



Аналітична записка НС2/2013

Міжнародний досвід надання медичної допомоги вразливим групам пацієнтів:

Приклад Великобританії

Кім Харпер*, Олександра Бетлій**

Резюме

У 2011 році український уряд розпочав реформу системи охорони здоров'я, покликану поліпшити доступність та якість надання медичної допомоги в країні. Нова система базуватиметься на наданні медичної допомоги сімейними лікарями на первинному рівні. Зараз реформи не вирішують проблем з надання медичної допомоги вразливим групам пацієнтів, як-то, хворим на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, рак тощо, незважаючи на те, що це питання має важливе значення для України через високу частку населення, що страждає на ці захворювання. Для проведення змін в наданні медичної допомоги цим групам в Україні необхідний аналіз міжнародного досвіду.

Ця аналітична записка узагальнює досвід Великобританії з надання медичної допомоги цим та іншим важливим групам пацієнтів. Такий досвід може бути слушним для України, оскільки в британській системі охорони здоров'я лікар загальної практики є першою контактною особою для більшості пацієнтів та першим надавачем медичної допомоги. Такий підхід було прийнято в якості нової моделі для України. До того ж британська система охорони здоров'я майже повністю фінансується з державного бюджету, що справедливо й для України.

Досвід Великобританії показує, що сімейні лікарі в Україні можуть відповідати за встановлення діагнозу та призначення лікування пацієнтам, які хворіють на хвороби, що є темою цього дослідження. З цією метою сімейні лікарі потребують можливість робити аналізи, необхідні для профілактики та діагностики таких хвороб як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, діабет. Досвід також показує, що вигідно створювати амбулаторії сімейних лікарів, де працювали б кілька лікарів разом з медсестрами. Водночас необхідна тісна співпраця сімейних лікарів та вузьких спеціалістів, оскільки часто виникає необхідність в створенні спеціалізованої медичної бригади для надання необхідної та кваліфікованої допомоги пацієнтам.

Аналітичну записку було підготовлено в рамках проекту «Незалежний аналіз ходу реформування сектору охорони здоров'я України», який виконує Інститут економічних досліджень та політичних консультацій (ІЕД) за підтримки Міжнародного фонду «Відродження».

** Асоційовані експерт ІЕД, ** Провідний дослідник ІЕД*

Зміст

1.	Вступ	3
2.	Медична допомога у Великобританії: очима пацієнта.....	3
2.1	Невідкладна медична допомога	3
2.2	Медична допомога на дільниці	3
2.3	Оплата медичної допомоги	4
2.4	Приватна медична допомога.....	4
3.	Основні принципи надання медичної допомоги вразливим групам населення	5
3.1	Туберкульоз	5
3.2.1	<i>Захворюваність на туберкульоз</i>	5
3.2.2	<i>Профілактика та діагностика</i>	5
3.2.3	<i>Групи з особливими факторами ризику</i>	6
3.2.4	<i>Лікування</i>	6
3.2.5	<i>Проблеми лікування</i>	7
3.2	ВІЛ та СНІД	8
3.2.1	<i>Скільки людей в Англії мають ВІЛ?</i>	8
3.2.2	<i>Профілактика та діагностика</i>	8
3.2.1	<i>Лікування</i>	9
3.2.2	<i>Зауваження</i>	9
3.3	Особи, що хворіють на діабет	10
3.3.1	<i>Захворюваність на цукровий діабет</i>	10
3.3.2	<i>Діагностика та обстеження</i>	11
3.3.3	<i>Лікування і доступ до ліків</i>	11
3.3.4	<i>Проблемні зони</i>	13
3.4	Особи, що отримують замісну терапію для наркоманів	13
3.4.1	<i>Замісна терапія для наркоманів</i>	13
3.4.2	<i>Лікування героїнової залежності</i>	14
3.5	Пацієнти, які потребують паліативної допомоги.....	15
3.5.1	<i>Паліативна допомога у Великобританії</i>	15
3.5.2	<i>Хоспіси</i>	16
3.5.3	<i>Догляд на дому</i>	17
3.5.4	<i>Будинки для літніх людей</i>	17
3.5.5	<i>Лікарні</i>	17
3.5.6	<i>Політика і законодавство</i>	17
3.5.7	<i>Основні проблеми</i>	18
4.	Висновки і основні уроки для України.....	18

1. Вступ

В Україні на сьогодні офіційно зареєстровано ряд епідемій, включаючи туберкульоз та ВІЛ/СНІД, які потребують негайної уваги уряду. До того ж, в країні висока захворюваність на рак в порівнянні з іншими розвиненими країнами та країнами, що розвиваються. Також потребують особливої уваги люди хворі на діабет, в яких без відповідного лікування може підвищитися ризик померти від серцево-судинних захворювань. У 2011 році український уряд ініціював реформу охорони здоров'я, метою якої є поліпшення доступності та якості охорони здоров'я в Україні для забезпечення ліпшого здоров'я населення. Однак перший етап реформи, який відбувається в чотирьох пілотних регіонах (Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та місті Києві), поки що не передбачає зміни підходу до надання медичної допомоги пацієнтам з особливими потребами, зазначеними вище. Огляд міжнародного досвіду може допомогти включити в реформовану систему охорони здоров'я надання ефективної та якісної медичної допомоги цим пацієнтам.

Система охорони здоров'я в Великобританії є гарним об'єктом для порівняння. По-перше, вона фінансується за рахунок загальних податків населення, що робить її подібною до української системи. Вона також переважно базується на первинній медико-санітарній допомозі, яка надається лікарями загальної практики, що було обрано за нову модель охорони здоров'я в Україні. Таким чином, аналіз британського підходу до надання медичної допомоги вразливим групам населення може становити інтерес для українських політиків.

Розділ 2 містить короткий огляд системи охорони здоров'я у Великобританії. В розділі 3 ми окреслюємо основні проблеми, пов'язані з наданням медичної допомоги пацієнтам, що хворіють на такі хвороби: а) туберкульоз, б) ВІЛ та СНІД, в) діабет. Також цей розділ дає уявлення про лікування пацієнтів, які потребують замісної терапії для наркоманів, та пацієнтів, які отримують паліативну допомогу. В розділі 4 ми наводимо короткі висновки та певні уроки для України.

2. Медична допомога у Великобританії: очима пацієнта

У Великобританії державна медична допомога надається Національною Системою Здоров'я (НСЗ, National Health System). Вона була заснована у 1948 році та є надзвичайно цінним важливим інститутом у Великобританії. Охорона здоров'я у Великобританії є дещо децентралізованою, тобто процеси та організація медичної допомоги в Англії, Уельсі, Північній Ірландії та Шотландії частково відрізняються. Однак досвід пацієнта в основному однаковий в усіх «переданих» націях.

2.1 Невідкладна медична допомога

Якщо пацієнт потребує невідкладну медичну допомогу, він може звернутись до відділення невідкладної допомоги в лікарні. Тут пацієнта прийме консультант. В залежності від складності випадку пацієнта можуть покласти в лікарню – виділять ліжко і нададуть можливість залишитись в лікарні; або, якщо необхідно, можуть надати відповідне лікування і відпустити, наприклад, зробити рентгенівський знімок та певні аналізи, виписати ліки тощо.

2.2 Медична допомога на дільниці

Більшість населення Англії зареєстрована у лікаря загальної практики (General Practitioner, GP) – лікаря, кваліфікованого займатися широким спектром медичних проблем. В більшості випадків пацієнт може звернутися до місцевої амбулаторії або кабінета лікаря загальної практики (GP Surgery або GP Practice), де базується кілька лікарів загальної практики, де він при потребі може записатися на прийом до лікаря. Деякими випадками, такими як поради щодо сексуального та репродуктивного здоров'я, може займатися медсестра загальної практики, яка також знаходиться в амбулаторії.

На прийомі у лікаря загальної практики пацієнт та лікар обговорюють скарги пацієнта на здоров'я. В залежності від ситуації пацієнт може отримати рекомендації, при необхідності отримати рецепт на ліки або направлення до спеціаліста, якщо лікар вважає це необхідним. В такому випадку лікар заповнить бланк направлення, який відправить напряму до спеціаліста. Далі спеціаліст зв'яжеться з пацієнтом і повідомить, на який день і час призначено прийом.

Залежно від складності стану, місцевих ресурсів та попиту пацієнт може або дуже швидко потрапити на прийом до спеціаліста, або чекати кілька тижнів або місяців.

На дільниці також надають деякі послуги спеціалістів, які пацієнти можуть отримати напряму без направлення, наприклад, у Клініці сексуального здоров'я (Sexual Health Clinic). Такі клініки надають ряд послуг, у тому числі тестування на венеричні захворювання, безкоштовна контрацепція (в тому числі екстрена контрацепція), тестування на ВІЛ та деякі щеплення. До цих клінік може звернутися будь-який пацієнт незалежно від віку. Деякі клініки вимагають попереднього запису, інші працюють в режимі «живої черги».

2.3 Оплата медичної допомоги

Медична допомога у Великобританії у рамках НСЗ є «безкоштовною в пункті користування» - відвідування лікаря або лікарні безкоштовне незалежно від обсягу необхідного лікування. Система неформальних платежів відсутня. НСЗ оплачується державою з загальних податків.

Великий обсяг лікарських засобів у Великобританії доступний лише за рецептами, за виключенням деяких базових ліків, наприклад, від головного болю чи деяких захворювань шкіри. Якщо пацієнту потрібні ліки, він має отримати рецепт. Далі він йде до аптеки, щоб обміняти цей рецепт на ліки. Пацієнт оплачує фіксований тариф за лікарський засіб, незалежно від вартості ліків, яка субсидується державою. Зараз в Англії ця плата становить 7,65 фунтів стерлінгів за рецепт. В деяких випадках пацієнт може отримати лікарські засоби безкоштовно, наприклад, якщо в нього низький дохід і він це підтвердив документально; якщо він страждає на певну хворобу, таку як туберкульоз; або якщо йому виписали контрацептиви, наприклад, контрацептивні пігулки¹.

Виключення

Первинна медична допомога у Великобританії доступна для всіх і є безкоштовною. Однак не всі можуть отримувати безкоштовне лікування НСЗ у лікарні – лише ті, хто «постійно проживають» в країні ('Ordinarily Resident'). Ними вважаються люди, що «проживають у Великій Британії на законних підставах добровільно і з метою тут оселитися, що є частиною їх щоденного життя на даний момент, з визначеною метою їх тут проживання, що має достатній ступінь безперервності для визначення його осілим».²

Весь обсяг лікування в лікарні НСЗ чи наданий персоналом лікарні може бути платним для тих, хто не «постійно проживають» в країні. Разом з тим, всім без винятку безоплатно надаються такі види медичної допомоги:

- Лікування, надане у відділенні екстреної допомоги (не включає невідкладну допомогу, надану в інших відділеннях лікарні);
- Лікування, надане в центрі, що працює за принципом «живої черги» та надає послуги, подібні до послуг відділення екстреної допомоги у лікарні;
- Лікування певних інфекційних захворювань (за виключенням ВІЛ/СНІД, у випадку якого безоплатно встановлюється лише перший діагноз та надаються вперше призначається лікування);
- Примусове психіатричне лікування;
- Послуги по плануванню сім'ї

Пацієнти, які не мають права отримувати безкоштовне лікування у стаціонарі, повинні або купити приватну медичну страховку, або платити за кожну отриману медичну послугу; зазвичай, їх просять заплатити перед кожною процедурою.

2.4 Приватна медична допомога

Оцінки того, який відсоток населення охоплений приватним медичним страхуванням, є різними, але складають близько 10%. Приватна медична допомога іноді фінансується компаніями, які надають її своїм

¹ Більш детальну інформацію стосовно того, хто має право отримувати безкоштовні рецепти, див. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx>

² Більш детальну інформацію стосовно того, хто має платити за лікування в лікарні НСЗ, див. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Entitlementsandcharges/OverseasVisitors/Browsable/DH_074374

співробітникам як частину пакета винагороди, але приватне медичне страхування також продається населенню безпосередньо.

Основні переваги приватного медичного страхування перед НСЗ – швидший доступ до лікування; більш комфортабельне середовище для лікування; ширший вибір спеціалістів, лікарських закладів та терміну лікування. Час від часу деякі медичні препарати можуть бути доступними для таких пацієнтів і недоступними в НСЗ.

Ті, хто мають приватну медичну страховку, все одно зберігають повний доступ до лікування НСЗ, і деякі пацієнти поєднують обидві системи, часто користуючись приватною медичною страховкою для отримання швидшого доступу чи доступу до більш зручного закладу при зверненні до спеціаліста.

3. Основні принципи надання медичної допомоги вразливим групам населення

3.1 Туберкульоз

3.2.1 Захворюваність на туберкульоз

У 2011 році у Великобританії було зареєстровано 8963 випадки захворювання на туберкульоз (ТБ) – це становить 14,4 випадки на 100 тисяч населення. Ця цифра зросла порівняно з 2010 роком. Переважна більшість випадків були зафіксовані в міських центрах, лише на Лондон припадає 39% випадків. Найчастіше на ТБ хворіють молоді люди з особливими соціальними факторами ризику по ТБ та особи з країн з високим рівнем захворюваності на ТБ – у 2011 році на осіб, які були народжені поза межами Великобританії, припадало 74% випадків³.

Деякі групи більше за інших страждають від ТБ: бездомні та люди, які живуть в поганих умовах, недавні іммігранти, особливо ті, хто приїхали з районів з високою поширеністю ТБ, та ті, хто проживають у міських районах. Наприклад, у 2011 році у 2,5% випадках пацієнти були колишніми наркоманами, у 3,5% випадках зловживали алкоголем, 2,5% є чи були бездомними та 2,6% пацієнтів перебували в тюрмах. Близько 8,6% мали принаймні один з цих факторів ризику, а 1 з 5 – більше одного фактору⁴.

3.2.2 Профілактика та діагностика

Щеплення

До 2005 року дітям до досягнення 14 років регулярно робили в школі щеплення від ТБ (БЦЖ). Ця практика припинилася після того, як рівень захворюваності населення Великобританії на ТБ впав до дуже низького рівня. Зараз це щеплення рекомендується робити лише окремим групам ризику, наприклад, тим, хто:

- з високою ймовірністю може заразитися на туберкульоз на роботі, наприклад, працівники медичних закладів;
- нещодавно прибув до Великобританії з регіону з високим рівнем захворюваності на туберкульоз;
- перебуває в тісному контакті з особами, в яких виявлено туберкульоз.

Дітям, зазвичай, рекомендують щеплення БЦЖ лише у випадку, якщо їхня сім'я живе в районі з високим рівнем захворюваності на туберкульоз, або якщо їх батьки або старше покоління народилися в країні з високим рівнем захворюваності на туберкульоз.

Профілактика та діагностика

В кожному районі є консультант з контролю інфекційних захворювань (Consultant in Communicable Disease Control, CCDC) при Департаменті здоров'я. Цей консультант відповідає разом з наглядачем за ТБ (TB Health

³ http://www.hpa.org.uk/webw/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1317134916916

⁴ http://www.hpa.org.uk/webw/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1317134916916

Visitor)⁵ за профілактику ТБ⁶.

Увага до ТБ має підтримуватися у суспільстві та медичному середовищі – наприклад, дільничні медсестри, медсестри загальної практики, лікарі загальної практики, шкільні медсестри та наглядачі першими мають кваліфікацію і знання для виявлення ТБ на ранніх стадіях захворювання. Населення також має постійно інформуватися, що ТБ виліковний, така інформація знижує стигматизацію хворих на ТБ.

Потенційні випадки ТБ виявляються кількома способами, наприклад:

- особи з клінічними симптомами ТБ спрямовуються лікарем загальної практики до фтизіатричної клініки (Chest Clinic);
- всім близьким контактам пропонується профілактика відповідно до чинного протоколу (NICE);
- новоприбулі та особи, що проживають у Великобританії тривалий термін і які приїхали з країн з високим рівнем захворюваності (річний показник захворюваності >40 випадків на 100 тисяч населення), мають пройти перевірку на ТБ. Рекомендації щодо того, кого потрібно перевіряти, можна отримати від Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я.

ТБ є “повідомлюваною хворобою” відповідно до Акту про здоров'я населення (контроль захворювання), ухваленому у 1984 році (Public Health (Control of Diseases) Act) – лікар, який ставить такий діагноз (зазвичай, лікар загальної практики або консультант лікарні, відповідальний за ТБ), має повідомити про це консультанта з контролю інфекційних захворювань. Також необхідно повідомити дільничного спеціаліста з ТБ.

На дільниці консультант несе повну відповідальність за боротьбу з ТБ — працюючи з фтизіатром, лікарями загальної практики, мікробіологом та, при необхідності, з наглядачем за ТБ — наприклад, при виявленні контактів. Всі хворі з підтвердженням ТБ спрямовуються на лікування до фтизіатра.

3.2.3 Групи з особливими факторами ризику

Групи з особливими факторами ризику, такі як бездомні, також регулярно перевіряються. Наприклад, в Лондоні існує програма «Знайди і вилікуй», за якою мобільна бригада з рентгенівським апаратом відвідує хостели для бездомних.

Уряд Великобританії також нещодавно запровадив програму перевірки іммігрантів. За новими правилами громадяни 67 країн з високим рівнем захворюваності на ТБ, які бажають в'їхати до Великобританії більш ніж на шість місяців, повинні пройти перед в'їздом медичний огляд та, за необхідності, пройти лікування, перш ніж їм видадуть візу⁷.

У Великобританії відсутня національна програма профілактики латентної форми ТБ. Національний інститут клінічної допомоги (National Institute for Clinical Excellence, NICE) рекомендував профілактичну програму для мігрантів, що належать до груп ризику, на всій території Великобританії для виявлення латентної форми ТБ, але така ідея не отримала достатнього розповсюдження: близько 40% лікарів первинної ланки не проводили профілактику. Досвід показує, що так сталося в першу чергу через брак ресурсів⁸.

Ув'язнені регулярно проходять обстеження на ТБ при взятті під варту за допомогою анкетування та, при необхідності, подальшого рентгену грудної клітини та інших заходів профілактики.

3.2.4 Лікування

Особи, в яких була діагностована активна форма ТБ, отримують призначення лікування від медичної бригади по лікуванню ТБ. Така бригада може включати:

- пульмонолога – лікаря, який спеціалізується на хворобах, що уражають легені та органи дихання/фтизіатра;
- спеціаліста з інфекційних захворювань;

⁵ Наглядач за ТБ (TB Health Visitor) відповідає за роз'яснення особі, в якій виявлено ТБ, і його сімі необхідність лікування і пояснює як потрібно приймати медичні препарати. На початкових стадіях він повинен слідкувати за прийняттям ліків особою, в якій було виявлено ТБ.

⁶ Для більш детальної інформації стосовно розподілу відповідальності див. параграф 12, сторінка 7

⁷ <http://www.ukba.homeoffice.gov.uk/sitecontent/newsarticles/2012/august/07-india-tb-test>

⁸ <http://www.bbc.co.uk/news/health-18969099>

- ТБ медсестру;
- Наглядача зі здоров'я – кваліфіковану медсестру, яка пройшла додаткове навчання;
- лікаря загальної практики пацієнта;
- педіатра при необхідності.

Бригада може зустрічатися у лікарні для обговорення випадку пацієнта та необхідного лікування. Спілкування членів бригади може відбуватися також по телефону чи електронній пошті. Пацієнтам також може бути призначений ключовий працівник – наприклад, медсестра чи наглядач, які будуть виступати основною контактною особою між ТБ бригадою та пацієнтом, а також координувати програму лікування пацієнта.

ТБ лікується курсом антибіотиків протягом мінімум 6 місяців. Надзвичайно важливим є закінчити лікування. У Великобританії у 2010 році 84% пацієнтів пройшли повний курс лікування, порівняно з 78% у 2001 році. Щоб заохотити пацієнта приєднатися до програми лікування, методичні рекомендації найкращої практики⁹ рекомендують залучати пацієнтів з самого початку до прийняття рішень щодо процесу лікування, особливо наголошуючи на важливості дотримання рекомендацій. Крім того, кожен хворий на ТБ має знати ім'я свого ключового працівника і як з ним зв'язатися – ключовий працівник відповідає за дотримання пацієнтом рекомендацій, підтримуючи та навчаючи пацієнтів.

Лікування під безпосереднім наглядом (ЛБН, Directly Observed Therapy), коли пацієнт приймає ліки під безпосереднім наглядом, як правило, в більшості випадків ТБ не потрібне, але методики найкращої практики рекомендують проводити для всіх пацієнтів оцінку ризиків недотримання лікування. ЛБН слід пропонувати пацієнтам, які мають високу ймовірність недотримання режиму, і, зокрема, бездомним, які або проживають у притулку, або сплять на вулиці. Домовляючись з пацієнтом про ЛБН, важливо, щоб пацієнт та ключовий працівник обидва брали участь у цьому процесі.

Препарати від ТБ можна отримати безкоштовно всім хворим, незалежно від їх статусу проживання у Великобританії. Це включає в себе осіб, які попросили політичний притулок і яким було відмовлено, та нелегальних іммігрантів¹⁰. Безкоштовні ліки можна отримати в певних місцях, наприклад, у спеціалізованій ТБ клініці. Це зроблено для того, щоб стимулювати людей, які хворіють на ТБ, регулярно відвідувати ТБ клініки, де їх можуть належно оглянути і де їх лікування проводиться ТБ спеціалістами.

Якщо пацієнту призначає препарати для лікування ТБ лікар загальної практики, то пацієнт буде зобов'язаний заплатити за ці ліки, за винятком особливих випадків, наприклад, для малозабезпечених пацієнтів.

3.2.5 Проблеми лікування

Під час останнього опитування населення Північно-Центрального Лондону в червні 2010 - березні 2011 років опитаний медичний персонал підняв ряд питань стосовно охорони здоров'я¹¹. Ці питання оцінювались по рівню ризику для суспільного здоров'я та/або шкоди для пацієнта. Кілька проблем були віднесені до групи високого ризику, в тому числі:

- труднощі з наданням ЛБН пацієнтам, особливо тим, хто мешкає за межами району, що відноситься до юрисдикції відповідного консультанту з контролю інфекційних захворювань, в неробочий час клініки або через брак ресурсів – ця проблема швидше за все вплине на пацієнтів, особливо на найбільш вразливих, хто має найменшу ймовірність закінчити курс лікування;
- можливі затримки з діагностикою захворювання серед дітей у зв'язку з нечастими оглядами;
- недостатнє виявлення контактів ТБ хворих, високий рівень контактів, які не пройшли курс лікування, та обмежені години роботи клінік (contact clinics). Це особливо важливо для суспільного здоров'я, оскільки ця система повинна визначити випадки потенційно інфекційного невиявленого ТБ серед населення, а також латентного ТБ, розвитку якого в активну фазу можна запобігти.

⁹ NICE, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG33quickrefguide.pdf>

¹⁰ Відповідно до Положення 1989 року (тарифи для іноземних громадян) Національної служби охорони здоров'я (з поправками), лікування певних інфекційних захворювань, включаючи ТБ, повинне бути безкоштовним для всіх пацієнтів, незалежно від статусу проживання пацієнта у Великобританії

¹¹ http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1296687649609

Хоча це опитування населення охоплювало лише Північно-Центральний Лондон, автори відзначають, що висновки можуть бути актуальні для інших районів Лондона і навіть інших районів Англії, де поширений ТБ.

3.2 ВІЛ та СНІД

3.2.1 Скільки людей в Англії мають ВІЛ?

У 2010 році приблизно 91500 осіб у Великобританії мали ВІЛ – це близько 0,15% населення (або в середньому 1 з 650). Відсоток чоловіків, які мали ВІЛ, є вищим – 1 з 500 порівняно з 1 з 1000 серед жінок¹².

Кількість людей з ВІЛ, які отримують спеціалізовану терапію, зростає з року в рік: з 23620 осіб у 2010 році до 69424 у 2011. З тих, хто отримує лікування, 51% були інфіковані в результаті гетеросексуальних контактів, 44% - гомосексуальних контактів, 2% - через вживання ін'єкційних наркотиків, 2% - через передачу від матері до дитини та 1% - через переливання крові та її продуктів. У Великобританії більше половини людей, що отримують ВІЛ-терапію, є білими, а більше третини є чорношкірими африканцями.

У Великобританії до груп з непропорційно високою часткою ВІЛ-інфікованих належать геї та бісексуальні чоловіки, чорношкіре населення з Африки та Карибських островів, ув'язнені та споживачі ін'єкційних наркотиків¹³.

3.2.2 Профілактика та діагностика

Пройти тестування на СНІД неможливо, оскільки цей термін включає дуже специфічний перелік захворювань, які розвиваються тоді, коли ВІЛ не діагностується та не лікується¹⁴.

Населення Великобританії може за бажанням пройти тестування на ВІЛ. Крім того, зростають обсяги планового тестування на ВІЛ, наприклад, така можливість пропонується людям, що перевіряються на інші венеричні захворювання, під час допологового спостереження та при реєстрації до лікаря загальної практики. Також рекомендується зробити тест на ВІЛ принаймні раз на рік сексуально активним геям та бісексуалам.

Тест на ВІЛ зазвичай включає в себе аналіз крові, який потім надсилається до лабораторії. Особи, які хочуть пройти перевірку, можуть або піти до свого сімейного лікаря, або до клініки сексуального здоров'я. Крім того, деякі аптеки також пропонують тестування на ВІЛ, плюс цей тест можна замовити на домашню адресу, а потім відправити до лабораторії – але ці опції зазвичай є платними, тоді як інші варіанти є безкоштовними.

У 2010 році в Англії було проведено 2,1 млн тестів на ВІЛ; близько половини з них – у клініках сексуального здоров'я, біля третини – під час допологового спостереження та близько чверті – первинною та вторинною ланкою охорони здоров'я. З усіх людей, які відвідали клініку сексуального здоров'я у 2010 році, 69% здали аналіз на ВІЛ.

Близько половини дорослих у віці 15 років і старше, яким було вперше у 2010 році поставлено діагноз ВІЛ, були діагностовані на пізніх стадіях інфекції. Люди, яким діагноз був поставлений пізно, мають в десять разів більший ризик померти від хвороби, ніж ті, хто були діагностовані вчасно. Крім збільшення ризику смерті пізня діагностика збільшує можливість того, що ця особа до постановки діагнозу по незнанню інфікувала інших. До груп з найвищою часткою пізньої діагностики належать гетеросексуальні чоловіки (63%), гетеросексуальні жінки (58%) та гомосексуалісти (39%).

Нові Засади аналізу здоров'я населення (Public Health Outcomes Framework), які визначають конкретні фактори вимірювання стану суспільного здоров'я в Англії, зокрема, включають індикатор пізньої діагностики ВІЛ – це підкреслює важливість цього питання¹⁵.

¹² Health Protection Agency, 2011. HIV in the United Kingdom – джерело будь-якої статистики, якщо не вказано інше.

¹³ National AIDS Trust, www.nat.org.uk

¹⁴ Європейське визначення випадку СНІД вимагає присутності одного або декількох клінічних захворювань, що вказують на СНІД.

3.2.1 Лікування

З жовтня 2012 року лікування ВІЛ-інфекції у Великобританії є безкоштовним для всіх.

Якщо хтось отримує позитивний діагноз з ВІЛ, його направляють до фахівця ВІЛ-клініки, де роблять додаткові аналізи крові, щоб оцінити, наскільки прогресував вірус, та визначити найкращий курс лікування. Метою лікування є знизити рівень ВІЛ у крові та запобігти або відтермінувати будь-яке пов'язане з ВІЛ захворювання.

ВІЛ лікується за допомогою комбінації різних антиретровірусних препаратів (АРВ) з метою запобігти ситуації, коли ВІЛ стає стійким до одного АРВ. Пацієнти зазвичай приймають три або більше типів АРВ – що відоме як комбінована терапія або високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ). Деякі АРВ-препарати були об'єднані в одну таблетку, так що для деяких людей, в яких нещодавно був діагностований ВІЛ, лікування буде включати прийом лише однієї або двох таблеток на день. Дотримання схеми лікування є надзвичайно важливим, оскільки пропуск доз може зробити лікування неефективним.

ВІЛ-позитивні люди можуть або лікуватися у свого лікаря загальної практики, або у спеціаліста в ВІЛ-клініці (яка знаходиться в лікарні), або в клініці сексуального здоров'я. Більшість людей отримують догляд та лікування ВІЛ у спеціаліста ВІЛ-клініки в лікарні, відвідуючи лікаря кожні 3-6 місяців. Пацієнти також повинні регулярно здавати аналіз крові, щоб стежити за своїм здоров'ям. ВІЛ-клініки укомплектовані широким спектром медичних працівників, у тому числі¹⁶:

- лікарями;
- медсестрами (staff nurses), які роблять загальне обстеження та задають питання стосовно загального стану здоров'я;
- медсестрами з більш глибокими знаннями. В деяких клініках вони, а не лікар, проводять огляди;
- фармацевтами, які відпускають ліки та дають поради стосовно питань, пов'язаних з їх прийомом;
- дієтологами;
- радниками по здоров'ю, які можуть поради та надати інформацію по питаннях сексуального здоров'я;
- лікарями екстреного виклику (emergency/walk-in doctors), якщо пацієнт потребує негайної допомоги.

3.2.2 Зауваження

У 2011 році Урядовий виборчий комітет (Government Select Committee) опублікував доповідь під назвою "Немає вакцини, немає ліків: ВІЛ та СНІД у Сполученому Королівстві — Виборчий комітет про ВІЛ та СНІД у Сполученому Королівстві", в якому представлено рекомендації щодо ВІЛ та СНІД у Великобританії¹⁷. Серед інших були такі ключові рекомендації, надані комітетом:

1. Необхідна подальша урядова підтримка профілактики захворювання та збільшення фінансування як на національному, так і на місцевому рівнях. Уряд також повинен відслідковувати використання цих ресурсів, щоб впевнитися, що їх використовують для профілактики нових ВІЛ-інфекцій. Ефективна профілактика може призвести до значних довгострокових заощаджень, проте поточного рівня інвестування в національні програми профілактики недостатньо для забезпечення потрібного рівня фінансування. Крім збільшення фінансування, також потрібно розширити застосування індивідуального підходу (evidence-based approaches).
2. Ширші національні кампанії по сексуальному здоров'ю мають включати інформацію щодо ВІЛ, як для покращення здоров'я населення, так і для попередження відчуження груп з високим ризиком інфікування — всі кампанії по сексуальному здоров'ю, які проводяться Департаментом здоров'я, мають включати профілактику ВІЛ. До того ж мають продовжуватись кампанії по профілактиці ВІЛ, націлені на громади з високим ризиком. Така робота має включати співпрацю з релігійними лідерами.

15

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_132559.pdf

16

Terrence Higgins Trust: <http://www.tht.org.uk/myhiv/HIV-and-you/Your-healthcare/Your-HIV-clinic>

17

<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201012/ldselect/ldaids/188/18802.htm>

3. Уряд повинен приділяти першочергову увагу дослідженням з профілактики ВІЛ, включаючи створення консультативного комітету з метою керівництва та координації медико-біологічних, соціальних та поведінкових досліджень у галузі профілактики.
4. Програми обміну шприців повинні мати постійне фінансування.
5. Дуже важливо, щоб якомога більше молодих людей мали доступ до високоякісної освіти щодо сексуальних стосунків — така освіта має стати частиною програми шкільної освіти.
6. Потрібно поліпшити збір інформації щодо ВІЛ у в'язницях для отримання надійної оцінки поширення та профілю ВІЛ серед ув'язнених. Крім того, потрібно роз'яснити кращі практики поводження з ВІЛ-інфікованими у в'язницях за допомогою конкретних методичних рекомендацій, включаючи протоколи для тестування, профілактики та лікування у в'язниці. На час розробки таких протоколів Уряд має розробити інструкцію для керівників в'язниць з викладом практичних рекомендацій по поводженню з ВІЛ-інфікованими у в'язницях.
7. Аналізи на ВІЛ повинні стати звичайною процедурою, яка пропонується на основі відмови (opt-out basis) новим пацієнтам лікарів загальної практики, а також під час усіх загальних та гострих госпіталізацій. Тестування також має проводитись з використанням місцевих стратегій тестування. Лікарі повинні пройти навчання, яке допоможе їм визначити та піклуватися про тих, хто ризикує заразитися ВІЛ або має ВІЛ.
8. Лікування та догляд за ВІЛ-інфікованими мають проводитись на національному рівні, враховуючи їх високу вартість і коливання показників поширеності ВІЛ по всій країні. Щоб впевнитись, що національна програма реагує на різні потреби в різних регіонах, необхідно створити регіональні мережі лікування і профілактики, які були б відповідно підтримані та профінансовані урядом. Крім того, АРВ-препарати мають закуповуватись в національному масштабі для того, щоб Уряд міг заощадити і стандартизувати ціни по всій країні.
9. Уряд повинен доручити NICE розробити стандарти лікування та догляду по ВІЛ та СНІД. Їх слід розробляти спільно з ВІЛ-інфікованими пацієнтами та медичними працівниками.
10. Потрібно ширше використовувати інноваційні способи надання фахових послуг. Це включає в себе: доставку додому АРВ-препаратів, гнучкий доступ до послуг (наприклад, на вихідних та вечорами) і віртуальні послуги (по телефону та електронній пошті) для стабільних пацієнтів, які успішно керують власним лікуванням.

3.3 Особи, що хворіють на діабет

3.3.1 Захворюваність на цукровий діабет

У Великобританії близько 2,9 млн осіб хворіють на діабет¹⁸, це становить 4,45% дорослого населення¹⁹. Розрахунки показують, що ще 850000 людей по всій Великобританії хворіють на діабет і або не знають про це, або не мають підтвердженого діагнозу²⁰. При збереженні нинішніх тенденцій, до 2025 року у Великобританії на діабет будуть хворіти 5 мільйонів осіб²¹.

Найбільш поширеним на сьогоднішній день є діабет 2 типу, на який хворіють 90% хворих. Відповідно, лише 10% хворих мають діабет 1 типу. На діабет найчастіше хворіють літні люди. Наприклад, в Англії дорослі з діабетом у віці старше 75 років складають 15,9% випадків серед чоловіків та 13,2% серед жінок²².

Діабет вважається відносно поширеною хворобою, фактори ризику розвитку цього захворювання залежать від суміші генів, способу життя та факторів навколишнього середовища. Ключовим фактором

¹⁸ Засади якості та результатів (Quality and outcomes framework, QOF) 2011: Англія: <http://bit.ly/qof2011e>, Північна Ірландія: <http://bit.ly/qof2011ni>, Шотландія: <http://bit.ly/qof2011s>, Уельс: <http://bit.ly/qof2011w>. (Загальне джерело статистики: <http://www.diabetes.org.uk/documents/reports/diabetes-in-the-uk-2011-12.pdf>)

¹⁹ Quality and outcomes framework (QOF) 2011

²⁰ Дані базуються на даних моделі розповсюдження діабету АНРО <http://bit.ly/aphodiabetes> та даних QOF 2010 <http://bit.ly/prevalence2010>

²¹ Дані базуються на моделі розповсюдження діабету АНРО: <http://bit.ly/aphodiabetes>

²² Інформаційний центр (2011). Обстеження стану здоров'я в Англії у 2010 році <http://bit.ly/HSE2010>

ризик розвитку діабету є бідність, часто тому, що бідність значною мірою пов'язана з більш високим рівнем ожиріння, відсутністю фізичної активності, неправильним харчуванням, курінням та поганим контролем кров'яного тиску - все це пов'язане з ризиком розвитку діабету або ризиком ускладнень для тих, в кого було діагностовано діабет. Наприклад, захворюваність на цукровий діабет в найбідніших районах Уельса майже вдвічі вища порівняно з менш бідними, а в Шотландії ймовірність розвитку діабету 2 типу на 77% вища для людей з найбільш неблагополучних районів в порівнянні з найбагатшими.

У 2011 році видатки НСЗ на діабет становили майже 10 млрд фунтів стерлінгів, що еквівалентно 10% бюджету НСЗ²³ - 80% цієї суми витрачається на боротьбу з потенційно попереджувальними ускладненнями²⁴.

3.3.2 Діагностика та обстеження

Обидва типи діабету, 1 і 2, може діагностувати сімейний лікар. Лікар може попросити зробити аналіз сечі та/або крові, щоб підтвердити діагноз.

3.3.3 Лікування і доступ до ліків

Оскільки не існує ліків від діабету, лікування фокусується на підтриманні належного рівня глюкози та контролі симптомів з метою уникнути розвитку проблем в останні роки життя. Лікування може включати в себе використання інсуліну або ліків. Лікування діабету може бути надане в різних умовах в залежності від індивідуальних потреб — наприклад, в амбулаторії лікаря загальної практики або в місцевій лікарні. Пацієнтів, яких спрямували до спеціаліста, можуть прийняти в поліклініці або лікарні.

Пацієнту з діабетом буде призначена команда медичних працівників, що відповідає за аналіз здоров'я цього пацієнта та узгодження плану його лікування. Склад цієї команди може з часом змінюватись. Вона може включати:

- Лікаря ЗП - консультанта/діабетолога
- спеціальну медсестру по діабету (diabetes specialist nurse, DSN)
- районну або дільничну медсестру
- лікаря загальної практики
- офтальмолога
- окуліста
- медсестру (practice nurse)
- фармацевта
- ортопеда
- психолога
- дієтолога.

Команда може зустрічатися, особливо на початковому етапі, для обговорення випадку пацієнта і необхідного лікування. Подальший зв'язок може бути по електронній пошті або по телефону по мірі необхідності.

У Великобританії діють також національні стандарти та керівні принципи для догляду та профілактики цукрового діабету. Вони розрізняються по регіонах, але включають в себе інформацію про профілактику і раннє виявлення, управління, в тому числі партнерство між пацієнтами та їх командою діабетологів, клінічний догляд, лікування у лікарнях, лікування дітей та молодих людей, гестаційний діабет та інтегровану медичну і соціальну допомогу при необхідності.

²³ Департамент охорони здоров'я (2006). Повернути за рік: поліпшення лікування діабету <http://bit.ly/turning2006>
²⁴ Керр, М. (2011). Стационарне лікування людей з діабетом – Економічне обґрунтування змін. Доступно: http://www.diabetes.nhs.uk/areas_of_care/emergency_and_inpatient/

Вставка: Програма «Якість та результати» (Quality and Outcomes Framework)

Програма «Якість та результати» (Quality and Outcomes Framework, QOF) – це добровільна щорічна програма стимулювання для всіх амбулаторій загальної практики Англії, яка включається в контракт сімейного лікаря. Програму було запроваджено як частину нового контракту по наданню загальних медичних послуг (General Medical Services, GMS) 1 квітня 2004 року. Рівень участі є дуже високим, в програмі також беруть участь більшість амбулаторій по наданню особистих медичних послуг (Personal Medical Services, PMS). Амбулаторіям нараховуються бали за досягнення по кожному індикатору, максимальна кількість балів – 1000. Результати амбулаторій по цій програмі публікуються щорічно. Програма «Якість та результати» націлена не на оцінку роботи, а на стимулювання і заохочення найкращих практик. У 2011-12 роках до опублікованих результатів були включені 8123 амбулаторії загальної практики Англії, що охоплюють практично 100% зареєстрованих пацієнтів в Англії.

Програма «Якість та результати» має чотири основні компоненти (домени). Кожен домен складається з комплексу показників (індикаторів), по яких кожна амбулаторія набирає бали, відповідно до свого рівня досягнень.

- a. Клінічний домен: 87 індикаторів по 20 клінічних областях (напр., ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, гіпертонія).
- b. Організаційний домен: 45 індикаторів по шести організаційних областях – документація та інформація; інформація для пацієнтів; освіта і професійна підготовка; управління амбулаторією та управління лікарськими препаратами.
- c. Домен досвіду по догляду за хворими: один індикатор, пов'язаний з тривалістю консультацій.
- d. Домен додаткових послуг: дев'ять індикаторів по чотирьох зонах обслуговування (обстеження шийки матки, спостереження здоров'я дітей, охорона материнства та послуги з контрацепції).

Джерело: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework/the-quality-and-outcomes-framework-2011-12>

Хворі на діабет повинні щорічно проходити заплановану програму рекомендованих на національному рівні медичних оглядів. Це має стати частиною персоналізованого плану надання медичної допомоги, який дозволить хворим та їх лікарям досягти згоди щодо дій з діабету та задоволенню індивідуальних потреб пацієнтів. Згідно з керівництвом по діабету NSF та NICE, існують 9 ключових елементів обстеження:

1. Вимірювання рівня глюкози в крові
2. Вимірювання кров'яного тиску
3. Вимірювання рівня холестерину
4. Обстеження сітківки ока
5. Обстеження ніг
6. Тестування роботи нирок (сеча)
7. Тестування роботи нирок (кров)
8. Перевірка ваги
9. Перевірка статусу куріння.

Крім отримання результатів цих аналізів, медичні працівники повинні гарантувати вживання заходів за результатами перевірки, щоб переконатися у ефективному симптоматичному лікуванні діабету пацієнта і що пацієнти мають підтримку при самостійному нагляді за своїм станом здоров'я. Наприклад, якщо перевірка ваги показує, що пацієнт має надлишкову вагу, то сімейний лікар і дієтолог працюватимуть разом з пацієнтом, щоб допомогти йому схуднути.

Якщо пацієнту потрібні ліки для лікування діабету, вони йому будуть виписані, як правило, лікарем загальної практики або, в разі потреби, вузьким спеціалістом лікарні. Пацієнт отримує рецепт, який він зможе обміняти в аптеці на ліки. В залежності від людини пацієнти отримують достатньо лікарських препаратів в різні періоди. Зазвичай, проте, пацієнти зобов'язані періодично відвідувати лікаря загальної практики або членів своєї бригади лікарів, щоб перевірити свій прогрес на випадок, коли необхідно відкоригувати курс лікування.

Пацієнти, які потребують медикаментозного лікування, можуть його отримати безкоштовно, заповнивши сертифікат звільнення від оплати за рецепт (prescription exemption certificate).

3.3.4 Проблемні зони²⁵

Незважаючи на увагу уряду до профілактики та лікування діабету через проблеми зі здоров'ям, пов'язані з діабетом, з цією хворобою досі щорічно пов'язують 24000 смертей, половина з яких відбуваються внаслідок серцево-судинних захворювань²⁶.

Наприклад, близько половини людей, що страждають на діабет, мають високий кров'яний тиск – це більше 1,4 млн людей з 2,9 млн хворих на діабет. Крім того, понад 800000 хворих на діабет мають високий ризик ускладнень у майбутньому через високий рівень глюкози в крові – близько 300000 дітей та підлітків мають високий рівень глюкози в крові та ще 144000 мають небезпечно високий рівень ризику розвитку ускладнень, таких як сліпота або ниркова недостатність. Діти і підлітки з діабетом мають найгірші рівні контролю високого рівня глюкози в крові та гострого метаболічного ускладнення діабетичного кетоацидозу (ДКА) – 9% дітей та підлітків з діабетом мали принаймні один випадок ДКА у 2009-2010 роках.

У Великобританії існують величезні розбіжності в стандарті медичних послуг, отриманих хворими на діабет, що робить погане управління надання медичної допомоги потенційно смертельним. В останньому звіті «Діабету Великобританії»²⁷ було виділено ряд ключових проблемних зон:

- Дві третини дорослих з діабетом 1 типу та половина хворих на діабет 2 типу не проходять щорічного обстеження, рекомендованого національними стандартами. В Англії 96% дітей не проходять всіх потрібних щорічних оглядів, а дорослі у віці 16-55 років рідше, ніж літні люди, проходять всі базові медичні огляди.
- Отримане лікування в значній мірі залежить від того, де живе пацієнт. У 2010 році кількість людей, які пройшли всі дев'ять рекомендованих обстежень, коливалася від 6% до 69%, в залежності від місця проживання. Низький рівень медичних обстежень може мати негативний вплив на клінічні результати пацієнтів, потенційно збільшуючи ризик виникнення ускладнень.
- Хоча більшість хворих на діабет (91%) проходять щорічну перевірку кров'яного тиску, недостатньо робиться зусиль, щоб допомогти людям з виявленим високим кров'яним тиском поставити його під контроль. Це тим самим збільшує ризик розвитку пов'язаних з діабетом ускладнень, таких як хвороби серця, ниркова недостатність та інсульт.

3.4 Особи, що отримують замісну терапію для наркоманів

3.4.1 Замісна терапія для наркоманів

У Великобританії існує безліч варіантів лікування для наркоманів – різні види терапії, реабілітаційні програми, замісна терапія. У Великобританії зараз активно дискутується, яке лікування є найбільш прийнятним; нинішній уряд, на відміну від попередніх адміністрацій, активно виступає за вирішення проблеми наркоманії через утримання від вживання наркотиків²⁸. В Англії у 2011-12 роках до структурованих послуг лікування наркозалежності зверталися 197110 людей у віці від 18 років і старше²⁹.

Люди, які підозрюють, що в них може бути наркозалежність, можуть відвідати свого сімейного лікаря або, в деяких випадках, напряму піти до фахівця місцевої наркологічної служби³⁰. Якщо пацієнт приходить до

²⁵ Diabetes UK, 2012. <http://www.diabetes.org.uk/Documents/Reports/State-of-the-Nation-2012.pdf>; The NHS Information Centre (2011). The National Diabetes Audit Executive Summary 2009–2010

²⁶ The Health and Social Care Information Centre. (2011). 7. National Diabetes Audit Mortality Analysis 2007-2008 : http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/NCASP/Diabetes/200910%20annual%20report%20documents/NHS_Diabetes_Audit_Mortality_Report_2011_Final.pdf

²⁷ «Діабет Великобританії» є неурядовою організацією, яка виступає за краще лікування хворих на діабет у Великобританії.

²⁸ Див., наприклад, останню статтю щодо позиції уряду під назвою «Повне відновлення на першому місці». <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/alcohol-drugs/drugs/recovery-roadmap?view=Binary>

²⁹ Система національного наркологічного моніторингу, 2012 рік. Статистика з лікування наркотичної залежності в Англії у 2011-12 роках <http://www.nta.nhs.uk/uploads/statisticalrelease201112.pdf>

³⁰ Місцева наркологічна служба (local specialist drug service) або районна наркологічна служба (community drug service) є частиною районної служби охорони здоров'я. Це окрема служба, хоча географічно вона може бути

місцевої наркологічної служби, то його спочатку оглядають, а потім призначають йому ключового медпрацівника – ним може бути лікар, медсестра або спеціаліст-нарколог. Ключовий працівник допоможе пацієнту організувати відповідне лікування та розробити індивідуальний план, він буде головною контактною особою для пацієнта впродовж всього терміну лікування, включаючи проведення регулярних індивідуальних прийомів. Деякі лікарі загальної практики мають спеціальну освіту і здатні самі зробити оцінку стану пацієнта, не направляючи його до місцевої наркологічної служби.

На додаток до послуг, що надаються НСЗ, послуги також надаються приватними структурами (тобто платно) та добровільними організаціями. Такі послуги можуть включати центри реабілітації мешканців району, структуровані денні програми, послуги зі зменшення шкоди (наприклад, безкоштовний обмін голочок), консультування та інші післятерапевтичні послуги для запобігання рецидивам. Такі послуги зазвичай певним чином пов'язані з НСЗ.

3.4.2 Лікування героїнової залежності

Особи, які мають героїнову залежність та які хочуть її позбутися, можуть отримувати заміну героїну, таку як метадон. Його виписують дозами, які мінімізують можливу відмову від героїну, щоб допомогти пацієнту стабілізувати вживання наркотиків, відмовитися від вживання незаконних наркотиків, змінити ризиковану поведінку, таку як спільне користування голками, та усунути необхідність у злочинній поведінці для фінансування наркозалежності. Деякі люди залишаються на метадоні тривалий час, відомому як «відхід» ('maintenance'), поки вони не готові очиститися від наркотиків ('detox') та стати від них вільними.

Для тих, хто готовий «очиститися», з часом поступово зменшують кількість призначеного метадону, поки в пацієнта більше не будуть спостерігатися симптоми абстиненції і він не буде в змозі повністю припинити вживати метадон. Темпи скорочення та тривалість часу, необхідного для звільнення від наркотиків, може сильно розрізнятися залежно від стану пацієнта.

Лікарі загальної практики відповідають за призначення метадону, як правило, після консультації і по рекомендації місцевої наркологічної служби. Деякі лікарі загальної практики, які пройшли спеціальну підготовку, в змозі самі провести аналіз без необхідності спрямування пацієнта до вузького спеціаліста.

Спочатку пацієнти, найвірогідніше, відвідують лікаря досить регулярно – принаймні кілька разів на тиждень – щоб скоригувати дозу метадону і переконатися, що вона правильна. Після цього пацієнт отримує регулярну підтримуючу дозу. На визначення правильного рівня підтримуючої дози, яка дозволить уникнути симптомів абстиненції, може знадобитися кілька тижнів.

Пацієнти можуть отримати свій метадон за рецептом в місцевій аптеці. Протягом перших місяців лікування всі рецепти на метадон мають виписуватися щоденно.³¹ Більшість пацієнтів протягом перших трьох місяців також знаходяться на обліку в місцевій аптеці, де вони повинні щодня приймати метадон в присутності фармацевта, лікаря або медсестри, щоб гарантувати, що пацієнти правильно його приймають і в правильному дозуванні; така практика продовжується до того часу, поки пацієнт не буде в змозі продовжувати правильно приймати метадон без нагляду³².

розташована в/біля лікарні чи іншого медичного закладу. Послуги можуть надаватися НСЗ або добровільною організацією (ГО) за дорученням держави. Також можуть працювати добровільні організації, що фінансуються з інших джерел. Персонал районної наркологічної служби може включати різних членів, в тому числі спеціально навчених працівників та ключових працівників, наглядачів, медсестер, консультантів та психологів.

³¹ Також є варіанти реабілітації для мешканців. Як правило, так відбувається в тих районах, де інші варіанти не спрацювали або де жителі мають особливо високий ризик не завершити своє лікування. (<http://www.nhs.uk/Livewell/drugs/Pages/Herointreatment.aspx>)

³² NICE: <http://publications.nice.org.uk/methadone-and-buprenorphine-for-the-management-of-opioid-dependence-ta114>

Щоденна видача препарату може продовжуватись перший рік призначення. По мірі розвитку довірчих відносин між пацієнтом та лікарем, який виписує наркотик, процедура може бути поступово ослаблена. Рекомендується не призначати більше тижневої потреби в метадоні за один раз. Точний режим видачі може залежати від людини – наприклад, для пацієнтів, які працюють, щоденний режим видачі може заважати виконанню їх робочих обов'язків³³.

Пацієнтам, які проходять лікування з використанням метадону, настійно рекомендується пройти терапію та отримати консультацію, які допоможуть їм керувати або зменшити вживання наркотиків та вирішити психологічні та соціальні проблеми, які впливають на здатність пацієнтів припинити вживати наркотики. Ці послуги можуть надаватися місцевою наркологічною службою або місцевим добровільним агентством і, в ідеалі, включати соціально-психологічну допомогу.

Дослідження ефективності лікування метадонем показали, що пацієнти, які отримують таке лікування, мають більшу ймовірність дотримуватися курсу лікування і меншу ймовірність вживати заборонені наркотики в порівнянні з тими, хто або не отримують ніякого лікування, або приймають плацебо. Більш високі дози метадону ефективніші за маленькі. Крім того, є свідчення, що лікування метадонем знижує смертність, зменшує ВІЛ-ризиковану поведінку та знижує рівень злочинності в порівнянні з відсутністю лікування³⁴.

3.5 Пацієнти, які потребують паліативної допомоги

3.5.1 Паліативна допомога у Великобританії

У Великобританії паліативна допомога існує для того, щоб люди, які наближаються до кінця свого життя, отримали найкращий і якомога більш комфортний догляд, щоб полегшити біль та інші симптоми, а також надати соціальну, психологічну та емоційну підтримку. Паліативна допомога може включати:

- Медичне лікування та догляд;
- Полегшення болю та симптомів;
- Реабілітацію;
- Терапію, включаючи фізіотерапію та додаткові види терапії;
- Духовну підтримку;
- Побутові та фінансові поради;
- Допомогу при втраті для опікунів пацієнта, сімей та друзів.

Паліативна допомога може бути запропонована або після, або одночасно з іншими методами лікування, такими як хіміотерапія для онкохворих. Це особливо доречно для молодих людей, які можуть тривалий час жити з невиліковною хворобою.

Паліативну допомогу можна отримати в хоспісі (в якості резидента або в денному стаціонарі), в лікарні або вдома.

У Великобританії існують (для дорослих):

- 220 хоспісів та стаціонарів паліативної допомоги
- 3175 хоспісних та паліативних ліжок
- 288 закладів по наданню паліативної допомоги на дому
- 127 хоспісів на дому
- 272 денних стаціонарів

³³ <http://www.addictionadvisor.co.uk/THLmedicalguidelines/C5.pdf>

³⁴ NICE: <http://publications.nice.org.uk/methadone-and-buprenorphine-for-the-management-of-opioid-dependence-ta114>

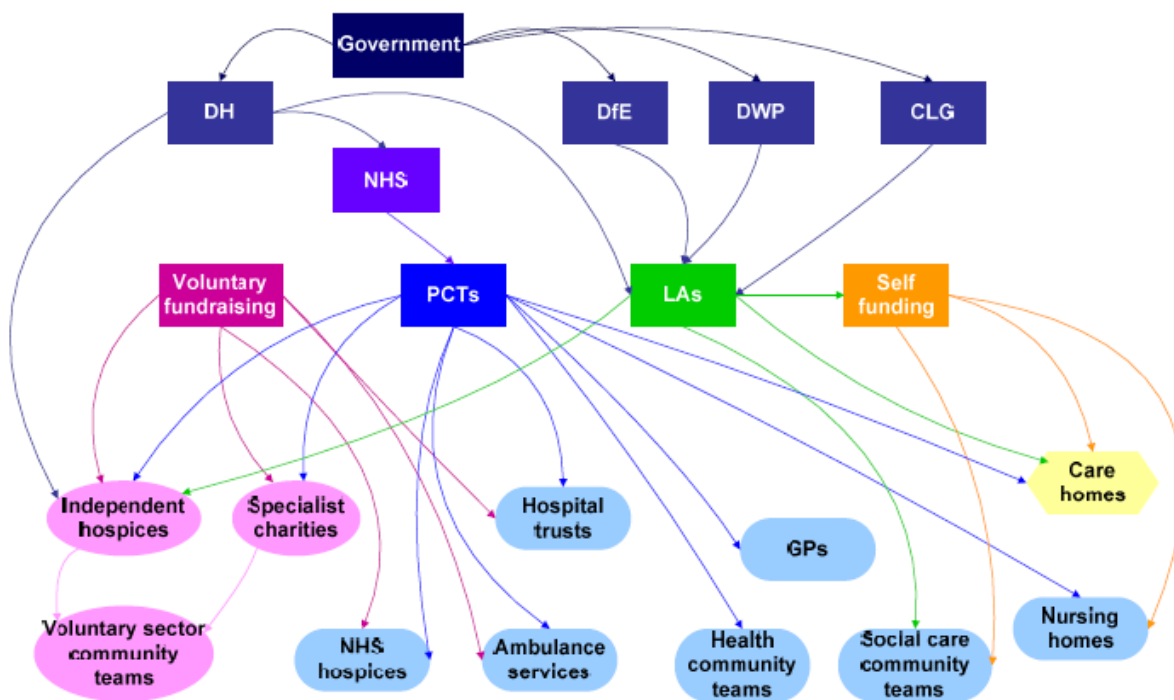
- 343 відділень у лікарнях (hospital support services)³⁵.

У Великобританії щоденно витрачається 1,4 млн фунтів стерлінгів на хоспісну допомогу, причому хоспіси для дорослих в Англії отримують близько 34% свого фінансування з державних коштів³⁶. Всі НСЗ послуги надаються безкоштовно для пацієнта.

Допомога наприкінці життя надається пацієнтам з певними захворюваннями, включаючи рак, серцеву недостатність, дихальну недостатність, хронічну ниркову недостатність, печінкову недостатність, деякі неврологічні захворювання, такі як розсіяний склероз та хвороба рухових нейронів, та СНІД.

В цілому, служба паліативної допомоги Великобританії вважається однією з найкращих в світі. Паліативна допомога здійснюється багатьма провайдерами від НСЗ до добровільного сектора.³⁷ Відсутність інтеграції між цими закладами (див. Рисунок) вважається одним з основних недоліків системи. Це призводить до зниження прозорості, а також розбіжностям в наданні медичної допомоги в різних населених пунктах.

Рисунок. Основні потоки фінансування допомоги наприкінці життя/паліативної допомоги



Джерело: Фінансування правильного догляду та підтримки для всіх для створення справедливої та прозорої системи фінансування; Заключний звіт огляду фінансування паліативної допомоги, липень 2011 року, с. 21, <http://palliativecarefunding.org.uk/PCFRFinal%20Report.pdf>

3.5.2 Хоспісу

Найчастіше паліативна допомога надається в хоспісі — спеціалізованій установі, що управляється командою лікарів, медсестер, соціальних працівників, консультантів та волонтерів, які отримали спеціальну освіту. Ці заклади є зазвичай меншими за лікарні, вони в змозі забезпечити більш індивідуальний підхід. Команди фізично розташовані в хоспісі і тісно співпрацюють для забезпечення необхідного догляду за пацієнтами.

Щороку у Великобританії під опікою хоспісів знаходяться близько 250000 людей — безпосередньо в хоспісі або вдома. Людей в хоспіс направляють зазвичай або лікарі загальної практики, або лікарі лікарень. Дільнична медсестра також може направити пацієнта.

³⁵ <http://www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/facts-figures/#Hospice-and-Palliative-Care-Directory-2011>

³⁶ <http://www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/facts-figures/#Hospice-and-Palliative-Care-Directory-2011>

³⁷ Фінансування правильного догляду та підтримки для всіх для створення справедливої та прозорої системи фінансування; Заключний звіт огляду фінансування паліативної допомоги, липень 2011 року, <http://palliativecarefunding.org.uk/PCFRFinal%20Report.pdf>

Хоспіси є безкоштовними, і пацієнта можуть направити до хоспісу в будь-який період після діагнозу хвороби. Крім довготривалого проживання, хоспіси також пропонують короткостроковий догляд, коли пацієнт залишається на короткий період часу і дає перепочити своїм опікунам.

Більшість послуг хоспісу управляються та фінансуються за рахунок добровільних внесків. Хоча вони отримують державне фінансування, воно не покриває всіх витрат на надання паліативної допомоги.³⁸ Проте, існують також і хоспіси НСЗ, які в основному фінансуються державою.

3.5.3 Догляд на дому

Пацієнти, які бажають залишитися вдома, можуть отримувати паліативну допомогу на дому від цілого ряду медичних працівників, у тому числі персоналу хоспісу, районних медсестер і медсестер паліативної допомоги. Вони також можуть отримувати соціальні послуги та обладнання від місцевої влади після оцінки соціальними службами потреб пацієнта. Всі НСЗ послуги надаються безкоштовно, але деякі з послуг, що надаються місцевими органами влади, - послуги соціальної допомоги — можуть бути платними.

Лікар загальної практики пацієнта може домовитись про надання НСЗ послуг, таких як відвідини районної або дільничної медсестри для проведення ін'єкцій, та інших видів допомоги, таких як перевдягання або відвідини співробітників хоспісу на дому. Догляд пацієнта на дому координується районною медсестрою — вона також працює з місцевими соціальними працівниками для забезпечення правильного догляду та підтримки. Крім того, дільничні медичні сестри паліативної допомоги дають медичні поради стосовно курсу лікування та є клінічними фахівцями по контролю болю та симптомів. Пацієнти можуть звернутися до цих медсестер або через районних медсестер, або через своїх сімейних лікарів.

Деякі команди хоспісної та паліативної допомоги надають послуги хоспісу на дому у пацієнта — доповнюючи послуги, які надаються районною медсестрою. В деяких випадках цей догляд може бути цілодобовим. Такі послуги можуть називатися хоспісом на дому.

Лікар загальної практики залишається відповідальним за надання медичної допомоги пацієнту, у тому числі за призначення ліків. Пацієнти, яким виписується морфін, можуть отримувати його або у вигляді таблеток, або у вигляді ін'єкцій. Пацієнти можуть самі робити собі ін'єкції в міру необхідності відповідно до призначеної дози.

3.5.4 Будинки для літніх людей

Якщо пацієнт вже живе в будинку для літніх людей (residential care home), він може там залишитись і не переїжджати до хоспісу чи лікарні. Будинки для літніх людей можуть звернутися за акредитацією відповідно до "Золотих стандартів кінця життя" ("End of Life Gold Standards Framework")³⁹ і довести, що їх співробітники спеціально навчені і мають хороші зв'язки з місцевими лікарями.

3.5.5 Лікарні

В лікарнях є бригади паліативної допомоги, які працюють разом з лікарським та сестринським персоналом, а також іншими медичними та соціальними працівниками. Їх роль полягає в наданні консультацій та підтримки персоналу лікарні стосовно контролю симптомів, в тому числі управління болем. Команда також підтримує пацієнтів і доглядальників та консультує їх щодо догляду та курсу лікування, в тому числі, часу і місця отримання допомоги.

Команди можуть включати в себе лікарів, медсестер та соціальних працівників, або можуть бути представлені лише однією медсестрою. Вони часто працюють у тісному контакті з місцевими хоспісами.

3.5.6 Політика і законодавство

У 2008 році уряд Великобританії опублікував Стратегію допомоги наприкінці життя⁴⁰ з метою поліпшити догляд наприкінці життя у Великобританії. Щороку уряд звітує про виконання цієї стратегії. Останній звіт був опублікований у жовтні 2012 року⁴¹.

³⁸ У середньому, хоспіс для дорослих покриває лише 32% своїх поточних витрат з державних коштів.

³⁹ <http://www.goldstandardsframework.org.uk/>

⁴⁰ Department of Health, 2008. End of Life Care Strategy. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_086277

У 2009 році він також опублікував ряд “якісних маркерів та показників” допомоги в останні дні життя⁴². Хоча ці якісні маркери не є обов’язковими, вони корисні для місцевих провайдерів медичних послуг та догляду при плануванні їх послуг. У першу десятку якісних маркерів для провайдерів входять:

1. Мати план дій по наданню високоякісного догляду наприкінці життя, який охоплює пацієнтів з будь-якими діагнозами та аналізується на предмет впливу і прогресу.
2. Впровадити ефективні механізми виявлення тих, хто наближається до кінця життя.
3. Забезпечити, щоб людям, які наближаються до кінця життя, був запропонований план догляду.
4. Забезпечити, щоб індивідуальні вподобання та вибір, коли пацієнт захоче їх висловити, були задокументовані та повідомлені відповідним спеціалістам.
5. Забезпечити, щоб потреби доглядальників були відповідно оцінені і задокументовані відповідно до оцінки доглядальника.
6. Мати механізми для забезпечення цілодобової координації догляду пацієнтів між організаційними кордонами.
7. Зробити найважливіші послуги доступними цілодобово для всіх, хто наближається до кінця життя і їх потребують.
8. Бути поінформованим про навчальні можливості стосовно допомоги наприкінці життя та дозволити відповідним працівникам мати доступ або відвідувати відповідні програми в залежності від їх потреб.
9. Прийняти стандартизований підхід (Шлях догляду Ліверпуля (Liverpool Care Pathway) або еквівалент) для догляду за людьми в останні дні життя.
10. Відстежувати якість та показники догляду в останні дні життя та надавати відповідну інформацію для місцевого та національного аудиту.

3.5.7 Основні проблеми

Цілий ряд благодійних та громадських організацій займаються питаннями догляду в останні дні життя. Вони виділяють наступні основні проблеми:

- Нестача державного фінансування хоспісів — зараз хоспіси отримують лише близько 32% свого фінансування з державного бюджету. Інші джерела фінансування включають в себе благодійні пожертвування, підтримку місцевих громад та бізнес спільноти, доходи від роздрібної діяльності.
- Забезпечення того, що люди мають право вибирати свій догляд та лікування, в тому числі, місце, де вони отримують лікування, та, в кінцевому рахунку, де вони вмирають. У деяких місцях відсутність варіантів допомоги на рівні громади, наприклад, цілодобового догляду, не дозволяє деяким людям залишатися вдома.
- Соціальні послуги⁴³ невиліковно хворим пацієнтам мають надаватися безкоштовно. За чинною моделлю процес розробки, що може або не може бути надане безкоштовно, іноді може зайняти багато часу — кілька тижнів або навіть місяців, за цей час стан пацієнта та його потреби можуть істотно змінитись.

4. Висновки і основні уроки для України

Досвід Великобританії показує, що увага до груп пацієнтів з певними типами захворювання, які є фокусом цієї аналітичної записки, є дуже важливою для забезпечення високого стандарту лікування цих пацієнтів.

⁴¹ Department of Health, 2012. End of Life Care Strategy Fourth Annual Report <http://www.dh.gov.uk/health/files/2012/10/End-of-Life-Care-Strategy-Fourth-Annual-report-web-version.pdf>

⁴² Department of Health, 2009, End of life care strategy: quality markers and measures for end of life care http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_101681

⁴³ Соціальні послуги включають послуги, що надаються місцевою владою, щоб гарантувати, що пацієнт може залишатися у власній домівці якомога довше, наприклад, переобладнання ванної кімнати та кухні, щоб зробити їх зручнішими для користування, встановлення поручнів по всій оселі або будівництво пандусів для інвалідних колясок в будинку у разі потреби.

Лікарі загальної практики відіграють важливу роль при діагностиці та лікуванні. Вони відповідають за догляд за пацієнтом у всіх випадках. Водночас, для високоякісного лікування має важливе значення координація роботи лікарів загальної практики та вузьких спеціалістів (лікарів-консультантів). Зокрема, вони часто об'єднуються в команди у випадках певних типів хвороб для забезпечення кращого догляду за вразливими пацієнтами. Водночас найчастіше пацієнти із ТБ, ВІЛ та діабетом мають можливість як звернутись до лікаря загальної практики, так і піти за призначенням до вузьким спеціалістів, оскільки особи з такими діагнозами визначено вразливими і надання їм вчасного лікування є серед пріоритетів системи охорони здоров'я.

Зважаючи на досвід Великобританії, можна винести наступні уроки для України:

- Лікарі загальної практики (сімейні лікарі) можуть відповідати за профілактику та діагностику туберкульозу, ВІЛ/СНІД і діабету. Для цього лікарі загальної практики повинні бути оснащені аналізаторами, які дозволять їм перевіряти пацієнтів на туберкульоз, ВІЛ/СНІД та діабет. Але що більш важливо, лікарі загальної практики повинні отримати відповідні знання та навички, щоб виконувати такі функції. Для цього їм потрібне додаткове навчання. Частина роботи щодо таких пацієнтів може виконувати медсестра загальної практики, яка, однак, також потребує додаткового навчання;
- Лікарі загальної практики можуть відповідати за лікування груп пацієнтів з названими типами захворювань. Разом з тим, це можна впровадити в довшій перспективі;
- Варто створювати амбулаторії загальної практики, де кілька лікарів загальної практики працюють разом з медсестрами;
- Потрібно забезпечити систему, яка уможливить тісні зв'язки між лікарями загальної практики та лікарями вторинного рівня, щоб вони могли працювати в командах для лікування вразливих груп пацієнтів у найбільш ефективний спосіб;
- Міжнародний досвід також свідчить, що необхідна інтеграція і координація допомоги та послуг, що надаються державою та добровольцями. Це дозволило б забезпечити надання більш ефективної допомоги групам пацієнтів з певними типами захворювань, а також ефективне використання наявного фінансування на кожному рівні. Зокрема, в Україні добровільний сектор є більш розвиненим для хворих на ВІЛ/СНІД; проте їх цілісність та координація є слабкою. Водночас, держава повинна відігравати основну роль у відкритті хоспісів у всіх областях України для людей, які потребують паліативної допомоги.

Крім того, повинна бути збільшена поінформованість населення про ознаки і симптоми туберкульозу та діабету. Це також стосується деяких видів раку. Потрібно забезпечити ліпше розуміння населення щодо виліковності туберкульозу та АРВ терапії для пацієнтів з ВІЛ, що знизить стигму цих груп пацієнтів. Мають бути вжиті зусилля для підвищення доступності та здійснення самостійного догляду та обізнаності людей з певними типами захворювань (у тому числі туберкульоз, діабет і серцево-судинні захворювання). Тому українці мають заохочуватись брати більше відповідальності за своє здоров'я завдяки, наприклад, офіційним інформаційним кампаніям.

Місія

Вироблення альтернативного погляду на ключові проблеми суспільного та економічного розвитку України

Цілі

Надавати висококваліфіковану експертну оцінку в сфері економіки та економічної політики.

Бути реальним чинником формування громадської думки шляхом організації публічного діалогу.

Сприяти розвитку економічних та суспільних наук та стимулювати розвиток дослідницької спільноти в Україні.

Публікації

Місячний економічний моніторинг України (МЕМУ) з додатком

МЕМУ містить місячний огляд і короткий аналіз ключових заходів економічної політики та статистичних даних, які були оприлюднені протягом попереднього місяця. Додаток до МЕМУ містить розширеним аналіз однієї важливої події в українській економіці. Інститут випускає 12 випусків МЕМУ на рік, які доступні на умовах передплати.

Макроекономічний прогноз України

Макроекономічний прогноз України включає прогноз ВВП та його компонентів, фіскальних індикаторів, платіжного балансу, інфляції, обмінного курсу на поточний та наступні роки. Випускається 12 випусків на рік – 4 квартальні випуски та 8 оновлень з короткими коментарями, – які доступні на умовах передплати.

Моніторинг інфраструктури України (МІУ)

МІУ є щорічним звітом, який містить дані про стан реструктуризації шести секторів інфраструктури в Україні. Інформацію представлено у стандартизований спосіб, який дозволяє порівнювати зміни у відповідних галузях. Розглянуті показники є якісними та розділяються на три загальні категорії: (1) комерціалізація, (2) тарифна реформа, (3) регуляторний та інституційний розвиток. Двадцять один індикатор дозволяють проводити економічний та стратегічний аналіз на різних рівнях узагальнення. У вільному доступі.

Економічні Підсумки для України

Економічні підсумки містить огляд і короткий аналіз ключових економічних показників та заходів економічної політики року. Публікується в січні, використовуючи наявні дані та річні оцінки, та оновлюється у травні, коли оприлюднюється переважна більшість даних щодо минулого року. Публікація доступна на основі передплати.

Дослідження ділової активності

Дослідження ділової активності складаються з двох окремих опитувань. Перше дослідження – промисловість – здійснюється на основі опитування керівників підприємств переробної промисловості. Друге – банки – основане на опитуванні керівників банків. Щороку публікується чотири випуски Досліджень ділової активності для кожного з секторів, які доступні на умовах передплати.

Консультативні роботи

Консультативні роботи є спільним продуктом Німецької консультативної групи з питань економічних реформ в Україні та ІЕД, метою якого є надання рекомендацій щодо економічної політики для українських політиків. Рекомендації розробляються на основі детального аналізу ситуації в Україні, сучасної економічної теорії та найкращих міжнародних прикладів. Роботи доступні для політиків та – через певний час – для громадськості.

КОНТАКТИ:

Інститут Економічних Досліджень
та Політичних Консультацій
вул. Рейтарська 8/5-А, 01030 Київ
Тел. (+38044) 278-6342
Факс (+38044) 278-6336
E-mail: institute@ier.kiev.ua
<http://www.ier.com.ua>
Facebook проекту: [Реформа охорони здоров'я](#)

Голова Правління

Ігор Бураковський
burakovsky@ier.kiev.ua

Виконавчий директор

Оксана Кузяків
kuziakiv@ier.kiev.ua

Директор з наукової роботи

Вероніка Мовчан
movchan@ier.kiev.ua

Центр економічних досліджень

Олександра Бетлій
betliy@ier.kiev.ua
Віталій Кравчук
Kravchuk@ier.kiev.ua
Дмитро Науменко
naumenko@ier.kiev.ua
Ірина Коссе
kosse@ier.kiev.ua
Катерина Пількевич
pilkevich@ier.kiev.ua
Артур Ковальчук
kovalchuk@ier.kiev.ua
Сергій Максименко
maksyumenko@ier.kiev.ua
Галько Світлана Василівна
galko@ier.kiev.ua
Костянтин Кравчук
k.kravchuk@ier.kiev.ua

Центр досліджень сільського господарства

Олег Нів'євський
nivyevskiy@ier.kiev.ua
Юлія Огаренко
ogarenko@ier.kiev.ua
Анна Кузнецова
Kuznetsova@ier.kiev.ua

Центр досліджень міжнародних відносин

Катерина Шинкарук
shynkaruk@ier.kiev.ua

Центр досліджень сучасного суспільства

Ірина Федець
fedets@ier.kiev.ua
Інна Ченаш
chenash@ier.keiv.ua