

**01.12.2018, №1**

**ПРОТОКОЛ ДОСЛІДЖЕННЯ:**

**«ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО  
РЕАЛІЗАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНИХ ПРОГРАМ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯМ, ЩО  
СПРИЧИНЯЮТЬ НАЙБІЛЬШИЙ НЕГАТИВНИЙ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ  
ТА ЕКОНОМІЧНИЙ ВПЛИВ»**

## **СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

**ПМД** – первинна медична допомога

**АРТ** – антиретровірусна терапія

**ВІЛ/СНІД** – вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту

**ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я

**ДКТ** – добровільне консультування і тестування

**ЗПТ** – замісна підтримувальна терапія

**ІМСД** – інтегрована медико-соціальна допомога

**СІН** – споживачі ін'єкційних наркотиків

**ЛЖВ** – люди, які живуть з ВІЛ

**НУО** – неурядова організація

**ОІ** – опортуністичні інфекції

**ТБ** – туберкульоз

**ЦПБС** – центри профілактики та боротьби зі СНІДом

**ЧСЧ** – чоловіки, які практикують секс з чоловіками

**ЖКС** – жінки комерційного сексу

## ВСТУП

Система охорони здоров'я в Україні на даний момент перебуває на стадії реформування, оскільки вона не в змозі в повній мірі забезпечити належний доступ та якість медичного обслуговування різним категоріям пацієнтів, а також рівні умови отримання цих послуг. Першим етапом реформування медичної системи є удосконалення організації надання первинної медичної допомоги (далі ПМД) на засадах сімейної медицини. Згідно з інформацією МОЗ України з досвіду розвинених країн відомо, що більше 80% потреб населення у медичній допомозі забезпечуються на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги, в рамках якої забезпечується надання не лише послуг лікування, а й профілактики.

В той же час серед найактуальніших проблем, які потребують вирішення на рівні реформування системи охорони здоров'я є поширення епідемії ВІЛ-інфекції, туберкульозу та інших інфекційних захворювань, а також зростання рівня наркозалежності. Поширення цих проблем свідчить про недостатність профілактичної роботи, спрямованої на їх вирішення. При цьому гостро стоїть проблема вчасної діагностики та лікування соціально-небезпечних захворювань, яка часто пов'язана зі способом життя та особливостями поведінки представників груп ризику, зокрема їх низькою прихильністю до лікування та відвідування відповідних медичних закладів.

Відповідно до оновленого в рамках реформи Порядку надання ПМД, лікарі повинні не лише направляти пацієнтів з підозрою на наявність соціально-небезпечних інфекцій в профільні медичні заклади, а й надавати послуги, які попереджають розвиток цих захворювань. Відповідно до цього документу в обов'язки сімейних лікарів та терапевтів входить періодичне обстеження і надання послуг профілактики пацієнтам з підвищеним ризиком розвитку ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших інфекцій.

Загалом інтеграція послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань в систему надання ПМД може стати одним із способів на шляху вирішення проблеми їх поширення. Можливість отримання послуг профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів, послуг ЗПТ на рівні закладів ПМД зробить їх більш доступними в цілому та забезпечить рівні умови доступу до їх отримання для всіх категорій пацієнтів, в т.ч. для представників груп ризику. З цього постає питання готовності та мотивації надавачів ПМД надавати вище зазначані послуги в цілому та працювати з представниками ключових груп ризику зокрема.

Виходячи з викладеного вище, були сформульовані відповідні мета та завдання дослідження.

**Мета дослідження:** дослідити готовність та ключові мотиватори надавачів ПМД до надання розширеного переліку медичних послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань різним категоріям пацієнтів, в тому числі представникам груп ризику, а також до лікування паліативних хворих на дому.

**Завдання, які будуть вирішуватися в рамках реалізації дослідження:**

1. Оцінити готовність та визначити перелік послуг, які готові надавати надавачі ПМД різним категоріям пацієнтів (в т.ч. представникам груп ризику) в рамках:
  - a) профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань – ВІЛ, ТБ та вірусних гепатитів В, С;
  - b) лікування наркозалежних хворих в рамках ЗПТ;
  - c) лікування паліативних хворих на дому.
2. Визначити перелік станів/нозологій, які потребують включення до програми державних гарантій медичного обслуговування населення або потребують впровадження окремого тарифу оплати праці надавачам ПМД.
3. Дослідити мотивацію надавачів ПМД до надання послуг різним категоріям пацієнтів (в т.ч. представникам груп ризику) в рамках:
  - a) профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань – ВІЛ, ТБ та вірусних гепатитів В, С;
  - b) лікування наркозалежних хворих в рамках ЗПТ;
  - c) лікування паліативних хворих на дому.
4. Оцінити готовність та визначити перелік послуг, до яких заклади ПМД готові залучати немедичних фахівців в рамках надання різним категоріям пацієнтів (в т.ч. представникам груп ризику) послуг:
  - a) профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань – ВІЛ, ТБ та вірусних гепатитів В, С;
  - b) лікування наркозалежних хворих в рамках ЗПТ;
  - c) лікування паліативних хворих на дому.
5. Дослідити умови, на яких заклади ПМД готові залучати немедичних фахівців в рамках надання різним категоріям пацієнтів (в т.ч. представникам груп ризику) послуг:
  - a) профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань – ВІЛ, ТБ та вірусних гепатитів В,С;
  - b) лікування наркозалежних хворих в рамках ЗПТ;
  - c) лікування паліативних хворих на дому.

6. Оцінити рівень обізнаності надавачів ПМД щодо:
- a) *особливостей роботи з ключовими групами ризику з метою стримування епідемії ВІЛ/СНІДу;*
  - b) *профілактики та лікування ВІЛ, зокрема порядку надання послуг ДКТ і залучення до отримання цих послуг партнерів осіб, що живуть з ВІЛ;*
  - c) *профілактики та лікування ТБ, зокрема особливостей амбулаторного ведення випадків ТБ*
  - d) *особливостей надання комплексних послуг лікування наркозалежності, в тому числі пацієнтів ЗПТ;*
  - e) *профілактики та лікування вірусних гепатитів В та С;*
  - f) *особливостей лікування паліативних хворих.*
7. Визначити джерела інформації, якими користуються надавачі ПМД для підвищення знань щодо реформування системи охорони здоров'я, профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, та інших професійних компетенцій.
8. Визначити найбільш перспективні джерела та методи поліпшення професійних знань надавачів ПМД щодо реформування системи охорони здоров'я, профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, та інших професійних компетенцій.
9. Розробити рекомендації щодо механізмів підвищення обізнаності надавачів ПМД щодо реформування системи охорони здоров'я, профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, та інших професійних компетенцій.

Для вирішення завдань, поставлених в рамках дослідження, буде застосовуватися поєднання якісної та кількісної методології збору даних. На першому етапі реалізації дослідницького проекту будуть проведені фокус-групові дискусії з надавачами ПМД. На другому етапі результати застосування якісної методології будуть використанні для розробки інструментарію (анкети) для кількісного опитування надавачів ПМД. Географія дослідження охоплюватиме 9 областей, які представляють Західний, Центральний та Південно-Східний макрорегіони України: Волинську, Львівську, Тернопільську, Житомирську, Київську, Полтавську, Дніпропетровську, Херсонську та Харківську.

Третій етап дослідження передбачає проведення глибинних інтерв'ю з фахівцями, які працюють у сфері реформування системи охорони здоров'я та експертами у сфері протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу на національному рівні.

В цілому результати дослідження можуть бути корисними в рамках визначення перспектив та можливостей надання різних видів послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань різним категоріям пацієнтів (в тому числі представникам груп ризику), а також лікування паліативних хворих, на рівні закладів ПМД.

Окрім того, отримана інформація може використовуватися для розробки програм державних гарантій медичного обслуговування на рівні закладів ПМД, які могли б розширити доступ до отримання послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань. Розробка та реалізація таких програм сприятиме забезпеченню рівних умов отримання кваліфікованої медичної допомоги представниками різних категорій населення. При цьому використання отриманих результатів дослідження сприятиме не лише створенню сприятливих умов отримання медичних послуг пацієнтами, а й дасть можливість створити відповідні умови праці для медичних працівників закладів ПМД, на яких вони готові надавати зазначені послуги.

## ЧАСТИНА 1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою вирішення поставлених завдань планується застосування в рамках дослідження якісної та кількісної методології збору даних.

### Цільові аудиторії:

- надавачі ПМД, які представляють обласні, міські та райони (в т.ч. сільські дільничні) медичні заклади первинної ланки надання медичної допомоги. В якості надавачів ПМД будуть відбиратися сімейні лікарі загальної медичної практики, терапевти та педіатри;
- експерти - фахівці, які працюють у сфері реформування системи охорони здоров'я та фахівці сфери протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу на національному рівні.

**Критерії включення респондентів у дослідження.** В дослідження будуть включені надавачі ПМД, які відповідають наступним критеріям:

- штатні працівники закладів первинної ланки надання медичної допомоги (обласні, міські та райони лікарні);
- спеціалізація – сімейний лікар загальної медичної практики, терапевт, педіатр.

**Географія дослідження** охоплюватиме 9 областей, які представляють три макрорегіони України:

- Західний: Волинська, Львівська та Тернопільська області;
- Центральний: Житомирська, Київська та Полтавська області;
- Південно-Східний: Дніпропетровська, Херсонська та Харківська області.

### 1.1. ДОСЛІДНИЦЬКИЙ КОМПОНЕНТ 1: ФОКУС-ГРУПОВІ ДИСКУСІЇ З НАДАВАЧАМИ ПМД

**Метою реалізації** дослідницького компоненту є отримання якісних характеристик готовності надавачів ПМД до надання послуг профілактики та лікування ВІЛ,ТБ та вірусних гепатитів, ЗПТ, лікування паліативних хворих на дому (визначення переліку послуг, які готові надавати ПМД, мотивів та умов надання цих послуг, а також категорій пацієнтів, з якими готові працювати надавачі ПМД і т.п.).

**Методи збору інформації:** фокус-групові дискусії з надавачами ПМД. Планується проведення 4 фокус-групових дискусій (кількість учасників ФГД – 6-8 респондентів).

Основним критерієм включення до вибірки учасників ФГД виступатиме зайнятість на момент опитування в сфері надання медичних послуг в якості сімейного лікаря загальної практики, терапевта або педіатра.

**Результати якісного компоненту дослідження стануть основою для розробки інструментарію (анкети) для кількісного компоненту дослідження.**

## **1.2. ДОСЛІДНИЦЬКИЙ КОМПОНЕНТ 2: КІЛЬКІСНЕ ОПИТУВАННЯ НАДАВАЧІВ ПМД**

**Метою реалізації** дослідницького компоненту є отримання кількісних показників готовності надавачів ПМД до надання послуг профілактики та лікування ВІЛ,ТБ та вірусних гепатитів, ЗПТ, лікування паліативних хворих на дому, а також показників рівня обізнаності представників цільової аудиторії щодо особливостей надання цих послуг, особливостей роботи з представниками ключових груп ризику.

**Методи збору інформації:** кількісне опитування надавачів ПМД методом особистих інтерв'ю (face-to-face).

**Опис вибіркової сукупності:** вибірка репрезентує думку надавачів ПМД за типом медичного закладу (обласного, міського та районного рівня). Об'єм вибіркової сукупності на рівні 800 респондентів забезпечує граничну похибку вибірки  $\pm 3,5\%$  при довірчій ймовірності  $P=0,954$ . При аналізі даних в розрізі макрорегіону та типу населеного пункту похибка вибірки може збільшуватись.

Тип вибірки - стратифікована багатоступенева вибірка, квотна на етапі відбору медичних закладів. Етапи формування вибірки:

- На **першому етапі** генеральна сукупність поділена на страти за географічною ознакою (Західний, Центральний та Південно-Східний макрорегіони).
- На **другому етапі** в рамках кожного макрорегіону будуть відібрані різні типи областей за критерієм охоплення проектами PEPFAR (області в яких реалізуються проекти PEPFAR і області в яких не реалізуються проекти PEPFAR). При цьому до вибірки не будуть включені області, в яких було проведено пілотне впровадження додаткової оплати медичному працівнику за ведення випадку туберкульозу.
- На **третьому етапі** в кожній області згідно з квотними параметрами будуть відібрані медичні заклади різного рівня: обласного, міського та районного (в т.ч.



сільські дільничні лікарні). Для відбору лікарів в рамках медичних закладів до департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій будуть зроблені запити щодо надання інформації про кількість надавачів ПМД в розрізі медичних закладів в області, яка стане основою для розрахунку кількості лікарів для опитування в кожному медичному закладі. Відбір необхідної кількості респондентів в одному медичному закладі буде здійснюватися випадковим чином зі списку всіх надавачів ПМД в закладі.

Вибірка розрахована на основі пропорційного співвідношення кількості медичних закладів різного рівня (обласного/міського/районного) в кожній області, згідно з даними Центру Медичної статистики станом на кінець грудня 2017 року. Використання даного варіанту вибірки дає можливість розрахувати квотні параметри за критерієм типу медичного закладу (див. Табл.1).

**Таблиця 1. Структура вибіркової сукупності для проведення опитування надавачів ПМД**

Макрорегіон	Область	Охоплення проектами РЕПФАР	Медзаклади обласного рівня	Медзаклади міського рівня	Медзаклади районного рівня	В цілому
Західний	Волинська	ні	3	6	35	<b>44</b>
	Львівська	ні	5	54	59	<b>118</b>
	Тернопільська	ні	3	6	51	<b>60</b>
	<b>Всього</b>		<b>11</b>	<b>66</b>	<b>145</b>	<b>222</b>
Центральний	Житомирська	ні	5	14	58	<b>77</b>
	Київська	так	10	26	84	<b>120</b>
	Полтавська	так	5	29	60	<b>94</b>
	<b>Всього</b>		<b>19</b>	<b>70</b>	<b>202</b>	<b>291</b>
Південно-Східний	Дніпропетровська	так	4	96	43	<b>43</b>
	Херсонська	так	4	9	32	<b>32</b>
	Харківська	ні	5	52	43	<b>43</b>
	<b>Всього</b>		<b>13</b>	<b>157</b>	<b>118</b>	<b>288</b>
<b>ВСЬОГО</b>			<b>42</b>	<b>293</b>	<b>465</b>	<b>800</b>

### 1.3. ДОСЛІДНИЦЬКИЙ КОМПОНЕНТ 3: ПРОВЕДЕННЯ ГЛИБИННИХ ІНТЕР'Ю З ЕКСПЕРТАМИ

**Метою реалізації** дослідницького компоненту є обговорення результатів дослідження (ФГД та кількісного опитування надавачів ПМД), а також отримання експертної оцінки готовності та можливостей залучення надавачів ПМД до надання послуг профілактики та лікування ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів, ЗПТ, лікування паліативних хворих на дому.

**Методи збору інформації:** глибинні інтерв'ю з експертами. Планується проведення 4 глибинних інтерв'ю з фахівцями, які працюють у сфері реформування системи охорони здоров'я та фахівцями сфери протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу на національному рівні. Кандидатури експертів для проведення глибинних інтерв'ю будуть попередньо узгоджуватися з Замовником дослідження.

## **ЧАСТИНА 2. ОРГАНІЗАЦІЙНІ УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**З метою забезпечення організаційних умов проведення дослідження до його реалізації будуть залучатися наступні сторони:**

- представники Центру громадського здоров'я та інші фахівців, які працюють у сфері реформування системи охорони здоров'я;
- фахівці, які працюють в сфері протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу на національному рівні;
- обласні департаменти охорони здоров'я в досліджуваних областях;
- головні лікарі та/або їх заступники обласних клінічних лікарень в кожній досліджуваній області.

Буде сформована робоча група експертів які працюють у сфері реформування системи охорони здоров'я, а також у сфері протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу на національному рівні (склад робочої групи буде узгоджений з Замовником). В подальшому робоча група експертів буде залучена до дослідження на всіх етапах його реалізації.

В кожній області буде призначений координатор на базі медичного закладу надання ПМД обласного рівня, які будуть сприяти рекрутингу респондентів для ФГД та проведення особистих інтерв'ю на базі відібраних медичних закладів в досліджуваних областях.

Збір інформації в рамках якісного компоненту дослідження (модерація фокус-групових дискусій та глибинних інтерв'ю) буде здійснюватися модераторами IFAK Institut, які мають відповідний досвід.

До збору інформації в рамках кількісного компоненту дослідження будуть залучені регіональні бригади професійних інтерв'юерів з досвідом роботи в даній сфері. Перед проведенням польового етапу для інтерв'юерів буде проведений детальний інструктаж, який передбачає ознайомлення з метою та завданнями дослідження, інструментарієм, процедурою відбору респондентів та процедурою опитування.

### ЧАСТИНА 3. ОБРОБКА ТА АНАЛІЗ ДАНИХ

#### **Обробка та аналіз даних, отриманих в рамках застосування якісної методології.**

Для здійснення аналізу даних, отриманих в рамках застосування якісної методології, аудіозаписи фокус-групових дискусій/глибинних інтерв'ю будуть розшифровані – перенесені у текстовий формат. Отримана інформація буде систематизована за допомогою узагальнення, синтезу та виокремлення унікальних суджень (думок).

**Обробка та аналіз даних, отриманих в рамках застосування кількісної методології.** В рамках підготовки даних до аналізу, анкети будуть перевірені на заповнення та наявність пропусків. Окрім того, з масиву анкет, заповнених у кожній області випадковим чином, будуть відібрані анкети для верифікації. Після проведення верифікації анкети будуть введені в масив.

Аналіз даних буде здійснюватися за допомогою пакету статистичної обробки даних SPSS. В рамках дослідження планується:

- аналіз даних в цілому по вибірці;
- аналіз даних в розрізі макрорегіону;
- аналіз даних в розрізі типу медичного закладу.

Структура аналітичного звіту за результатами дослідження попередньо буде узгоджена з робочою групою експертів та Замовником.

#### ЧАСТИНА 4. ЕТИЧНІ ЗАСАДИ

Даний розділ протоколу узагальнює етичні засади дослідження і розкриває наступні пункти:

**Добровільна участь у дослідженні.** Потенційні учасники будуть поінформовані про те, що їхня участь у дослідженні є виключно добровільною і що вони мають право відмовитися від участі в дослідженні. Про добровільність участі в інтерв'ю інформує рекрутер під час запрошення до інтерв'ю.

**Анонімність та конфіденційність.** Інформація, отримана в ході дослідження буде деперсоналізована, і збережена на електронних носіях. Будь-яка інформація про учасників дослідження зберігатися і розголошуватися не буде. Паперові анкети дослідження будуть зберігатися в офісі IFAK Institut. Через рік після закінчення дослідження паперові анкети будуть знищені.

**Підписання інформованої згоди.** Респондентам, які будуть відповідати критеріям включення у дослідження буде надана/зчитана інформована згода, яка включатиме короткий опис дослідження та особливості його реалізації. Якщо у респондентів будуть виникати додаткові запитання щодо дослідження, на них будуть надані вичерпні відповіді. Якщо учасник дослідження погоджується на участь у дослідженні, представник дослідницької групи повинен підписати інформовану згоду.

**Ризики для учасників.** Участь у дослідженні не несе жодних ризиків для його учасників.

**Винагорода за участь.** Респонденти, які візьмуть участь у кількісному та/або у якісному компонентах дослідження, отримають винагороду. Винагорода за участь не є платою за інтерв'ю чи купівлею відповідей, а є виключно символічною компенсацією за витрачений час респондента задля участі у дослідженні, винагорода буде передана респонденту зразу після закінчення фокус-групи, інтерв'ю.

**Взаємодія з учасниками дослідження.** Персонал IFAK Institut, що прийматиме участь у дослідженні, дотримується принципів конфіденційності. Всі учасники дослідницької команди, включено з інтерв'юерами, підписуватимуть зобов'язання про нерозголошення інформації про респондентів.

**Протокол та інструментарій дослідження пройде етичну комісію з питань етики ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (irb.cph@gmail.com; тел.0444255680).**

## ЧАСТИНА 5. ОСНОВНІ ВИКОНАВЦІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ПІБ	ПОСАДА	СФЕРА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ
<b>Говоруха Сергій Вікторович</b>	Генеральний директор українського офісу IFAK Institut	Головний дослідник, керівник дослідницької групи, який здійснює стратегічне управління реалізації дослідження, забезпечує ефективність взаємодії між членами дослідницької групи та виконання всіх обов'язків перед Замовником
<b>Залізник Ольга Анатоліївна</b>	Директор з досліджень українського офісу IFAK Institut, координатор кількісних досліджень	Співдослідник, який контролює процедуру реалізації дослідження на всіх його етапах, забезпечує відповідність методології та процедури дослідження та дотримання стандартів забезпечення якості даних
<b>Романенко Наталія Володимирівна</b>	Директор з розвитку бізнесу українського офісу IFAK Institut, координатор якісних досліджень	Співдослідник, який контролює та забезпечує ефективну реалізацію дослідження на етапі використання якісних методів збору даних, контролює роботу модераторів, координує написання аналітичного звіту за результатами дослідження з використанням якісної методології
<b>Сенік Тетяна Юріївна</b>	Старший менеджер проектів українського офісу IFAK Institut	Співдослідник та головний координатор проекту, який виступає основним комунікатором між компанією і Замовником, а також між усіма членами команди, контролює процедуру проведення дослідження, займається підготовкою звітів про хід проекту

## ЧАСТИНА 6. ГРАФІК ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

<b>№ ЕТАПУ</b>	<b>НАЙМЕНУВАННЯ ЕТАПІВ</b>	<b>СТРОКИ НАДАННЯ ПОСЛУГ (ДАТИ ТА К-ТЬ РОБОЧИХ ДНІВ)</b>
1.	Підготовчий	<b>10</b> (десять) 16.11.2018 – 29.11.2018
2.	Збір даних (якісний компонент)	<b>15</b> (п'ятнадцять) 30.11.2018 – 20.12.2018
3.	Збір даних (кількісний компонент)	<b>20</b> (двадцять) 21.01.2019 – 15.02.2019
4.	Обробка даних, підготовка звіту	<b>15</b> (п'ятнадцять) 18.02.2019 – 11.03.2019