

Г. О. СЛАБКИЙ<sup>1</sup>, О. С. ЩЕРБИНСЬКА<sup>2</sup>

## ШЛЯХИ ІНТЕГРАЦІЇ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Мета:** розробити та представити концептуальні підходи до інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні її надання.

**Матеріали і методи.** При виконанні роботи використано такі методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Методичною базою дослідження став системний підхід.

**Результати.** У статті представлено кластерну модель інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні, яка включає набуття сімейними лікарями необхідних компетенцій та безперервне підвищення професійної майстерності, матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій та комунікації з населенням.

На основі кластерної моделі інтеграції медичної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні розроблено модель акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні. Модель складається із двох складових: гінекологічної та акушерської медичної допомоги. Такий поділ пов'язаний з тим, що для забезпечення кожної із них потрібні різні компетенції як сімейних лікарів, так і сімейних медичних сестер.

Центральним елементом моделі виступають жінки, які потребують акушерсько-гінекологічних медичних послуг профілактичної, діагностичної та лікувальної спрямованості.

Гінекологічна складова моделі передбачає забезпечення високого рівня гінекологічного та репродуктивного здоров'я, а акушерська складова – комплекс заходів, які пов'язані з плануванням сім'ї та народженням здорової дитини.

Впровадження даної моделі може бути поетапним. Етапність і терміни можуть бути на різних територіях різними. Вони пов'язані з термінами теоретичної та практичної підготовки сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до виконання ними тих чи інших розділів акушерсько-гінекологічної допомоги та підготовки ресурсної бази сімейних амбулаторій.

**Висновки.** Інтеграція акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні забезпечить підвищення її доступності та ефективності.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** медична допомога; первинний рівень; акушерсько-гінекологічна; інтеграція.

За умов комплексного реформування галузі охорони здоров'я [3, 4] проводять структурну перебудову системи надання медичної допомоги з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини [1, 2, 5], впровадженням сучасних економічних механізмів її фінансування за надану медичну допомогу в межах пакета державних гарантій її безоплатності [7] та зміни юридично-господарського статусу закладів охорони здоров'я на неприбуткові некомерційні підприємства [6]. За цих умов розширення переліку та обсягів медичної допомоги на первинному рівні є надзвичайно важливим у процесі підвищення її доступності та ефективності.

**Мета роботи:** розробити та представити концептуальні підходи до інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні її надання.

**Матеріали і методи.** При виконанні роботи використано такі методи: бібліосемантичний,

структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Методичною базою дослідження став системний підхід.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Отримані в ході комплексного дослідження дані стали основою для обґрунтування моделі інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні медико-санітарної допомоги [9–11].

Теоретичною основою розробки моделі стали дані світової та вітчизняної літератури з питань організації окремих видів акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні її надання, з використанням яких було обґрунтовано і представлено кластерну модель інтеграції акушерсько-гінекологічної медичної допомоги на первинному рівні.

Ключовою ідеєю є послідовне вирішення пріоритетної проблеми підвищення ефективності профілактичної діяльності щодо зменшення кількості абортів та інфікування жінок на інфекції, що передаються статевим шляхом, і підвищення

доступності та якості медичної допомоги вагітним жінкам і жінкам у післяпологовий період, а також виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку.

Для цього функції лікарів загальної практики – сімейних лікарів із надання медичної допомоги жінкам поділено на такі групи:

- 1) надання консультативних послуг із планування сім'ї;
- 2) надання консультативних послуг із профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, їх синдромна діагностика та лікування;
- 3) проведення профілактичних оглядів для виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку;
- 4) ведення вагітних із фізіологічним перебігом вагітності;
- 5) організація роботи школи відповідального батьківства;
- 6) медичний нагляд за жінками в післяпологовий період.

Далі розроблено кластерну модель інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні її надання. Модель представлено на рисунку 1.

Під час розробки моделі поставлено такі завдання: забезпечити готовність первинної ланки до надання акушерсько-гінекологічної допомоги та жінок до отримання акушерсько-гінекологічної допомоги у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Методологія створення завдань ґрунтується на тому, що сутність кожної з них спрямована на досягнення кінцевої мети: підвищення доступності та ефективності медичної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.

Кластерна модель інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні включає такі кластери: набуття компетенцій та безперервне підвищення професійного рівня медичних працівників первинного рівня (сімейні лікарі та сімейні медичні сестри), матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій, яке може забезпечити виконання визначених для первинної ланки поставлених функцій з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, складові акушерсько-гінекологічної медичної допомоги на первинному рівні, комунікації та профілактична робота. На рисунку 1 представлено зміст кожного кластера:

**1. Набуття компетенцій та безперервне підвищення професійного рівня медичних працівників первинного рівня (сімейні лікарі та сімейні медичні сестри).** Рішення цієї складової полягає в проходженні сімейними лікарями та сімейними медичними сестрами тематичних курсів підвищення кваліфікації, тренінгів та практичних занять, у тому числі на базі обласного тренінгового центру, який створено в кожній області

у рамках впровадження сімейної медицини, стажування на робочому місці в жіночих консультаціях, обласних центрах планування сім'ї, перинатальних центрах.

**2. Матеріально-технічне забезпечення.** Складовими рішення цього завдання є оптимізація табеля оснащення (ТО) сімейної амбулаторії з внесенням в нього обладнання, інструментарію, засобів медичного призначення, які необхідні для виконання поставлених завдань, та забезпечення базовим обладнанням і експрес-системами для експрес-діагностики визначених клінічних станів жінок та інформаційно-методичними матеріалами. Враховуючи, що всі сімейні амбулаторії уклали договори з Національною службою здоров'я України [8] про надання медичної допомоги прикріпленому населенню та фінансування наданих послуг, можна говорити про те, що всі вони забезпечені комп'ютерами і підключені до мережі «Інтернет», це дозволяє створити реєстр жіночого населення з визначенням стану здоров'я кожної жінки та обсягу наданих послуг.

**3. Складові акушерсько-гінекологічної медичної допомоги на первинному рівні** включають комплекс профілактичної, діагностичної та лікувальної медичної допомоги. Сюди включено розділ роботи первинної ланки із зв'язку та організації спільної медичної допомоги з закладами охорони здоров'я акушерсько-гінекологічної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги з розробкою маршрутів пацієнтів залежно від клінічного стану жінок.

**4. Комунікації та профілактична робота.** У процесі інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні даний кластер має надзвичайно важливе значення. У рамках цього кластера передбачено формування прихильності жінок до отримання медичної допомоги у сімейного лікаря та періодичного (щорічного) проходження цільових профілактичних оглядів на виявлення на ранніх стадіях розвитку візуальних форм злоякісних новоутворень (ЗН) та передракових захворювань. Важливою складовою моделі є профілактика небажаної вагітності та, як наслідок, скорочення кількості абортів та організація школи відповідального батьківства з підготовки сім'ї до народження дитини. Складовою кластера є формування у підлітків та молоді культури сексуальної поведінки та навчання безпечних статевих контактів із профілактики інфікування ВІЛ, ІПСШ і небажаної вагітності. При цьому рекомендовано для використання форм та каналів як групової, так і індивідуальної комунікації.

На основі кластерної моделі інтеграції медичної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні розроблено модель акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні (рис. 2).

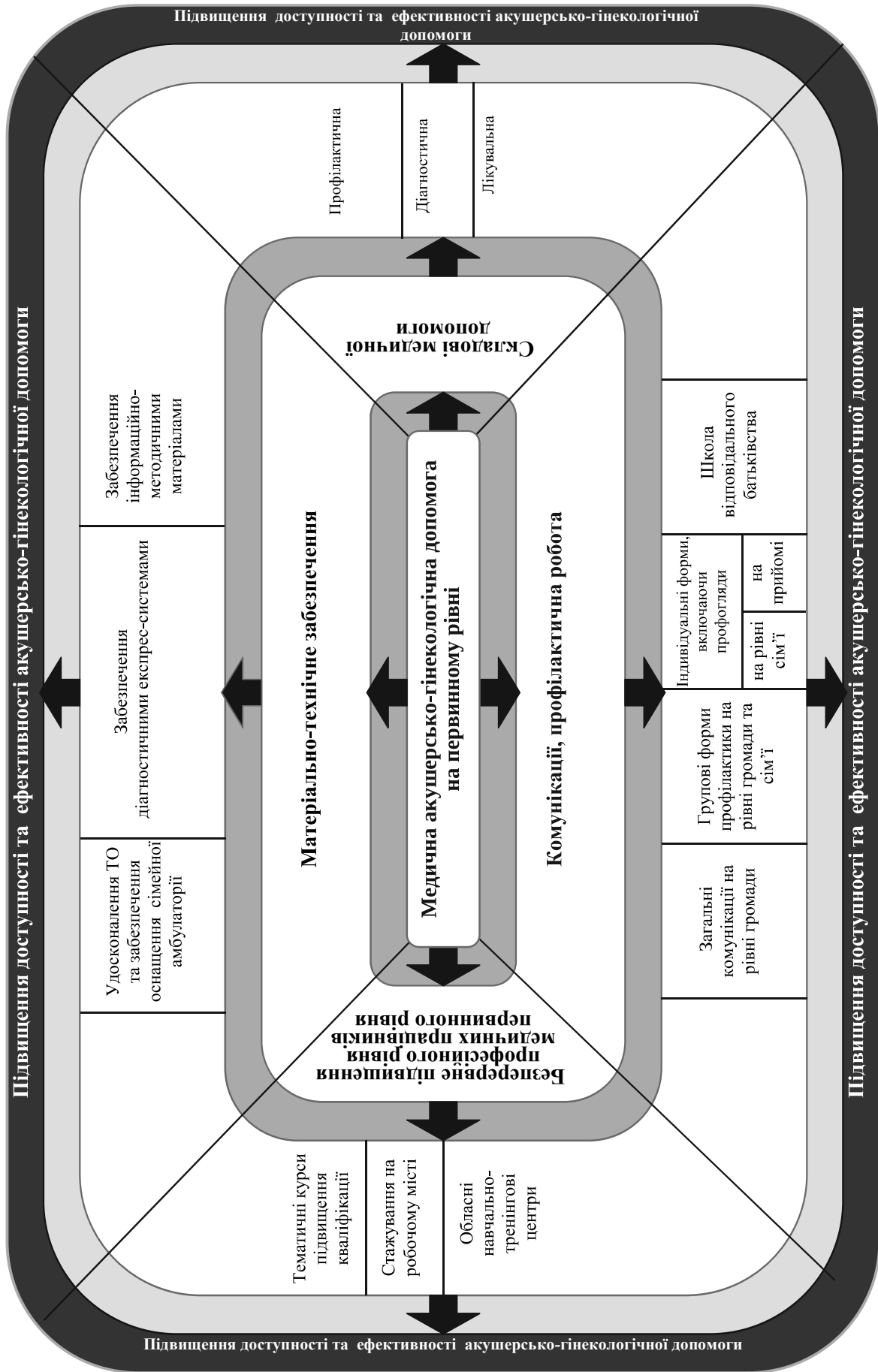


Рис. 1. Кластерна модель інтеграції медичної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні.

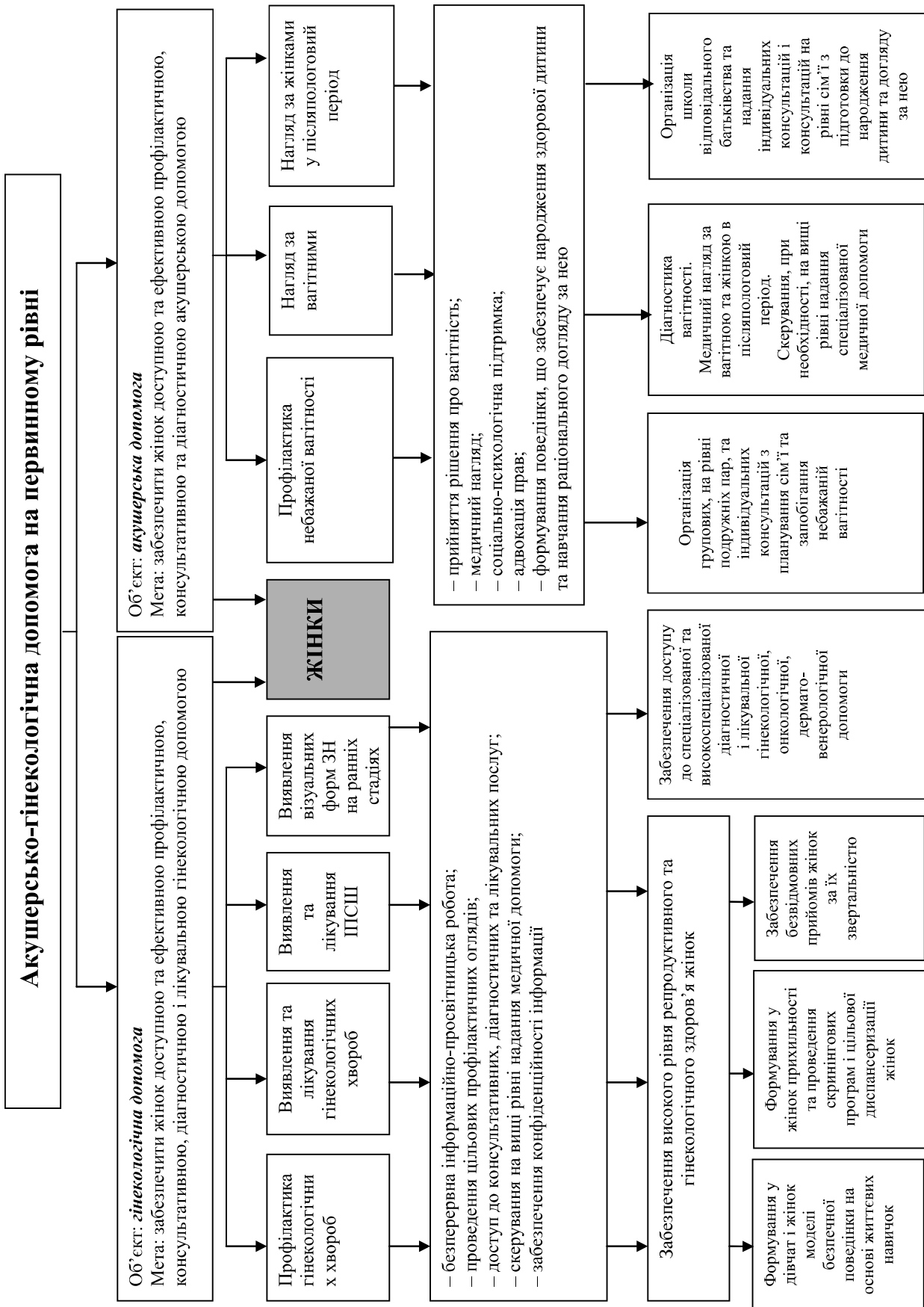


Рис. 2. Модель акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні.

Модель складається із двох складових: гінекологічної та акушерської медичної допомоги. Такий поділ пов'язаний з тим, що для забезпечення кожної із них потрібні різні компетенції як сімейних лікарів, так і сімейних медичних сестер.

Центральним елементом моделі виступають жінки, які потребують акушерсько-гінекологічних медичних послуг профілактичної, діагностичної та лікувальної спрямованості.

Гінекологічна складова моделі передбачає забезпечення високого рівня гінекологічного та репродуктивного здоров'я, а акушерська складова – комплекс заходів, які пов'язані з плануванням сім'ї та народженням здорової дитини.

Впровадження даної моделі може бути поетапним. Етапність і її терміни на різних територіях різні. Вони пов'язані з термінами теоретичної та практичної підготовки сімейних лікарів і сімейних медичних сестер до виконання ними тих чи інших розділів акушерсько-гінекологічної допомоги та підготовки ресурсної бази сімейних амбулаторій. Рекомендують в кожному Центрі первинної медико-санітарної допомоги розробити відповідні плани підготовки до інтеграції медичної акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні.

З метою мотивації лікарів загальної практики – сімейних лікарів до набуття необхідних компетенцій та надання акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні розробити та запровадити мотиваційні механізми як на державному, так і місцевому рівнях.

На державному рівні такими засобами можуть бути визначені Національною службою здоров'я України механізми оплати працівникам первинного рівня оплати за надану акушерсько-гінекологічну допомогу, а на місцевому рівні – місцеві економічні стимули за визначеними індикаторами.

#### Висновки

Розроблені концептуальні підходи до інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первин-

ному рівні, які представлені кластерною моделлю із включенням таких кластерів: набуття компетенцій та безперервне підвищення професійного рівня медичних працівників первинного рівня (сімейні лікарі та сімейні медичні сестри), матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій, яке може забезпечити виконання визначених для первинної ланки поставлених функцій з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, складові акушерсько-гінекологічної медичної допомоги на первинному рівні, комунікації та профілактична робота.

Розроблена та представлена модель акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні. Модель складається із двох складових: гінекологічної та акушерської медичної допомоги. Такий поділ пов'язаний з тим, що для забезпечення кожної із них потрібні різні компетенції як сімейних лікарів, так і сімейних медичних сестер. Центральним елементом моделі виступають жінки, які потребують акушерсько-гінекологічних медичних послуг профілактичної, діагностичної та лікувальної спрямованості. Гінекологічна складова моделі передбачає забезпечення високого рівня гінекологічного та репродуктивного здоров'я, а акушерська складова – комплекс заходів, які пов'язані з плануванням сім'ї та народженням здорової дитини.

Запропонована етапність інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні та терміни, які визначаються рівнем готовності первинної ланки до надання акушерсько-гінекологічних послуг.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з визначенням експертним шляхом компетенцій лікарів загальної практики – сімейних лікарів та сімейних медичних сестер за кожним розділом акушерсько-гінекологічної допомоги.

#### Список літератури

1. *Ординський В. А.* Медико-соціальне обґрунтування моделі первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню на рівні адміністративного району : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / В. А. Ординський. – К. : Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, 2015. – 24 с.
2. *Пірнікоза А. В.* Удосконалення системи медичного забезпечення сільського населення при екстрених станах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / А. В. Пірнікоза. – К. : Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, 2014. – 24 с.
3. *Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів* / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
4. *Попченко Т. П.* Реформування сфери охорони здоров'я України: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення (аналітична доповідь) / Т. П. Попченко. – К., 2011. – 61 с.
5. *Поцелуєв В. І.* Обґрунтування системи моніторингу якості та доступності медичної допомоги в закладах сімейної медицини (на прикладі сільського населення Сумської області) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / В. І. Поцелуєв. – К. : Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, 2014. – 24 с.
6. *Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я* : Закон України від 06 квітня 2017 р. № 2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

[http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill\\_passed\\_by\\_legislature\\_/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoskonalennya-zak/](http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature_/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoskonalennya-zak/). – Назва з екрана.

7. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html). – Назва з екрана.

8. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>. – Назва з екрана.

9. Слабкий Г. О. Захворювання жінок України на інфекції, що передаються статевим шляхом як проблема первинної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, О. С. Щербинська // Україна. Здоров'я нації. – 2019. – № 3 (56). – С. 65–73.

10. Слабкий Г. О. Характеристика абортів у жінок України / Г. О. Слабкий, О. С. Щербинська // Економіка і право охорони здоров'я України. – 2019. – № 1. – С. 70–74.

11. Щербинська О. С. Надання лікарями загальної практики – сімейними лікарями акушерсько-гінекологічної допомоги та характеристика взаємозв'язку первинної ланки з акушерсько-гінекологічними службами / О. С. Щербинська, Г. О. Слабкий // Сімейна медицина. – 2019. – № 3. – С. 63–67.

12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 р. / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 437 с.

### References

1. Ordynskiy, V.A. (2015). Medyko-sotsialne obhruntuvannia modeli pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy silskomu naselenniu na rivni administratyvnoho raionu [Medical and social substantiation of the model of primary health care for rural population at the level of the administrative district]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Kyiv, P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education [in Ukrainian].

2. Pirnykoza, A.V. (2014). Udoskonalennia systemy medychnoho zabezpechennia silskoho naseleння pry ekstreynykh stanakh [Improvement of the system of medical support of rural population in emergency conditions]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Kyiv, P. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education [in Ukrainian].

3. Anishchenko, O.V., Moiseienko, R.O., & Tolstanov, O.K. (2011). *pozytyvnyi dosvid reformuvannia haluzi okhorony zdorovia rehioniv* [Positive experience of reforming the health care of the regions]. Kyiv [in Ukrainian].

4. Popchenko, T.P. (2011). *Reformuvannia sfery okhorony zdorovia Ukrainy: orhanizatsiine, normatyvno-pravove ta finansovo-ekonomichne zabezpechennia (analitichna dopovid)* [Healthcare Reform in Ukraine: Organizational, Regulatory, Legal and Financial Support (Analytical Report)]. Kyiv [in Ukrainian].

5. Potseluev, V.I. (2014). Obhruntuvannia systemy monitorynhu yakosti ta dostupnosti medychnoi dopomohy v zakladakh simenoi medytsyny (na prykladi silskoho naseleння Sumskoi oblasti) [Substantiation of the system of monitoring the quality and availability of medical care in family medicine institutions (on the example of the rural population of Sumy region)]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Kyiv, P. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education [in Ukrainian].

6. (2017). *Zakon Ukrainy „Pro vnesennia zmin do deiakyykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo udoskonalennia zakonodavstva z pytan diialnosti zakladiv okhorony zdorovia” vid 06.04.2017 r. № 2002* [Law of Ukraine “On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine on Improvement of Legislation on the Activities of Health Care Institutions” of 06.04.2017 No. 2002]. Retrieved from: [http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill\\_passed\\_by\\_legislature\\_/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoskonalennya-zak/](http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature_/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoskonalennya-zak/) [in Ukrainian].

7. (2017). *Zakon Ukrainy „Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleння” № 2168-VIII* [Law of Ukraine “On State Financial Guarantees of Public Health Services” October 19, 2017 № 2168-VIII]. Retrieved from: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html) [in Ukrainian].

8. (2017). *Pro utvorennia natsionalnoi sluzhby zdorovia Ukrainy: postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 27.12.2017 № 1101* [On the Establishment of the National Health Service of Ukraine: Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1101 of 27.12.2017]. Retrieved from: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini> [in Ukrainian].

9. Slabkyi, H.O., Myroniuk, I.S., & Shcherbynska, O.S. (2019). Zakhvoriuvannia zhinok Ukrainy na infektsii, shcho peredaiutsia statevym shliakhom yak problema pervynnoi medychnoi dopomohy [Diseases of women of Ukraine on sexually transmitted infections as a primary care problem]. *Ukraina. Zdorovia natsii – Ukraine. The Nation's Health*, 3 (56), 65-73 [in Ukrainian].

10. Slabkyi, H.O., & Shcherbynska, O.S. (2019). Kharakterystyka abortiv u zhinok Ukrainy [Characteristics of abortion in women of Ukraine]. *Ekonomika i pravo okhorony zdorovia Ukrainy – Economics and Law of Health Care of Ukraine*, 1, 70-74 [in Ukrainian].

11. Shcherbynska, O.S., & Slabkyi, H.O. (2019). Nadannia likariamy zahalnoi praktyky – simeiny my likariamy akushersko-hinekologichnoi dopomohy ta kharakterystyka vzaiemoziazku pervynnoi lanky z akushersko-hinekologichnymy sluzhbamy [Provision of general practitioners by obstetric and gynecological family physicians and characterization of primary link with obstetric/gynecological services]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, 3, 63-67 [in Ukrainian].

12. Musii, O.S. (Ed.). (2014). *Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleння, sanitarно-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2013 rik* [Annual report on the state of health of the population, the sanitary-epidemic situation and the results of activity of the health care system of Ukraine. 2013]. Kyiv [in Ukrainian].

**WAYS TO INTEGRATE OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE INTO THE PRIMARY LEVEL***G. O. Slabkiy<sup>1</sup>, O. S. Shcherbinska<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine<sup>2</sup>P. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

**Purpose:** to develop and present the conceptual approaches to the integration of obstetric and gynecological care into the primary level of its provision.

**Materials and Methods.** The following methods were applied in the course of research: bibliosemantic, of structural-and-logical analysis, of descriptive modeling. Systematic approach became the methodical base of research.

**Results.** In the paper the cluster model of the integration of obstetric and gynecological care to the primary level is presented. It includes acquiring of necessary competencies by family doctors and continuous increase of professional skills, material and technical providing of family outpatient clinics and communication with the population.

Based on the cluster model of integration of medical obstetric-gynecological care to the primary level the model of obstetric and gynecological care at the primary level was developed. The model has two components: gynecological and obstetric medical care. This division is due to the fact that each of them needs different competencies of both family doctors and family nurses.

The central element of the model are women who need obstetric and gynecological medical care of preventive, diagnostic and curative directions.

The gynecological component of the model involves providing a high level of gynecological and reproductive health, and the obstetric component involves a set of measures that are related to family planning and birth of a healthy child.

Implementation of this model can be phased out. Stage and timing may be different in different areas. They are related to the timing of theoretical and practical training of family doctors and family nurses to perform one or the other functions in different sections of obstetric and gynecological care and to prepare a resource base for family outpatient clinics.

**Conclusions.** The integration of obstetric and gynecological care to the primary level will enhance its availability and efficiency.

KEY WORDS: **medical care; primary level; obstetric and gynecological care; integration.**

*Рукопис надійшов до редакції 07.11.2019 р.*

**Відомості про авторів:**

**Слабкий Геннадій Олексійович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; тел.: +38(050) 171-16-48.

**Щербинська Олена Станіславівна** – кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства, гінекології і перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; тел.: +38(067) 507-27-27.