

## У Міністерстві охорони здоров'я України готують нові правила госпіталізації пацієнтів

[Читати на руском](#)[Read in English](#)

У Міністерстві охорони здоров'я України готують нові правила госпіталізації пацієнтів

**МОЗ має намір посилити критерії госпіталізації пацієнтів, по суті дозволивши направляти в стаціонар лише тих, хто вже перебуває в тяжкому стані.**

Про це розповіла інфекціоністка Ольга Голубовська.

За її даними, вчора завершилося обговорення проєкту наказу «Про затвердження стандарту «Рекомендовані критерії госпіталізації пацієнтів для надання стаціонарної допомоги».

Голубовська одразу підкреслює, що "стандарт" не буває "рекомендованими критеріями" – стандарт повинен суворо дотримуватися.

"Це надзвичайно важливий документ, мета якого, як завжди, – обмежити ваш доступ до своєчасного лікування. Стандарт більше схожий на рекомендації, за якими ми визначаємо необхідність переведення чи госпіталізації прямо в відділення інтенсивної терапії та реанімації", – пише Голубовська.

Вона зазначає, що основна претензія до загальних положень – їх "відрив від непередбачуваності перебігу захворювань". Зокрема, вимога одночасного виконання всіх трьох умов для продовження стаціонарного лікування – наявності показань, необхідності унікальних процедур і активного плану терапії, що, на її думку, "ставить лікаря в глухий кут" і призводить до ситуації, коли "пацієнта, який ще не стабільний, але вже не потребує в «унікальних маніпуляціях», доводиться виписувати під тиском керівництва, що прямо суперечить принципам клінічної обережності".



Ольга Голубовская

1 дн. · 🌐



Сьогодні закінчується обговорення сумнозвісного проекту наказу «Про затвердження Стандарту «Рекомендовані критерії госпіталізації пацієнтів для надання стаціонарної допомоги». Це надважливий документ, завдання якого, як завжди, обмежити ваш доступ до СВОЄЧАСНОГО лікування, що, як ми знаємо, є найважливішим для деяких категорій хворих. Тому, як кажуть, «слідкуємо за руками».

По, перше, «Стандарт» – це ОБОВ'ЯЗКОВИЙ до виконання норматив. Жорстка норма. Тому він ніяк не може бути «рекомендованими критеріями», його треба буде виконувати. Необхідно змінити назву на «Клінічні рекомендації (настанови) щодо критеріїв госпіталізації...». Додати в п.1: «Критерії мають виключно рекомендаційний характер і не можуть обмежувати професійне клінічне рішення лікаря (ст. 33, 34 Основ)».

Документ є спробою впровадити жорстку фінансову дисципліну в охорону здоров'я, проте ціна цієї дисципліни може виявитися занадто високою для безпеки пацієнтів. Головна претензія до загальних положень – це їхня відірваність від непередбачуваності клінічного перебігу хвороб. Зокрема, вимога одночасного виконання всіх трьох умов для продовження стаціонарного лікування – наявності показань, потреби в унікальних процедурах та активного плану лікування – заганяє лікаря в глухий кут. Це створює ситуацію, коли пацієнта, який ще не стабільний, але вже не потребує «унікальних маніпуляцій», доводиться виписувати під тиском адміністрації, що прямо суперечить засадам клінічної обережності.

Жорсткі порогові значення показань до госпіталізації (наприклад,  $SpO_2 \leq 90\%$ ,  $ЧДР \geq 30$ ,  $АТ < 90$  мм рт.ст. тощо) оперують констатацією фактів, що вже сталися, замість того, щоб спиратися на прогностичні маркери прогресування хвороби.

Майже ігнорується епідеміологічна складова. Якщо людина з грипом живе в гуртожитку або в тій самій квартирі з літніми родичами, її мають лікувати амбулаторно, доки не з'явиться дихальна недостатність. Це не просто медичне питання, це ризик локального спалаху. Крім того, абсолютно не прописаний механізм для самотніх пацієнтів похилого віку, які при високій гарячці вдома просто не зможуть себе обслужити, що робить амбулаторне лікування для них смертельно небезпечним.

Аналогічна ситуація з пневмоніями. Орієнтація виключно на легку стадію за шкалою CURB-65 не враховує того, як швидко бактеріальна деструкція легень може прогресувати. Вдома неможливо якісно моніторити сатурацію або вчасно помітити перехід у мікст-інфекцію. Те саме стосується і гострих кишкових інфекцій. Документ дозволяє госпіталізацію лише при критичному зневодненні, але ж гіповолемічний шок може розвинути досить стрімко. Як можна лікувати таку людину амбулаторно, якщо пероральна регідратація фізично неможлива?

Окремої критики заслуговує підхід до неускладнених інфекцій сечовивідних шляхів. Винесення їх суто на амбулаторний рівень без урахування коморбідних станів є вкрай ризикованим через загрозу швидкого розвитку уросепсису.

Загалом, системна проблема документа в тому, що він оперує констатацією фактів, що вже сталися, замість того, щоб спиратися на прогностичні маркери прогресування хвороби. Ми маємо документ, який перекладає всю відповідальність на сімейного лікаря: він або порушує стандарт, рятуючи пацієнта від потенційних ускладнень шляхом спрямування до стаціонару, або діє «по закону», ризикуючи отримати пацієнта вже в стані, наближеному до термінального.

Таким чином, стандарт більше нагадує рекомендації, якими ми керуємось під час визначення потреби переведення/госпіталізації вже у відділення інтенсивної терапії та реанімації 🤔

Наша країна знаходиться у стані повномасштабної війни. Кожного дня руйнується інфраструктура, люди на межі виживання, у постійному стресі. Ми на порозі спалахів (вони вже є) інфекційних хвороб, я вже не кажу про глобальні процеси, про які нам постійно нагадують, а ВОЗО прогнозує нову пандемію. Своєчасне виявлення будь-яких хвороб та надання медичної допомоги прогресуючим хворим рятує у переважній більшості випадків їм життя.

Стандарт потребує серйозного доопрацювання.

Наша асоціація спрямувала до МОЗ України свої зауваження та пропозиції.



Ольга Голубовская

2 ч. · 🌐



До речі, в указаних в попередньому пості «Стандартах» повністю відсутня стаціонарна допомога гастроентерологічним хворим. Як і немає у робочій групі відповідних фахівців. Це взагалі нонсенс – як можна не включити в такий надважливий документ для країни, який стосується буквально всіх і кожного, принаймні, фахівців УСІХ клінічних спеціальностей?! Я знаю, що буквально вчора Українська гастроентерологічна асоціація спрямувала відповідний лист, але чому це треба виправляти вже на кінцевій стадії обговорення, бо ніхто і не знає до останнього про таку робочу групу?

Тепер помирати, наприклад, від цирозу печінки можна буде лише у себе на подвір'ї, яюсь так.

Наскільки я знаю, в основу документу поклали Американський стандарт. Не впевнена, що це найкраще рішення. Нагадую – найпостраждаліша країна світу від ковіду – США, що до появи варіанта омікрон, що після. Причини цього також відомі, основні – це ось такі стандарти, де госпіталізують уже напівживих людей. Я про це писала тут –

<https://www.facebook.com/share/p/18vDQWZjTj/?mibextid=wwXlfr>

Не впевнена, що у воюючій країні із вкрай нестабільним епідемічним станом, не кращим індексом здоров'я населення в світі та тривалістю життя це є гарним варіантом.

Таке відношення до людей, на мій погляд – справжній підрип національної безпеки, додатковий фактор деморалізації та розчарування суспільства.

Теги: [Голубовская Ольга](#) [Голубовська Ольга](#) [МОЗ](#) [Минздрав](#)



Микола Сидоренко

РЕДАКТОР РОЗДІЛУ «НОВИНИ СВІТУ»

Роздрукувати

Надіслати товаришу