це питання були в 1996 р., коли був опублікований проект Закону України «Про інфекційні хвороби людей», де в ст. 47,48 чітко й аргументовано вписані всі пільги для працівників нашої сфери. А 6 червня 2000 р. опубліковується остаточний варіант закону. Змінивши назву закону на більш логічну – «Про захист населення від інфекційних хвороб», одночасно зникають всі статті про пільги і їх замінюють на загальні фрази.

Знаючи, що з'їзд інфекціоністів має право законодавчої ініціативи, пропонуємо створити групу фахівців і підготувати у Верховну Раду пропозиції про пільги і статус працівників інфекційної служби.

І на завершення остання теза: «Інфекційні хвороби вічні, їх багато і нам їх не подолати».