

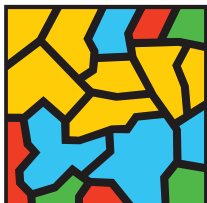
Збір даних у сфері паліативної допомоги

Аналіз практики

Проект “Надійна статистична звітність
у сфері паліативної допомоги”

Січень 2018

український
центр
суспільних
даних



 *Відродження*
міжнародний фонд
INTERNATIONAL RENAISSANCE FOUNDATION



Збір даних у сфері паліативної допомоги

Аналіз практики

Український центр суспільних даних
Міжнародний фонд “Відродження”

Київ 2018

Зміст

1. Вступ	5
2. Дані, отримані від департаментів охорони здоров'я як публічна інформація	6
2.1. Інформація про пацієнтів (розподіл за віком, статтю та видами допомоги)	9
2.2. Розподіл пацієнтів за розділами медицини	11
2.3. Заклади, що надають допомогу хворим з хронічним больовим синдромом	12
2.4. Обсяг задіяних ресурсів	13
2.5. Опіюїдні анальгетики	15
2.6. Потреба у паліативній допомозі	16
2.7. Облік надання паліативної допомоги	18
3. Аналіз виконання Уніфікованого клінічного протоколу з хронічного больового синдрому (Полтавська область)	21
3.1. Загальна характеристика закладів	24
3.2. Медичний персонал, залучений до надання паліативної допомоги	24
3.3. Спеціальні тести	25
3.4. Застосування методів діагностики рівня болю	25
3.5. Застосування клінічних підходів до лікування	25
4. Апробація проекту статистичної форми з паліативної допомоги (Полтавська область)	27
4.1. Проект форми звітності та методика апробації	27
4.2. Отримання даних від закладів охорони здоров'я	28
4.3. Надання паліативної допомоги	29
4.4. Надання паліативної допомоги за групами захворювань	31
4.5. Клінічні підходи при наданні паліативної допомоги	32
4.6. Кадрове забезпечення паліативної допомоги	32
4.7. Висновки та рекомендації	33
5. Дані щодо обігу морфіну у Полтавській області	34
6. Моделювання потреби у паліативній допомозі	36
6.1. Методологія	36
6.2. Основні результати моделювання потреби	37
6.3. Проблеми якості даних та методології	38
7. Дані щодо поширеності відповідно до переліку станів та діагнозів для надання паліативної допомоги	41
8. Висновки і рекомендації	44

Додатки доступні для перегляду онлайн: <http://tiny.cc/dodatky>

Звіт підготовано в рамках проекту “Надійна статистична звітність у сфері паліативної допомоги”, що його реалізовує Український центр суспільних даних (socialdata.org.ua) за підтримки Міжнародного фонду “Відродження” (irf.ua).

Над аналізом практики та підготовкою звіту працювали:

- Андрій Горбаль
- Ренат Насрідінов
- Олексій Суховій
- Марія Носок

Документ поширюється за ліцензією Creative Commons (CC BY)



1. Вступ

Останніми роками в Україні паліативній допомозі надається все більше уваги. При цьому, немає централізованої (на державному рівні) системи збору даних щодо надання паліативної допомоги, потреби у ній, потреби у фінансуванні. Окрім того, відсутній консенсус щодо розуміння видів паліативної допомоги, їх “операціоналізації” чи кодифікації з метою подальшого обліку та формування відповідної надійної статистики. Різні державні органи, групи активістів оперують різними цифрами, коли йдеться про обсяг потреби чи надання паліативної допомоги. Незважаючи на те, що єдиної системи статистичного обліку та звітності щодо паліативної допомоги немає, різні установи (наприклад, департаменти охорони здоров’я обласних державних адміністрацій, або ж окремі заклади охорони здоров’я) так чи інакше володіють певними показниками чи інформацією.

В рамках проекту “Надійна статистична звітність у сфері паліативної допомоги”, зокрема, передбачено проведення аналізу наявної практики збору таких даних в Україні. Так, метою аналізу практики було зібрати максимальний обсяг даних щодо паліативної допомоги, практики надання паліативної допомоги у різних закладах регіонів України, оцінити рівень відкритості інституцій та рівня наявності даних, оцінити рівень можливих похибок. Також, в рамках аналізу практики збору даних щодо паліативної допомоги, ми мали на меті виявити, які інституції збирають які дані, у якому вигляді, з яким рівнем деталізації, і на основі яких нормативних документів.

Для цього було проведено ряд заходів щодо отримання відповідних даних та інформації:

- Надсилання запитів до департаментів (управлінь) охорони здоров’я обласних державних адміністрацій, Київської міської державної адміністрації. Отримання відповідей, обробка та аналіз даних.
- Отримання даних про причини смертності за МКХ10 від Державної служби статистики України, отримання даних про поширеність захворювань за МКХ10 від Центру медичної статистики МОЗ України, обробка даних, здійснення моделювання потреби у паліативній допомозі відповідно до офіційних методик та рекомендацій (МОЗ, ВООЗ, ЮНІСЕФ).
- Апробація проекту форми медичної статистичної звітності з паліативної допомоги у пілотному регіоні (у Полтавській області).
- Апробація та збір даних щодо виконання Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі у пілотному регіоні (у Полтавській області) — за допомогою он-лайн форми.
- Отримання даних від партнерів: дані щодо обігу морфіну у Полтавській області (люб’язно надані Інститутом аналітики та адвокації та КП “Полтавафарм”); дані щодо поширеності станів, що обмежують життя, зібрані та надані до МОЗ окремими управліннями (департаментами) охорони здоров’я в областях.

Український центр суспільних даних висловлює велику вдячність партнерам, без яких збір відповідних даних і підготовка цього аналізу практики були б неможливими:

- Департаменту охорони здоров’я Полтавської ОДА, зокрема його директору Віктору Лисаку, заступникам директора Юрію Курилко та Ігорю Куделичу, провідному фахівцю ДООЗ ОДА з паліативної допомоги Людмилі Самолеліс;
- Інституту аналітики та адвокації (Полтава), і особисто Олександру Ткаченку;
- Центру медичної статистики МОЗ України, і особисто Валентині Заболотько;
- Державній службі статистики України, і особисто Олені Вишневській;
- А також Ксенії Шаповал, Лесі Брацюнь, Євгенію Гороху, Юлії Гудино, Владиславу Одринському, Олені Коваль, Андрію Кучмі — за консультації, поради та допомогу у реалізації проекту.

2. Дані, отримані від департаментів охорони здоров'я як публічна інформація

У липні 2017 р. до обласних департаментів (управлінь) охорони здоров'я було надіслано запити на надання публічної інформації щодо основних показників діяльності закладів областей у галузі паліативної допомоги за 2016 рік, за перше півріччя 2017 року, та станом на 1 липня 2017 року:

1. Кількість пацієнтів у розрізі:
 - 1.1. видів допомоги
 - 1.2. віку (дорослі та діти)
 - 1.3. статі
2. Кількість ліжок/ліжкомісць:
 - 2.1. у закладах-хоспісах
 - 2.2. в інших закладах, де наявні хоспісні/паліативні відділення або надається спеціалізована паліативна допомога — (є окремі спеціалісти)
3. Розподіл паліативних хворих (кількість, осіб) за розділами медицини:
 - 3.1. - онкологія
 - 3.2. - кардіологія
 - 3.3. - хірургія
 - 3.4. - неврологія
 - 3.5. - психіатрія
 - 3.6. - інфекційні хвороби/ ВІЛ/СНІД
 - 3.7. - фтизіатрія
 - 3.8. - гастроентерологія
 - 3.9. - інше
4. Переліки закладів, що надають:
 - 4.1. первинну паліативну медичну допомогу в амбулаторних умовах
 - 4.2. спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з хронічним больовим синдромом
 - 4.2.1. в стаціонарних умовах
 - 4.2.2. на дому
5. Обсяг задіяних ресурсів:
 - 5.1. кадрових, кількість осіб (в розрізі окремих спеціальностей, із зазначенням штатних і зайнятих посад, та фізичних осіб)
 - 5.2. фінансових
 - 5.2.1. за джерелами фінансування, в т. ч. з державного бюджету, обласного бюджету, міського бюджету та міжнародних фондів
 - 5.2.2. за напрямками використання, в тис. грн., в тому числі:
 - 5.2.2.1. на забезпечення медикаментами
 - 5.2.2.2. на харчування
 - 5.2.2.3. на оплату праці персоналу
 - 5.2.2.4. на оплату комунальних послуг
 - 5.2.2.5. на закупівлю обладнання та витратних матеріалів
 - 5.2.2.6. інше
6. Дані щодо застосування опіоїдних анальгетиків (окремо, за діючими речовинами).
7. Дані щодо потреби у паліативній допомозі (кількість осіб, дорослі та діти окремо).
8. Інформація про методики, які застосовуються під час підрахунку потреби у паліативній допомозі.
9. Наявні дані щодо практики надання паліативної допомоги у різних типах підпорядкованих закладів (у розрізі закладів), в тому числі:
 - 9.1. перелік закладів області, у яких надається паліативна допомога (із зазначенням кодів ЄДРПОУ закладів);
 - 9.2. інформацію щодо обліку надання паліативної допомоги, а саме:
 - 9.2.1. які дані збираються (перелік)
 - 9.2.2. спосіб, у який такі дані збираються (вручну, за допомогою автоматизованих

облікових систем, тощо)

9.2.3. рівень деталізації даних (в цілому по закладу, по підрозділах, окремо по кожному пацієнту тощо)

9.3. на підставі яких нормативних документів відбувається збір даних щодо практики надання паліативної допомоги.

Відповіді на надіслані запити було отримано із 24 департаментів (управлінь) охорони здоров'я державних адміністрацій в областях, не надано відповідь лише управлінням охорони здоров'я ОДА Волинської області.

15 департаментів (управлінь) охорони здоров'я в областях надали відповіді лише електронною поштою, 9 (у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Кіровоградській, Сумській, Тернопільській, Черкаській та у місті Києві) — продублювали відповідь також шляхом надсилання листа поштою.

Більшість департаментів (управлінь) охорони здоров'я інформаційні запити задовольнили повністю або частково — такі відповіді було надано 22 управліннями. Облздрави у Закарпатській та Одеській областях відмовили у задоволенні запиту, посилаючися, зокрема, на відсутність проведення державних статистичних спостережень у сфері надання паліативної допомоги.

Департаменти (управління) охорони здоров'я у Луганській, Сумській областях та місті Києві окрім безпосереднього надання відповіді, також надіслали запит підпорядкованим закладам охорони здоров'я, відповіді від цих закладів надходили окремо. Відповіді від закладів було узагальнено до рівня області.

Надходження відповідей

Запит на обласні департаменти (управління) охорони здоров'я було надіслано 14.07.2017 року. Надано відповіді із дотриманням строку, визначеного статтею 20 Закону України «Про доступ до публічної інформації» (не пізніше п'яти робочих днів з дня отримання запиту) департаментами (управліннями) охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Полтавській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій областях та м. Києві, що становить 57,7% загальної кількості адресатів запиту.

Департамент охорони здоров'я в Івано-Франківській області продовжив розгляд запиту на строк до 20 робочих днів (відповідь надано у встановлений законом строк). Решта департаментів (управлінь) охорони здоров'я надали відповіді із порушенням строку, встановленого законом (Житомирська, Київська, Одеська, Рівненська, Сумська, Харківська, Хмельницька, Чернігівська області).

Медіанне значення надання відповіді — 5 робочих днів, мінімальне — 1 день (Донецька, Кіровоградська, Луганська, Черкаська області), максимальне — Київська область (44 робочих дні).

Загальна інформація

Повною інформацією про надання паліативної допомоги у відповідних областях за розділами та питаннями, що викладені у запитах, не володіє жоден департамент або управління охорони здоров'я.

В розрізі запитуваних періодів (2016 рік в цілому, I півріччя 2017 року, 7 місяців 2017 року) ситуація не краща: з усіх областей лише департаменти охорони здоров'я Хмельницької та Київської ОДА надавали інформацію по усім трьом періодам практично по усіх блоках питань. Слід відмітити, що саме департамент охорони здоров'я Хмельницької ОДА надав найбільш повну та інформативну відповідь серед усіх областей.

Методологія узагальнення відповідей

Оскільки інформація запитувалася за три окремих періоди, а окремими розпорядниками було надано неповну інформацію (за один, за два періоди з трьох, за 2016 рік та 6 місяців 2017), показники зведено до середньомісячних для періодів «2016 рік» та I півріччя 2017 року. Слід також зазначити, що у випадках деталізації відповідей до рівня окремих закладів (коли обласні департаменти та управління охорони здоров'я розсилали запити до підпорядкованих установ), було отримано вищу частоту відповідей — під час зведення до рівня областей питань, на які відповіді відсутні, було значно менше, у відповідях отриманих безпосередньо від обласних департаментів та управлінь охорони здоров'я.

З метою визначення повноти володіння питаннями, що входять до блоків питань інформаційного запиту, у різних регіонах, інформацію щодо відповідей було узагальнено за наступною методологією: якщо було надано відповідь на одне або більше питань в

Область	Розподіл за видами допомоги	Розподіл за віком та статтю	Кількість ліжкомісць	Розподіл за розділами медицини	Кількість закладів	Кадрові ресурси	Надходження коштів	Використання коштів	Опіоїдні анальгетики	Потреба у паліативній допомозі	Нормативні акти щодо збору даних	Усього балів
Донецька	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Київ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Луганська	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Сумська	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Рівненська	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10
Харківська	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Херсонська	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
Хмельницька	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9
Миколаївська	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	8
Тернопільська	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8
Київська	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	6
Чернівецька	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	5
Вінницька	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	4
Кіровоградська	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Івано-Франківська	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Львівська	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Полтавська	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Дніпропетровська	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Запорізька	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Одеська	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

межах блоку хоча б за один період, установі зараховувався 1 бал, відповідно кількість балів відповідає кількості регіонів, що відповіли на питання у відповідних блоках.

Отже, найбільш повно регіони володіють інформацією про кількість ліжкомісць та розподіл хворих за розділами медицини (17 та 16 балів відповідно), далі йдуть використання коштів та інформація про кількість закладів, що надають допомогу хворим з хронічним больовим синдромом. Такий розподіл очікуваний, оскільки інформація по даним питанням знаходиться у розпорядженні закладів охорони здоров'я і не потребує значних додаткових зусиль для її збирання або узагальнення.

З метою можливості співставлення інформації було проведено зведення інформації в розрізі установ до рівня середньомісячних показників. Враховуючи, що деякими департаментами (управліннями) охорони здоров'я було надано лише інформацію щодо показників діяльності станом на 01 липня 2017 року, такі показники не бралися до уваги, оскільки вони не описують динаміку показника, а констатують його.

Для виведення середньомісячного показника за 2016 рік та I півріччя 2017 показники за два періоди сумувалися та ділилися на кількість місяців (18). У разі якщо показник за 2016 рік або за I півріччя 2017 року був відсутній, проводилося ділення на 6 або на 12 відповідно.

Далі отримані показники округлялися відповідно до загальних математичних правил (у випадку, якщо середньомісячний показник знаходився в інтервалі між 0 та 1, його значення приймалося таким, що дорівнює 1 для запобігання втраті спостереження).

2.1. Інформація про пацієнтів

Інформація щодо кількості пацієнтів (загальна та/або у розрізі видів допомоги) була надана 11 департаментами (управліннями) — у Донецькій, Кіровоградській, Івано-Франківській, Миколаївській, Рівненській, Харківській, Херсонській та Хмельницькій областях, а також закладами охорони здоров'я Луганської, Сумської областей та м Києва.

Повнота наданої інформації для окремих департаментів (управлінь) значно відрізняється. Так, деякі департаменти або управління (у Донецькій, Кіровоградській, Івано-Франківській та Харківській областях) обмежилися наданням загальної кількості пацієнтів без поділу на види допомоги, причому департаментом у Івано-Франківській області було надано інформацію лише за 2016 рік.

Департаменти (управління) у Миколаївській, Рівненській, Херсонській, Хмельницькій областях, а також заклади охорони здоров'я у Луганській, Сумській областях та м Києві надали інформацію у розрізі видів допомоги. У Миколаївській, Рівненській та Херсонській областях, відповідно до наданої інформації, пацієнти отримують паліативну допомогу, а у Луганській та Хмельницькій крім паліативної — також амбулаторну.

Найбільшу кількість пацієнтів, що отримувала допомогу, повідомлено у Кіровоградській області за 2016 рік — 8948 осіб, найменшу — у Рівненській за I півріччя 2017 року — 43 особи.

Інформацію про загальну кількість хворих (з розподілом за віком, статтю, та видами допомоги), яким надано допомогу, в повному обсязі (за три періоди) отримана лише з Сумської, Донецької областей та міста Києва. Частково цю інформацію надали Івано-Франківська, Кіровоградська, Луганська та Харківська області. Рештою областей інформацію не надано.

Інформацію в розрізі видів допомоги надано Миколаївською, Рівненською, Херсонською, Хмельницькою областями та по м. Київ, рештою обласних департаментів (управлінь) інформацію надано не було. Також інформацію в розрізі видів допомоги отримано від закладів охорони здоров'я Луганської, Сумської областей та м Києва.

Найбільша кількість пацієнтів (середньомісячні показники) в цілому по регіонах спостерігається по наступних напрямках допомоги:

- амбулаторна — 322
- паліативна — 321
- медична — 76

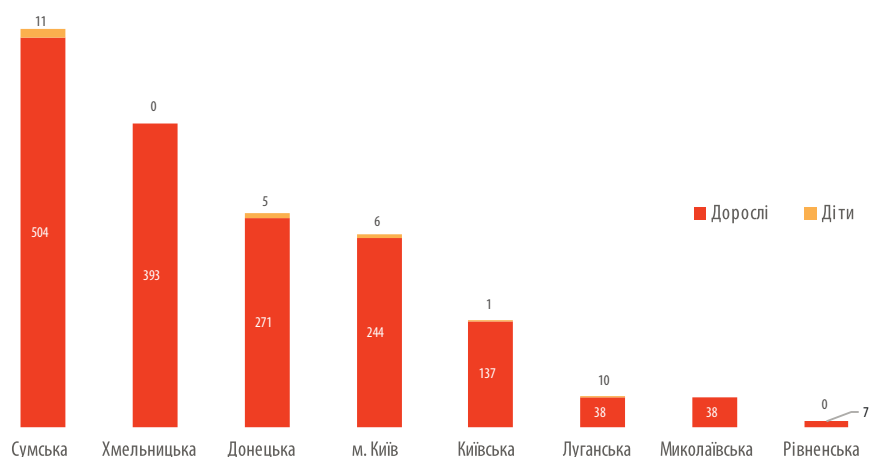
Найменша кількість випадків в цілому по регіонах спостерігається по знеболенню (21 особа на місяць) та психологічній допомозі (14).

Область	Види допомоги
Луганська	стаціонарна, амбулаторна
Миколаївська	паліативна та хоспісна
Рівненська	паліативна
Сумська	паліативна, стаціонарна, на дому, амбулаторна, медична, соціальна, психологічна, стаціонар на дому
Херсонська	паліативна та хоспісна
Хмельницька	паліативна, амбулаторна
м. Київ	паліативна, знеболення

Розподіл пацієнтів за віком та статтю

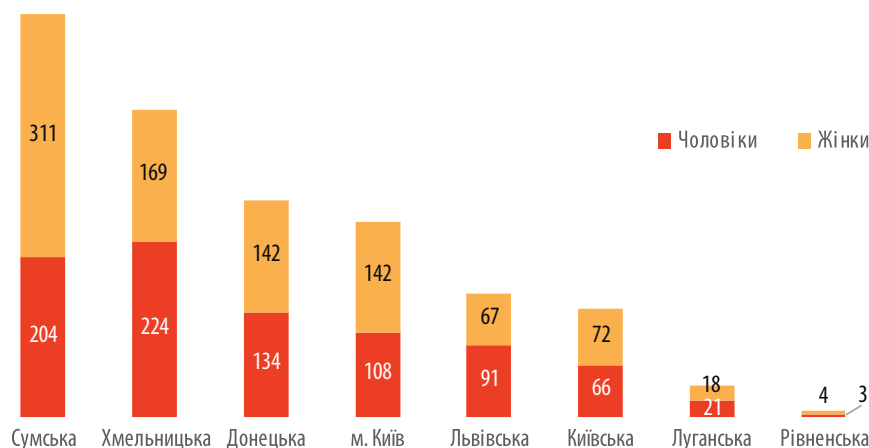
Інформацію з даного питання було надано 5 департаментами (управліннями) охорони здоров'я наступних областей — Донецької, Вінницької, Львівської, Миколаївської та Рівненської.

Найбільш повну відповідь було надано департаментами (управліннями) у Донецькій, Київській та Хмельницькій областях — як по періодах, так і за показниками віку та статі.



Управліннями у Вінницькій та Миколаївській областях було надано дані лише щодо розподілу кількості пацієнтів за віком (за один та два періоди відповідно), у Рівненській областях — щодо розподілу кількості за віком та статтю, але лише за один період.

Серед тих регіонів, що надали відповідні дані, співвідношення дітей і дорослих не перевищує 3% (кількість дітей становить від 1,85% до 2,63% кількості дорослих).



Частка жінок у загальній кількості пацієнтів коливається в діапазоні від 43,0% до 60,4%.

Кількість ліжкомісць

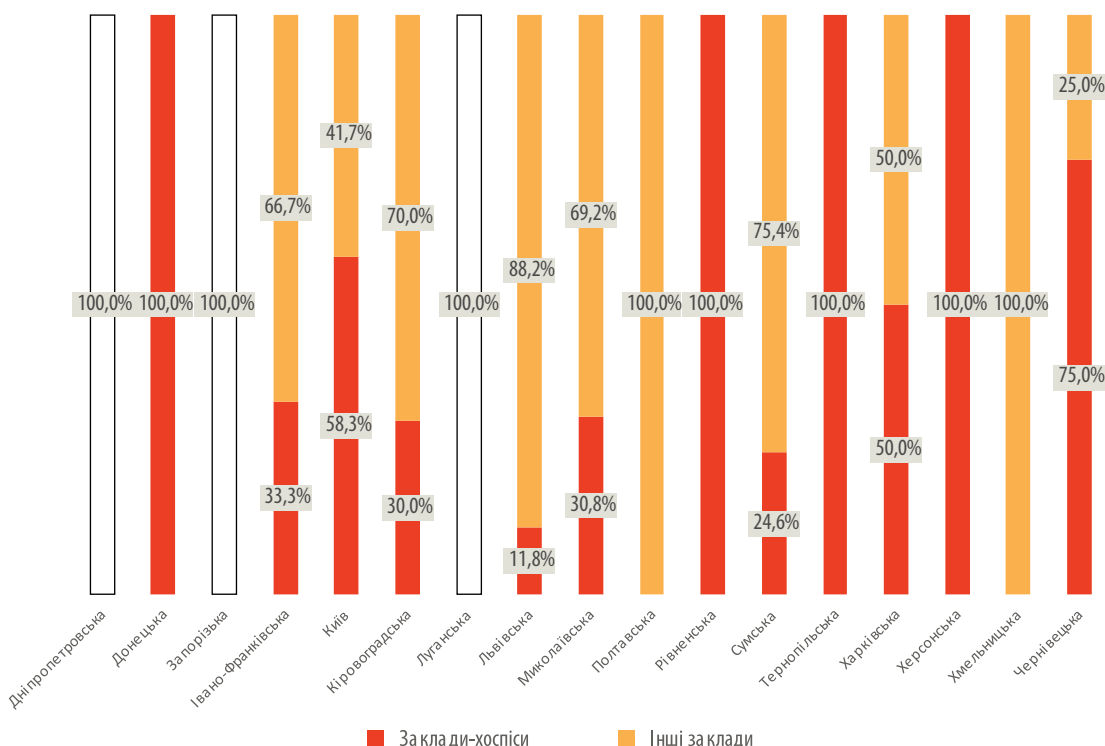
Інформація по кількості ліжкомісць, що її надали департаменти (управління), значно відрізняється для окремих регіонів. Так, мінімальна кількість ліжкомісць спостерігається по Донецькій області (15), в той час як по Львівській цей показник становить 255.

Середня загальна (як у закладах-хоспісах, так і у інших закладах) кількість ліжкомісць — 86, по закладах-хоспісам — 65 ліжкомісць, по іншим закладам — 85.

Інформацію щодо кількості ліжкомісць було надано 15 департаментами (управліннями) наступних областей — Донецької, Кіровоградської, Дніпропетровської, Запорізької, Івано-Франківської, Львівської, Миколаївської,

Полтавської, Рівненської, Сумської, Тернопільської, Харківської, Херсонської, Чернівецької та Хмельницької. Департаментами (управліннями) у Вінницькій та Київських областях інформація щодо кількості ліжкомісць надана не була.

Більшість департаментів (управлінь) надали інформацію за останній звітний період — I півріччя 2017 року, управліннями у Донецькій та Хмельницькій областях було надано відповіді за усі три звітні періоди.



У більшості областей ліжкомісця для перебування пацієнтів з хронічним больовим синдромом зосереджені у закладах-хоспісах, питому вагу таких ліжкомісць зображено на діаграмі (білим кольором позначено регіони, по яких інформацію щодо кількості ліжок надано без деталізації).

2.2. Розподіл пацієнтів за розділами медицини

Дані щодо розподілу пацієнтів за розділами медицини надано Донецькою, Запорізькою, Київською, Луганською, Миколаївською, Рівненською, Сумською, Тернопільською, Харківською, Херсонською, Хмельницькою, Чернівецькою областями та містом Київ. При цьому дані за усі періоди по відповідних розділах отримано по Донецькій, Київській, Луганській, Сумській, Хмельницькій областях та по м. Київ, також частково — по Херсонській області, також по Чернівецькій області отримані дані по фтизіатрії за усі три запитовані періоди. Рештою областей було надано дані за 2016 рік та I півріччя 2017 (Миколаївська, Тернопільська, Запорізька області), та станом на 01.07.2017 року (Вінницька, Львівська, Полтавська області).

Так, у об'єднаних запитували дані щодо розподілу хворих за такими розділами медицини:

- онкологія
- кардіологія
- хірургія
- неврологія
- психіатрія
- інфекційні хвороби, ВІЛ/СНІД
- фтизіатрія
- гастроентерологія

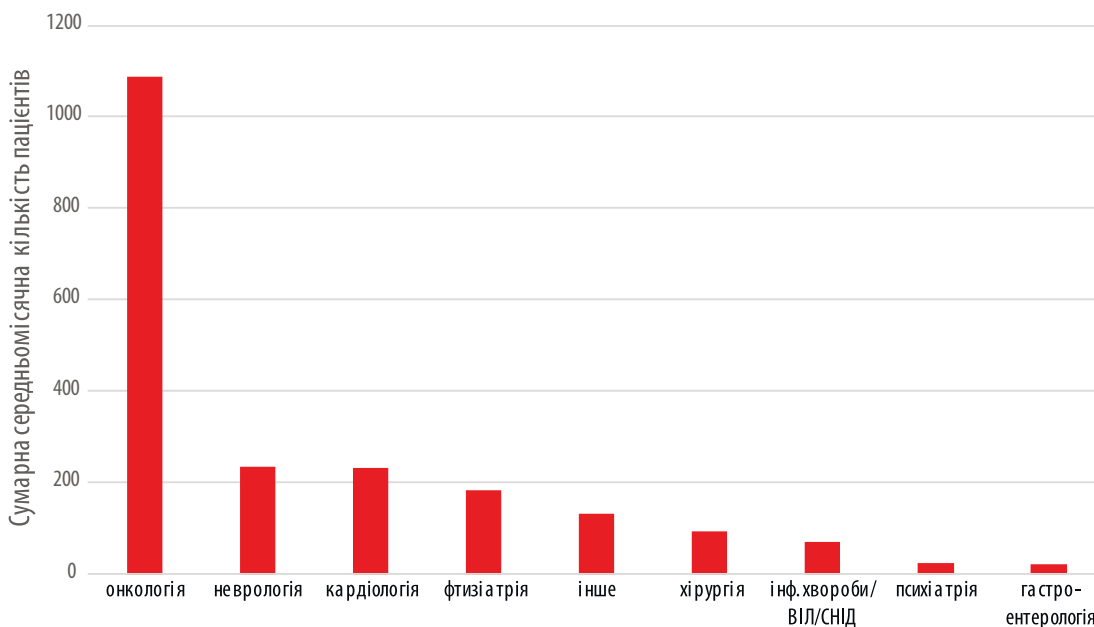
а також іншими розділами, у яких проводиться лікування хворих із хронічним больовим синдромом, що не входять до вищеперелічених.

При цьому якщо по деяких областях надано дані за 2016 рік та I півріччя 2017 року лише по окремим розділам медицини (наприклад, Запорізькою областю надано дані лише щодо кількості хворих на туберкульоз та ВІЛ/СНІД, Чернівецькою — лише на туберкульоз), то по окремих областях надано дані по усьому спектру зазначених розділів медицини, найбільш повно дані представлені по Донецькій, Хмельницькій, Сумській, Херсонській областях та м. Києву.

Зазначимо, що департаменти (управління) охорони здоров'я Донецької, Хмельницької та Херсонської областей не пересилали запит на виконання підпорядкованим закладам охорони здоров'я нижчого рівня, однак це, вочевидь, не завадило надати більший обсяг інформації. Разом з цим слід відмітити, що зважаючи на фрагментарність та розрізненість отриманих відповідей в цілому, ми не можемо стверджувати, що відсутність наданих даних по окремих областях та/або розділах медицини свідчить саме про відсутність хворих із відповідними діагнозами по регіону.

По областях, що надали відповіді, найбільша сумарна середньомісячна кількість хворих, що перевищує середньообласне значення по таких областях (160) спостерігається по Сумській — 533, Хмельницькій — 397, Миколаївській — 314, Донецькій — 275 областях та м. Києву — 265 осіб.

Структура розподілу паліативних хворих за розділами медицини наведена на діаграмі. Загалом, якщо виходити з наданих департаменти (управліннями) охорони здоров'я в областях даних, найбільша кількість хворих обліковується у таких розділах як онкологія, неврологія, кардіологія та фтизіатрія, при цьому очікуваним є те, що середньомісячна кількість хворих із онкологічними діагнозами в областях у два і більше рази перевищує середню кількість хворих за всіма іншими розділами медицини.



2.3. Заклади, що надають допомогу хворим з хронічним больовим синдромом

Незважаючи на те, що питання щодо переліку закладів, що надають паліативну допомогу, є вочевидь одним з тих питань, надання відповіді на яке не потребує значних зусиль, витрат людських та матеріальних ресурсів, частина наданих відповіді має фрагментарний характер, а окремі департаменти (управління) охорони здоров'я

не надали запитувану інформацію або обмежилися узагальненими повідомленнями в листах.

Згідно з наданими даними, найбільша кількість закладів, що надають паліативну допомогу, наявна у Харківській області (первинна — 68 закладів, спеціалізована — 58 закладів).

Крім цього, дані щодо всіх категорій закладів (надають первинну допомогу в амбулаторних умовах; спеціалізовану медичну допомогу (в тому числі в стаціонарних умовах; в тому числі на дому) також надано лише окремими департаментами, а також отримано шляхом узагальнення по тим областям, де запит було перенаправлено обласними департаментами (управліннями) до закладів охорони здоров'я нижчого рівня. Так, наприклад, департаментом охорони здоров'я Вінницької ОДА зазначено, що спеціалізовану медичну допомогу надають лише 4 заклади, з них 2 — стаціонарних, ЦПСМД окремих областей листами повідомлено, що паліативна допомога у закладі не надається).



Причиною цього може бути брак розуміння того факту, що допомогу хворим з хронічним больовим синдромом може надавати заклад будь-якого рівня — первинного, вторинного, або третинного.

2.4. Обсяг задіяних ресурсів

Даний блок питань був спрямований на отримання інформації про обсяг задіяних закладами охорони здоров'я кадрових (за штатом та фактично) та фінансових ресурсів.

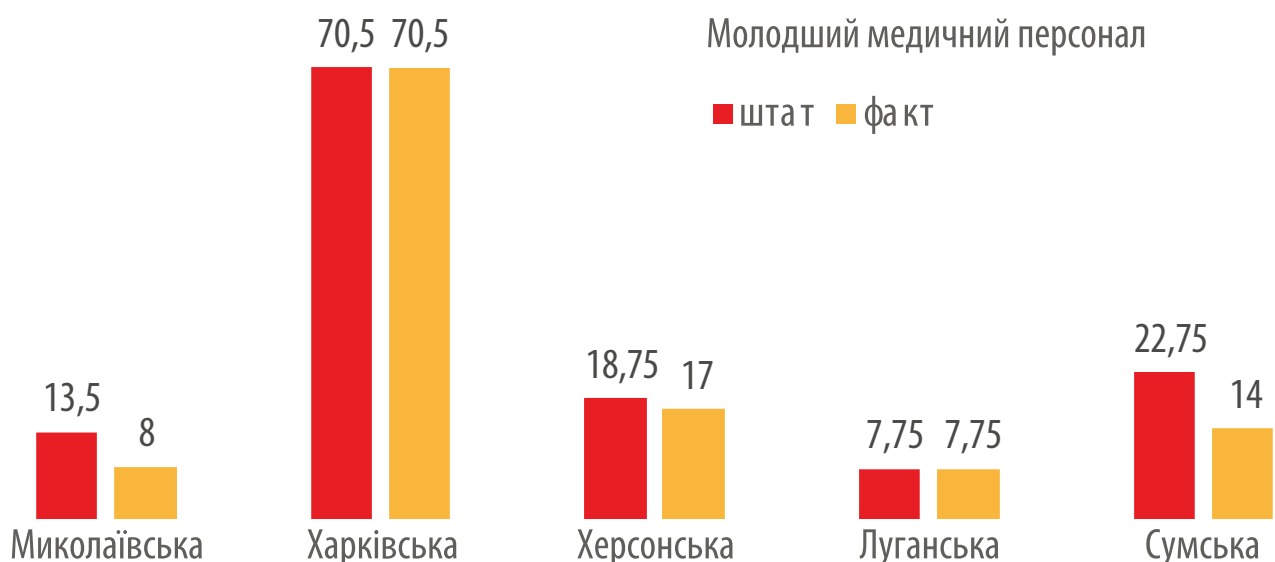
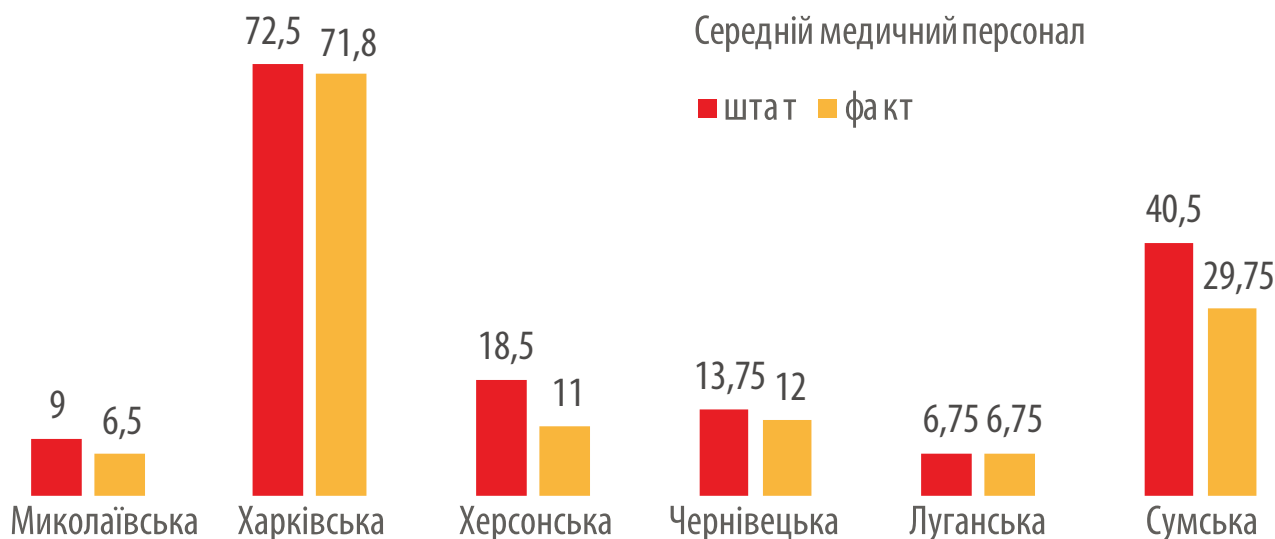
Кадрові ресурси

Якість надання відповідей на питання з даного блоку значно відрізняється по різних департаментах (управліннях) охорони здоров'я. Так, щодо обсягу ресурсів за штатом в розрізі спеціалізації, а також видів персоналу відповіді надали 8 областей, причому по 3 областям дані було отримано від закладів охорони здоров'я нижчого рівня. Дані щодо фактично задіяних кадрових ресурсів при цьому отримано від 10 областей, включаючи три вищезазначених області.

Обсяг наданих даних щодо задіяних за штатом та фактичних ресурсів по областях дозволяє здійснити порівняння узагальнених даних лише серед 7 регіонів: Луганська, Миколаївська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Чернівецька області (без врахування сімейних лікарів, оскільки інформація щодо даної категорії була отримана лише від Сумської області, а також окремих областей для окремих категорій осіб через неповні дані).

	Кадрові		Фінансові	
	за штатом	фактично	за джерелами	за напрямками
Вінницька				+
Дніпропетровська				
Донецька		+	+	+
Запорізька				
Івано-Франківська				
Київ	+	+	+	+
Київська			+	+
Кіровоградська				
Луганська	+	+	+	+
Львівська				
Миколаївська	+	+		+
Одеська				
Полтавська				
Рівненська		+	+	+
Сумська	+	+	+	+
Тернопільська	+	+		+
Харківська	+	+	+	+
Херсонська	+	+	+	+
Хмельницька			+	+
Чернівецька	+	+		+

Як видно з наведених нижче діаграм, в більшості випадків спостерігається майже повна укомплектованість кадровими ресурсами в частині відповідності зайнятих посад штатному розпису. Слід однак зазначити, що наведені дані не відображають міри заповнення штатних посад фізичними особами, оскільки фізична особа може працювати більше ніж на одну ставку.



Фінансові ресурси

Дані щодо отриманих та використаних фінансових ресурсів хоча і надані більшістю обласних департаментів (управлінь) охорони здоров'я в областях (всього отримано дані по 10 областях, з них як про надходження, так і використання – по 6 областям: Донецькій, Київській, Рівненській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій).

Різний характер відповідей не дозволяє провести аналіз співставлення отриманих даних, однак слід відмітити наступні аспекти щодо областей, по яким надано дані про надходження і використання коштів:

- кошти, що надійшли за період 2016-I півріччя 2017 року, використано в повному обсязі усіма областями, крім Харківської (рівень використання коштів по цій області становить 57,3%) та Рівненської (напрямки використання коштів вказано лише для сум, отриманих із обласного бюджету, що становить 86,4%);
- серед джерел фінансування переважають кошти обласних та місцевих бюджетів: по зазначених областях сумарна питома вага таких коштів становить 90,4%;
- позабюджетне фінансування отримали лише Рівненська та Харківська області, питома вага такого фінансування у надходженнях коштів цих областей в цілому склала 8,2%;

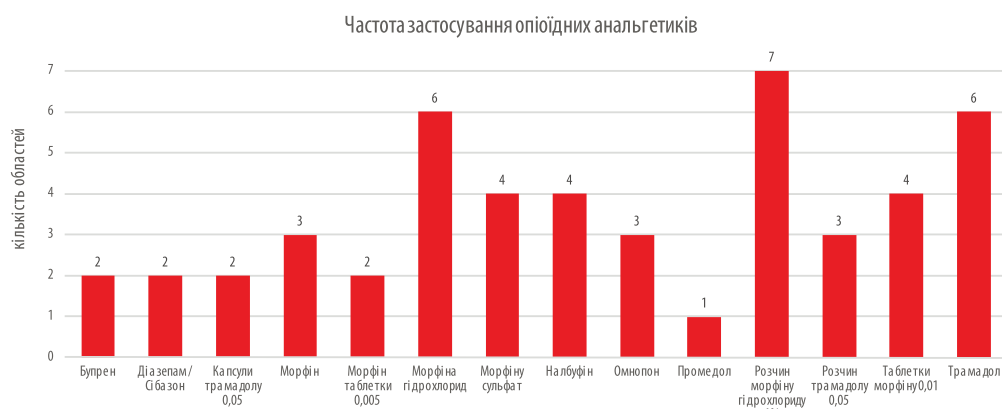
- переважна частина коштів (74,3%) спрямовується на забезпечення медикаментами (41,2%) та оплату праці персоналу (33,1%). При цьому на закупівлю обладнання та витратних матеріалів приходить 5,6% витрачених коштів;
- жодна з зазначених 6 областей не отримала міжнародного фінансування.

2.5. Опіюїдні анальгетики

Кількість відповідей від департаментів (управлінь) охорони здоров'я в областях, у яких зазначено конкретні дані щодо кількості використаних в діяльності із лікування опіюїдних анальгетиків, є трохи меншою половини — 9 відповідей (45%). Від трьох областей (Донецька, Київська, Миколаївська — 15%) надійшли відповіді щодо застосування опіюїдних анальгетиків без зазначення кількості, але із вказанням назв препаратів. Окремо слід відзначити Чернівецьку область, департаментом охорони здоров'я якої було повідомлено, що у лікарні «Хоспіс» для хворих на туберкульоз дана категорія лікарських засобів не застосовується.

Інформацію про використання опіюїдних анальгетиків взагалі не надали 9 областей: Вінницька, Дніпропетровська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Одеська та Полтавська області. Управління охорони здоров'я у своїх відповідях зазначали такі препарати:

- трамадол
- морфіну гідрохлорид
- морфіну сульфат
- таблетки морфіну
- 0,01
- капсули трамадолу
- 0,05
- розчин морфіну гідрохлориду 1%
- морфін таблетки
- 0,005
- розчин трамадолу
- 0,05
- промедол
- омнопон
- морфін
- налбуфін
- сибазон / діазепам



Незважаючи на те, що відповіді надійшли не від усіх департаментів (управлінь) охорони здоров'я, отримані відповіді свідчать, що усі вищезазначені лікарські засоби використовуються під час лікування хронічного больового синдрому. Кількість областей, які застосовують різні опіюїдні анальгетики, показана на діаграмі.

Найчастіше під час лікування застосовують морфіну гідрохлорид (в т.ч. розчин) та трамадол.

Щодо спектру застосування опіюїдних анальгетиків, то відповідно до отриманих даних, найбільший спектр



застосовується у Сумській – 12 найменувань (однак це пояснюється повнотою отриманих даних), Хмельницькій області та м. Києві – 7, найменший у Рівненській – 2.

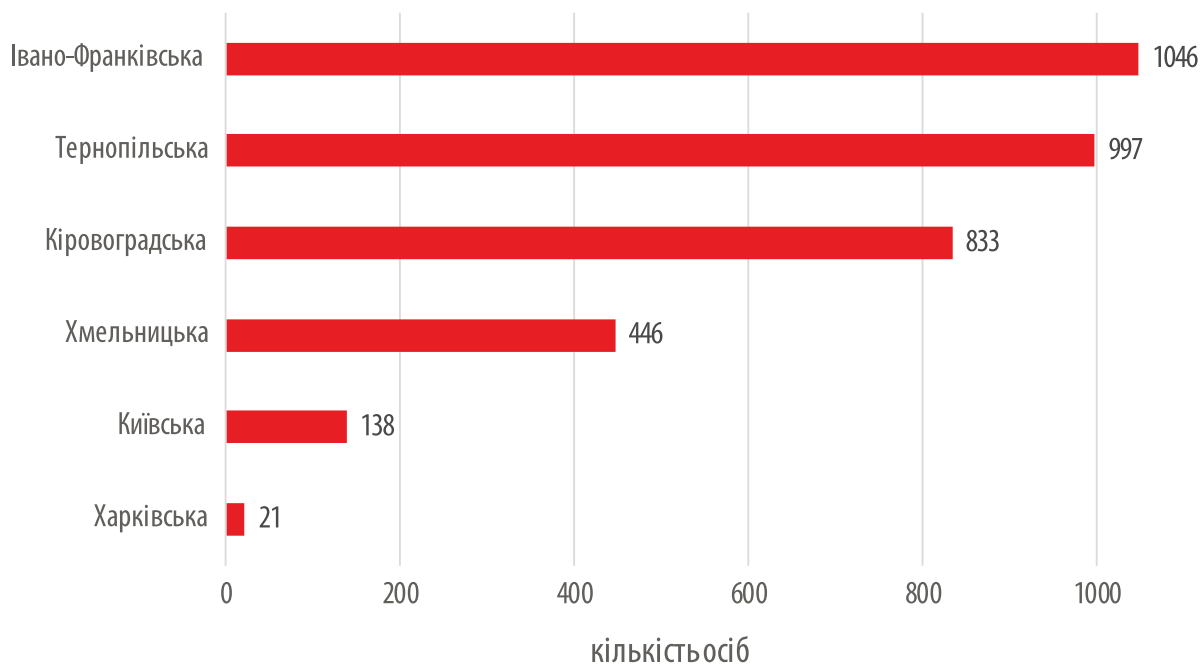
Управлінням охорони здоров'я Миколаївської ОДА також повідомлено, що для розрахунку потреби у лікарських засобах використовуються Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України, Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи «Розрахунок потреби у лікарських засобах, що містять контрольовані речовини» (МР 134.15/195.15).

2.6. Потреба у паліативній допомозі

Відповіді про обсяг потреби у паліативній допомозі не надано департаментами (управліннями) 10 областей — Вінницької, Дніпропетровської, Запорізької, Львівської, Миколаївської, Одеської, Полтавської, Рівненської, Херсонської та Чернівецької. З решти департаментів (управлінь), що надали інформацію, слід відмітити управління у Київській та Хмельницькій областях, які надали інформацію за усі запитовані періоди не лише по загальній кількості, а і у розрізі віку (діти/дорослі). Також повністю отримана інформація із Сумської області (як зазначалося вище, направлення запитів до установ нижчого рівня дозволило отримати більш повні результати). Частково надано інформацію Донецькою, Кіровоградською, Луганською областями (надано дані щодо окремих періодів), Тернопільська та Харківська області обмежилися наданням інформації про загальний обсяг потреби за 2016 рік, без зазначення вікових категорій.

Департаментом охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА у листі зазначено, що загальна потреба в паліативній допомозі дітям складає орієнтовно: стаціонарна — від 90 до 200 дітей, виїзна — понад 3500 дітей, для дорослого населення — 13170 осіб, а також надано дані щодо потреби за окремими нозологіями у 2015-2016 роках. Відповіді на запити з питання розрахунку потреби із зазначенням потреби в кількісному виразі отримано від 9 регіонів, з них по 3 (Луганська, Сумська, м. Київ) дані отримано від закладів охорони здоров'я рівня районів та міст. Слід зазначити, що через значну кількість розрізнених відповідей (а саме різні періоди по різних закладах) неможливо однозначно узагальнити показники по даним областям, що не гарантує коректних середніх значень, і тому зазначені регіони не беруться до уваги при подальшому порівняльному аналізі регіонів. При цьому, окремо було підраховано

Місячна потреба у паліативній допомозі



потребу по м. Києву (на основі наданих окремими закладами даних) за 2016 рік, що складає 3522.

Із 6 областей по яким надано дані щодо потреби в паліативній допомозі (Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Тернопільська, Харківська, Хмельницька), дані щодо потреби в розрізі вікових груп надано лише трьома областями — Івано-Франківською, Київською та Хмельницькою.

Як видно із діаграми, дані щодо потреби в паліативній допомозі по областях є досить різними, що вказує на різні підходи до її обчислення, причому якщо по перших трьох областях (Івано-Франківська, Кіровоградська, Тернопільська) середньомісячна потреба становить від 833 до 1046 осіб, то по Київській, Харківській та Хмельницькій областях показники значно відрізняються у бік зменшення.

При цьому співставлення зазначених показників із розподілом паліативних хворих за розділами медицини виглядає наступним чином (див. таблицю справа):

Як видно із таблиці, по тим областям, по яким можливе співставлення даних (Івано-Франківською та Кіровоградською областями не надано даних щодо розподілу паліативних хворих за розділами медицини), примірно співставляюваними (із врахуванням приведення показників до середніх) виглядають показники усіх областей, окрім Тернопільської — потреба у паліативній допомозі визначена тернопільською обласною лікарнею «Хоспіс» у 11963 особи на 2016 рік, в той час як загальна сума паліативних хворих за розділами медицини по закладу за 2016 рік становить 42 особи, а станом на 01.07.2017 року — 58 осіб.

Область	Потреба у ПД	Розподіл хворих за розділами медицини, усього*
Івано-Франківська	1046	—
Тернопільська	997	42
Кіровоградська	833	—
Хмельницька	446	397
Київська	138	138
Харківська	21	33

*По Тернопільській області – 42 за 2016 рік

Перелік документів, якими заклади охорони здоров'я керуються під час підрахунку потреби у паліативній допомозі (та інші відповіді на питання “Інформація про методики, які застосовуються під час підрахунку потреби у паліативній допомозі”):

- Наказ МОЗ України від 15.07.2011 №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»
- Наказ МОЗ України від 21.01.2013 №41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»
- Наказ МОЗ України від 25.04.2012 №311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі»
- Наказ МОЗ України від 31.10.2011р. №733 «Про організацію паліативної та хоспісної допомоги»
- Наказ МОЗ України 26.08.2015 № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»
- Наказ МОЗ України від 10.03.13. №584
- уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
- потреба в наркотичних засобах, психотропних речовинах і прекурсорах розраховується за фактичною наявністю хворих
- під час підрахунку потреби у паліативній допомозі застосовується для дорослого населення журнал диспансерної групи онкологічних захворювань, для дитячого населення диспансерний журнал неврологічного профілю
- методика розрахунку виходячи з середньої кількості потребуючих за останні три роки
- метод статистичного аналізу, дані клінічної картини

2.7. Облік надання паліативної допомоги

Управліннями (департаменти) у Вінницькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській та Чернівецькій областях не надано інформації щодо обліку надання паліативної допомоги в частині даних, що збираються, способу, у який такі дані збираються та рівня деталізації даних (при цьому департаментом охорони здоров'я Дніпропетровської ОДА у листі наведено перелік розпорядчих документів МОЗ, а департаментом охорони здоров'я Полтавської ОДА у листі зазначено, що інформація щодо обліку надання паліативної допомоги збирається вручну згідно з запитом.

Дані щодо обліку надання паліативної допомоги фактично отримано від 13 областей (при цьому департаментом охорони здоров'я Полтавської ОДА у листі зазначено, що «інформація щодо обліку надання паліативної допомоги збирається вручну згідно з запитом»).

Закладами охорони здоров'я для виконання покладених на них функцій збираються наступні дані (загальний перелік усіх зазначених у відповідях варіантів):

- кількість та дата отримання наркотичного засобу, опіоїдів, психотропної речовини та прекурсорів (в тому числі за пільговим відпуском)
- дата та кількість наркотичного засобу, психотропної речовини та прекурсорів видано для виконання призначення лікаря
- залишок наркотичного засобу, психотропної речовини та прекурсорів
- прізвище та ініціали відповідальної особи за видачу та отримання наркотичного засобу, психотропної речовини та прекурсорів
- ПІБ, вік, стать, місце проживання, місце роботи, назва хвороби основного захворювання та супутніх хвороб згідно МКХ-10, що привели до необхідності надання паліативної допомоги) та інша інформація, яка необхідна для організації паліативної допомоги хворому по профілю
- номер амбулаторної картки хворого
- прізвище, ім'я, по батькові члена сім'ї, опікуна або піклувальника, який отримував, або повернув невикористані залишки наркотичного засобу, психотропної речовини та прекурсорів
- дані про загальну кількість пацієнтів із хронічним больовим синдромом та обмеженим прогнозом життя
- найменування класів та окремих хвороб, кількість виписаних хворих, летальних випадків (в тому числі щорічна), виписаних ліжкоднів
- кількість ліжок (також хоспісних), фактично розгорнутих та згорнутих на ремонт на кінець звітного періоду та середньорічних
- кількість хворих, що надійшли у стаціонар
- кількість виписаних хворих
- кількість померлих
- кількість проведених хворими ліжкоднів
- кількість ліжкоднів згортання у зв'язку з ремонтом та іншими причинами
- дані про захворюваність
- діагноз, вік, соціальний статус, пільговий контингент
- статистичні дані згідно форми 17, 20
- дані занесені в історію хвороби та в журнал реєстрації пацієнтів
- дослідження відповідності призначень щодо лікування болу затвердженим клінічним протоколом
- кількість хворих в термінальних стадіях, стать, вік за нозологіями
- кількість самотніх хворих, які потребують догляду та лікування
- знеболення, забезпечення памперсами, надання психологічної допомоги батькам
- кількість хворих, категорія, рівень і структура захворюваності
- радіус обслуговування
- наявність транспортних комунікацій
- кількість викликів бригад ШМД

- кількість хворих, що перебувають на домашньому обліку
- стан захворюваності
- дані щодо поширеності хвороб
- дані щодо диспансеризації
- висновки ЛКК
- етапні епікризи, направлення для отримання паліативної допомоги від комісії ТМО
- кількість хворих, які потребують паліативної допомоги за даними лікарів загальної практики сімейної медицини відповідно до МКХ-10
- статистичні дані
- облік виписаних рецептів форми 3
- талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (форма 025-2/о)

Також, як зазначили облздрави, проводиться збір даних відповідно до державної статистичної звітності та форм:

- статистичні дані згідно форм 17, 20
- форма 3 (облік виписаних рецептів)
- талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (форма №025-2/о)

Вищезазначені дані збираються переважно вручну, однак окремими департаментами (управліннями) охорони здоров'я в областях повідомлено про використання програмного забезпечення виробництва ПП «Інфомед Плюс» — програмних комплексів «Медстат», «Медичні кадри», «Поліклініка та стаціонар».

Рівень деталізації даних, які збираються — переважно в цілому по закладу або по підрозділах (66,7% відповідей), однак деякі відповіді свідчать про практику збору даних по кожному пацієнту окремо (20%); також застосовується комбінація обох способів (13,3%).

Перелік нормативно-правових актів та інших документів, якими заклади охорони здоров'я керуються під час обліку надання паліативної допомоги:

- Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23 грудня 2009 року N1794-VI
- Закон України «Про захист персональних даних» №2297-VI від 01.06.2010
- Закон України від 15.02.1995 р. №60/95-ВР «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»
- Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
- Методичні рекомендації МОЗ України «Організаційно-методичні заходи до призначення та виписування рецептів на лікарські засоби фармакологічної групи “наркотичні анальгетики”»
- Наказ Головного управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації №159 від 11.08.99 року «Про заснування державної комунальної установи охорони здоров'я „Харківський обласний медико-соціальний центр (ХОСПС)“»
- Наказ Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 20.03.2013 р. №156 «Про організацію паліативної допомоги в Херсоні та Херсонській області»
- Наказ МВС України від 15.05.2009 р. №216 «Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин»
- Наказ МОЗ від 19.07.2005 №360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень»
- Наказ МОЗ від 21.01.2013 №41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні»
- Наказ МОЗ від 30.12.2011 №1008 «Про затвердження примірних положень про

заклади охорони здоров'я»

- Наказ МОЗ України від 03.07.2007 р. №368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»
- Наказ МОЗ України від 07.08.2015 р. №494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у 303»
- Наказ МОЗ України від 07.11.11 №768 «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я „Хоспіс“, виїзних бригад „Хоспіс вдома“, паліативного відділення»
- Наказ МОЗ України №311 від 25.04.12 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі»
- Наказ МОЗ України №420 від 15.07.11 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»
- Наказ Мінсоцполітики України від 29.01.2016 №58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду»
- Наказ управління охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації від 20 лютого 2013 року №236
- План заходів щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Харківській області на 2016-2017 роки, затверджений Департаментом охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації
- Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»
- Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2009 №208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я»
- Постанова КМУ від 03.06.2009 р. №589 «Про затвердження Порядку впровадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та контроль за їх обігом»
- Постанова КМУ від 06.05.2000 р. №770 «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»
- Рішення Колегії МОЗ України від 29.04.10 «Розвиток хоспісної та паліативної медицини»
- Рішення Рівненської обласної ради від 12.06.15 №1472 «Про Обласну програму розвитку паліативної допомоги та догляду в Рівненській області на 2015-2020 роки»
- Спільний наказ МОЗ України та Національної академії медичних наук України від 14.05.10 №409/36 «Про виконання завдань та заходів загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року»
- Статут комунального закладу охорони здоров'я харківського обласного центру паліативної медицини «Хоспіс», затвердженого Харківською обласною радою 30.11.2016 р.»
- Інструкція до форми №20, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 №378

3. Аналіз виконання Уніфікованого клінічного протоколу з хронічного больового синдрому (Полтавська область)

З метою забезпечення системного підходу до проведення досліджень, до плану роботи було включено розробку та направлення запиту до обласних управлінь охорони здоров'я щодо основних показників діяльності закладів у галузі паліативної допомоги. За допомогою даних звітних форм планувалося отримати дані, збір яких не регламентовано діючими нормативними документами в галузі статистичної звітності, проте які мають важливе значення для кількісного вимірювання окремих процесів та явищ, що стосуються надання допомоги пацієнтам із хронічним больовим синдромом. Враховуючи специфіку роботи медичних закладів, регіональні відмінності, наявність різних підходів до організації надання допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом, за основу звітних таблиць було узятो уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затверджений наказом міністерства охорони здоров'я України від 25 квітня 2012 р. №311. Оскільки даний протокол є обов'язковим для використання в роботі, це, на нашу думку, дозволило б принаймні у першому наближенні забезпечити співставлення основних показників діяльності медичних закладів.

Відповідно, форми таблиць (див. у додатках онлайн: <http://tiny.cc/dodatky>) відповідають розділам уніфікованого клінічного протоколу, зокрема:

A2: Загальна частина

- Загальна характеристика закладу охорони здоров'я
- Залучення медичних працівників закладу охорони здоров'я до надання паліативної медичної допомоги
- Наявність мобільної бригади фахівців для надання паліативної медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом в домашніх умовах

A2.1: Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

- Надання паліативної медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

A2.2: Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну амбулаторну медичну допомогу

- Надання паліативної медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом закладами охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу в амбулаторних умовах

A2.3: Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну стаціонарну допомогу

- Надання паліативної медичної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з хронічним больовим синдромом в стаціонарних умовах

A.3.2. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики:

- Спеціальні тести
- Застосування у закладі методів діагностики рівня болю у пацієнтів з хронічним больовим синдромом

A.3.3. Лікування ХрБС

- Застосування клінічних підходів до лікування (контролю) хронічного больового синдрому

А.4.1. Вимоги для установ, які надають паліативну медичну допомогу

- Лікарські засоби, що застосовуються для контролю хронічного больового синдрому
- Додатково, з метою дослідження особливостей функціонування окремих закладів охорони здоров'я, було також створено наступні звітні форми:
- Нормативні документи з питань обліку надання паліативної допомоги, якими керується заклад охорони здоров'я
- Характеристика електронної медичної інформаційної системи
- Паралельно фахівцями Українського центру суспільних даних було розроблено онлайн-версію звітних форм з метою спрощення доступу та їх заповнення.

Апробація у Полтавській області

Онлайн-версію звітних форм було використано під час апробації проекту форми медичної статистичної звітності з паліативної допомоги, що проходила у Полтавській області у жовтні 2017 року. В результаті було отримано відповіді (заповнені онлайн форми) від 37 закладів охорони здоров'я Полтавської області.

Дані щодо хронічного больового синдрому та надання паліативної допомоги

1. Загальна характеристика закладу охорони здоров'я за 2016 рік

Наявність в ЗОЗ письмового локального протоколу з клінічним маршрутом пацієнта

☐ Так ☐ Ні

ЗОЗ є спеціалізованим медичним закладом з паліативної допомоги

☐ Так ☐ Ні

Надає первинну медичну допомогу

☐ Так ☐ Ні

Надає вторинну амбулаторну медичну допомогу

☐ Так ☐ Ні

Надає вторинну стаціонарну допомогу

☐ Так ☐ Ні

2. Залучення медичних працівників закладу охорони здоров'я до надання паліативної медичної допомоги за 2016 рік

Всього залучено медичних працівників до надання паліативної медичної допомоги, кількість осіб

Зазначається кількість осіб



З НИХ

Лікарів

Зазначається кількість осіб



Медичних сестер

Зазначається кількість осіб



По наступним закладам охорони здоров'я відмічається дублювання даних:

КЗ «Чорнухинський ЦПМСД» - 2

КЗ «ЦПМСД № 2» - 3

Карлівська центральна районна лікарня ім. Л.В.Радевича - 2

Козельщинський Центр первинної медико-санітарної допомоги - 2

Решетилівська центральна районна лікарня — 2

Скоріше за все, користувачі починали новий сеанс додавання даних, замість продовження попереднього. Для дослідження обрано дані за останні сеанси, крім випадків, коли попередні сеанси містили більше даних.

Методологія визначення наповнюваності масиву даних

Для аналізу змістовності в даному випадку було узято масив змінних по кожному респонденту за виключенням загальної інформації про заклад (усього 88 змінних/ запитань анкети). В якості змістовних визначено відповіді, по яким частка змінних, значення яких відрізняються від 0, перевищує 15%. Відповідно до описаної методології, кількість змістовних відповідей становить 30.

Масив даних

Масив даних складається із відповідей 37 закладів охорони здоров'я Полтавської області за період із 02 по 12 жовтня 2017 року. Майже всі заклади (35 із 37) заповнили форму протягом одного дня, окрім КЗ «Полтавський районний клінічний центр первинної медичної допомоги» (1 день) та Полтавської центральної районної клінічної лікарні (3 дні).

Час, витрачений на заповнення форми, в середньому становить 1 год. 14 хв., при цьому 7 закладів (КЗ «Кременчуцький районний ЦПМСД», Дитяча міська клінічна лікарня м. Полтава, Котелевський ЦПМСД, Машівський Центр ПМСД, КЗ «ЦПМСД Диканського району Полтавської області», міська клінічна лікарня №2 м. Полтави, Козельщинська ЦРЛ) витратили на заповнення форми не більше 15 хвилин (слід відмітити, що три заклади з перелічених відповіли на найбільшу кількість питань).

Найповніше відповіли на питання онлайн-анкети: КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги Диканського району Полтавської області» — 46 відповідей із 88 змінних, КЗ «Кременчуцький районний центр первинної медико-санітарної допомоги» — 44, КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1м. Полтави», міська клінічна лікарня №2 м. Полтави — по 39. На найменшу кількість питань дали відповіді (серед змістовних) — КЗ «Зіньківський центр первинної медико-санітарної допомоги» — 15, Семенівська центральна районна лікарня — 14.

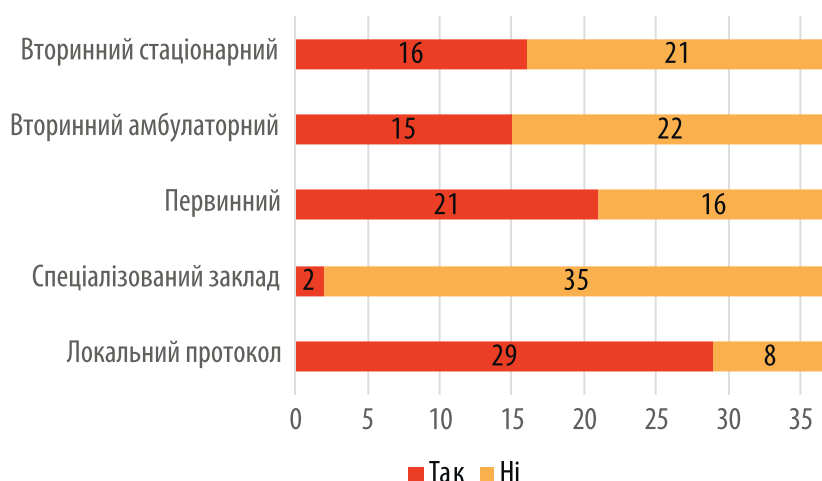
Методологічні та арифметичні помилки

В цілому масив відповідей задовольняє умовам перевірки на арифметичні (суми у стовпчиках «з них» не перевищують значення у відповідних стовпчиках «усього») та методологічні (співвідношення кількості пацієнтів, що прибули та вибули) помилки, однак є винятки.

Так, деякими закладами (Лубенський міський центр ПМСД, КЗ «Кременчуцький районний центр первинної медико-санітарної допомоги») за наявності пацієнтів, у яких діагностовано хронічний біль та до яких застосовано методи лікування, зазначено, що загальна кількість пацієнтів дорівнює нулю.

По Котелевському ЦПМСД кількість пацієнтів, що направлена до закладів вторинного (спеціалізованого) рівня допомоги є більшою за кількість пацієнтів, до яких застосовано амбулаторне лікування, а по Оржицькій ЦРЛ кількість пацієнтів, до яких застосовано амбулаторне лікування, є меншою, ніж сума загальної кількості пацієнтів, що направлена до закладів вторинного (спеціалізованого) рівня допомоги та кількості летальних випадків.

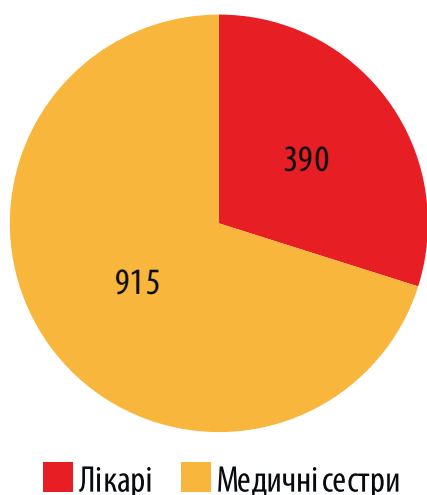
3.1. Загальна характеристика закладів



Із 37 закладів спеціалізованими (з надання паліативної допомоги) є лише 2, а письмовий локальний протокол з клінічним маршрутом пацієнта у 8 закладах відсутній.

3.2. Медичний персонал, залучений до надання паліативної допомоги

Медичний персонал



Із 37 закладів, що взяли участь в опитуванні, 7 закладів (Кременчуцька та Козельщинська ЦРЛ, Горішньоплавнівська міська лікарня, КЗ «ЦПМСД Диканського району Полтавської області», міські клінічні лікарні м. Полтави №№2, 3, 4 взагалі не надали даних щодо кількості медичного персоналу, залученого до надання паліативної допомоги.

З решти закладів некоректне заповнення форми спостерігається по міській клінічній лікарні м. Полтави №1 (при загальній кількості медичного персоналу 1 особа наявні 1 лікар та 5 медичних сестер); також такі заклади як Решетилівська центральна районна та дитяча міська клінічна у м. Полтава лікарні, КЗ «Полтавський ЦПМСД №1», Лубенський міський, Карлівський, Кременчуцький, Полтавський районні ЦПМСД вказали кількість персоналу по категоріях, але не зазначили загальну кількість персоналу — для таких закладів загальна кількість

персоналу прийнята за суму наданих даних про структуру персоналу.

Загалом по області, відповідно до наданих відповідей, налічується 1305 осіб медичного персоналу, з них 390 лікарів (29,9%) та 915 медичних сестер (70,1%). Інші категорії персоналу (психологи та соціальні працівники) у закладах відсутні. Середня кількість персоналу (залученого до паліативної допомоги) в одному закладі — 43 особи, з них 13 лікарів та 30 медичних сестер.

У закладах, що надали дані про кількість персоналу, кількість пацієнтів, що звернулася зі скаргами на хронічний біль, або була направлена із закладів первинного рівня, становить 1451 особу, тобто в середньому навантаження на одного лікаря становить 3,7 пацієнта, на медичну сестру — 1,6.

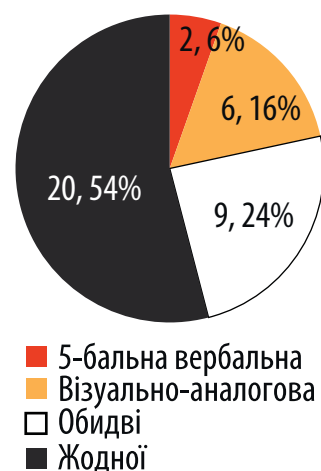
3.3. Спеціальні тести

Спеціальні тести, спрямовані на оцінку реакції організму пацієнта на анальгетичну дію ЛЗ та побічних ефектів анальгетиків та інших засобів лікування болю (сенсометрія, електроенцефалографія, спірографія, визначення рівня кортизолу, соматотропного гормону, глюкози та ін.) проводилися лише у 4 закладах із 37, що становить 10,8% (КЗ «Полтавський районний ЦПМСД» та ЦПМСД №3 м. Полтави, Козельщинський ЦПМСД, дитяча міська клінічна лікарня м. Полтава).

Загальна кількість пацієнтів, стосовно яких проводилися тести — 182 особи, причому найбільша кількість спостерігається у КЗ «Полтавський районний ЦПМСД» — 102 особи (56% загальної кількості), що співвідноситься із кількістю персоналу, залученого до надання паліативної допомоги (167 осіб, перше місце по кількості серед закладів, що надали відповіді).

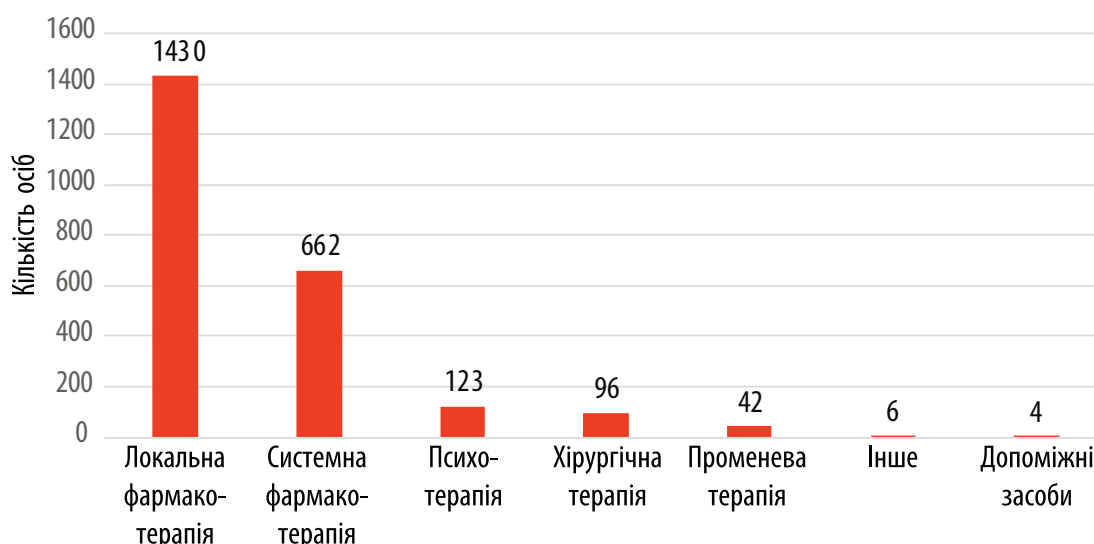
3.4. Застосування методів діагностики рівня болю

Питома вага застосування методів діагностики рівня болю показана на діаграмі. Більше ніж половина закладів взагалі не застосовують методів діагностики рівня болю із використанням спеціальних шкал: 5-бальної вербальної або ж візуально-аналогової, натомість 9 закладів (24%) застосовують обидва методи діагностики, а у 8 закладах застосовується або один, або інший метод.



3.5. Застосування клінічних підходів до лікування

Загалом тією чи іншою мірою клінічні підходи до лікування хронічного больового синдрому було застосовано до 2630 осіб. Розподіл за окремими клінічними підходами показано на діаграмі. Як видно із діаграми, найбільш поширеними є застосування локальної та системної фармакотерапії (1430 та 662 особи відповідно, або 54,4% та 25,2%). Найменш поширеним (за виключенням інших та допоміжних методів) є застосування променевої терапії (42 особи, або 1,6%). Слід відмітити, що такі клінічні підходи, як електростимуляційна анальгезія, деструктивна нейрохірургія та блокада нервів жодним закладом не застосовувались.



Найбільша кількість різних клінічних підходів до лікування спостерігається у Козельщинському ЦПМСД та КЗ «Полтавський районний клінічний ЦПМСД» — крім фармакотерапії обох видів даними закладами застосовуються психотерапія, хірургічна та променева терапія, а також інші та допоміжні методи.

Дані про застосування лікарських засобів надали 27 закладів із 37. За результатами проведеного аналізу використання лікарських засобів для контролю хронічного больового синдрому виявлено, що спільним для усіх закладів є застосування неопіоїдних анальгетиків, снодійних та седативних та нестероїдних засобів — серед 1739 пацієнтів перелічені лікарські засоби отримувало більше 1000 осіб. Із 24 лікарських засобів найбільший діапазон їх застосування спостерігається по наступним закладам охорони здоров'я: КЗ «Полтавський районний клінічний ЦПМСД» та КЗ «ЦПМСД №1 м. Полтави» по 18 найменувань на 1072 та 422 особи відповідно, КЗ «ЦПМСД №3 м. Полтави» 16 найменувань на 532 особи, Полтавська ЦРЛ — 12 найменувань на 3962 особи, 12 закладів використовують під час лікування до 5 найменувань лікарських засобів.

Висновки

Проведене пілотне тестування отримання даних щодо паліативної допомоги при хронічному больовому синдромі дозволяє не лише отримати дані, які безпосередньо стосуються застосування затвердженого МОЗ клінічного протоколу, а і проводити їх співставлення та аналіз, що дозволяє ефективно контролювати практику надання медичної допомоги в регіоні, в тому числі застосування лікарських засобів.

За умови належної розробки онлайн-інструментів та відповідного рівня розвитку інформаційних технологій на рівні окремих закладів, можна отримати потужний і водночас зручний інструмент для регіонального департаменту або управління охорони здоров'я.

Зважаючи на відсутність відповідних первинних облікових форм, та значний період, за який запитувалася інформація, можна вважати це онлайн-анкетування щодо виконання протоколу з ХБС — скоріше опитуванням, ніж збором даних.

При цьому, при всіх можливих недоліках / похибках, цей спосіб теж можливий, коли збір даних не врегульований офіційними документами.

4. Апробація проекту статистичної форми з паліативної допомоги (Полтавська область)

Враховуючи той факт, що станом на сьогодні в Україні відсутня окрема медична статистична звітність з паліативної допомоги, однією з основних цілей проекту “Надійна статистична звітність у сфері паліативної допомоги” є розробка та впровадження статистичної звітності з питань надання паліативної допомоги. При цьому, це може бути як у вигляді окремої форми, так і у вигляді доповнень до інших форм. Так, з метою апробації, було розроблено проект форми звітності **“Звіт щодо надання паліативної допомоги населенню за 20__ рік”**.

4.1 Проект форми звітності та методика апробації

Проект форми складався з 6 таблиць:

- 1001 Кількість осіб, яким надавалась паліативна допомога під час первинної медичної допомоги
- 1002 Кількість осіб, яким надавалась паліативна допомога під час первинної медичної допомоги – вдома (з табл. 1001)
- 1003 Кількість осіб, яким надавалась спеціалізована паліативна допомога під час вторинної / третинної медичної допомоги – в амбулаторних умовах
- 1004 Кількість осіб, яким надавалась спеціалізована паліативна допомога під час вторинної / третинної медичної допомоги – в стаціонарних умовах
- 1005 Кількість осіб, яким надавалась спеціалізована паліативна допомога під час вторинної / третинної медичної допомоги – в умовах денного стаціонару
- 2001 Кадрове забезпечення закладу, задіяне у наданні паліативної допомоги

Таблиці 1001-1005 містять інформацію щодо того, для хворих з якими діагнозами за МКХ10 розпочато надання паліативної допомоги (протягом року), припинено надання паліативної допомоги (у тому числі у зв'язку із смертю), надається паліативна допомога станом на кінець року, які клінічні підходи застосовувалися під час надання паліативної допомоги відповідно до різних діагнозів за МКХ10. При цьому, має місце розподіл за статтю, місцем проживання (місто-село), віком (діти-дорослі).

Графи 11 – 15 таблиць 1001 – 1005 містять інформацію щодо клінічних підходів, що застосовувались під час надання паліативної допомоги, а саме: щодо системної фармакологічної терапії хронічного больового синдрому, терапії із застосуванням опіоїдних анальгетиків, терапії із застосуванням препаратів морфіну, хірургічної терапії, променевої терапії.

Таблиця 2001 містить інформацію про кількість лікарів різних спеціальностей (фізичних осіб, штатних посад, зайнятих посад) — у амбулаторній мережі, у стаціонарній мережі, у денних стаціонарах.

Для виявлення можливих проблем із заповненням форми закладами охорони здоров'я, отримання коментарів щодо вдосконалення форми, зауважень від безпосередніх користувачів такої форми у майбутньому, було проведено

апробацію проекту зазначеної форми статистичної звітності у пілотному регіоні — у Полтавській області.

Листом від в.о. директора Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА Ю.В. Курилко, до керівництва закладів охорони здоров'я Полтавської області було надіслано проект статформи 25 вересня 2015 року. Відповіді (заповнені форми) надходили електронною поштою до 19 жовтня 2017 року. Проект форми “Звіт щодо надання паліативної допомоги населенню за 20__ рік”, що використовувався під час апробації у пілотному регіоні — знаходиться у додатках за адресою <http://tiny.cc/dodatky>.

Слід зазначити, що апробація статистичної форми відбувалася в умовах певних методологічних обмежень. Так, інструкція по заповненню проекту статистичної форми містила посилання на форми первинної облікової документації (025/о, 003/о, 066/о, 066-1/о, 030/о, 030-1/о, 030-4/о, 030-6/о, 081/о, 039/о, 051/о), однак на даний час у цих формах первинної облікової документації відсутня фіксація факту надання паліативної допомоги чи її видів. Власне, одним із завдань апробації і було виявити, наскільки затратним з точки зору людських та часових ресурсів є подання даних щодо надання паліативної допомоги закладами охорони здоров'я, за умов недосконалої первинної облікової документації.

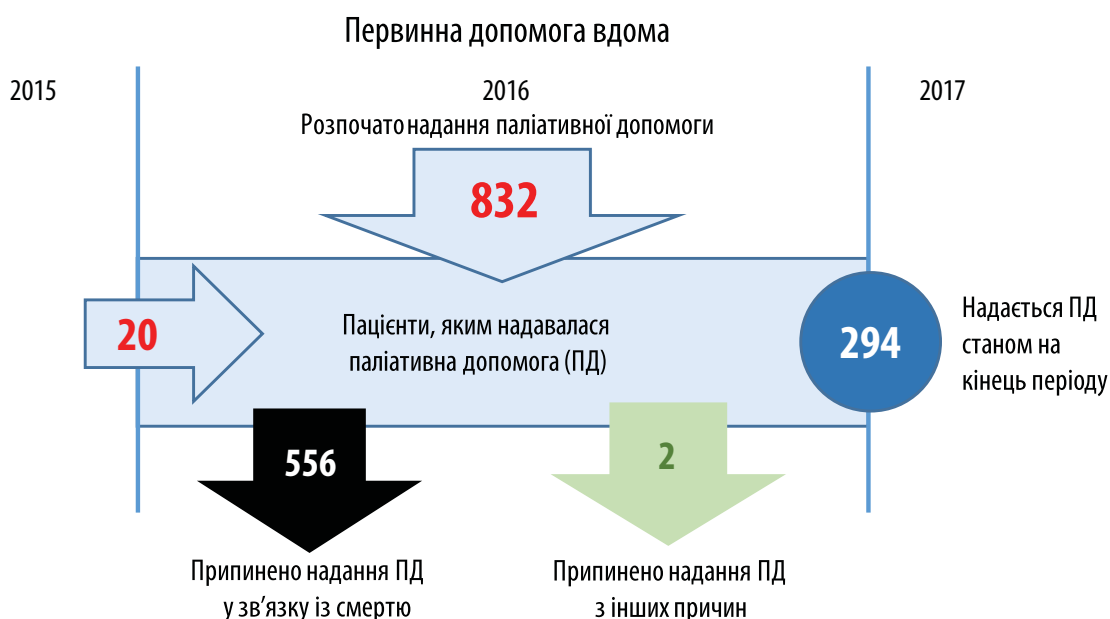
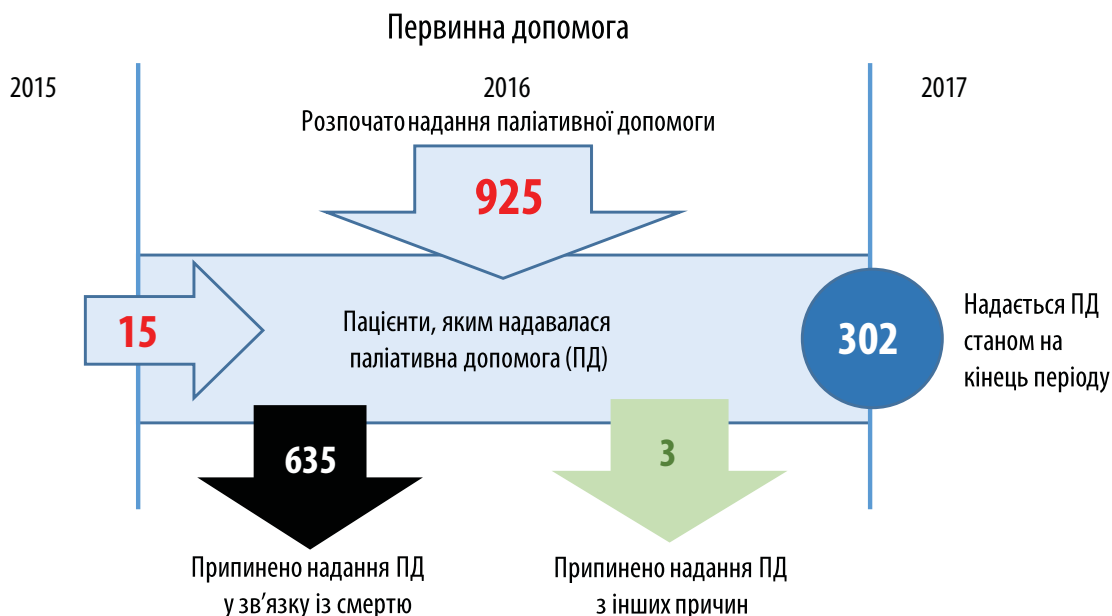
4.2. Отримання даних від закладів охорони здоров'я

Всього надійшло статистичних форм від 19 закладів охорони здоров'я Полтавської області. Серед них: 6 центральних районних лікарень, 10 ЦПМСД, 2 міські лікарні, 1 дитяча міська клінічна лікарня. При цьому, частина лікарень надала дані за 2016 і 2017, деякі лише за 2016, деякі за 2017, одна лікарня надала дані сумарно за 2016 і половину 2017 р.

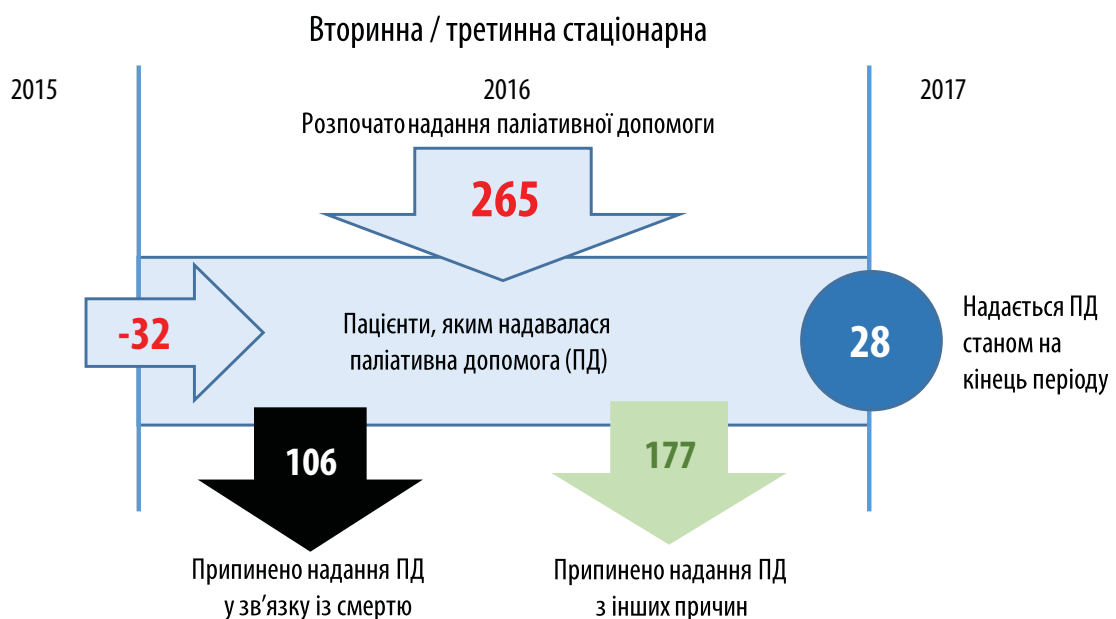
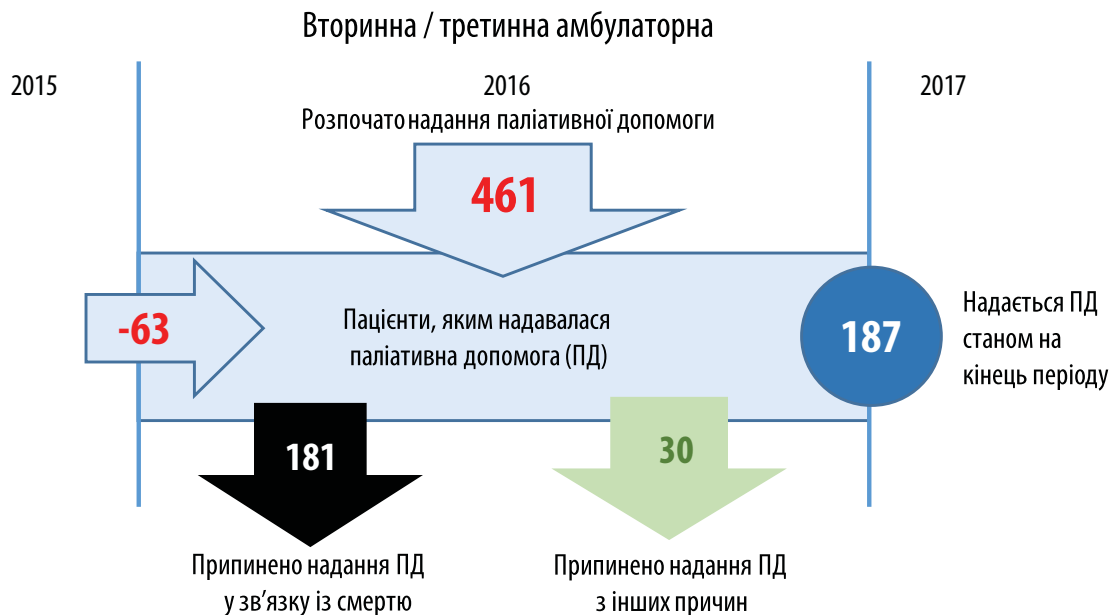
Назва ЗОЗ	2016	2017	2016 + 1 пол. 2017
Гадяцька ЦРЛ	+	+	
Гадяцький ЦПМСД	+	+	
Глобинський ЦПМСД	+	+	
Горішньоплавнівська міська лікарня	+	+	
Дитяча міська клінічна лікарня м. Полтава			+
КЗ «ЦПМСД №1» у м. Полтава	+	+	
КЗ « Оржицький ЦПМСД»	+	+	
КЗ «Полтавський районний клінічний ЦПМСД»	+	+	
КЗ «Центр ПМСД № 2 м.Полтави»	+	+	
Козельщинська центральна районна лікарня	+		
«Семенівський ЦПМСД Семенівської районної ради		+	
Кременчуцька перша міська лікарня ім.О.Т.Богаєвського	+	+	
Кременчуцька центральна районна лікарня	+	+	
Лохвицька ЦРЛ	+	+	
Машівський Центр ПМСД	+	+	
Новосанжарська центральна районна лікарня	+	+	
ЦПМСД Решетилівського району	+	+	
ЦПМСД Диканька	+	+	
Чутівська ЦРЛ	+	+	

4.3. Надання паліативної допомоги

У закладах первинного рівня, у 2016 році було розпочато надання паліативної допомоги 858 пацієнтам (818 на дому), 576 пацієнтам припинено у зв'язку із смертю (із них 546 на дому), 2 — припинено з інших причин (із них 1 на дому). На кінець 2016 року 292 пацієнтам продовжувала надаватися паліативна допомога (283 на дому).



На вторинному / третинному рівні в амбулаторних умовах у 2016 розпочато надання паліативної допомоги 461 особі, у стаціонарній — 202 особам. Припинено надання паліативної допомоги у зв'язку із смертю 181 особі (амбулаторна) і 94 особи (стаціонарна). При цьому, очевидно, при заповненні проекту статформи під час апробації були допущені помилки, що вилилося у невідповідність показників.



Так, відповідно до наданих даних, виходить, що з попереднього періоду (з 2015 року) було продовжено надання паліативної допомоги від'ємній кількості пацієнтів, що очевидно є неможливим, і свідчить про помилки у введених даних.

Спеціалізована паліативна допомога під час вторинної / третинної медичної допомоги в умовах денного стаціонару надавалася лише в одному закладі — у Гадяцькій

центральної лікарні. У 2016 році таку допомогу розпочали надавати лише 4 пацієнтам, 2 пацієнтам припинено надання (у зв'язку із смертю). У першому півріччі 2017 допомогу в умовах денного стаціонару розпочали надавати також 4 пацієнтам, припинено надання 4 пацієнтам, із них 2 у зв'язку із смертю. У всіх цих пацієнтів зафіксовані онкологічні захворювання (новоутворення).

Розпочато надання паліативної допомоги



4.4. Надання паліативної допомоги за групами захворювань

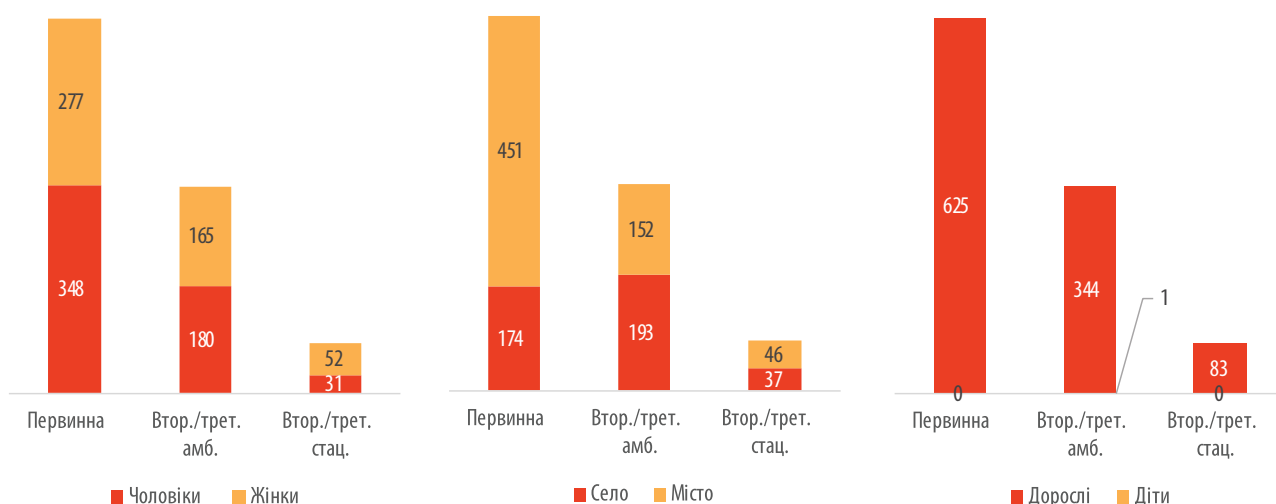
Хоча й дані недостатньо повні, вони дозволяють побачити надання паліативної допомоги за нозологічними групами, і у розрізі рівнів медичної допомоги у тому числі.

Розпочато надання паліативної допомоги у 2016 р., осіб



Якщо розглядати надання паліативної допомоги окремо за групами діагнозів, і при цьому окремо виділяються новоутворення — їх більше на первинній, ніж на вторинній, і серцево-судинні (так само). При цьому хвороби нервової системи, травлення, інфекційні — практично усім надається паліативна допомога на вторинному рівні.

Апробація проекту форми статистичної звітності показала, що також можливо отримати дані щодо надання паліативної допомоги чоловікам та жінкам окремо, за типом поселення (місто-село), та віком — в межах окремих нозологій та за різними рівнями медичної допомоги. Нижче наведено приклад таких розподілів пацієнтів з новоутвореннями, яким надавалася паліативна допомога у 2016 році (варто пам'ятати, що це лише часткові дані для Полтавської області).



Запропонований у проекті статистичної форми рівень деталізації дозволяє деталізувати дані до рівня специфічного діагнозу. Так, до прикладу, відповідно до даних, отриманих у процесі апробації, в межах діагностичної групи “Новоутворення” найбільше осіб отримували паліативну допомогу з діагнозом новоутворення трахеї, бронхів, і легенів — 163 особи, молочної залози — 134, тощо.

4.5. Клінічні підходи при наданні паліативної допомоги

У розрізі клінічних підходів, що застосовувалися у наданні паліативної допомоги, під час апробації можна було проаналізувати розподіл за такими видами підходів: системна фармакотерапія ХБС (в т.ч. опіоїди, в т.ч. морфін), хірургічна терапія, променева терапія.



При цьому, серед усіх пацієнтів, яким надавалася фармакологічна терапія хронічного больового синдрому, частка пацієнтів, до яких застосовувалися препарати морфіну, становить менше чверті.

	Системна фармтерапія	Опіоїди	Морфін	Хірургічна терапія	Променева
Первинна	651	510	228	4	7
Первинна вдома	555	465	207	4	7
Втор./трет. амбул.	369	131	62	52	31
Втор./трет. стац.	242	137	7	4	0
Втор./трет. денний стац.	4	4	1	0	0

Загальний розподіл клінічних підходів за рівнями медичної допомоги не являє несподіванок, із найбільшою кількістю пацієнтів, яким надавалася фармтерапія на первинному рівні, у той час як хірургічна та променева терапія надавалася на вторинному рівні (але одиничні випадки зафіксовані і на первинному). Розглянувши ж розподіл видів клінічних підходів за групами нозологій (за 2016 рік), варто відзначити, що окрім новоутворень, що забирають на себе основну частку фармтерапії із застосуванням опіоїдів, опіоїди застосовувалися також при хворобах кістково-м'язової системи та сполучної тканини, нервової системи, органів травлення, сечостатевої системи, системи кровообігу. Окрім онкологічних захворювань, морфін також призначали для хвороб систем кровообігу та сечостатевої системи.

4.6. Кадрове забезпечення паліативної допомоги

Найменше даних було надано у розрізі кадрового забезпечення, і, схоже, надані дані містили деякі помилки. Всього інформацію щодо кадрового забезпечення паліативної

допомоги надали 7 закладів охорони здоров'я Полтавської області, що дозволяє робити певні висновки лише щодо стану справ у цих закладах (Гадяцький ЦПМСД, Дитяча міська клінічна лікарня м. Полтави, ЦПМСД №1 у Полтаві, Полтавський районний клінічний центр первинної медичної допомоги, Машівський ЦПМСД, ЦПМСД Диканька, Чутівська ЦРЛ).

Так, до надання паліативної допомоги у 2016 році у закладах, що надали дані, було залучено 105.5 фізичних осіб (?) за 102 штатних посад лікарів загальної практики — сімейної медицини — і то, лише в амбулаторній мережі. В амбулаторній мережі також було залучено до надання паліативної допомоги 7 лікарів-педіатрів. У першому півріччі 2017 р. суттєво збільшилася кількість залучених кадрів. Так, лікарів загальної практики стало 139.75 (як це?) фізичних осіб при 124.5 штатних посад.

Дитяча міська клінічна лікарня Полтави подала дані сумарно за 2016 рік та 1 половину 2017, тому вони не були враховані під час загального аналізу. При цьому, для цієї лікарні вказано, що до паліативної допомоги залучено 1 лікаря-ендокринолога (1 ставка), 1 лікаря-невролога дитячого (0.5 ставки), 1 лікаря-онколога дитячого (0.5 ставки).

4.7. Висновки та рекомендації щодо проекту форми медичної статистичної звітності

Результати апробації проекту форми медичної статистичної звітності у пілотному регіоні (в Полтавській області) свідчать, що збір певних даних щодо надання паліативної допомоги є можливим, але результати можуть мати значну кількість помилок.

Отже, створення і запровадження на додачу десяткам існуючих ще однієї «паперової» форми медичної статистичної звітності може бути лише тимчасовим рішенням, а для своєчасного отримання детальних і достовірних даних доцільно було б запровадити наскрізну електронну систему персоніфікованої інформації до рівня кожного пацієнта, яка включала б зокрема історію хвороби. Результатом функціонування такої системи стане накопичення величезних масивів даних, придатних для всебічного аналізу. В умовах інформатизації суспільства іншої альтернативи запровадженню систем фіксації, збереження, і аналізу медичних даних, які відповідають вимогам часу — немає, питання лише у тому, коли в Україні будуть запроваджені ці системи та наскільки вони будуть інтероперабельними і масштабованими.

Обговорення результатів апробації відбулося 6 листопада 2017 року в місті Полтаві за участі керівництва ДООЗ ОДА та представників закладів охорони здоров'я, що брали участь в апробації. Серед інших коментарів, необхідно відзначити рекомендації фахівців Полтавського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики:

- вилучити з форми звітності таблиці. 1002, 1005 та 2001 як неінформативні;
- доповнити перелік нозологічних форм в усіх таблицях рядком 106 (інші захворювання);
- з метою покращення обліку пацієнтів, яким надається паліативна допомога можливе внесення змін до форм облікової медичної документації — контрольних карт диспансерного нагляду ф. 030/о, ф.030-1/о, ф.030-4/о та реєстраційної карти ф. 030-6/о (для амбулаторної допомоги), а також до ф. 066/о та ф. 066-1/о (для стаціонарної допомоги).

Одне з критичних питань, що його піднімали учасники обговорення — концептуальне питання статусу “паліативного пацієнта”, якими мають бути критерії чи рамки, які могли б допомогти визначити ці поняття.

5. Дані щодо обігу морфіну у Полтавській області

Під час апробації у Полтавській області проекту форми медичної статистичної звітності **“Звіт щодо надання паліативної допомоги населенню за 20__ рік”** та збору даних щодо виконання клінічного протоколу з хронічного больового синдрому, принагідно було проаналізовано стаціонарне та амбулаторне споживання морфіну у Полтавській області.

Сприятливою обставиною для проведення такого аналізу була особливість Полтавської області — наявність ліцензій на продаж наркотичних засобів, психотропних речовин чи прекурсорів тільки у 27 аптечних закладів аптечної мережі КП “Полтавафарм”, що забезпечило централізацію та повноту потрібної інформації по області. За сприяння Інституту аналітики та адвокації було отримано дані щодо поширення морфіну за 2012-2015 рр.

За період, що досліджується, мережа аптечних закладів КП “Полтавафарм” не зазнала суттєвих змін — в області налічується 33 заклади, з них 8 у містах (6 у м. Полтава, 2 в м. Кременчук), та 25 у районах області — по 1 закладу на район.

Асортимент лікарських засобів (за формою випуску) в цілому зріс порівняно з початком періоду, що досліджується. Так, кількість найменувань (за формою випуску) відпущених за амбулаторною рецептурою лікарських засобів у 2015 році порівняно із 2012 роком зросла у 23 закладах з 33, у 2015 році порівняно із середнім значенням

за попередні 3 роки — зросла у 26 закладах. За стаціонарною рецептурою аналогічні показники відпуску змінилися значно менше — у 2015 році порівняно із 2012 кількість найменувань за формою відпуску зросла лише по 5 закладам, у порівнянні з середнім — у 8.

За період з 2012 по 2015 роки дещо зросла частка препаратів, що відпускаються за амбулаторною рецептурою — якщо у 2012 році амбулаторно відпускалися 14 найменувань лікарських засобів, то у 2015 році вже 16, і навпаки — за цей же період з 19 до 17 зменшилася кількість препаратів, що відпускаються за стаціонарною рецептурою.

Якщо визначити аптеки-лідери по кількості найменувань та форм відпуску лікарських засобів, то з усіх представлених закладів можна відмітити два — МЛА 210 (м. Миргород) по амбулаторній рецептурі та МЛА 207 по стаціонарній (що узгоджується із кількістю

Райони Полтавської області	Амбулаторія		Стаціонар	
	Морфін (грами)	грамів на 10 тис. населення	Морфін (грами)	грамів на 10 тис. населення
Великобагачанський	1,9	0,76	1,4	0,56
Гадяцький	11,7	2,18	0,6	0,11
Глобинський	26,2	5,97	0,8	0,18
Гребінківський	2,9	1,28	1,5	0,66
Диканський	0	0	4,6	2,41
Зіньківський	0,3	9	0,1	3
Карлівський	14,6	4,29	9,2	2,69
Кобеляцький	18	4,23	4,8	1,13
Козельщинський	5,3	2,68	0,5	0,23
Котелевський	4	2,03	0	0
Кременчуцький	43,4	1,36	124	3,9
Лохвицький	8,2	1,9	17,7	4,09
Лубенський	20	2,55	12,9	1,65
Машівський	0,3	0,15	0,4	0,18
Миргородський	25,2	3,56	26	3,67
Новосанжарський	29,1	8,41	7,4	2,14
Оржицький	6,3	2,57	0,2	6
Пирятинський	2,5	0,79	3,9	1,22
Полтавський	121,3	3,42	64,9	1,83
Решетилівський	3,1	1,18	0	0
Семенівський	12,4	4,87	1,1	0,41
Хорольський	3,6	1,04	0,8	0,23
Чорнухинський	2,9	2,53	0,4	0,35
Чутівський	12	5,19	0,3	0,11
Шишацький	0,2	0,1	0,8	0,39

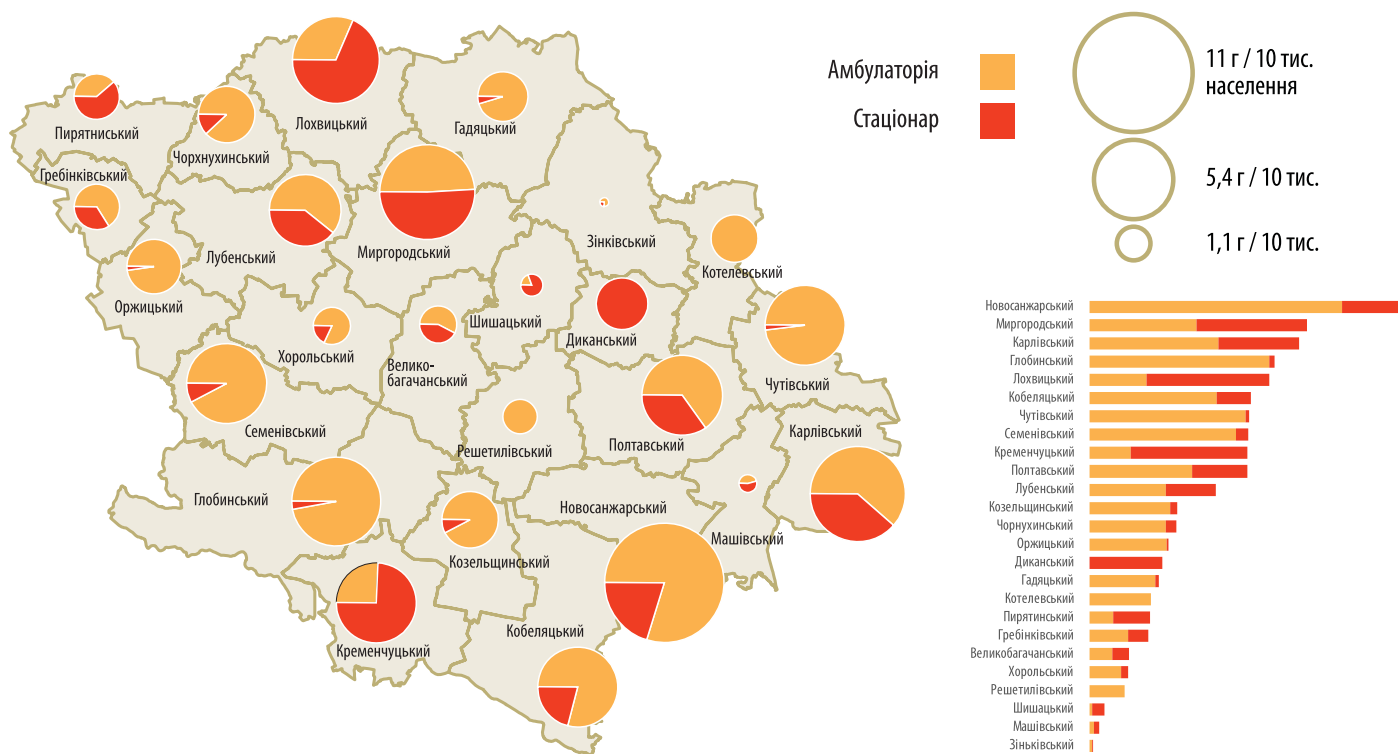
стаціонарних закладів).

Аналізуючи наявну інформацію щодо обігу морфіну за 2015 рік, варто зауважити що тільки з другого півріччя 2015 року у Полтавській області став доступним таблетований морфін (морфіну сульфат, табл. 0,01 №10), а до того єдиною формою випуску був ампульований морфін для ін'єкцій (морфіну гідрохлорид, розчин д/ін 1% 1мл №5). Зважаючи на різні форми морфіну, подальший аналіз нами здійснювався відповідно до вмісту чистої речовини на упаковку — окремо для стаціонарного та амбулаторного відпуску морфіну.

Отже, у перерахунок на чистий морфін протягом 2015 року в Полтавській області було реалізовано 659,2 грами морфіну, з них 375,2 г — в амбулаторній мережі, 284,0 г — у стаціонарній.

Після перерахунку реалізованого морфіну за районами Полтавської області, в тому числі, і з перерахунком на 10 тис. населення, варто відзначити найбільші абсолютні показники – у м. Полтава та м. Кременчук, а відносні — у Новосанжарському, Миргородському та Карлівському районах Полтавської області. Незважаючи на переважання реалізації амбулаторного морфіну, для окремих районів була характерною значна частка відпуску морфіну аптечними закладами при стаціонарах (Диканський, Кременчуцький, Лохвицький, Пирятинський, Шишацький райони).

Відпуск морфіну у мережі аптек КП “Полтавафарм” у районах Полтавської області, у грамах, на 10 000 населення, 2015



6. Моделювання потреби у паліативній допомозі

Проблема точності і надійності даних щодо потреби у паліативній допомозі – не теоретична. Адекватний розрахунок потреби має практичний вплив на ресурси, фінанси, кадри для забезпечення паліативної допомоги, а також на квоти щодо закупівель контрольованих речовин (для виготовлення ліків). Тобто, без чесних та реалістичних розрахунків, сотні тисяч дітей і дорослих приречені на страждання.

6.1. Методологія

Існують офіційні методики та рекомендації щодо розрахунку потреби у медичній допомозі, у тому числі у паліативній. Згідно з наказом МОЗ України №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі», розрахунок потреби у паліативній допомозі (ПД) рекомендовано робити за формулою:

$$K_{\text{пд}} = K_{\text{пІФ}} \times 0.8$$

$K_{\text{пд}}$ — кількість пацієнтів, які потребують паліативної допомоги;

$K_{\text{пІФ}}$ — кількість померлих пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань в рік;

0,80 — коефіцієнт потреби у паліативній допомозі згідно з рекомендаціями ВООЗ (Наказ МОЗ №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»)

0,80 – коефіцієнт рекомендований ВООЗ для підрахунку потреби у паліативній допомозі при онкологічних захворюваннях для дорослих і дітей. Для «не-онкологічних» хронічних захворювань методичними рекомендаціями пропонується застосовувати аналогічну методологію розрахунку. Ми розширили офіційну методологію МОЗ, включивши рекомендації ВООЗ та ЮНІСЕФ щодо застосування специфічних коефіцієнтів для різних діагностичних груп. «Глобальний атлас з паліативної допомоги» (WPCA, WHO, 2014) передбачає розрахунок потреби (для дорослих) щодо окремих груп захворювань на основі даних про смертність, а дослідження «Оцінка потреби паліативної допомоги для дітей» (ICPCN, UNICEF, 2013) рекомендує рахувати потребу у паліативній допомозі для дітей на основі показників поширеності захворювань, з використанням коефіцієнту 0,67 для всіх видів захворювань, крім онкологічних, для яких застосовується коефіцієнт 0,8.

Розрахунки потреби для дорослих робилися на основі детальних даних щодо смертності (за 2005-2016 рр., дані люб'язно надані Державною службою статистики України), а для дітей – на даних щодо поширеності захворювань (за 2016 р., дані люб'язно надані Центром медичної статистики МОЗ України).

6.2. Основні результати моделювання потреби

Загальна потреба у паліативній допомозі в Україні за 2016 рік становить 598,5 тисяч осіб відповідно до моделювання на основі даних Держстату та Медстату. Це 343,5 тисяч дорослих (985 осіб на 100 тисяч дорослого населення) та 255 тисяч дітей (3348 дітей на 100 тисяч дитячого населення – віком до 17 років включно). Дані щодо дитячого та дорослого населення за регіонами України на 2016 рік отримано із сайту Державної служби статистики.

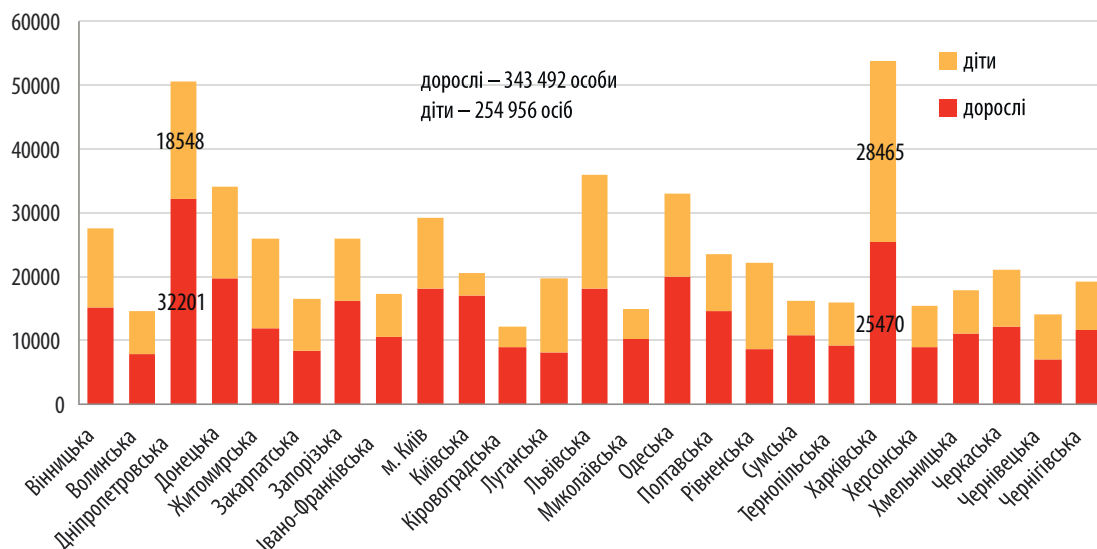
Потреба у паліативній допомозі — дорослі, вся Україна

Потреба у паліативній допомозі — діти, вся Україна



Серед областей України виділяються Харківська та Дніпропетровська область – загальна потреба у паліативній допомозі в Харківській обл. становить 25,4 тис. для дорослих та 28,4 тис. для дітей, в Дніпропетровській обл. – 31,5 тис. дорослих, 18,5 тис. дітей.

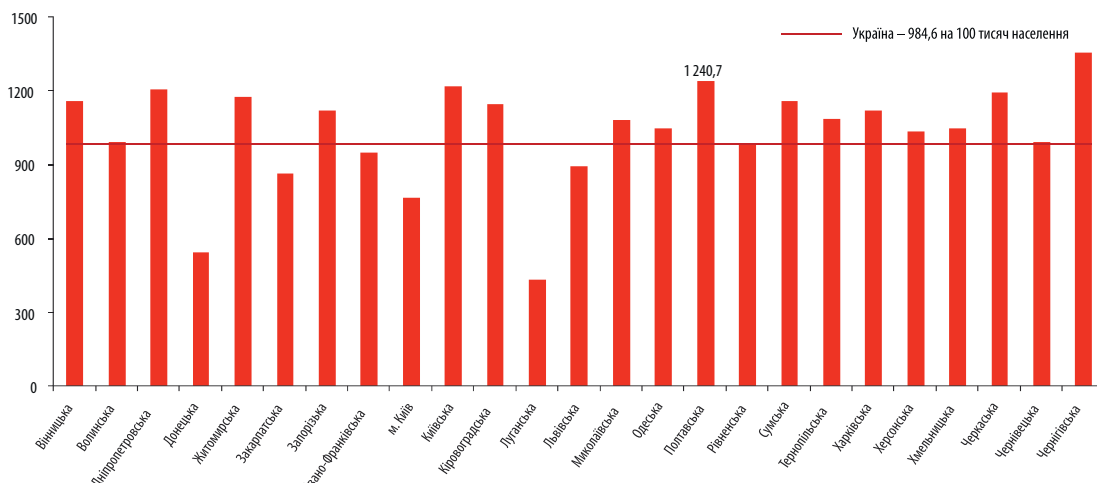
Потреба у паліативній допомозі (всього по Україні, осіб)



Звичайно, загальні цифри малоінформативні, адже потреба прямо залежна від кількості населення. Зважений показник потреби у паліативній допомозі розподіляється за областями досить рівномірно – від 850/100 тис. дорослого населення (Закарпатська) до 1400/100 тис. (Чернігівська). Окремо виділяються Луганська та Донецька області (через неточні дані щодо населення у цих областях), та м. Київ.

Що стосується потреби у паліативній допомозі серед дітей, розбіжності по зваженим показникам у областях набагато вагоміші – найвищий показник

Потреба у паліативній допомозі дорослому населенню 18+ (всього по Україні, на 100 тис. населення)



у Харківській області (6682/100 тис. дитячого населення), а найнижчий у Кіровоградській (1000/100 тис.). Аналогічно, у Житомирській області – другий за величиною в країні показник (5903/100 тис.), в той час як у сусідній Київській області він несподівано низький (близько 2 тис./100 тис.), другий з кінця в країні.

6.3. Проблеми якості даних та методології

Досліджуючи можливі причини «епідемії» серцево-судинних захворювань у Україні, варто проаналізувати статистику розтинів – як найбільш достовірного інструменту підтвердження причини смерті.

Відсоток розтинів при окремих причинах смерті

Група захворювання	МКХ-10	Померло	Без розтину	
			абс.	%
Онкологічні захворювання	C00-C97, D00-D48	78 959	62 532	76,3
ВІЛ/СНІД	B20-B24	4 0369	73	24,1
Туберкульоз	A15-A19	4 064	900	22,1
Серцево-судинні захворювання	I00-I99	392 298	299 483	76,3
Цироз печінки	K74	11 267	4254	37,8
Хвороба Альцгеймера	G30	2562	37	92,6
Хвороба Паркінсона та вторинний паркінсонізм	G20-G21	1551	45	93,5
Розсіяний множинний склероз	G35	247	203	82,2
Хронічні обструктивні захворювання легенів	J43-J47	210	118	56,2
Цукровий діабет	E10-E14	1 955	1 042	53,3
Захворювання нирок	N00-N15, N20-N23	1 790	673	37,6
Ревматоїдний артрит	M05-M06	1257	4	59,2

Найчисельнішу групу померлих становлять ті, що померли від серцево-судинних захворювань (майже 300 тис.) при цьому у 76,3% випадків розтину проведено не було. Це 228 тис. осіб – втричі більше за тих, хто помер від усіх інших груп захворювань, що потребують паліативної допомоги разом узятих. Власне, це й може бути основним показником неточності даних, навмисної або ненавмисної

їх фальсифікації, при вирахуванні реальної кількості населення, що потребує паліативної допомоги.

Україна суттєво відрізняється від розвинених країн світу за відсотком окремих причин смертності, займаючи 1 місце у світі за рівнем смертності від серцево-судинних захворювань. Інші країни, з високим показником смертності від серцево-судинних захворювань, це країни колишнього соціалістичного блоку та СРСР: Болгарія, Білорусь, Росія, Латвія, Литва, Румунія, Грузія, Молдова. А от від хвороби Альцгеймера українці помирають рідко – 136 місце між Ботсваною і Камеруном, відповідно до даних Всесвітньої організації охорони

Розподіл причин смерті за окремими країнами (на 100 тис. населення)

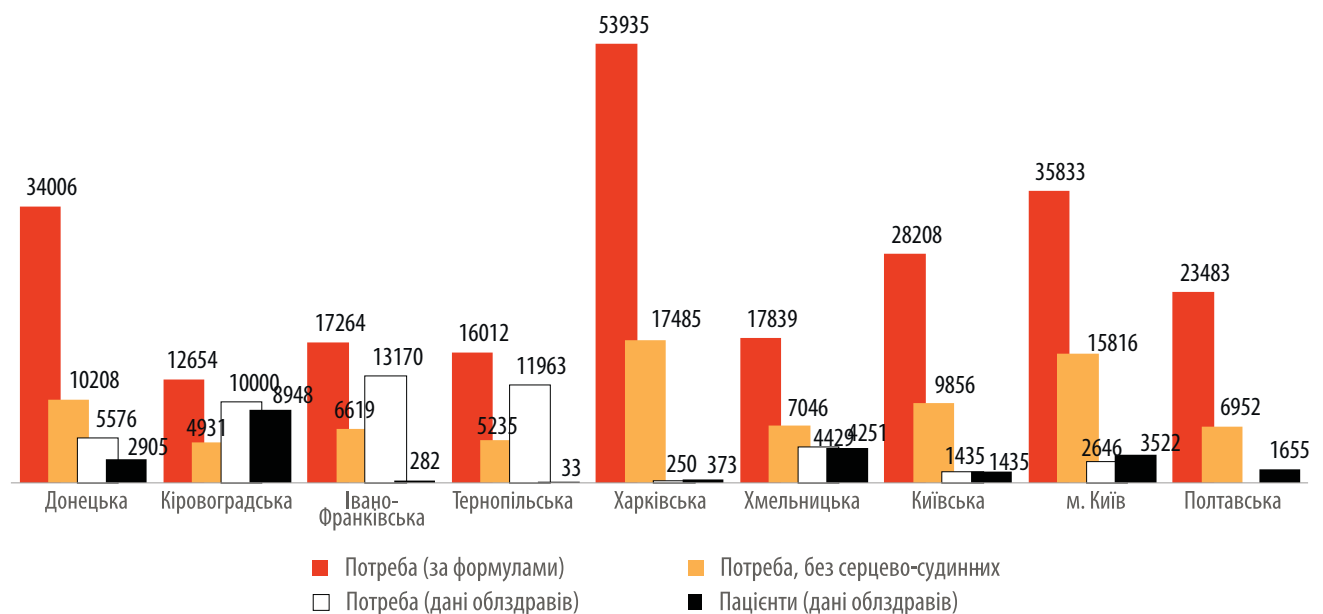
Група захворювання	Велика Британія	Австралія	Ірландія	Бельгія	Німеччина	Нідерланди	США	Франція	Україна
Онкозахворювання	257	186	189	258	289	271	187	267	219
Серцево-судинні захворювання	227	178	191	270	408	228	243	224	1053
Хвороба Альцгеймера	112	56	46	73	51	89	82	76	5
ХОЗЛ *	50	34	40	60	53	56	56	30	20
Цироз печінки	11	6	7	13	18	5	15	13	1
Хвороба Паркінсона	10	7	8	11	13	10	9	10	0
Цукровий діабет	9	19	12	16	30	17	25	19	6
Захворювання нирок	7	11	11	20	26	13	19	13	7
Розсіяний склероз	2	1	1	1	2	2	1	1	0
Ревматоїдний артрит	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Туберкульоз	1	0	0	1	0	0	0	1	15
ВІЛ/СНІД	0	0	0	0	1	0	2	1	22

* Хронічні обструктивні захворювання легенів

здоров'я. Такі розбіжності свідчать не стільки про причини смерті, як про суттєві проблеми із їх належною реєстрацією – відтак, надійності цих статистичних даних. Рівень смертності від хвороби Альцгеймера серед країн, що увійшли в десятку найкращих за індексом «якості смерті»: Велика Британія (112/100 тис.), Австралія (56), Ірландія (46), Бельгія (73), Німеччина (51), Нідерланди (89), США (82) та Франція (76). Відповідний показник для України – 5 смертей від хвороби Альцгеймера, що були діагностовані на 100 тисяч населення (джерело даних – Всесвітня організація охорони здоров'я).

Також з точки зору аналізу практики збору даних щодо паліативної допомоги, важливо порівняти потребу у паліативній допомозі, змодельовану на основі офіційних методик та офіційних даних, з оцінками потреби, що їх надали облздрави у відповідь на інформаційні запити, а також із кількістю пацієнтів, що отримують паліативну допомогу.

Задоволеність потреби у паліативній допомозі: порівняння між регіонами



У м. Києві потреба за підрахунками районних департаментів охорони здоров'я (2,6 тис. дорослих і дітей) менша за кількість існуючих пацієнтів, що отримують паліативну допомогу (3,5 тис. осіб), при тому що змодельована потреба у паліативній допомозі («за формулою») становить 35,8 тис. – в 10 разів більша за кількість отримувачів.

Проведене дослідження показало величезну незадоволену потребу у паліативній допомозі в Україні. Значні розбіжності у даних, наданих обласними управліннями та департаментами охорони здоров'я, свідчать про відсутність в державних органах системного підходу до підрахунку потреби.

Звісно, методологія недосконала та не враховує відмінності перебігу різних захворювань у різних вікових групах. Використовуючи рекомендації ВООЗ та ЮНІСЕФ, ми удосконалили офіційну методологію. Для цілей цього дослідження були використані різні коефіцієнти для різних діагностичних груп і вікових категорій.

Відкритим залишається питання щодо достовірності первинних даних. Аналіз підтвердження причин смерті розтинами та порівняння показників смертності з аналогічними показниками у країнах «з високою якістю смерті» продемонстрували низьку якість даних. Схоже, що має місце невідповідність підходів щодо фіксації причин смерті в Україні та у розвинених країнах. Перше місце, яке за офіційними даними, займає Україна у світі за рівнем смертності від серцево-судинних захворювань, потребує додаткового аналізу на предмет масових фальсифікацій зареєстрованих причин смерті.

Звісно, потрібно вдосконалювати не лише дані, але й методологію. Є сенс уточнити діагностичні групи, та встановити чіткі правила, коли використовувати показники смертності, а коли – поширеності для різних діагностичних груп, вікових груп, тощо.

7. Дані щодо поширеності відповідно до переліку станів та діагнозів для надання паліативної допомоги

У березні 2017 групою експертів було розроблено зміни і доповнення до Наказу Міністерства охорони здоров'я №41 від 21.01.2013 “Про організацію паліативної допомоги в Україні”, зокрема до Порядку надання паліативної допомоги. Додатково до Порядку було розроблено “Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги” (“Перелік станів та діагнозів для надання паліативної допомоги”). Цей перелік було розроблено на основі британського “Переліку станів, що обмежують життя” (Хейн та Девінс, Кардіфф, 2011) - списку, що складається з майже 400 МКХ-10, які пов'язані з захворюваннями, які можуть обмежити життя дитини. У травні 2017 року Міністерство охорони здоров'я надіслало до керівників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я ОДА, КМДА, запит щодо надання даних про поширеність цих станів та діагнозів, з розбивкою по дорослим і дітям. Відповіді надійшли не від усіх регіонів, і в дуже розрізненому вигляді.

Методологія аналізу

Перед початком аналізу даних було проведено їх очищення, оскільки вони не були повною мірою охайними та придатними для аналізу. Так, по Тернопільській та Хмельницькій областях були наявні дані в рядках, що визначали розділи МКХ-10 — F, G, H, J, M, N, усього 12 осіб. Оскільки однозначно визначити належність цих даних до того чи іншого захворювання, ці дані не було узято до уваги. Також із масиву даних було виключено Сумську область, як таку, по якій були наявні помилкові та некоректні дані — незначна кількість даних та помилки. Усього в таблиці представлені дані щодо 193 станів діагнозів для надання паліативної допомоги по 9 областях України та м. Харків. Із цієї загальної кількості 37 не зустрічаються в жодній області (перелік наведено у додатках онлайн: <http://tiny.cc/dodatky>).

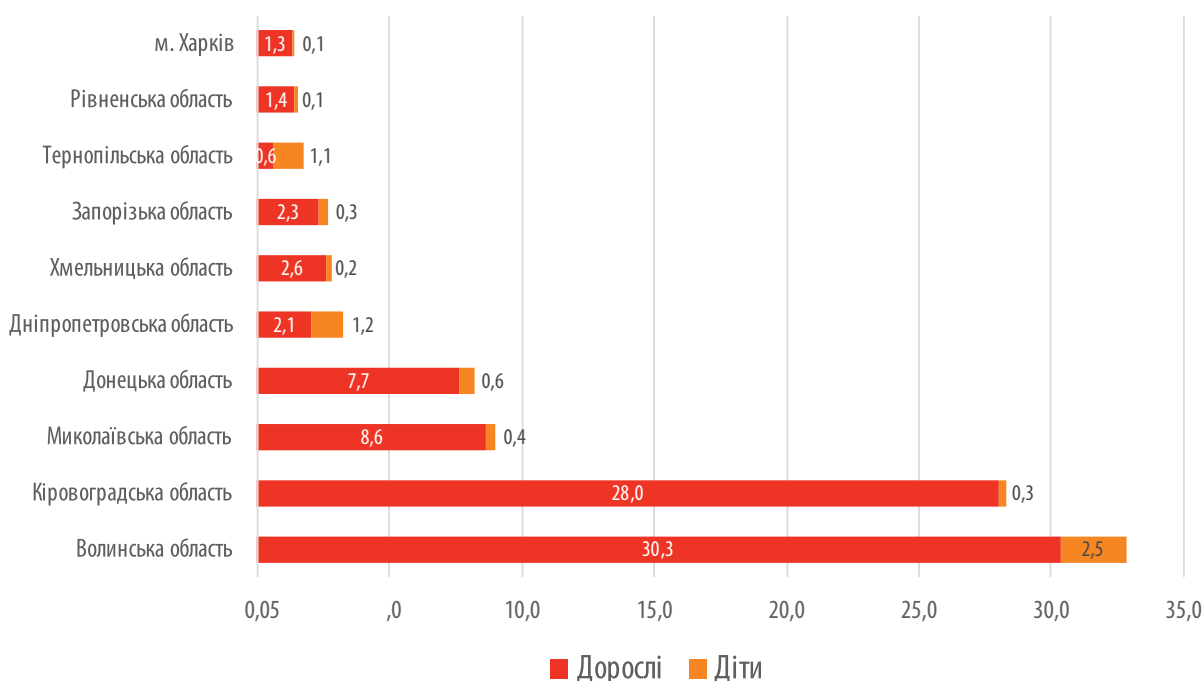
Загальна кількість хворих по усіх представлених областях становить 91471 особу, з них 85053 – дорослі, 6688 – діти. При цьому кількість із основними захворюваннями, що входить до перших 10 за кількістю, становить 84081 особу, або 95,0%. Переважну більшість становлять особи, у яких виявлено злоякісні новоутворення – 60826 осіб, або 68,7% загальної кількості. Розподіл хворих за 10 діагнозами із найбільшою кількістю хворих (за винятком власне паліативної терапії, яку буде досліджено нижче у цьому розділі) показано на діаграмі.



Що стосується вікових категорій, то якщо серед дорослих найбільша кількість осіб обліковується із злоякісними новоутвореннями, то серед дітей найбільшу питому вагу займають пацієнти з діагнозом “ДЦП, спастична тетраплегія” — 2552 особи, або 35,5% загальної кількості осіб віком до 18 років.

Аналіз регіонального розподілу свідчить, що дві третини загальної кількості осіб (61121 особа, або 66,6%), які мають стани та діагнози, які потребують надання паліативної допомоги, зосереджено у двох областях — Волинській (32809 осіб, або 35,8%) та Кіровоградській (28312 осіб, або 30,9%). У віковому розрізі найбільша кількість дорослих паліативних хворих також спостерігається в цих областях, а стосовно дитячого населення лідерами за кількістю є Волинська та Дніпропетровська області — кількість хворих віком до 18 років в даних областях становить 2484 та 1194 особи відповідно (37,1% та 17,9%).

Розподіл хворих за регіонами, тис. осіб



Аналіз загальної кількості хворих в розрізі діагнозів та регіонів свідчить, що найпоширенішою нозологічною групою серед дорослих є злоякісні новоутворення (Волинська, Донецька, Запорізька, Кіровоградська, Миколаївська, Хмельницька області та м. Харків), в інших областях найпоширенішими діагнозами є множинний склероз (Дніпропетровська), гострий інфаркт міокарда (Рівненська), ДЦП та спастична тетраплегія (Тернопільська). По Дніпропетровській та Рівненській областях дані щодо кількості хворих по групах діагнозів «ВІЛ/СНІД» та «злоякісні новоутворення» відсутні.

В розрізі дитячого населення найбільш поширеними захворюваннями є ДЦП та спастична тетраплегія (Дніпропетровська, Запорізька, Тернопільська області та м. Харків), по інших регіонах поширені вірус імунodefіциту людини (Миколаївська область), внутрішньоутробна утробна гіпоксія (Волинська область), злоякісні новоутворення (Кіровоградська область), інші редуційні вади головного мозку (Рівненська область) мітохондріальна міопатія (Хмельницька область), по Донецькій області серед дитячого населення відмічається паліативна терапія як фактор, що потребує звертання до закладів охорони здоров'я за наданням специфічних процедур та догляду.

Код за МКХ-10 Z51.5 “Паліативна допомога” належить до групи кодів Z40-Z54 — “Звертання до закладів охорони здоров’я за наданням специфічних процедур та доглядом за станом здоров’я”. Показники по даному коду зазначено лише по Донецькій, Миколаївській області та м. Харків.

Згідно з наявними даними, частка осіб, що зверталися (або, ймовірно, що таке звернення було відповідно зафіксовано) до закладів за паліативною допомогою, коливається від 23,9% по місту Харків до 0,1% по Миколаївській області (по Донецькій області цей показник становить 12,2%). Частка дитячого населення в загальній кількості осіб, яким зафіксовано надання паліативної допомоги за кодом Z51.5, становить по Донецькій області 17,1%, по Миколаївській області та м. Харків дитяче населення із кодом Z51.5 відсутнє.

8. Висновки і рекомендації

З метою всебічного та повного дослідження практики збору даних щодо паліативної допомоги було здійснено аналіз даних щодо кількох аспектів діяльності закладів охорони здоров'я — як теоретичних, так і практичних в цій сфері.

Одним із джерел даних щодо практики надання паліативної допомоги стали відповіді департаментів (управлінь) охорони здоров'я в областях, отримані на запит про надання публічної інформації.

Аналіз отриманих відповідей від департаментів (управлінь) охорони здоров'я в областях свідчить насамперед про те, що окремі департаменти та управління охорони здоров'я (Волинської, Закарпатської, Одеської обласних державних адміністрацій) не виконують вимоги чинного законодавства з питань публічної інформації належним чином.

Враховуючи, що переважна більшість департаментів (управлінь) надали відповіді у встановлений законом строк, можна зробити висновок, що в даних установах існує ефективна система збору та систематизації інформації. Продовження терміну розгляду запиту окремими департаментами може свідчити як про необхідність попередньої обробки несистематизованої інформації, так і навпаки про наявність великої кількості різноманітних даних, що знаходяться в розпорядженні цих органів управління. Однак кількість інформації не завжди гарантує її якість. Незважаючи на те, що відповіді надійшли майже з усіх департаментів (управлінь) охорони здоров'я, інформація, що міститься у відповідях, є надзвичайно фрагментарною — так, незважаючи на те, що запитувалася інформація за 2016 рік, I півріччя 2017 року та станом на 01.07.2017 року, лише незначна кількість відповідей містить відповідні дані по усіх трьох, що свідчить про недоліки в організації зберігання та систематизації інформації в окремих установах.

Слід також зауважити, що надання окремими департаментами (управліннями) охорони здоров'я (Донецька, Харківська, Хмельницька області) значно більшого обсягу інформації порівняно з іншими регіонами свідчить про те, що незважаючи на відсутність державного статистичного спостереження, окремі регіональні установи тією чи іншою мірою скоріше за все проводять систематизований збір даних про надання паліативної допомоги.

Якість заповнення звітних форм, методологічні помилки при заповненні в окремих випадках свідчать про недостатню кваліфікацію відповідальних осіб, та вказує на необхідність забезпечення органів охорони здоров'я кваліфікованими та професійними кадрами.

В той час як переважна більшість регіональних департаментів та управлінь охорони здоров'я організували задоволення запиту шляхом узагальнення відповідей, отриманих від підпорядкованих установ, окремі регіональні департаменти та управління охорони здоров'я (Луганська обласна військово-цивільна адміністрація, Сумська обласна державна адміністрація, Київська міська державна адміністрація) перенаправили запит підпорядкованим закладам міського та районного рівнів — завдяки такому підходу по таких регіонах вдалося отримати значно повніший масив відповідей. І хоча структура та уніфікація даного масиву для кожного з цих регіонів значно відрізнялася, цей факт підтверджує те, що первинні, неагреговані дані, які становлять найбільшу цінність для аналізу, зосереджені якраз на районному та міському рівнях.

Аналіз узагальненої відповідно до методики, що описана у розділі 2 інформації дозволив виявити наступне.

1. Обласні департаменти та управління охорони здоров'я найбільш повно володіють

наступною інформацією про кількість ліжкомісць та розподіл хворих за розділами медицини, а найменш повно — інформацією про надходження коштів.

2. Дані вікового розподілу пацієнтів (по регіонах, що надали відповідні дані) свідчать про переважну більшість (97% і більше) дорослих, а статевий розподіл пацієнтів виявився приблизно однаковим (співвідношення чоловіків та жінок в різних регіонах коливається від 43,0% до 60,4%).

3. Середня загальна кількість ліжкомісць становить 86 л/м, по закладах-хоспісах — 65 л/м, по інших закладах (відділеннях) — 85.

4. Найбільша кількість хворих спостерігається по таким розділам медицини, як онкологія, неврологія, кардіологія та фтизіатрія (в порядку зменшення кількості пацієнтів), при цьому середня кількість онкологічних хворих у 2 і більше рази перевищує кількість пацієнтів за всіма іншими розділами медицини.

По окремих закладах охорони здоров'я первинної ланки скоріше за все має місце брак розуміння того факту, що допомогу хворим з хронічним больовим синдромом може надавати заклад будь-якого рівня – первинного, вторинного, або третинного — ЦПСМД окремих областей листами повідомлено, що паліативна допомога у закладі не надається.

Майже усі регіональні департаменти (управління) вказують на повну укомплектованість відповідним персоналом, однак фактичний стан справ може відрізнятись, оскільки одна особа може працювати більше ніж на одну ставку. Отримані для забезпечення діяльності органів охорони здоров'я фінансові ресурси освоєно практично в повному обсязі, при цьому частка бюджетних коштів дуже значна — питома вага даної категорії коштів у загальній сумі становить 90,4%.

Відповідно до отриманих відповідей було сформовано перелік опіоїдних анальгетиків, що використовуються під час надання допомоги при хронічному больовому синдромі (в цілому він співпадає із переліком лікарських засобів, що використовується у пілотному регіоні — Полтавській області), найчастіше використовуються морфіну гідрохлорид (в тому числі розчин) та трамадол.

Відповіді щодо обсягу потреби у паліативній допомозі також є досить фрагментарними і неструктурованими, до того ж отримані дані по регіонах, де стало можливим визначити узагальнені середні значення, свідчать про застосування різних підходів до її обчислення (перелік документів, якими заклади охорони здоров'я керуються під час підрахунку потреби у паліативній допомозі, наведено у розділі 2.6), оскільки обсяг середньомісячної потреби коливається від 1046 до 21 особи.

* * *

Одним з основних документів, яким повинні керуватися установи охорони здоров'я під час надання медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, є Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затверджений наказом міністерства охорони здоров'я України від 25.04.12 №311.

З метою дослідження практичного застосування положень даного Протоколу, було розроблено низку звітних форм, що відповідають окремим його розділам, апробацію даних форм було проведено у Полтавській області протягом жовтня місяця 2017 року у 37 закладах охорони здоров'я.

За результатами отриманих відповідей встановлено наступне:

- заклади охорони здоров'я продемонстрували досить високий рівень повноти володіння інформацією: 30 закладів із 37 надали відповіді не менше ніж на 85% поставлених запитань
- переважна більшість закладів охорони здоров'я в області (35 із 37) не є спеціалізованими закладами із надання паліативної допомоги. Найпоширенішими

клінічними підходами під час надання паліативної допомоги є локальна та системна фармакотерапія

- письмовий локальний протокол з клінічним маршрутом пацієнта, на основі якого розробляються комплексні індивідуальні плани паліативної допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом, який визначено Протоколом як обов'язковий, у 8 закладах відсутній
- співвідношення лікарів і медичних сестер в області становить 1 до 2,3 (30% персоналу — лікарі, 70% — медичні сестри), при цьому навантаження на персонал становить в середньому 3,7 пацієнта на одного лікаря, та 1,6 пацієнта на медичну сестру
- спеціальні тести, спрямовані на оцінку реакції організму пацієнта на анальгетичну дію ЛЗ та побічних ефектів анальгетиків та інших засобів лікування болю проводилися лише у 4 закладах із 37 (10,8%) по 182 пацієнтах, причому найбільша кількість тестів проведена у закладі із найбільшою кількістю персоналу, що вказує на важливість достатньої кадрової забезпеченості
- методи діагностики рівня болю, рекомендовані до застосування розділом А.3.2 Протоколу «Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики», застосовують лише у 17 закладах із 37

Як видно з викладеного вище, в цілому заклади охорони здоров'я дотримуються положень Протоколу. Втім, незважаючи на те, що ми не можемо стверджувати, що в інших регіонах виконання Протоколу організовано на аналогічному рівні, можна припустити, що Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі повинен бути переглянутий з урахуванням поточної ситуації (за планом він повинен був бути переглянутий не пізніше грудня 2012 року).

Важливість застосування інформаційних технологій для швидкого та комплексного аналізу показників у сфері охорони здоров'я

Під час дослідження практики збору даних у сфері паліативної допомоги було зібрано доволі великий за обсягом масив інформації — як узагальненої від регіональних департаментів (управлінь) охорони здоров'я, так і «більш первинної» від закладів охорони здоров'я районного та міського рівнів. Природно, що за умови наявності масиву інформації стає можливим аналізувати її, проводити співставлення, визначати закономірності або навпаки — аномальних відхилень окремих показників, помічати зв'язки та визначати вплив різних факторів — усе це призводить до підвищення якості управління та ефективного використання часу та ресурсів.

Як ми мали можливість пересвідчитися, більш первинні, «сирі» дані, що отримані безпосередньо від закладів районів і міст, є, по перше, менш узагальненими, що дозволяє збільшити глибину аналізу, а по друге, більш повними, ніж узагальнені дані регіонального рівня, і, відповідно містять, більш глибоку клінічну статистику.

Втім, необхідно рухатися до пацієнтного електронного обліку та збору даних. Наявність детальних машиночитаних записів стосовно кожного пацієнта забезпечить, в першу чергу, точніше та ефективніше лікування, допоможе самим лікарям краще робити свою роботу.

Використання ж згенерованих величезних масивів даних в адміністративних, управлінських цілях, або ж з метою різноманітних клінічних досліджень - це вже скоріше латентна, хоча й не менш важлива функція такої фіксації даних про пацієнтів.

Крім цього, необхідно дати можливість не лише аналізувати всю наявну інформацію, але і отримувати доступу до неї в режимі реального часу, оскільки своєчасне отримання інформації є запорукою своєчасного прийняття рішень і як наслідок – забезпечує економію за рахунок зменшення можливих витрат та підвищує шанси надання більш ефективної допомоги.

Якщо звернутися до закордонного досвіду у сфері застосування даних в галузі охорони здоров'я, то ми побачимо, що перші кроки в цьому напрямку було здійснено в середині 50-х років у Сполучених Штатах, із використанням загальнонаціональну базу даних пов'язаних записів (linked records), що належала Управлінню охорони здоров'я ветеранів. Невдовзі після цього британські науковці також почали працювати з великими обсягами даних — у 1954 році, Doll and Hill опублікували дослідження щодо смертності, основою для якого стали дані про кількість курців та інформацію про них, отриману від близько 25 тисяч лікарів у Англії, що дало можливість встановити зв'язок між палінням і раком легенів.

На сьогодні британська Національна служба охорони здоров'я (NHS) є одним зі світових лідерів використання даних у галузі охорони здоров'я, яка: поступово рухається у напрямку безпаперового документообігу; використовує в роботі не лише «великі дані» (де обсяг даних вже досягає сотень петабайт), а й хмарні обчислення та штучний інтелект, що дозволяє серед іншого, більш точно передбачати можливі варіанти розвитку подій. Крім цього, в NHS роботу з даними розглядають в комплексі з розробкою культури відповідального догляду, орієнтованої на пацієнтів, тобто збір і аналіз інформації проводяться для прийняття рішень також з метою забезпечення догляду кожному пацієнту. Історією успіху NHS є використання даних для створення та впровадження інтегрованої моделі керування лікуванням діабету, використання якої дозволило забезпечити економію коштів та поліпшення стану здоров'я відповідної категорії хворих, а згодом дана система була розгорнута на решті території Сполученого Королівства.

Враховуючи те, що в даний момент значна частина операцій із збору та зберігання інформації відбувається вручну та на папері (що було підтверджено за результатами опитування в пілотному регіоні), очевидно, що описані вище можливості стануть доступними для галузі охорони здоров'я в Україні лише за умови досягнення належного рівня впровадження інформаційних технологій. Зараз це звучить як фантастика, і ми можемо лише констатувати, що знаходимося лише на початку шляху навіть не використання, а лише організації ефективного збору даних, однак ми можемо чітко визначити наступні основні моменти:

- усі методики та прийоми застосування, які потрібно впровадити в Україні вже розроблені, питання полягає лише у правильному підході до їх використання;
- незважаючи на наявність відповідного інструментарію, існують проблеми, які нам потрібно буде вирішувати майже самотужки, оскільки вони мають певну локальну специфіку: проблема масштабування системи, проблема захисту даних та проблема якості даних і кваліфікації персоналу.

Проблема **масштабування даних** полягає у необхідності розгортання такої системи обробки і доступу до даних в режимі реального часу, якою матимуть змогу безперешкодно та зручно користуватися як мінімум десятки тисяч

користувачів одночасно (прикладом системи такого розміру в Україні може бути система ІТ-банкінгу «Приват24»).

Проблема **захисту даних** в Україні стоїть дуже гостро, враховуючи відверто низьку кваліфікацію відповідного персоналу — на жаль, останнім часом почастишали повідомлення щодо компрометації інформаційних систем окремих державних органів. Проте у випадку використання таких систем в галузі охорони здоров'я, коли відбувається акумуляція персональних та чутливих даних — питання забезпечення захисту цих даних є одним з першочергових питань, які повинні бути вирішені.

Слід зазначити, що питання захисту даних також включає приділення уваги бажанню пацієнта щодо використання особистих даних. Так, у Великобританії пацієнт може обмежити використання даних щодо нього під час проведення окремих видів досліджень.

Проблема **якості даних** яскраво ілюструється низькою якістю отриманих даних від закладів охорони здоров'я: різна структура даних у різних закладах, різні одиниці виміру — такі дані не є придатними для використання, і їх якість потрібно підвищувати, якщо ми хочемо використовувати ці дані в роботі. При цьому вказана проблема тісно пов'язана із **браком персоналу відповідної кваліфікації** — робота з даними потребує певних вмінь та навичок, як на етапі їх підготовки, так і під час користування системою, а отже, необхідний системний і централізований підхід до реалізації підготовки відповідного персоналу. Також наївно було б вважати, що забезпечити потрібну кваліфікацію персоналу можна без належного рівня оплати праці (що, на жаль, часто спостерігається в Україні — коли на наявний персонал “навішуються” додаткові функції, що “не потребують додаткового фінансування”).

Для забезпечення розвитку та функціонування ефективної системи збору даних у сфері охорони здоров'я в цілому, та у сфері паліативної допомоги зокрема, вищезазначені проблеми потребують комплексного вирішення.

Отже

Певні дані, що стосуються паліативної допомоги, наявні на рівні окремих закладів та департаментів або управлінь охорони здоров'я. Деякі регіони використовують класифікацію МКХ10 для кодифікації паліативної допомоги. Проте, відсутність стандартів призводить до розрізненості та, часто, неспівставності даних.

Одною з найбільших проблем є фіксація медичних даних лише у паперовій формі. При цьому не всі об'єкти використовують навіть наявні дані, аргументуючи відсутністю окремих офіційних статистичних спостережень з паліативної допомоги.

Як показав аналіз даних, дотичних до паліативної допомоги (смертність, поширеність), проблема якості даних стоїть гостро загалом у сфері охорони здоров'я, є підозри щодо фальсифікації певних показників.

Числені помилки і неспівпадіння у даних свідчать про необхідність запровадження повноцінних електронних інформаційних систем, наскрізного

обліку до рівня кожного пацієнта, отримання детальних даних в режимі онлайн.

Як проміжний варіант, пропонується впровадження окремої форми медичної статистичної звітності з паліативної допомоги. Апробація проекту статистичної форми показала, вона може бути запроваджена, за умови спрощення як самої форми, так і процесу її заповнення.

Важливим концептуальним питанням залишається операціоналізація різних видів паліативної допомоги з метою обліку — на противагу визначення статусу “паліативного пацієнта” (що може бути небезпечним ярликуванням).

Іншим важливим кроком на шляху до надійних і детальних даних у сфері паліативної допомоги було б використання наявних масивів даних, таких як деталізовані причини смертності, поширеності певних захворювань, дані канцер-реєстру та інших реєстрів пацієнтів, інших загальнодержавних реєстрів. Використання таких даних для цілей розрахунків потреби у паліативній допомозі, як показало моделювання, цілком можливе, за умови розробки відповідної методології.