

**Вимоги до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців,
які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної
практики, щодо проведення скринінгів здоров'я**

**1. Вимоги до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців,
які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної
практики**

1.1. Загальні положення

Реалізація проекту щодо проведення скринінгу здоров'я для осіб віком від 40 років здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від _____ № _____ “Деякі питання проведення скринінгу здоров'я для пацієнтів віком від 40 років” (далі – постанова КМУ) .

Послуги надаються закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, які відповідають вимогам законодавства щодо проведення скринінгу здоров'я для пацієнтів та цим вимогам (далі – суб'єкти господарювання).

Скринінг здоров'я – організований комплекс медичних послуг для пацієнтів віком від 40 років, спрямований на первинне виявлення факторів ризику і захворювань в осіб без симптомів, а також періодичний контроль ускладнень і неконтрольованих факторів ризику в осіб із встановленими серцево-судинними захворюваннями та/або цукровим діабетом.

Послуга надається **амбулаторно** та/або **за місцем проживання (перебування) пацієнта/пацієнтки** (далі – пацієнт) за рішенням лікаря.

Для отримання послуги пацієнти віком від 40 років мають:

отримати сповіщення–запрошення для проходження скринінгу здоров'я у мобільному додатку Порталу Дія (Дія);

відкрити поточний рахунок із спеціальним режимом використання, до якого емітовано електронний платіжний засіб “Дія.Картка”, для зарахування підтримки в одному з банків України, з яким Мінцифри укладено договір відповідно до постанови КМУ, та/або перевірити номер поточного рахунка, інформація щодо якого передана банком та який наявний у мобільному додатку Порталу Дія (Дія);

отримати повідомлення про надання підтримки засобами мобільного додатка Порталу Дія (Дія).

Для отримання підтримки **через ЦНАП** учасникам скринінгів здоров'я необхідно: відкрити поточний рахунок в одному з банків, та/або перевірити номер поточного рахунка, інформація щодо якого надана банком;

звернутися із запитом через ЦНАП;

отримати від повідомлення від адміністратора ЦНАП про надання підтримки (орієнтовно через 7 днів).

Після цього пацієнт має змогу записатись для проходження скринінгу здоров'я до одного з суб'єктів господарювання, що включений НСЗУ до переліку суб'єктів господарювання, що можуть надавати послуги з проведення скринінгу здоров'я (далі – перелік надавачів послуг з проведення скринінгу здоров'я).

1.2. Вимоги до організації надання послуги

Форма організації скринінгу здоров'я

Суб'єкт господарювання може самостійно обирати та поєднувати форми проведення скринінгу здоров'я: у приміщеннях суб'єкта господарювання, виїзди в громади і на підприємства, мобільні кабінети, а також обстеження вдома для маломобільних пацієнтів.

Незалежно від форми послуга має відповідати постанові КМУ та цим вимогам.

Прийом оплати за надану послугу здійснюється суб'єктом господарювання при першому візиті, шляхом списання коштів підтримки з "Дія.Картка". Для цього суб'єкту господарювання необхідно мати відповідний код категорії продавця (МСС) та використовувати POS-термінал для безконтактної оплати.

Перелік сфер діяльності та кодів категорії продавця (Merchant Category Code):

Сфера діяльності	Код
Лікарі, ніде раніше не класифіковані	8011
Лікарні	8062
Практикуючі лікарі, медичні послуги, ніде раніше не класифіковані	8099
Медичні та стоматологічні лабораторії	8071

Проведення скринінгу здоров'я включає:

- вимірювання артеріального тиску (далі – АТ) не менше двох разів за візит із визначенням середнього значення; за підозри АГ проведення домашнього моніторингу артеріального тиску (далі – **НВРМ**) та/або добовий моніторинг артеріального тиску (далі – **АВРМ**);
- вимірювання частоти серцевих скорочень (далі – ЧСС), з оцінкою регулярності пульсу;
- проведення антропометрії: маса тіла, зріст, ІМТ, окружність талії;
- збір даних про фактори ризику (куріння, вживання алкоголю, рівень фізичної активності, сімейний анамнез);
- скринінг симптомів (біль у грудній клітці, задишка, набряки, переміжна кульгавість).

У межах скринінгу здоров'я **кількість візитів пацієнта може складати від одного до трьох:**

- у більшості випадків пацієнт проходить усі етапи за один візит;
- при виявленні факторів ризику чи необхідності додаткової консультації можливий другий візит;
- при застосуванні АВРМ/НВРМ чи підтвердженні патології – до трьох візитів (видача/повернення пристрою, видача направлення).

Для маломобільних пацієнтів скринінг може проводитися вдома.

Анкетування та шкали ризику:

SCORE2 – Systematic COronary Risk Evaluation 2 – шкала оцінки 10-річного ризику серцево-судинних подій (фатальних і нефатальних) у осіб віком 40 – 69 років. Використовується в Європі (ESC, 2021).

SCORE2-OP – Systematic COronary Risk Evaluation 2 – Older Persons – модифікація SCORE2 для осіб віком 70 років (ESC, 2021).

FINDRISC – Finnish Diabetes Risk Score – фінська шкала для оцінки 10-річного ризику розвитку ЦД2. Використовується як простий інструмент скринінгу предіабету і ЦД2.

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9 – опитувальник для скринінгу й оцінки вираженості депресії (9 запитань).

GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder-7 – опитувальник для скринінгу й оцінки генералізованого тривожного розладу (7 запитань).

AUDIT-C – Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption – скорочений тест (3 запитання) для виявлення ризикованого та шкідливого вживання алкоголю.

Лабораторні дослідження:

ліпидограма (total-C, non-HDL-C, HDL-C, LDL-C, TG);
глікований гемоглобін (HbA1c), % за NGSP (далі – HbA1c), з автоматичною конверсією у ммоль/моль за IFCC;
електроліти (Na, K);
креатинін сироватковий;
розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (eGFR), визначена за формулою СКД-EPI 2021 (далі – eGFR), у мл/хв/1,73 м²;
співвідношення альбумін сечі/креатинін сечі, мг/г (далі – ACR).

Профілактичне консультування: проведення індивідуального профілактичного консультування з розробкою персоналізованого плану щодо корекції способу життя, що включає рекомендації з раціонального харчування, оптимізації фізичної активності, корекції маси тіла та припинення тютюнопаління та вживання алкоголю.

Маршрутизація: взаємодія із лікарем з надання первинної медичної допомоги, закладами спеціалізованої медичної допомоги; обов'язкове направлення пацієнтів із виявленою патологією чи високим ризиком шляхом скерування через електронні направлення.

Ведення документації: усі результати (анкетування, лабораторні й інструментальні обстеження, консультації) вносяться до **електронної системи охорони здоров'я** (далі – ЕСОЗ) відповідно до вимог законодавства.

Лабораторія зобов'язана негайно (не пізніше ніж через 30 хвилин від виявлення) повідомити лікаря телефоном та задокументувати в ЕСОЗ результати, що становлять безпосередню загрозу життю: калій у плазмі крові $\geq 6,5$ ммоль/л або $\leq 2,5$ ммоль/л; натрій ≤ 120 або ≥ 160 ммоль/л; глюкоза плазми ≥ 25 ммоль/л або $\leq 2,5$ ммоль/л. Результати, що потребують термінової клінічної оцінки, але не належать до критичних, підлягають повідомленню лікаря та внесенню до ЕСОЗ у строк не пізніше 24 годин: TG $\geq 11,3$ ммоль/л; eGFR < 30 мл/хв/1,73 м²; ACR ≥ 300 мг/г. Лікар зобов'язаний внести до ЕСОЗ інформацію про вжиті заходи, у тому числі здійснені шляхом консультування дистанційними методами зв'язку, у строк до 60 хвилин для критичних результатів та до 24 годин для термінових.

Цифрові рішення

Суб'єкти господарювання можуть впроваджувати власні цифрові сервіси та застосунки, у тому числі з використанням технологій штучного інтелекту, для підвищення зручності, персоналізації й ефективності скринінгу здоров'я. Такі інструменти можуть застосовуватися для онлайн-запису, нагадувань, автоматичного підрахунку шкал ризику, персоналізованих порад чи візуалізації результатів («світлофор» тощо). Використання інструментів штучного інтелекту допускається виключно як допоміжне, а остаточне клінічне рішення ухвалює медичний працівник.

1.3. Вимоги до спеціалістів

За кожним місцем надання послуг:

лікар первинної медичної допомоги (сімейний лікар або терапевт) – щонайменше 1 особа за основним місцем;

сестра медична (або брат медичний) – щонайменше 1 особа одиниця на кожних трьох лікарів (кількість осіб визначають як математично округлене до цілого значення показника «кількість лікарів / 3» (за значення 0,5 – у бік більшого);

координатор (помічник) пацієнта – щонайменше 1 особа на місце надання послуг.

Функцію координатора може виконувати працівник суб'єкта господарювання (адміністратор або медична сестра/медичний брат). Необхідне визначення обов'язків офіційним документом суб'єкта господарювання.

Основні функції (рекомендовані):

первинна комунікація й запис;

інформування пацієнтів;

організація маршруту в межах візиту (анкети, антропометрія, лабораторія/інструментальні дослідження, консультація лікаря);

нагадування й контроль термінів;

забезпечення доступності для маломобільних осіб;

збір зворотного зв'язку від пацієнтів.

Координатор не приймає клінічних рішень і діє в межах визначених обов'язків.

Безперервний професійний розвиток

Лікарі та медичні сестри, що задіяні в програмі скринінгу здоров'я, мають:

1) мати сертифікати щодо проходження навчання з ведення та лікування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами (або онлайн-курс “Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP” на платформі Академії НСЗУ, або тренінги mhGAP, що проводить ВООЗ та партнерські організації;

2) пройти протягом 3 місяців з моменту долучення суб'єкта господарювання до скринінг здоров'я заходи безперервного професійного розвитку щодо лікування гіпертонічної хвороби (артеріальної гіпертензії), цукрового діабету 2 типу у дорослих, зокрема щодо використання таких галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я:

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги “Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)”, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 вересня 2024 року № 1581;

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги “Цукровий діабет 2 типу у дорослих”, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 липня 2024 року № 1300.

1.4. Вимоги до обладнання

За місцем надання послуг:

електрокардіограф із 12 відведеннями;
ваги для дорослих;
ростомір;
глюкометр з набором тест-смужок для вимірювання глюкози крові;
пульсоксиметр;
термометр безконтактний;
таблиця для перевірки гостроти зору;
аптечка для надання невідкладної допомоги;
мішок ручної вентиляції легенів;
стетоскоп;
камертон (128 Гц для скринінгу діабетичної нейропатії);
вимірювальна стрічка;
холодильник для зберігання біологічних зразків;
термогігрометр (щотижневий контроль і коригувальні дії (провітрювання/налаштування вентиляції)).

У суб'єкта господарювання:

тонометри/монітори для забезпечення моніторингу тиску з манжетами різних розмірів для проведення АВРМ (мінімум 1) та для проведення НВРМ (мінімум 5);
підфлуометр та/або цифровий спірометр (для пацієнтів з респіраторними скаргами);
офтальмоскоп та/або камера для фотографування очного дна (фундус-фото);
НВРМ/АВРМ мають бути фізично доступні в місці надання послуг, де проводиться скринінг здоров'я, або забезпечується доставка в день візиту.

1.5. Для лабораторних досліджень:**Організація виконання:**

1) Усі обов'язкові лабораторні дослідження, передбачені скринінгом здоров'я, виконуються у власній лабораторії суб'єкта господарювання або на підставі договору із зовнішньою лабораторією, яка має чинну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

2) Забір біологічного матеріалу (крові, сечі тощо) здійснюється безпосередньо за місцем надання послуги, де пацієнт проходить скринінг здоров'я, незалежно від того, чи виконується дослідження у власній чи у зовнішній лабораторії.

3) Не допускається направлення пацієнтів для забору біоматеріалу до інших місць надання медичних послуг цього самого суб'єкта господарювання (наприклад, між різними амбулаторіями, філіалами тощо), окрім випадків тимчасової технічної несправності або відсутності умов для безпечного забору, про що складається відповідний акт.

4) У разі передачі біологічних зразків у зовнішню лабораторію суб'єкт господарювання забезпечує належну логістику з дотриманням вимог біобезпеки, термінів транспортування та умов зберігання зразків.

5) Забір біологічного матеріалу в рамках скринінгу здоров'я (ліпідограма, HbA1c, електроліти, креатинін з розрахунком eGFR, співвідношення альбумін/креатинін у сечі) проводиться протягом годин роботи суб'єкта господарювання, у тому числі у розширені години, з необхідністю дотримання вимог до стабільності зразків.

Біохімічні дослідження, що виконуються з сироватки (ліпідограма, електроліти, креатинін), мають бути центрифуговані не пізніше ніж через 2 години після забору.

Результати HbA1c (кров EDTA) та ACR (сеча) можуть зберігатися при температурі +2...+8°C та транспортуватися до лабораторії протягом 24 – 72 годин без втрати аналітичної якості.

6) Суб'єкт господарювання несе відповідальність за достовірність, своєчасне отримання та внесення результатів досліджень до електронної системи охорони здоров'я у визначені терміни, незалежно від місця виконання аналізів.

7) У випадку, якщо на території діють обмеження (зокрема, комендантська година), що унеможливають транспортування зразків або роботу лабораторії у визначений час, суб'єкт господарювання має забезпечити альтернативну організацію збору і доставки зразків без зниження доступності послуг для населення.

Мінімальний перелік обладнання в суб'єкта господарювання:

центрифуга;
холодильник із температурним контролем;
витратні матеріали (системи забору крові, пробірки, контейнери для утилізації відходів, холодові бокси);
глюкометр для екстрених випадків;
тест-смужки для сечі (глюкоза, білок).

Базові лабораторні можливості (власні або лабораторії, з якими укладено договір):

автоматичний біохімічний аналізатор (глюкоза, ліпіди, креатинін з eGFR, Na⁺, K⁺ через ISE);

HbA1c: визначення методом вискоєфективної рідинної хроматографії (HPLC, золотий стандарт) або альтернативно – імунотурбідиметрією чи методом біля пацієнта (Point-of-care testing, далі – РОСТ);

гематологічний аналізатор (мінімум 3-diff).

Часові вимоги:

забір біоматеріалу здійснюється в день візиту за принципом “один прокол – кілька тестів;

рутинні біохімічні аналізи (ліпіди, креатинін, eGFR, електроліти) результат протягом ≤72 год.;

HbA1c результат протягом ≤72 год. (РОСТ-методи у день візиту);

гематологія (ЗАК) результат ≤72 год.;

ACR результат ≤72 год.

Усі результати вносяться до ЕСОЗ не пізніше ніж через 24 год. після отримання їх з лабораторії.

5. Альтернативні механізми:

за відсутності власного обладнання суб'єкт господарювання має чинний договір із зовнішньою лабораторією, що гарантує дотримання зазначених строків;

використання РОСТ-тестів допускається як додатковий інструмент для пришвидшення діагностики, але результати обов'язково фіксуються в ЕСОЗ.

Суб'єкт господарювання та/або лабораторія, з якою укладено договір, забезпечують щоденний внутрішній контроль якості (IQC) та участь у зовнішній оцінці якості (EQA) не рідше двох разів на рік для HbA1c та ліпідного профілю. Ведуться журнали калібрувань, критичних значень і відхилених зразків; преаналітичні помилки компенсуються безоплатним повтором.

Результати РОСТ при пограничних або патологічних значеннях підлягають підтвердженню у лабораторії; для $TG \geq 4,5$ ммоль/л обов'язковий повтор натще ≤ 14 днів з розрахунком non-HDL-C або виміром прямого LDL-C/АpoB (за наявності).

1.5. Інші вимоги:

чинна ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики (сімейна медицина/терапія);
реєстрація в ЕСОЗ та використання її функціональних можливостей;
забезпечення безбар'єрності та інклюзії;
дотримання вимог щодо захисту персональних та медичних даних пацієнтів;
інфекційний контроль та епідемічна готовність;
моніторинг доступності, якості та безпеки надання послуг;
суб'єкт господарювання розміщує інформаційні матеріали про скринінг здоров'я і оновлює актуальний перелік кризових служб (національні/регіональні лінії, відділення невідкладної психіатричної допомоги).

1.6. Сервісні вимоги

Доступ і запис:

1) Запис пацієнтів здійснюється через багатоканальні канали комунікації: онлайн-запис через функціонал електронної медичної інформаційної системи (далі – МІС), інтегрований з тематичним лендінгом, створеним МОЗ (бажаний варіант), через веб-форму на сайті суб'єкта господарювання, телефоном через реєстратуру чи при особистому візиті пацієнта до суб'єкта господарювання.

Про доступні канали комунікації для проведення запису пацієнтів суб'єкт господарювання має поінформувати НСЗУ та МОЗ для розміщення цієї інформації на тематичному лендінгу відповідно до форми, зазначеної в додатку 6.

Контакти здійснюються у будні 9:00 – 19:00 год. а також з 7:00 год. для пацієнтів, які записались на ранковий блок.

2) Пацієнт має отримати гарантовану дату візиту не пізніше ніж через 5 календарних днів від моменту звернення.

3) Суб'єкт господарювання має визначити окремі часові слоти спеціально для проведення скринінгу здоров'я. Система запису повинна маркувати такі слоти як доступні лише для скринінгу здоров'я. Інформація про онлайн-запис (дата, час) має автоматично потрапляти до МІС.

Графік роботи передбачає розширені години: щонайменше один вечірній блок (після 18:00 до 19:00 год. щонайменше), один ранковий блок (з 7:00 до 8:00 год.) на тиждень та не менше одного суботнього блоку на місяць.

У разі встановлення на відповідній території комендантської години або інших обмежень, встановлених військовим управлінням, що передбачають скорочений графік роботи, суб'єкт господарювання має право змістити розширені години та загальний графік роботи суб'єкта господарювання на суботу та неділю.

Після запису пацієнт має отримати підтвердження (SMS, push-повідомлення або на електронну адресу), в якому чітко вказані: дата, час, адреса проведення скринінгу здоров'я.

За певний час до візиту (за 24 – 48 год.) пацієнт має отримати нагадування з можливістю скасувати або перенести запис онлайн, а також рекомендаціями щодо підготовки до проведення скринінгу здоров'я.

4) Для маломобільних пацієнтів передбачається можливість домашнього забору крові з документуванням результатів в ЕСОЗ.

Візит «однією зупинкою»

6) Візит має бути комплексним: усі етапи (анкетування, фізикальне обстеження, забір біоматеріалу, базове консультування) проводяться в межах одного візиту. Візит триває **до 60 – 90 хв.** залежно від обсягу медичних послуг. Тривалість базового візиту **до 60 хв.** (анкети, огляд, забір біоматеріалу, базове консультування). **До 90 хв.** допускається у випадку видачі/інструктажу НВРМ/АВРМ або розширеного консультування. Анкети/шкали заповнюються **попередньо** онлайн/на планшеті під час очікування прийому в суб'єкті господарювання (≤ 10 хв.). Для АВРМ/НВРМ або розширеного консультування допускається **другий візит**.

7) Анкетування проводиться попередньо онлайн або на планшеті або в паперовій формі з подальшим оцифруванням суб'єктом господарювання.

8) Забір біоматеріалу має здійснюватися за принципом «один прокол – кілька тестів» (наприклад, ліпіди + HbA1c в одній пробірці).

9) Ліпідограма виконується у стані «не натще» за стандартом, що мінімізує повторні візити.

10) При необхідності проведення НВРМ/АВРМ пристрій видається пацієнту у день візиту.

Передвізитний забір біоматеріалу

11) З метою підвищення ефективності та зручності надання медичної допомоги допускається організація попереднього (передвізитного) забору біологічного матеріалу медичною сестрою (братом) або фельдшером за місцем надання послуги, до візиту пацієнта до лікаря.

12) Передвізитний забір може здійснюватися:

у день запланованого візиту пацієнта, до консультації лікаря (за наявності можливості оперативного внесення результатів до ЕСОЗ або використання РОСТ-методів для HbA1c);

або за 1 – 3 дні до прийому, для забезпечення готовності результатів лабораторних досліджень під час консультації лікаря.

Комунікація та цифровий досвід

13) Результати лабораторних досліджень (ліпіди, HbA1c) надаються онлайн (кабінет пацієнта в МІС, електронна пошта, інші канали комунікації) протягом ≤ 72 годин після забору, у форматі «світлофора» (зелений – норма, жовтий – граничні значення, червоний – патологічний стан + коротке пояснення) з короткими рекомендаціями.

14) У робочі години забезпечується чат-підтримка або консультування по телефону з координатором (помічником) пацієнта (час відповіді ≤ 1 години в робочі години), а також гаряча лінія для технічних питань.

15) Координатор (помічник) пацієнта супроводжує пацієнта від моменту запису до «закриття направлення».

Для інформування пацієнтів щодо скринінгу здоров'я (підтвердження запису, нагадування про візит, надсилання результатів скринінгу здоров'я тощо) мають використовуватись шаблони текстів, надані МОЗ.

Дружність до пацієнта

16) Час очікування при візиті пацієнта має становити ≤ 15 хвилин (медіанне значення).

17) Зали очікування обладнуються місцями для сидіння, питною водою/кавою, навігаційними матеріалами та доступом до Wi-Fi.

18) Усі інформаційні матеріали мають бути викладені простою та зрозумілою мовою, шрифтом не менше 14 pt, із забезпеченою контрастністю, а також відповідно до рекомендацій, наданих МОЗ.

19) Забезпечується інклюзивність та доступність: безбар'єрний доступ для маломобільних осіб, тактильні смуги, сурдопереклад (або відеозв'язок із перекладачем), супровід пацієнта координатором (помічником).

Післявізитна підтримка

20) Пацієнти з високим ризиком (SCORE2/OP високий, HbA1c 5,7 – 6,4% (39 – 46 ммоль/моль)) отримують телефонну консультацію протягом ≤ 72 годин після візиту для узгодження профілактичних цілей (відмова від тютюну, фізична активність, харчування).

21) У день візиту пацієнт із виявленою патологією отримує електронне направлення на подальшу діагностику або лікування та роз'яснення щодо подальших дій.

22) Контроль за «закриттям направлення» здійснюється в термін ≤ 14 робочих днів через ЕСОЗ.

Якщо електронне направлення не «закрите» ≤ 7 днів, координатор (помічник) пацієнта робить ≥ 2 спроби зв'язку в різні дні, через різні канали комунікації.

Прозорість і зворотний зв'язок

23) Після візиту кожному пацієнту пропонується пройти опитування Net Promoter Score (далі – NPS) та Customer Satisfaction Score (далі – CSAT) через зручний для пацієнта канал комунікації (кабінет пацієнта в MIC, QR-код, електронну пошту, SMS-посилання чи паперовий бланк).

Після кожного завершеного візиту скринінгу здоров'я пацієнту надсилається коротке опитування NPS («Наскільки ймовірно, що Ви порекомендуєте наш заклад?» 0–10) і CSAT («Наскільки Ви задоволені послугою?» 1–5) та необов'язковий коментар. Відправлення здійснюється в термін 0 – 48 год. після візиту через зручний для пацієнта канал комунікації (кабінет пацієнта в MIC, QR-код, електронну пошту, SMS-посилання чи паперовий бланк). Опитування добровільне й анонімне. Мінімальні цілі з охоплення складають понад 40% пацієнтів, відповідь надано понад 15%. Показник NPS обчислюється так: % «промоутерів» (оцінка 9 – 10) мінус % «критиків» (0 – 6). Показник CSAT – це середній бал за шкалою 1 – 5 та/або частка відповідей 4 – 5. Якщо NPS знизився більш ніж на 10 пунктів порівняно з попереднім періодом або CSAT опустився нижче 4,0, суб'єкт господарювання протягом 7 днів проводить аналіз причин і затверджує план покращення сервісу.

24) Усі скарги мають бути зареєстровані та розглянуті із наданням відповіді пацієнту в термін менше 4 робочих днів.

25) Для пацієнтів інформація про те, що скринінг здоров'я є безоплатним, має бути чітко зазначена в усіх інформаційних матеріалах.

Інфекційний контроль і безпека

26) Диспенсери з антисептиком на вході та в кожній функціональній зоні.

27) Прибирання за затвердженим графіком із веденням журналів.

28) Система екстреного виклику в санітарних кімнатах (тривожна кнопка, аварійне освітлення).

1.7. Вимоги до приміщень

Загальні вимоги

- 1) Приміщення повинно відповідати чинним санітарним та протипожежним нормам України.
- 2) Забезпечення безбар'єрності: доступні входи, пандуси, ліфти, санвузли, тактильні смуги та контрастні маркери, кнопка виклику персоналу, простір для маневрування людей на візках чи з ходунками.
- 3) Зрозуміла графічна навігація, піктограми, зонування кольором; дублювання ключової інформації шрифтом Брайля та озвучування для осіб із вадами зору.
- 4) Дотримання стандартів повітрообміну, комфортного мікроклімату в приміщеннях, що будуть використовуватись для проведення скринінгу здоров'я.

Зона реєстрації та очікування

- 6) Бажана наявність електронної черги при візиті в суб'єкта господарювання, що дозволяє оптимізувати управління потоком відвідувачів, монітору з маршрутом візиту та орієнтовним часом очікування.
- 7) Питна вода, доступ до санвузлів, Wi-Fi.
- 8) Виділені місця для маломобільних пацієнтів та супроводжуючих осіб.
- 9) Приміщення з природним або дифузним освітленням, за можливості елементами зелені, акустичним комфортом).

Кабінет вимірювань

- 10) Можливість приватного проведення антропометрії (зона зі шторами/перегородками).
- 11) Обладнання: автоматичні тонометри з манжетами різних розмірів, ваги з точністю до 0,1 кг, ростомір, вимірювальна стрічка, пульсоксиметр.

Кабінет забору біоматеріалу

- 13) Зручні крісла для забору крові, система вентиляції.
- 14) Холодильник для зберігання проб із температурним контролем.
- 15) Контейнери для безпечної утилізації відходів (шприци, пробірки, рукавички).
- 16) Організація процесу «один прокол – кілька тестів».

Кабінет індивідуального консультування

- 17) Акустична ізоляція для конфіденційності (звичайну розмову в кабінеті не можна розібрати за зачиненими дверима).
- 18) Доступ до інформаційних матеріалів у друкованій та електронній формах.

1.8. Вимоги щодо прозорості та етичності надання послуг

1. Внесення інформації до ЕСОЗ здійснюється не пізніше ніж через 24 години після завершення відповідного етапу (візиту чи отримання результатів лабораторії).

2. Суб'єкт господарювання зобов'язаний:

не відмовляти у проведенні скринінгу здоров'я через відмову пацієнта від інших, у тому числі платних, послуг;

не встановлювати, нараховувати або виплачувати працівникам будь-які фінансові чи нефінансові стимули, зокрема надбавки, премії, бонуси, доплати, відсотки від виручки, виплати, подарункові сертифікати, додаткові вихідні, пріоритет у графіках/змінах, службові привілеї, рейтинги, відзнаки, а також визначати цільові

показники (КРІ, плани, «норми»), якщо їх розмір, нарахування або виконання прямо чи опосередковано залежать від кількості, вартості або частки послуг/направлень/обстежень, що надаються поза програмою скринінгу здоров'я (наприклад, кількість консультацій, записів, направлень чи «проданих» пакетів поза програмою), допускаються стимули, пов'язані з якістю, безпекою та дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я у межах програми, за умови, що вони жодним чином не залежать від кількості послуг поза програмою скринінгу здоров'я;

не брати жодної додаткової оплати з пацієнта, у тому числі за: забір крові, логістику та транспортування проб, «прискорений результат» або «експрес-лабораторію» для базових тестів, використання обладнання (тонометри, ЕКГ, АВРМ/НВРМ), витратні матеріали (рукавички, шприци, пробірки), «благодійні внески» як умову доступу, пріоритетну чергу або «прискорений запис» та інші аналогічні витрати, що забезпечують виконання послуг передбачених програмою скринінгу здоров'я;

у разі необхідності надання медичних послуг, які не включені до програми скринінгу здоров'я, повідомляти пацієнта про їх можливе отримання за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій) з оформленням відповідного електронного направлення.

3. Суб'єкт господарювання може надавати пацієнту додаткові послуги (за рахунок фізичних, юридичних осіб, а також програми медичних гарантій) у таких випадках:

за наявності клінічних показань та відсутності таких послуг у програмі скринінгу здоров'я;

пацієнт має бути чітко і однозначно поінформований щодо обсягів послуг, які йому можуть бути надані за програмою скринінгу здоров'я, а які додатково, також пацієнт має бути поінформований про безоплатні альтернативи, повну вартість послуги, терміни виконання і політику повернення коштів.

4. Вимоги до запрошення пацієнтів і комунікації з ними у межах програми скринінгу здоров'я:

комунікація з пацієнтами здійснюється лише за їхньою згодою;

будь-які повідомлення мають бути зрозумілими, нейтральними, науково достовірними та містити інформацію про відписку від розсилки;

дозволені канали комунікації: кабінет пацієнта в МІС, SMS, телефонні дзвінки, електронна пошта, дозволені месенджери;

нагадування про візит: не більше 2 повідомлень (при записі та за 24 – 48 год.);

не більше 1 повідомлення або дзвінка упродовж 72 год. після отримання результатів;

вибір суб'єкта господарювання пацієнт здійснює самостійно, будь-яке нав'язування конкретного суб'єкта чи агресивний маркетинг заборонені.

Суб'єкти господарювання не мають права пропонувати, рекламувати, чи надавати пацієнтам скринінгові процедури, щодо яких:

робоча група з профілактики США (USPSTF) встановила Grade D для відповідної популяції або інші визнані організації (зокрема NICE, WHO, ESC/ESH, ACC/AHA, ESMO, AASLD, ACOG, CDC/ACIP) містять формулювання **«do not offer» / «not recommended» / клас рекомендації III (No Benefit/Harm);

відсутні позитивні рекомендації будь-якої з наведених організацій (тобто ніким не рекомендовано).

Під скринінговою процедурою розуміється обстеження особи без клінічних показань із метою раннього виявлення захворювань.

5. Суб'єкт господарювання не має права пропонувати, рекламувати, надавати пацієнтам медичні послуги без доведеної клінічної ефективності та безпеки, зокрема

(але не обмежуючись): методи «нетрадиційної» та альтернативної медицини; псевдодіагностику (у т. ч. біорезонанс, «жива крапля крові», іридодіагностика); «оздоровчі» та «детокс»-інфузії; токсичні або непідтверджені інфузійні методи; процедури «очищення організму».

6. Заборона селекції пацієнтів та штучних обмежень доступу. Суб'єкт господарювання забезпечує рівний і недискримінаційний доступ усім особам, незалежно від стану здоров'я, складності випадку та соціально-демографічних ознак. Забороняється надання переваги менш складним пацієнтам і штучні обмеження доступу (будь-які додаткові вимоги, платежі або внутрішні «фільтри»/квоти, не передбачені законодавством чи програмою скринінгу здоров'я). Не допускається: відмова в записі або систематичне перенесення складних пацієнтів; встановлення самовільних порогів (вік, ІМТ, «лише власні направлення» тощо); обумовлення доступу придбанням платних послуг; преференції у слотовому записі «здоровішим» пацієнтам; обмеження електронних направлень; створення бар'єрів доступності. Черговість організовується за принципом «перший прийшов - перший отримав допомогу» із медично обґрунтованою пріоритизацією вразливих/високоризикових груп.

1.9. Комунікаційна стратегія

Суб'єкт господарювання має пояснювати пацієнтам, що таке скринінг здоров'я, навіщо він потрібен і як його пройти. Інформація повинна бути зрозумілою, правдивою і доступною для всіх, у тому числі для людей з інвалідністю.

В усіх матеріалах і повідомленнях має бути чітко зазначено, що скринінг здоров'я є безоплатним.

Інформаційні матеріали мають просто і зрозуміло пояснювати, чим корисний скринінг здоров'я, як на нього записатися і куди звернутися за додатковими роз'ясненнями. Агресивна реклама, перебільшення користі чи будь-які маніпулятивні підходи заборонені.

Інформування пацієнтів мають здійснюватись відповідно до рекомендацій, наданих МОЗ.

1.10. Взаємодія з іншими програмами охорони здоров'я

Скринінг здоров'я не є ізольованою послугою. Він має працювати у зв'язці з іншими державними програмами, щоб пацієнт отримав повний і зрозумілий маршрут допомоги.

Якщо під час скринінгу здоров'я в пацієнта виявляють проблеми чи ризики, лікар оформляє електронне направлення на подальші обстеження або лікування у межах програми медичних гарантій, зокрема програми реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів.

Якщо суб'єкт господарювання не має договору за програмою медичних гарантій, він зобов'язаний чітко пояснювати пацієнтам:

які саме послуги є безоплатними в інших суб'єктах господарювання, що працюють за програмою медичних гарантій (і як туди потрапити за направленням);

які послуги можна отримати платно у цьому суб'єкті господарювання.

Уся інформація має бути прозорою, без маніпуляцій і нав'язування платних послуг.

Координатор (помічник) пацієнта повинен супроводжувати його в маршруті: допомогти з направленням, пояснити наступні кроки та перевірити, чи пацієнт реально

отримав

потрібну

допомогу.

1.11. Пацієнти з іншими неінфекційними захворюваннями

Пацієнтам із будь-якими іншими хронічними захворюваннями скринінг здоров'я проводиться за програмою, як для пацієнтів без ССЗ та ЦД2, а лікар додатково враховує особливості саме їхнього стану, чи то цукровий діабет 1 типу, хвороби легень, нирок, серця, нервової системи, психічні чи онкологічні захворювання. Завдання лікаря пояснити, які обстеження чи консультації потрібні саме цьому пацієнту, організувати направлення до профільного спеціаліста за потреби, внести всі дані до ЕСОЗ та чітко розмежувати безоплатні й платні послуги.

1.12. Дані, що вносяться до ЕСОЗ

Результати проведення скринінгу здоров'я підлягають внесенню до ЕСОЗ. Мінімальний обсяг показників, що мають бути внесені до ЕСОЗ, наведений у таблиці.

Показник	Формат / Діапазон значень	Примітки
Маса тіла	кг (30–250)	
Зріст	см (120–220)	
ІМТ	кг/м ² (10–60)	
Окружність талії	см (50–160)	
Основні і супутні захворювання	згідно НК 025:2021	
SCORE2/OP (10-річний ризик ССЗ)	% (1–>20%)	Крім пацієнтів з ССЗ та ЦД2
FINDRISC	0–26 балів	Крім пацієнтів з ЦД2
PHQ-2 → PHQ-9 при позитивному PHQ-2	0–27 балів	
GAD-2 → GAD-7 при позитивному GAD-2	0–21 бал	
AUDIT-C	0–12 балів	
New York Heart Association Functional Classification (далі - NYHA)	Функціональний клас I–IV	У разі наявності СН
Canadian Cardiovascular Society Angina Classification (далі - CCS)	Функціональний клас I–IV	У разі наявності стенокардії
European Heart Rhythm Association Symptom Classification for Atrial Fibrillation (далі - EHRA)	Функціональний клас I–IV	У разі наявності ФП
Оцінка тютюнокуріння	Пачко років	
Загальний холестерин (далі - total-C)	ммоль/л (2,0 – 15,0)	
Холестерин ліпопротеїнів високої щільності (далі - HDL-C)	ммоль/л (0,3 – 5,0)	
Холестерин ліпопротеїнів низької щільності (далі - LDL-C)	ммоль/л (0,5 – 10,0)	
Тригліцериди (далі - TG)	ммоль/л (0,3 – 15,0)	
HbA1c	% (4,0 – 14,0)	

Рекомендації стосовно внесення відомостей до електронної системи охорони здоров'я щодо проведення скринінгу здоров'я для пацієнтів наведені в додатку 5.

2. Обсяг медичних послуг

2.1. Пацієнти від 40 років без серцево-судинних захворювань та цукрового діабету 2 типу (група 1)

1) Клінічний огляд (обов'язково для всіх)

1.1) Вимірювання АТ (офісно): не менше двох вимірювань з інтервалом 1 – 2 хв. після 5 хв. спокою; використання відповідної манжети; первинно на обох руках, надалі на руці з вищим АТ; фіксується середнє.

1.2) Підтвердження підвищеного АТ: при середньому офісному $\geq 140/90$ мм рт. ст. призначити НВРМ (7 днів, відкинути день 1, середнє) та/або АВРМ (24 год). Пороги підтвердження: НВРМ $\geq 135/85$, АВРМ: 24-год $\geq 130/80$; денне $\geq 135/85$; нічне $\geq 120/70$.

1.3) ЧСС з оцінкою регулярності пульсу. У всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг фібриляції передсердь (далі – ФП) шляхом пальпації пульсу або запису ЕКГ. У разі виявлення нерегулярності пульсу необхідно виконати ЕКГ у той самий день для підтвердження або виключення ФП.

1.4) Антропометрія: маса, зріст, ІМТ, окружність талії (пороги підвищеного ризику: чоловіки ≥ 94 см; жінки ≥ 80 см).

1.5) Поведінкові фактори: статус тютюнового/нікотинового вживання (тип продукту, частота, пачко-років), алкоголь (стандартизовані дози/тиждень), фізична активність (хв/тиждень), сімейний анамнез на серцево-судинні захворювання (далі – ССЗ), ЦД2, хронічну хворобу нирок.

1.6) Скринінг симптомів: типові/атипові кардіальні болі, задишка, набряки, переміжна кульгавість.

1.7) При підтвердженні ССЗ або інших захворювань лікар зобов'язаний призначити лікування згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я та оформити електронний рецепт/запит за програмою реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів (антигіпертензивні засоби, статини, антиагреганти, цукрознижувальні препарати тощо). Дані вносяться до ЕСОЗ у день встановлення діагнозу; пацієнт отримує інформацію про схему прийому та план лікування.

2) Анкетування / Шкали ризику (обов'язково для всіх)

SCORE2 (40–69 років) / SCORE2-OP (≥ 70 років) для розрахунку 10-річного ризику.

FINDRISC для оцінки ризику ЦД2.

PHQ-2 та PHQ-9 (за позитивного PHQ-2).

GAD-2 та GAD-7 (за позитивного GAD-2).

AUDIT-C.

Стандартизований скринінг тютюну/нікотину.

3) Лабораторні дослідження

Обов'язкові лабораторні дослідження (проводяться щорічно, або частіше за показаннями поза програми скринінгу здоров'я)

3.1. Ліпідограма («не натще» стандарт) при первинній оцінці та періодично відповідно до серцево-судинного ризику (SCORE2/OP): total-C, HDL-C, LDL-C (розрах.), TG, non-HDL-C (автоматично). Якщо TG $\geq 4,5$ ммоль/л або ліпемія повторити натще, розглянути прямий LDL-C/АpoB (за можливості).

3.2. HbA1c. Якщо HbA1c 5,7–6,4% (39–46 ммоль/моль) необхідно дати план змін способу життя; за сумнівів/анемії/швидких змін глікемії провести глюкозу натще або OGTT за рішенням лікаря.

Лабораторні дослідження, що проводяться за показаннями у разі виявлення під час скринінгу здоров'я серцево-судинних захворювань та/або цукрового діабету 2 типу

3.3. eGFR проводиться щороку при: підтвердженні АГ, віці ≥ 60 років, IMT ≥ 30 кг/м², сімейному анамнезі хронічної хвороби нирок, або SCORE2/OP високий/дуже високий.

ACR проводиться щороку при: будь-якій підтвердженій АГ, і ЦД2, або eGFR < 60 мл/хв/1,73 м², або дуже високому ризику SCORE2/OP.

Підтвердження хронічності: патологічні значення eGFR або ACR повторюються через ≥ 3 місяці (за відсутності гострих причин), з фіксацією в ECO3. ACR виконується на разовій ранковій порції сечі; одиниці вимірювання мг/г (або мг/ммоль із конверсією). Категорії: A1 < 30 мг/г; A2 30–300 мг/г; A3 > 300 мг/г. Скерування до нефролога: eGFR < 30 або ACR ≥ 300 або eGFR 30–44 із A2–A3.

3.4. Електроліти (Na, K): до початку/корекції антигіпертензивної терапії або діуретиків; при симптомах/ЕКГ-змінах.

Додатково лабораторні дослідження, що можуть проводитись поза програмою скринінгу здоров'я

3.6. Lp(a) рекомендується одноразове визначення ліпопротеїну(a) упродовж життя дорослої особи з метою виявлення високих спадкових рівнів; повторні вимірювання проводяться за клінічними показаннями.

3.7. ApoB рекомендується проведення за наявності гіпертригліцеридемії, ожиріння або розбіжностей між LDL-C і non-HDL-C дозволяється використовувати ApoB для оцінки атерогенного ризику та контролю лікування.

3.8. Cystatin C рекомендується проведення при eGFR 45–59 мл/хв/1,73 м² за відсутності альбумінурії призначається cystatin C для розрахунку eGFR_{cr-cys} з метою підтвердження/уточнення діагнозу ХХН.

3.9. TSH проводиться за показання у разі вираженої/рефрактерної дисліпідемії або симптомів дисфункції щитоподібної залози визначається TSH.

4) Інструментальні дослідження

4.1. ABPM/НВРМ для підтвердження підвищеного офісного АТ ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) домашнім або добовим моніторингом, щоб уникнути похибки «білого халата» та виявити «масковану» гіпертензію. Для цього слід застосовувати валідовані тонометри з правильною манжетою, дотримуватись стандартних умов вимірювання й аналізувати середні значення за протоколом (НВРМ $\geq 135/85$; ABPM: 24-год $\geq 130/80$, денне $\geq 135/85$, нічне $\geq 120/70$) (згідно з додатком 4).

4.2. ЕКГ під час скринінгу здоров'я у осіб без ССЗ проводиться за показаннями, а не рутинно, і виконується лише у таких випадках:

у всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг ФП шляхом пальпації пульсу або запису ЕКГ. У разі виявлення нерегулярності пульсу необхідно виконати ЕКГ у той самий день для підтвердження або виключення ФП;

для осіб від 75 років або з високим ризиком інсульту, а саме мають ФП із CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 (чоловіки) або ≥ 3 (жінки), або в анамнезі транзиторна ішемічна атака, ішемічний/геморагічний інсульт, значний каротидний стеноз, або дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2/SCORE2-OP чи еквівалент ($\geq 10\%$ у 40 – 69 років, $\geq 15\%$ у осіб від 70 років);

для осіб, які мають підозру або виявлену АГ ЕКГ у 12-відведеннях проводиться як обов'язкова частина первинної/контрольної оцінки (виявлення гіпертензивного ураження органів-мішеней, аритмій);

для осіб, які мають скарги або ознаки можливих порушень ритму/провідності (серцебиття, перебої, непритомність/переднепритомні стани, виявлена брадикардія/тахікардія, нерегулярний пульс) проводиться ЕКГ у 12-відведеннях;

для осіб, що мають інші клінічні показання, а саме обструктивне апное сну при підозрі на ФП.

Застереження: рутинний ЕКГ у безсимптомних осіб низького ризику не проводиться. Діабет без симптомів не є сам по собі підставою для рутинного ЕКГ-скринінгу коронарної хвороби.

Інструментальні обстеження, які проводяться за показаннями та поза програми скринінгу здоров'я

4.3. УЗД скринінг абдомінальної аневризми аорти усім чоловікам 65 – 75 років, які коли-небудь палили (один раз у житті).

5) Додаткові профілактичні заходи

5.1. Перевірка вакцинального статусу, за необхідності направлення на проведення обов'язкових профілактичних щеплень згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні. Інші щеплення виконуються поза програмою скринінгу здоров'я.

5.2. Профілактичне консультування:

харчування: рекомендація з дотримання принципів середземноморської або DASH-дієти, для пацієнтської комунікації застосовується візуальна модель «Здорова тарілка Гарварда» (Healthy Eating Plate), із урахуванням таких параметрів: споживання кухонної солі (NaCl) менше 5 г/добу; насичених жирів менше 10% від загальної енергетичної цінності раціону; харчових волокон не менше 25 – 30 г/добу; при надмірній масі тіла або ожирінні зниження маси тіла на 5 – 10% протягом 6 – 12 місяців. Суб'єкт господарювання забезпечує пацієнта односторінковою пам'яткою з «тарілкою» та прикладами локальних продуктів;

фізична активність: $\geq 150 - 300$ хв./тиждень помірної або $\geq 75 - 150$ хв. інтенсивної;
вага: ціль ІМТ < 25 кг/м² (або зниження на 5 – 10% від базової маси за 6 – 12 міс.);
тютюн/нікотин: нікотинозамісна терапія/бупропіон за потреби + поведінкова підтримка;

алкоголь: ≤ 10 г/добу (жінки), ≤ 20 г/добу (чоловіки) або відмова.

6) Координація допомоги та маршрутизація

6.1. Візит здійснює «однією зупинкою» $\leq 60 - 90$ хв.

6.2. Результати онлайн ≤ 48 год. у форматі «світлофора» + короткий план дій.

6.3. Контакт ≤ 72 год. для груп ризику (високий SCORE2/OP; HbA1c 5,7–6,4% (39–46 ммоль/моль)).

6.4. Електронні направлення до інших лікарів спеціалістів за показаннями.

6.5. Електронні направлення для проведення онкоскринінгу.

6.6. Рекомендація щодо проведення імунопрофілактики в лікаря з надання первинної медичної допомоги (див. додаток 1).

6.7. Призначення фармакотерапії, електронні рецепти/запити за програмою реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, оформлення в день візиту (див. додаток 2).

6.8. Контроль закриття направлення в ЕСОЗ ≤ 14 днів.

7) Порогові значення і рекомендовані дії зазначені в додатку 3.

2.2. Пацієнти від 40 років з серцево-судинними захворюваннями (група 2)

До ССЗ належать: артеріальна гіпертензія (I10 – I15), ішемічна хвороба серця – стенокардія (I20), гострий інфаркт міокарда (I21 – I22), інші форми ішемічної хвороби серця (I23 – I25); серцева недостатність (I50); аритмії – фібриляція та тріпотіння передсердь (I48), інші тахі- та брадиаритмії (I44 – I49); цереброваскулярні захворювання – ішемічний інсульт (I63), геморагічний інсульт (I60 – I62), транзиторна ішемічна атака (G45); периферійна артеріальна хвороба (I70.2, I73.9); вади серця – ревматичні (I05 – I09) та набуті клапанні (I34 – I39), а також значущі вроджені (Q20 – Q28, у дорослих); анеризми та розшарування аорти (I71).

1) Клінічний огляд (обов'язково для всіх)

1.1. АТ (офісно): не менше двох вимірювань з інтервалом 1 – 2 хв. після 5 хв. спокою; відповідна манжета; первинно на обох руках, надалі на руці з вищим АТ; фіксується середнє.

1.2. Підтвердження підвищеного АТ: при середньому офісному $\geq 140/90$ мм рт. ст. призначити НВРМ (7 днів, відкинути день 1, середнє) та/або АВРМ (24 год.). Пороги підтвердження: НВРМ $\geq 135/85$, АВРМ: 24 год. $\geq 130/80$; денне $\geq 135/85$; нічне $\geq 120/70$.

1.3. ЧСС з оцінкою регулярності пульсу з оцінкою регулярності. У всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг ФП шляхом пальпації пульсу або запису ЕКГ. У разі виявлення нерегулярності пульсу необхідно виконати ЕКГ у той самий день для підтвердження або виключення ФП.

1.4. Антропометрія: маса, зріст, ІМТ, окружність талії (пороги підвищеного ризику: чоловіки ≥ 94 см; жінки ≥ 80 см).

1.5. Огляд набряків нижніх кінцівок, аускультация серця і легень, огляд яремних вен, пальпація периферичних пульсів

1.6. Анамнез і скарги: біль у грудях/еквіваленти, задишка (у спокої/під час навантаження), серцебиття/епізоди аритмії, синкопе/пресинкопе, набряки, переміжна кульгавість, неврологічні симптоми (слабкість, порушення мовлення, запаморочення/вертиго), ознаки декомпенсації.

1.7. Функціональний статус: NYHA (за наявності серцевої недостатності, далі – СН), CCS (за наявності стенокардії), EHRA (за наявності фібриляції передсердь).

1.8. Оцінка прихильності лікування та профілактики: лікар нейтрально з'ясовує регулярність прийому (наприклад, «Скільки доз пропустили за 7 днів? Що заважало?») та за можливості використовує коротку валідовану шкалу (наприклад, за шкалою Adherence to Refills and Medications Scale, 12 items); перевіряє об'єктивні дані, цілеспрямовано перевіряє наявність побічних реакцій й за потреби коригує терапію (заміна лікарського засобу, спрощення схеми до 1-разового прийому чи фіксованої комбінації, зміна часу/доз); оцінює немедикаментозні складові: тютюн (модель 5A + фармако підтримка), алкоголь (AUDIT-C і коротка порада), харчування (DASH, менше солі), фізична активність (≥ 150 хв/тиждень), навички самоконтролю (АТ, глікемія за потреби), виявляє бар'єри (вартість, забування, складна схема, переконання, доступність) і пропонує рішення (нагадування, організатори, залучення родини/соцпідтримки), узгоджує 1 – 2 конкретні цілі на 4 – 12 тижнів, пацієнт своїми словами повторює план; призначає наступний візит.

2) Анкетування / шкали (обов'язково для всіх)

2.2. FINDRISC для оцінки ризику ЦД2.

2.3. PHQ-2 та PHQ-9 (за позитивного PHQ-2).

2.4. GAD-2 та GAD-7 (за позитивного GAD-2).

2.5. AUDIT-C.

2.6. Стандартизований скринінг тютюну/нікотину.

2.5. Для пацієнтів із ФП та осіб із ризиком її наявності проводиться оцінка: ризику інсульту за шкалою Congestive heart failure, Hypertension, Age ≥ 75 years, Diabetes mellitus, Stroke/TIA/systemic embolism, Vascular disease, Age 65–74 years, Sex category (далі - CHA₂DS₂-VASc);

ризик кровотеч за шкалою Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile INR, Elderly (age > 65), Drugs/alcohol concomitantly (далі - HAS-BLED).

3) Лабораторні дослідження

Обов'язкові лабораторні дослідження (проводяться щорічно, або частіше за показаннями поза програми скринінгу)

3.1. Загальний аналіз крові (включно з гемоглобіном і гематокритом).

3.2. Ліпідограма («не натще» стандарт): total-C, HDL-C, LDL-C (розрах.), TG, non-HDL-C (автоматично). Якщо TG $\geq 4,5$ ммоль/л або ліпемія повторити натще, розглянути прямий LDL-C/АроВ (за можливості). Цільові рівні: дуже високий ризик – LDL-C $< 1,4$ ммоль/л та $\geq 50\%$ зниження від вихідного рівня; високий ризик – $< 1,8$ ммоль/л.

3.3. HbA1c.

3.4. Сироватковий креатинін + eGFR: щонайменше 1 раз/рік, частіше при eGFR < 60 або на фоні інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (далі – іАПФ), блокаторів рецепторів ангіотензину (далі - БРА), діуретиків, антагоністів альдостерону.

3.5. Загальний аналіз сечі (тест-смужки на білок та еритроцити в сечі, за потреби мікроскопія).

3.6. ACR.

Лабораторні дослідження, що проводяться за показаннями

3.7. Електроліти (Na⁺, K⁺) при початку чи корекції застосування іАПФ, БРА, діуретиків, антагоністів альдостерону.

3.8. Сечова кислота при застосуванні діуретиків або симптомах подагри.

3.9. АЛТ при старті статинів та інших гіполіпідемічних лікарських засобів або при симптомах ураження печінки.

Додатково лабораторні дослідження, що можуть проводитись поза програмою скринінгу здоров'я

3.10. NT-proBNP/BNP при підозрі/загостренні серцевої недостатності (далі – СН).

3.11. Тиреотропний гормон при ФП, брадикардії/тахікардії неясної етіології.

3.12. Феритин, коефіцієнт насичення трансферину при СН для виявлення дефіциту заліза .

3.13. Міжнародне нормалізоване відношення (при застосуванні варфарину).

4) Інструментальні обстеження

4.1. АВРМ/НВРМ для підтвердження підвищеного офісного АТ ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) домашнім або добовим моніторингом, щоб уникнути похибки «білого халата» та виявити «масковану» гіпертензію. Для цього слід застосовувати валідовані тонометри з правильною манжетою, дотримуватись стандартних умов вимірювання й аналізувати середні значення за протоколом (НВРМ $\geq 135/85$; АВРМ: 24-год $\geq 130/80$, денне $\geq 135/85$, нічне $\geq 120/70$) (згідно з додатком 4).

4.2. ЕКГ 12-відведень виконується при первинній оцінці/на старті спостереження; надалі за появи симптомів, зміні клінічного стану або перед інтенсивними фізичними навантаженнями/процедурами у пацієнтів високого ризику.

4.3. ABI (гомільково-плечовий індекс) визначається при периферичну артеріальну хвороба (далі – ПАХ). Пальпація пульсів на стопах та огляд шкіри виконуються кожного візиту. ABI (гомільково-плечовий індекс) визначається за наявності симптомів, знижених пульсів та скринінгово у безсимптомних осіб віком від 65 років або за наявності мікросудинного ураження/ускладнень стоп. Якщо ABI $>1,30$ (підозра медіакальцинозу) чи суперечливі клінічні ознаки необхідно визначати ТВІ (пальце-плечовий індекс) та/або направлення на доплерографію; патологічні пороги: ABI $\leq 0,90$, ТВІ $<0,7-0,8$; позитивні результати підстава для направлення до лікаря-хірурга.

Інструментальні обстеження, що проводяться за показаннями та поза програми скринінгу здоров'я

4.4. Ехокардіографія (ТТЕ) проводиться пацієнтам з такими станами:

СН: ТТЕ усім із підозрою на СН; повторні дослідження за зміною симптомів, при підвищених натрійуретичних пептидах або для оцінки відповіді на терапію;

клапанні вади: періодичність спостереження згідно з тяжкістю (орієнтовно: тяжкі – кожні 6 – 12 міс., помірні – кожні 1 – 2 роки, легкі – кожні 3 – 5 років або за клінікою);

АГ, ішемічна хвороба серця (далі – ІХС): ТТЕ проводиться, якщо результат змінить тактику лікування (підозра гіпертрофії лівого шлуночка тощо).

4.5. Дуплекс-сонографія каротид. Не використовується як скринінг у безсимптомних. Проводиться у пацієнтів з транзиторною ішемічною атакою/ішемічним інсультом, фокальні неврологічні симптоми, планування каротидної інтервенції.

4.6. Офтальмоскопія/фундус-фото. Виконується за наявності ЦД2 за відповідним алгоритмом. При підозрі на зловиясну гіпертонію (крововиливи, ватоподібні ексудати, набряк диска) невідкладний огляд і направлення до лікаря-офтальмолога. Рутинного огляду очного дна при стабільній АГ без симптомів не проводиться.

4.7. Амбулаторний моніторинг ритму (Холтер, патч-монітор) проводиться у пацієнтів, що мають синкопе, пальпітації, підозру на безсимптомні аритмії, для контролю антиаритмічної терапії, контролю ЧСС з оцінкою регулярності пульсу. Тривалі реєстратори (7 – 14 діб) переважні при рідкісних симптомах або підозрі на пароксизмальну ФП.

4.8. Інші дослідження, наприклад, стрес-ехокардіографія, стресова магнітно-резонансна томографія, перфузійна сцинтиграфія міокарда (одnofотонна емісійна комп'ютерна томографія, або позитронно-емісійна томографія), комп'ютерно-томографічна коронарографія проводяться за клінічних показань.

4.9. УЗД скринінг абдомінальної аневризми аорти усім чоловікам 65 – 75 років, які коли-небудь палили (один раз у житті).

5) Фармакотерапія (продовження/корекція)

5.1. Антигіпертензивні: іАПФ, БРА, бета-блокатори, антагоністи кальцію, діуретики, антагоністи альдостерону (за показаннями та обов'язково за програмою реімбурсації). Орієнтир цілей: $<130/80$ мм рт. ст., у віці ≥ 65 років систолічний АТ $130-139$ мм рт. ст.

5.2. Ліпідознижувальна терапія.

5.3. Антитромботична терапія:

при ІХС без показань до антикоагулянтів достатньо одного антиагреганту (ацетилсалицилова кислота або клопідогрель). Після гострого коронарного синдрому чи перкутанного коронарного втручання (стентування, ангіопластика) потрібна

подвійна антиагрегантна терапія протягом рекомендованого терміну (після індивідуальної оцінки ризику кровотечі);

при ФП призначення прямих оральних антикоагулянтів/варфарину за CHA₂DS₂-VASc (рекомендовано при ≥ 2 у чоловіків / ≥ 3 у жінок; розглянути при 1/2 відповідно). Оцінювати HAS-BLED та коригувати фактори кровотеч.

5.4. У пацієнтів з СН із зниженою фракцією викиду (HFrEF) призначення іАПФ/БРА + бета-блокатора + антагоністи альдостерону + інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу; діуретики, корекція заліза за потреби.

5.5. Супутня терапія: лікування ІХС, стенокардії (нітрати/бета-блокатори/антагоністи кальцію), профілактика тромбозів при ПАХ, контроль глікемії/ваги за наявності ЦД/ожиріння.

6) Вторинна профілактика та немедикаментозні заходи

6.1. Перевірка вакцинального статусу, за необхідності направлення на проведення обов'язкових профілактичних щеплень згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні. Інші щеплення виконуються поза програмою скринінгу здоров'я.

6.2. Модифікація способу життя:

харчування: рекомендація з дотримання принципів середземноморської або DASH-дієти, для пацієнтської комунікації застосовується візуальна модель «Здорова тарілка Гарварда» (Healthy Eating Plate), із урахуванням таких параметрів: споживання кухонної солі (NaCl) менше 5 г/добу; насичених жирів менше 10% від загальної енергетичної цінності раціону; харчових волокон не менше 25 – 30 г/добу; при надмірній масі тіла або ожирінні зниження маси тіла на 5 – 10% протягом 6 – 12 місяців. Суб'єкт господарювання забезпечує пацієнта односторінковою пам'яткою з «тарілкою» та прикладами локальних продуктів;

фізична активність: ≥ 150 – 300 хв./тиждень помірної або ≥ 75 – 150 хв. інтенсивної + силові 2 дні/тиждень.

контроль ваги: ціль IMT < 25 кг/м² (або – 5 – 10% за 6 – 12 міс).

тютюн/нікотин: нікотинозамісна терапія, вареніклін (за наявності), бупропіон + поведінкова підтримка.

алкоголь: ≤ 10 г/добу (жінки), ≤ 20 г/добу (чоловіки) або відмова.

7) Координація допомоги та маршрутизація

7.1. Електронні направлення до інших лікарів спеціалістів за показаннями.

7.2. Електронні направлення для проведення онкоскринінгу.

7.3. Рекомендація щодо проведення імунопрофілактики у лікаря з надання первинної медичної допомоги (див. додаток 1).

7.4. Призначення фармакотерапії, електронні рецепти/запити за програмою реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, оформлення в день візиту (див. додаток 2).

7.5. Контроль закриття направлення в ЕСОЗ ≤ 14 днів.

8) Порогові значення і рекомендовані дії зазначені в додатку 3.

2.3. Пацієнти від 40 років з цукровим діабетом 2 типу (група 3)

1) Клінічний огляд (обов'язково для всіх)

1.1. АТ (офісно): не менше двох вимірювань з інтервалом 1 – 2 хв. після 5 хв. спокою; відповідна манжета; первинно на обох руках, надалі на руці з вищим АТ; фіксується середнє.

1.2. Підтвердження підвищеного АТ: при середньому офісному $\geq 140/90$ мм рт. ст. призначити НВРМ (7 днів, відкинути день 1, середнє) та/або АВРМ (24 год.). Пороги підтвердження: НВРМ $\geq 135/85$, АВРМ: 24-год $\geq 130/80$; денне $\geq 135/85$; нічне $\geq 120/70$.

1.3. ЧСС з оцінкою регулярності пульсу. У всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг ФП шляхом пальпації пульсу або запису ЕКГ. У разі виявлення нерегулярності пульсу необхідно виконати ЕКГ у той самий день для підтвердження або виключення ФП.

1.4. Антропометрія: маса, зріст, ІМТ, окружність талії (пороги підвищеного ризику: чоловіки ≥ 94 см; жінки ≥ 80 см).

1.5. Оцінка глікемічного самоконтролю: щоденники, дані глюкометра тощо.

1.6. Гіпо-/гіперглікемії: частота, обставини, дії пацієнта, наявність важких гіпоглікемій (потребували допомоги).

1.7. Огляд шкіри й стоп: обов'язково міжпальцеві проміжки, нігті, мозолі, тріщини, деформації, виразки/інфекції; пальпація дорсальних/тильних артерій стоп; перевірка взуття.

1.8. Скарги/анамнез: задишка, стенокардія/еквіваленти, набряки, кульгавість, порушення зору, інфекції, стоматологічні проблеми (гінгівіт/пародонтит).

1.9. Поведінкові фактори: тютюнокуріння/вживання нікотину (з обов'язковим зазначенням типу продукту та показника «пачко-років»), вживання алкоголю (у стандартизованих дозах на тиждень), рівень фізичної активності (у хвилинах на тиждень), якість та тривалість сну (за наявності показань – оцінка ризику обструктивного апное сну за опитувальником Snoring, Tiredness, Observed apnea, high blood Pressure – Body mass index, Age, Neck circumference, Gender (STOP-BANG))

1.10. Оцінка прихильності лікування та профілактики: лікар нейтрально з'ясовує регулярність прийому (наприклад, «Скільки доз пропустили за 7 днів? Що заважало?») та за можливості використовує коротку валідовану шкалу (наприклад, за шкалою Adherence to Refills and Medications Scale, 12 items); перевіряє об'єктивні дані, цілеспрямовано перевіряє наявність побічних реакцій й за потреби коригує терапію (заміна лікарського засобу, спрощення схеми до 1-разового прийому чи фіксованої комбінації, зміна часу/دوزи); оцінює немедикаментозні складові: тютюн (модель 5A + фармакопідтримка), алкоголь (AUDIT-C і коротка порада), харчування (DASH, менше солі), фізична активність (≥ 150 хв/тиждень), навички самоконтролю (АТ, глікемія за потреби), виявляє бар'єри (вартість, забування, складна схема, переконання, доступність) і пропонує рішення (нагадування, органайзери, залучення родини/соцпідтримки), узгоджує 1 – 2 конкретні цілі на 4 – 12 тижнів, пацієнт своїми словами повторює план; призначає наступний візит.

2) Анкетування / шкали (обов'язково для всіх)

2.1. PHQ-2 та PHQ-9 (за позитивного PHQ-2).

2.2. GAD-2 та GAD-7 (за позитивного GAD-2).

2.3. AUDIT-C.

2.4. Стандартизований скринінг тютюну/нікотину.

3) Лабораторні дослідження

Обов'язкові лабораторні дослідження (проводяться щорічно, або частіше за показаннями поза програми скринінгу здоров'я)

3.1. Загальний аналіз крові (включно з гемоглобіном і гематокритом).

3.2. Ліпідограма («не натще» стандарт): total-C, HDL-C, LDL-C (розрах.), TG, non-HDL-C (автоматично). Якщо TG $\geq 4,5$ ммоль/л або ліпемія повторити натще, розглянути

прямий LDL-C/АpoB (за можливості). Цільові рівні: дуже високий ризик – LDL-C <1,4 ммоль/л та $\geq 50\%$ зниження від вихідного рівня; високий ризик – <1,8 ммоль/л.

3.3. HbA1c.

3.4. Сироватковий креатинін + eGFR: щонайменше 1 раз/рік, частіше при eGFR <60 або на фоні інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (далі – іАПФ), блокаторів рецепторів ангіотензину (далі – БРА), діуретиків, антагоністів альдостерону.

3.5. загальний аналіз сечі (тест-смужки на білок та еритроцити в сечі, за потреби мікроскопія);

3.6. ACR.

Лабораторні дослідження, що проводяться за показаннями

3.7. Електроліти (Na^+ , K^+) при початку чи корекції застосування іАПФ, БРА, діуретиків, антагоністів альдостерону.

3.8. АЛТ при старті статинів та інших гіполіпідемічних лікарських засобів або при симптомах ураження печінки .

4) Інструментальні обстеження

4.1. АВРМ/НВРМ для підтвердження підвищеного офісного АТ ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) домашнім або добовим моніторингом, щоб уникнути похибки «білого халата» та виявити «масковану» гіпертензію. Для цього слід застосовувати валідовані тонометри з правильною манжетою, дотримуватись стандартних умов вимірювання й аналізувати середні значення за протоколом (НВРМ $\geq 135/85$; АВРМ: 24-год $\geq 130/80$, денне $\geq 135/85$, нічне $\geq 120/70$) (згідно з додатком 4).

4.2. Офтальмологічний скринінг. На момент встановлення діагнозу цукровий діабет тип 2 та далі регулярно проводиться дилатований огляд очного дна або цифрова фундус-фотографія (включно з валідованим дистанційним читанням/ШІ-скринінгом) щорічно. При наявності позитивних або сумнівних результатів дистанційного скринінгу необхідне направлення на огляд лікаря-офтальмолога.

4.3. Нейропатія та «діабетична стопа». Щорічно проводиться комплексний огляд стоп (шкіра, деформації, взуття, пульси) та скринінг втрати захисної чутливості (10-г монофіламент + щонайменше один додатковий тест: камертон 128 Гц/укол голкою/холод). Частота повторних оглядів за IWGDF-ризиком: ризик 0 – 1 на рік; ризик 1 (LOPS або PAD) проводиться кожні 6–12 міс; ризик 2 (LOPS+PAD або деформації) проводиться кожні 3 – 6 міс.; ризик 3 (попередня виразка/ампутація) проводиться кожні 1 – 3 міс.; при ризики 2 – 3 необхідне направлення до лікаря-хірурга.

4.4. Діагностика ПАХ. Пальпація пульсів на стопах та огляд шкіри виконуються кожного візиту. ABI (гомілково-плечовий індекс) визначається за наявності симптомів, знижених пульсів та скринінгово у безсимптомних осіб віком від 65 років або за наявності мікросудинного ураження/ускладнень стоп. Якщо ABI $>1,30$ (підозра медіакальцинозу) чи суперечливі клінічні ознаки необхідно визначати ТВІ (пальце-плечовий індекс) та/або направлення на доплерографію; патологічні пороги: ABI $\leq 0,90$, ТВІ $<0,7 - 0,8$; позитивні результати підстава для направлення до лікаря-хірурга.

4.5. ЕКГ у безсимптомних пацієнтів не рекомендується. ЕКГ виконується за симптомів (біль у грудях, задишка, синкопе), при порушеннях ритму/провідності.

Інструментальні обстеження, які проводяться за показаннями та поза програми скринінгу здоров'я.

4.6. УЗД нирок. Рутинна візуалізація нирок у пацієнтів з цукровим діабетом тип 2 не проводиться. УЗД нирок/сечових шляхів виконують за показаннями (підозра

обструкції, атипова гематурія без альбумінурії, асиметрія нирок, швидке зниження функції, підозра полікістозу/реноваскулярної патології).

4.7. Обстеження на синдром обструктивного апное сну проводиться інструментально (полісомнографія/домашні тести) за симптомів/високого ризику; інші вузькоспеціальні тести (наприклад, кардіовегетативні рефлекс-тести при підозрі на автономну нейропатію) за клінічним рішенням.

4.8. УЗД скринінг абдомінальної аневризми аорти усім чоловікам 65 – 75 років, які коли-небудь палили (один раз у житті).

5) Фармакотерапія (продовження/корекція)

5.1. Глікемічний контроль (цілі індивідуалізовані): для більшості пацієнтів HbA1c <7,0% (53 ммоль/моль).

5.2. Антигіперглікемічна терапія:

5.3. АГ/нефропротекція: ціль АТ <130/80 мм рт. ст. (якщо переноситься) або <140/90; при альбумінурії (ACR $\geq$ 30 мг/г) іАПФ або БРА у першу чергу.

5.4. Ліпідознижувальна терапія.

5.5. Антитромботична: ацетилсалицилова кислота лише для вторинної профілактики; не рекомендувати для первинної без дуже високого ризику й низького ризику кровотеч.

5.6. У пацієнтів з СН із зниженою фракцією викиду (HFrEF) призначення інгібіторів АПФ/БРА + бета-блокатора + антагоністи альдостерону + інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу; діуретики, корекція заліза за потреби.

5.7. Супутня терапія: лікування ІХС, стенокардії (нітрати/бета-блокатори/антагоністи кальцію), профілактика тромбозів при ПАХ, контроль глікемії/ваги за наявності ЦД/ожиріння.

6) Вторинна профілактика та немедикаментозні заходи

6.1. Перевірка вакцинального статусу, за необхідності направлення на проведення обов'язкових профілактичних щеплень згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні. Інші щеплення виконуються поза програмою скринінгу здоров'я.

6.2. Спосіб життя:

харчування: рекомендація з дотримання принципів середземноморської або DASH-дієти, для пацієнтської комунікації застосовується візуальна модель «Здорова тарілка Гарварда» (Healthy Eating Plate), із урахуванням таких параметрів: споживання кухонної солі (NaCl) менше 5 г/добу; насичених жирів менше 10% від загальної енергетичної цінності раціону; харчових волокон не менше 25 – 30 г/добу; при надмірній масі тіла або ожирінні зниження маси тіла на 5 – 10% протягом 6 – 12 місяців. Суб'єкт господарювання забезпечує пацієнта односторінковою пам'яткою з «тарілкою» та прикладами локальних продуктів;

фізична активність: $\geq$ 150 – 300 хв./тиждень помірної або $\geq$ 75 – 150 хв. інтенсивної + силові 2 дні/тиждень.

контроль ваги: ціль ІМТ <25 кг/м² (або – 5 – 10% за 6 – 12 міс).

тютюн/нікотин: нікотинозамісна терапія, вареніклін (за наявності), бупропіон + поведінкова підтримка.

алкоголь: $\leq$ 10 г/добу (жінки), $\leq$ 20 г/добу (чоловіки) або відмова.

6.3. Освіта та самонавчання: навчання догляду за стопами; інформування про школи діабету.

7) Координація допомоги та маршрутизація

7.1. Електронні направлення до інших лікарів спеціалістів за показаннями.

7.2. Електронні направлення для проведення онкоскринінгу.

7.3. Рекомендація щодо проведення імунопрофілактики у лікаря з надання первинної медичної допомоги (див. додаток 1).

7.4. Призначення фармакотерапії, електронні рецепти/запити за програмою реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів, оформлення в день візиту (див. додаток 2).

7.5. Контроль закриття направлення в ЕСОЗ ≤ 14 днів.

8) Порогові значення і рекомендовані дії зазначені в додатку 3.

Додаток 1

Імунопрофілактика здійснюється відповідно до Календаря профілактичних щеплень в Україні, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 16 вересня 2011 року № 595, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897.

1. Під час проведення скринінгу здоров'я лікар забезпечує:

перевірку вакцинального статусу пацієнта відповідно до даних ЕСОЗ та/або наявної медичної документації;

інформування пацієнта про необхідність проведення профілактичних щеплень відповідно до віку та стану здоров'я;

направлення на проведення щеплень, що закупаються за кошти державного бюджету та доступні безоплатно для пацієнта;

консультування щодо можливості проведення додаткових щеплень, які не входять до програми медичних гарантій, але рекомендовані з урахуванням віку, наявності факторів ризику та міжнародних рекомендацій.

2. Перелік обов'язкових щеплень, що проводяться безоплатно за програмою медичних гарантій у рамках доганяючої та планової імунізації:

дифтерія та правець (ревакцинація кожні 10 років – у віці 26, 36, 46, 56 років тощо);

кір, краснуха, паротит (при відсутності документального підтвердження двох доз вакцинації або перенесеного захворювання);

поліомієліт (для дорослих за епідемічними показаннями).

3. Додаткові щеплення, що не закупаються централізовано, але можуть бути рекомендовані лікарем пацієнтам від 40 років за власні кошти, включають:

вакцинацію проти грипу (щороку);

вакцинацію проти пневмококової інфекції (особливо у віці понад 50 років та у пацієнтів із хронічними захворюваннями);

вакцинацію проти гепатиту А (за наявності хвороб печінки, діабету, імунодефіцитів, при подорожах у регіони з високою ендемічністю);

вакцинацію проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) (для жінок і чоловіків до 45 років);

вакцинацію проти менінгококової інфекції, вітряної віспи та інших інфекцій за індивідуальними показаннями та з урахуванням епідемічної ситуації.

4. Лікар під час скринінгу зобов'язаний надати пацієнту роз'яснення щодо наявних безоплатних щеплень, забезпечити направлення на їх проведення, а також

поінформувати про додаткові можливості імунопрофілактики з урахуванням доказової бази та індивідуальних ризиків для здоров'я.

Додаток 2

Рекомендації з фармакотерапії та призначення лікарських засобів та медичних виробів

1. Загальні принципи

1.1. Призначення фармакотерапії здійснюється лікарем, який проводиться скринінг здоров'я відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

1.2. Призначення лікарських засобів, медичних виробів оформлюється виключно через електронний рецепт/запит в ЕСОЗ.

1.3. Пріоритетним є призначення лікарських засобів та медичних виробів, що доступні за програмою реімбурсації.

2. Артеріальна гіпертензія

2.1. Встановлення діагнозу

Діагноз АГ обов'язково підтверджується позаклінічним вимірюванням: АВРМ (добове моніторування) або НВРМ (домашні вимірювання).

Діагностичні пороги:

Клініка: $\geq 140/90$ мм рт. ст.;

24-год АВРМ: середнє $\geq 130/80$; денний АВРМ: $\geq 135/85$; нічний АВРМ: $\geq 120/70$; НВРМ (середнє за ≥ 3 дні, по 2 вимірювання вранці/ввечері): $\geq 135/85$.

Біла халатна АГ: клініка підвищена, АВРМ/НВРМ – ні $\rightarrow$ немедикаментозні заходи, спостереження.

Маскована АГ: клініка нормальна, АВРМ/НВРМ підвищені $\rightarrow$ лікувати як підтверджену АГ.

2.2. Початок фармакотерапії

Стандарт першої лінії (переважний варіант) фіксована комбінація у низьких дозах:

іАПФ або БРА + антагоніст кальцію або тіазидоподібний діуретик.

Монотерапія можлива при: вік пацієнта від 80 років; АГ 1-го ступеня з низьким ризиком; високий ризик побічних ефектів.

Бета-блокатори не є універсальною першою лінією, показані у пацієнтів з ІХС, СН із зниженою фракцією викиду, тахіаритмії, вагітністю.

2.3. Цільові рівні АТ

Більшість дорослих (<85 років): первинна ціль систолічний артеріальний тиск (далі - САТ) 120–129 мм рт. ст., діастолічний артеріальний тиск (далі – ДАТ) 70 – 79, за умови переносимості.

Загальний базовий поріг становить <140/90; при добрій переносимості <130/80, уникати САТ<120 та ДАТ<70.

Пацієнти віком 65 – 79 років: прагнути САТ 120 – 139 (індивідуалізоване).

Пацієнти від 80 років: зазвичай 130 – 139 із урахуванням симптомів/ортостатичних реакцій.

У пацієнтів з ЦД2, ІХС, хронічною хворобою нирок (з альбумінурією): дозволена інтенсивніша ціль <130/80 за переносимості.

Призначення іАПФ/БРА призначення у пріоритеті при альбумінурії.

2.4. Ескалація та резистентна АГ

Крок 2: потрібна комбінація або в двох таблетках: іАПФ/БРА + АК + тіазидоподібний діуретик у оптимальних дозах.

Резистентна АГ (АТ над ціллю на потрібній схемі, підтверджена прихильність і виключена псевдорезистентність): необхідно додати спіронолактон 25 – 50 мг/добу (за $eGFR \geq 30$ і $K^+ < 4,5$ ммоль/л);

за непереносимості спіронолактону додати еплеренон/амілорид/β-блокатор;
перевірити вторинні причини (первинний альдостеронізм, апное сну, ниркові хвороби, медикаменти), коригувати фактори.

2.5. Моніторинг та безпека

НВРМ рекомендується всім для самоконтролю;

Клінічний контроль: проводиться через 2 – 4 тижні після старту/зміни дози; оцінка досягнення цілей проводиться через ~3 місяці; далі кожні 3 – 6 міс. (**поза програмою скринінгу здоров'я**).

Лабораторія: креатинін/ $eGFR$ і K^+ — через 2 – 4 тижні після старту або титрації іАПФ/БРА/діуретика; далі – за клінікою.

2.6. Особливі групи

Вагітність: лабеталол, метилдопа, ніфедипін пролонгований (за наявності).

СН, ІХС, перенесений гострий інфаркт міокарда рекомендується додати β-блокатор і блокаду ренін–ангіотензин–альдостеронова системи за показаннями.

Хронічна хвороба нирок з альбумінурією: іАПФ/БРА призначаються пріоритетно, АТ <130/80 за переносимості.

3. Дисліпідемія

3.1. Лабораторне обстеження

Первинне визначення ліпідного профілю здійснюється не натще (total-C, HDL-C, TG, розрахункові LDL-C і non-HDL-C).

Якщо $TG < 4,5$ ммоль/л, то використовуються розрахункові показники LDL-C і non-HDL-C.

Якщо $TG \geq 4,5$ ммоль/л, то лабораторія автоматично виконує повторний аналіз натще або визначає прямий LDL-C чи ApoB.

У кожному протоколі обстеження обов'язково вказується non-HDL-C.

Рівень Lp(a) визначається один раз у житті у всіх дорослих, повторно за клінічними показаннями (**проводиться поза програмою скринінгу здоров'я**).

3.2. Стратифікація ризику

Ризик серцево-судинних подій визначається за шкалою SCORE2/SCORE2-OP.

Категорія ризику (помірний, високий, дуже високий) визначає цільові рівні ліпідів і необхідність фармакотерапії.

3.3. Цільові рівні

Ціль досягається при виконанні обох критеріїв: абсолютного рівня і відносного зниження від вихідного.

Дуже високий ризик: LDL-C <1,4 ммоль/л та зниження $\geq 50\%$;

Високий ризик: LDL-C <1,8 ммоль/л та зниження $\geq 50\%$;

Помірний ризик: LDL-C <2,6 ммоль/л.

Альтернативні цілі:

non-HDL-C <2,2 / <2,6 / <3,4 ммоль/л (для дуже високого/високого/помірного ризику відповідно);

ApoB <65 / <80 / <100 мг/дл (для дуже високого/високого/помірного ризику).

3.4. Показання до фармакотерапії

Первинна профілактика:

У пацієнтів з дуже високим або високим ризиком, а також у хворих на ЦД2 із ураженням органів-мішеней статини призначаються негайно.

У пацієнтів з помірним ризиком і рівнем LDL-C $\geq 3,0$ ммоль/л або non-HDL-C $\geq 3,8$ ммоль/л призначення статинів після періоду модифікації способу життя (не більше 12 тижнів).

Вторинна профілактика:

Усім пацієнтам з маніфестними атеросклеротичними ССЗ (інфаркт міокарда, інсульт, ревазуляризація, периферичний атеросклероз) призначається статин високої інтенсивності незалежно від вихідного рівня LDL-C.

3.5. Інтенсифікація терапії

Якщо цільові рівні не досягнуті через 6 – 12 тижнів після старту лікування статином у максимально переносимій дозі додається езетиміб. Якщо ціль не досягнута на комбінації статин + езетиміб розглядається призначення PCSK9-інгібітора або інклісірану, якщо вони доступні.

3.6. Гіпертригліцеридемія

При рівні TG ≥ 10 ммоль/л здійснюються негайні заходи для профілактики панкреатиту (дієта, корекція вторинних причин, фібрат).

У пацієнтів із TG 1,5 – 5,6 ммоль/л, які отримують статини та мають високий або дуже високий ризик, може бути призначається ейкозапентаєнова кислота (за доступності).

3.7. Сімейна гіперхолестеринемія

У разі виявлення підозри на сімейну гіперхолестеринемію (LDL-C $\geq 5,0$ ммоль/л у дорослого або $\geq 4,0$ ммоль/л у дитини, сімейний анамнез передчасних ССЗ суб'єкт господарювання повинен: правити пацієнта на консультацію до лікаря-кардіолога, рекомендувати обстеження першої лінії родичів (батьки, діти, брати/сестри) з виміром LDL-C;

При підозрі на сімейну гіперхолестеринемію застосовується шкала Dutch Lipid Clinic Network.

Для підтверджених або ймовірних випадків обов'язковим є каскадний скринінг родичів першої лінії.

Лікування: статин високої інтенсивності, за недосягнення цілей додавання езетимібу, за недосягнення цілей призначення PCSK9-інгібітор/інклісіран (за доступності).

3.8. Контроль і безпека

Повторне визначення ліпідів через 6 – 12 тижнів після початку терапії або зміни дози; далі кожні 6 – 12 місяців (**поза програмою скринінгу здоров'я**).

Перед початком лікування проводиться визначення АЛТ, при міалгіях проводиться визначення КФК (**поза програмою скринінгу здоров'я**).

Особливі групи:

хронічна хвороба нирок цілі адаптуються;

вагітність/лактація статини протипоказані;

похилий вік терапія показана при високому ризику.

4. Цукровий діабет 2 типу

4.1. Лабораторна діагностика

Діагноз встановлюється за одним із критеріїв (після підтвердження другим тестом при відсутності явної гіперглікемії):

HbA1c $\geq 6,5\%$; або

FPG $\geq 7,0$ ммоль/л (після ≥ 8 год голоду); або

2-год глікемія під час 75-г OGTT $\geq 11,1$ ммоль/л; або

Випадкова глікемія $\geq 11,1$ ммоль/л за наявності класичних симптомів гіперглікемії/гіперглікемічного кризу (у цьому разі підтвердження не потрібне). Якщо A1c потенційно недостовірний (гемоглобінопатії, вагітність, виражена анемія), діагностика базується на плазмовій глюкозі.

4.2. Базова фармакотерапія

Метформін препарат першої лінії за відсутності протипоказань із корекцією дози за eGFR, рекомендується регулярний контроль eGFR.

Заборонено при eGFR < 30 мл/хв/1,73 м²;

Не ініціювати зазвичай при eGFR 30 – 44 (якщо вже приймає необхідно розглянути зниження дози і пильний моніторинг);

Перегляд дози/моніторинг при eGFR 45 – 59 індивідуально.

4.3. Коморбідності, що визначають лікарські засоби першого вибору (незалежно від HbA1c і метформіну)

Атеросклеротична хвороба серця або високому серцево-судинному ризику: додати GLP-1PA (ліраглутид/семаглутид/дулаглутид) і/або SGLT2-інгібітор (емпагліфлозин/дапагліфлозин/канагліфлозин) (за доступності).

Хронічна хвороба нирок (eGFR ≥ 20 мл/хв/1,73 м², з/без альбумінурії): SGLT2-інгібітор обов'язковий, продовжувати навіть при подальшому зниженні eGFR; якщо глікемічного контролю недостатньо або SGLT2i протипоказаний рекомендований GLP-1PA (ліраглутид/семаглутид/дулаглутид).

СН (незалежно від фракції викиду): SGLT2-інгібітор як частина базової терапії СН.

Примітка: за клінічної потреби може призначатись комбінація SGLT2i + GLP-1PA.

4.4. Глікемічні цілі та ескалація

Індивідуальна ціль HbA1c зазвичай $< 7,0\%$; жорсткіші або м'якші цілі визначаються залежно від віку/коморбідності/ризiku гіпоглікемій.

Негайно розглянути інсулін (термінова консультація лікаря-ендокринолога), як старт/тимчасово при A1c $> 10\%$ (≥ 86 ммоль/моль), глюкозі $\geq 16,7$ ммоль/л або ознаках катаболізму; після зняття глюкозотоксичності необхідно спростити схему і повернутись до пріоритетних класів (SGLT2i/GLP-1PA/метформін).

4.5. Безпека та протипоказання (мінімум, який обов'язково фіксуємо)

SGLT2i: навчити щодо профілактики еуглікемічного діабетичного кетоацидозу (утримання при тяжких гострих станах/перед операцією), ризик генітальних інфекцій; глікемічна ефективність знижується при eGFR < 45 , але кардіо-ренальна користь зберігається.

GLP-1PA: протипоказання MEN2/медулярний рак щитоподібної залози в анамнезі; попередити про можливу нудоту на старті.

5. Фібриляція передсердь

5.1. Скринінг

У всіх осіб віком ≥ 65 років проводиться опортуністичний скринінг ФП шляхом пальпації пульсу або запису ЕКГ. У разі виявлення нерегулярності пульсу необхідно виконати ЕКГ у той самий день для підтвердження або виключення ФП.

Систематичний скринінг рекомендований для осіб віком ≥ 75 років або з високим ризиком інсульту.

5.2. Діагностика

Діагноз ФП підтверджується 12-відведеною ЕКГ або ритмострічкою ≥ 30 секунд із типовою картиною.

5.3. Антикоагуляція

Обов'язково призначати:

чоловікам із $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$;

жінкам із $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 3$.

Розглянути призначення:

чоловікам із $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} = 1$;

жінкам із $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} = 2$.

5.4. Вибір лікарських засобів

Препарати першої лінії: нові оральні антикоагулянти (далі – DOAC) – дабігатран, ривароксабан, апіксабан, едоксабан.

Варфарин використовується у випадках:

механічні клапани серця;

помірний або тяжкий мітральний стеноз;

тяжка хронічна хвороба нирок із $\text{eGFR} < 15$ мл/хв/1,73 м² або пацієнти на діалізі, де DOAC не рекомендовані;

випадки, коли DOAC недоступні або протипоказані.

При застосуванні варфарину: підтримка МНО 2,0–3,0, регулярний моніторинг (поза програмою скринінгу здоров'я).

При хронічній хворобі нирок з 15–29 мл/хв/1,73 м²: можливе використання апіксабану (з корекцією дози), інші DOAC призначаються з обережністю.

6. Антитромбоцитарна терапія

6.1. Первинна профілактика

Рутинне призначення ацетилсаліцилової кислоти (далі – АСК) для первинної профілактики серцево-судинних подій не рекомендується у більшості пацієнтів через підвищений ризик кровотеч.

Розглядається індивідуально у пацієнтів із дуже високим ризиком атеросклеротичних подій ($\text{SCORE2} \geq 10\%$ або наявність множинних факторів ризику), за відсутності підвищеного ризику кровотеч і після детального обговорення з пацієнтом.

6.2. Вторинна профілактика

Антитромбоцитарна терапія є обов'язковою для всіх пацієнтів із документованою атеросклеротичною ССЗ (інфаркт міокарда, ішемічний інсульт/ТІА, стабільна чи нестабільна стенокардія, периферичний атеросклероз):

АСК 75 – 100 мг/добу - базовий препарат вибору;

у разі непереносимості АСК – клопідогрель 75 мг/добу;

після гострого коронарного синдрому або через стентування: подвійна антитромбоцитарна терапія, а саме: АСК + інгібітор P2Y₁₂ (клопідогрель, тікагрелор або прасугрель) упродовж 6 – 12 місяців залежно від клінічної ситуації та ризику кровотеч, далі проводиться монотерапія.

6.3. Особливі групи

У пацієнтів, які одночасно мають показання до антикоагулянтів (наприклад, при ФП) і до антитромбоцитарної терапії (наприклад, при ІХС чи після стентування), лікування підбирається індивідуально. Зазвичай застосовують короткий період потрійної терапії (антикоагулянт + два антитромбоцитарні препарати), після чого переходять на схему антикоагулянт + один антитромбоцитарний препарат.

6.4. Моніторинг та безпека

Оцінка ризику кровотеч (HAS-BLED, PRECISE-DAPT) перед стартом.

Контроль побічних ефектів (шлунково-кишкові кровотечі, диспепсія).

За потреби відбувається призначення інгібіторів протонної помпи для гастропротекції.

7. Відмова від тютюнокуріння

7.1. Включено до програми скринінгу здоров'я

Визначення статусу куріння у всіх пацієнтів під час скринінгу.

Коротке консультування (VBA/5A/ABC) за міжнародними стандартами:

Ask – запитати про статус куріння;

Advise – надати чітку пораду щодо відмови;

Assist – коротко запропонувати допомогу та ресурси;

Arrange – організувати подальший контакт.

Надання пацієнтові матеріалів (друкованих/електронних) із доказовою інформацією про користь відмови.

Організація повторного контакту (онлайн/офлайн/телефон) через 2–4 тижні для оцінки прогресу та підтримки.

7.2. Не включено до програми скринінгу здоров'я (призначається додатково, за показаннями лікаря).

Фармакотерапія для відмови від куріння:

нікотин-замісна терапія (НЗТ: пластир, жувальна гумка, інгалятор, спрей, ледьяники);

вареніклін (за наявності);

бупропіон (як альтернатива при непереносимості чи неефективності інших засобів).

Розширені інтервенції: мотиваційне інтерв'ю, інтенсивне індивідуальне чи групове консультування, цифрові програми (мобільні додатки, SMS-нагадування).

Ці заходи здійснюються поза скринінгом здоров'я.

Додаток 3

Показник	Поріг	Дія
Офісний АТ	$\geq 140/90$	Базове правило: - якщо середнє офісне АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст., необхідно підтвердити підвищення за допомогою НВРМ або АВРМ. НВРМ (домашній моніторинг): - вимірювання протягом 7 днів (двічі вранці і двічі ввечері), відкидається день 1, береться середнє; - поріг для підтвердження: $\geq 135/85$ мм рт. ст. АВРМ (добовий моніторинг): - 24-годинне вимірювання; - поріг: середнє за 24 год $\geq 130/80$, денне $\geq 135/85$, нічне $\geq 120/70$ мм рт. ст. Альтернатива при недоступності АВРМ/НВРМ: - два або більше повторних офісних візити з коректним вимірюванням (не менше 2 вимірів за візит), проведених у різні дні; - допускається серійний НВРМ протягом 7 днів власним приладом пацієнта з документуванням результатів.

НВРМ середнє	$\geq 135/85$	Діагноз АГ; електронний рецепт за програмою реімбурсації, електронні направлення за потреби
АВРМ 24-год	$\geq 130/80$	Як вище
HbA1c	39–46 ммоль/моль (5,7–6,4%)	План способу життя; повтор 3 – 6 міс.
HbA1c	≥ 48 ммоль/моль (6,5%)	Повтор для підтвердження; діагноз ЦД2; електронний рецепт за програмою реімбурсації, електронні направлення за потреби
LDL-C (дуже високий ризик)	>цілі за галузевими стандартами	Старт лікування; е-направлення
TG	$\geq 4,5$ ммоль/л	За TG $\geq 4,5$ ммоль/л повторити ліпіди натще упродовж 14 днів; розрахунковий LDL не використовується, натомість застосовується non-HDL-C або прямий LDL-C/АpoB (за наявності)
TG	$\geq 5,6$ ммоль/л	За TG $\geq 5,6$ ммоль/л проводиться невідкладна оцінка в той самий або наступний робочий день; повтор натще організовується, але не затримує старт заходів безпеки (ризик панкреатиту)
eGFR	< 60 мл/хв/1,73 м ²	Частіший моніторинг, електронне направлення до лікаря-нефролога
ACR	≥ 30 мг/г	Нефропротекція (іАПФ/БРА), направлення до лікаря-нефролога
CHA ₂ DS ₂ -VASc (ФП)	≥ 2 (чол.), ≥ 3 (жін.)	Розпочати оральні антикоагулянти (з урахуванням HAS-BLED)
PHQ-9	≥ 10	Електронне направлення до фахівця у сфері психічного здоров'я
GAD-7	≥ 10	Електронне направлення до фахівця у сфері психічного здоров'я
Суїцидальні думки	будь-які	При виявленні суїцидальних думок лікар або медичний працівнику негайно оцінює ризик: при високому ризику (план, намір, доступ до засобів, недавня спроба) пацієнта не залишають наодинці, викликають 103 або організовують термінову госпіталізацію, за згодою повідомляють близьких; при помірному ризику (пасивні думки без плану) оформлюють електронне направлення до спеціаліста з психічного здоров'я ≤ 72 год, забезпечують кризові контакти та здійснюють контрольний дзвінок ≤ 48 год; при низькому ризику (разові думки без наміру) надають контакти гарячих ліній, інформаційні матеріали й організовують планову консультацію. Усі дії документуються в ЕСОЗ із зазначенням результатів оцінки, наданих рекомендацій і подальших кроків.
Ретинопатія (скринінг)	будь-яка	Термінове направлення до лікаря-офтальмолога

Рекомендації з проведення НВРМ та АВРМ

Базове правило (коли потрібне позакабінетне вимірювання):

Якщо середнє офісне АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст., обов'язково підтвердити підвищення позакабінетними вимірюваннями: НВРМ або АВРМ. Це зменшує похибку «ефекту білого халата» й виявляє «масковану» гіпертензію перед початком лікування.

Прилади та підготовка (спільні вимоги)

Тип пристрою. Перевага надається плечовим автоматичним осцилометричним тонометром (реєстраторам). Зап'ясткові пристрої дозволені лише якщо плечовий неможливий (великі окружності плеча тощо) й обов'язково валідований. Безманжетні гаджети не рекомендовані для клінічного використання.

Розмір манжети має відповідати окружності плеча.

Підготовка пацієнта до кожного вимірювання

Пацієнта зазначається щодо необхідності уникнення паління та вживання кофеїну, фізичних активностей понад 30 хв, рекомендується спорожнити сечовий міхур, сісти спиною до опори, ноги не схрещувати, стопи на підлозі, рука з манжетою на рівні серця, мовчати й спокій ≥ 5 хв; манжета має бути на голому плечі.

НВРМ або домашній моніторинг

Застосовується для діагностичного підтвердження підвищеного офісного АТ, виявлення АГ «білого халата» або «маскованої», довгострокового самоконтролю. Найкраще до візиту або за зміни симптомів/терапії.

Протокол вимірювань.

Тривалість: 7 днів (допустимо ≥ 3 дні, якщо 7 неможливо).

Частота: двічі зранку і двічі ввечері, з інтервалом понад 1 хв. між двома послідовними вимірами в кожний час.

Час: зранку до сніданку і до прийому антигіпертензивних (якщо приймає їх), увечері – перед сном.

Аналіз: відкинути день 1, обчислити середнє з решти значень (рекомендовано понад 12 валідних показів). Фіксувати симптоми/час прийому ліків.

Діагностичні пороги для підтвердження гіпертензії за НВРМ: середнє $\geq 135/85$ мм рт. ст.

АВРМ або 24-годинний добовий моніторинг

Застосовується, коли існує підозра виявлення АГ «білого халата» або «маскованої», варіабельність АТ, нічної гіпертензії, резистентної гіпертонічної хвороби, підозра побічних ефектів ліків, ЦД2, хронічної хвороби нирок тощо. АВРМ є референс-методом позакабінетного вимірювання.

Налаштування та виконання.

Тривалість: ≥ 24 год у звичному режимі дня.

Інтервали вимірювань: кожні 15 – 30 хв. удень, кожні 30 хв. уночі (не рідше). Пацієнт веде щоденник активностей/сну/симптомів, позначає час сну/пробудження.

Мінімальні критерії якості запису: понад 70% очікуваних вимірів, понад 20 валідних удень і понад уночі. Якщо критерії не виконані необхідно повторити АВРМ.

Поведінка: звична активність, уникати душу (зняти прилад), не згинати руку під час накачування, не керувати авто, якщо манжета відволікає.

Діагностичні пороги АВРМ:

24-год середнє $\geq 130/80$ мм рт. ст.;

деннє $\geq 135/85$ мм рт. ст.;

нічнє $\geq 120/70$ мм рт. ст.

Нічні вимірювання АТ. Зазвичай уночі АТ зменшується на 10 – 20% порівняно з денним це вважається нормою. Якщо зниження $\leq 10\%$, це недостатнє нічне зниження. Якщо зниження 20% і більше, це надмірне нічне зниження. Коли ж уночі АТ вищий, ніж удень, це нічне підвищення АТ. Такі відхилення пов'язані з вищим ризиком ускладнень, тому лікування варто переглянути: забезпечити дію лікарських засобів на всю добу, за потреби змінити дозу або час прийому, перевірити наявність апное сну, послабити споживання солі. Щоб порахувати відсоток нічного зниження, необхідно використати формулу: $((\text{денний} - \text{нічний}) / \text{денний}) \times 100\%$.

Інтерпретація фенотипів (за позакабінетними вимірюваннями)

Гіпертензія підтверджена: НВРМ-середнє $\geq 135/85$ або АВРМ (будь-який з порогів перевищено).

«Ефект білого халата»: офісне $\geq 140/90$ за нормальних НВРМ/АВРМ.

«Маскована» гіпертензія: офісне $< 140/90$, але підвищені НВРМ/АВРМ. Саме для маскованої форми АВРМ/НВРМ критично необхідні.

Якщо НВРМ/АВРМ недоступні

Два або більше окремих офісних візити та понад 2 вимірюваннями за візит (у різні дні); за можливості необхідно організувати серійний НВРМ 7 днів на власному валідованому приладі з веденням записів.

Додаток 5**Рекомендації стосовно внесення відомостей до електронної системи охорони здоров'я щодо проведення скринінгу здоров'я для пацієнтів****Для лікарів первинної медичної допомоги****Щодо пацієнтів відповідного віку, в яких відсутня інформація про діагнози ССЗ та діабет в ЕСОЗ**

Лікар створює епізод типу «Первинна медична допомога» з назвою «А98 Підтримання здоров'я / профілактика/огляд».

У рамках даного епізоду лікар створює взаємодії за загальними правилами, в яких обліковує огляд пацієнта, наявні фактори ризику, діагнози, виконанні обстеження та призначені дослідження.

У разі виявлення факторів ризику лікар обліковує їх за ІСРС:

$\frac{3}{4}$ А97 Відсутність хвороби – у разі відсутності факторів ризику та хвороб;

$\frac{3}{4}$ К22 Фактор ризику ХСК – у разі наявності хоча одного фактору ризику ССЗ;

^{3/4} A23 Фактор ризику БДУ – у разі наявності хоча б одного фактору ризику розвитку діабету;

^{3/4} K85 Підвищений артеріальний тиск;

^{3/4} P17 Зловживання тютюном

^{3/4} P15 Хронічне зловживання алкоголем;

^{3/4} T83 Надлишкова маса тіла -; T82 Надмірна вага або Ожиріння

^{3/4} W85 Гестаційний діабет

Проведені обстеження/дослідження обліковуються шляхом створення діагностичного звіту (ДЗ) лікарем, який провів обстеження або безпосереднім виконавцем дослідження. У ДЗ вкладається ЕМЗ «спостереження» з кодами LOINC (див. таблицю), в якому обов'язково зазначається результат обстеження або дослідження. У разі потреби створення електронного направлення на дослідження, в ньому обов'язково вказується, що дослідження виконується «Інші джерела фінансування».

Після отримання результатів всіх обстежень, призначених або виконаних лікарем, епізод закривається.

Щодо пацієнтів зі встановленим (за даними ЕСОЗ) діагнозом гіпертонічної хвороби та/або серцево-судинного захворювання та/або діабету

Лікар створює епізод з назвою «A98 Підтримання здоров'я / профілактика/огляд».

Причиною звернення лікар кодує K-31 або T-31.

Діагноз лікар зазначає за ІСРС: коди K 74 ІХС із стенокардією, K76 ІХС без стенокардії, K77 Серцева недостатність, K78 Фібриляції передсердь / миготіння, K79 Пароксизмальна тахікардія, K80 Серцева аритмія БДУ, K82 Легенево-серцева недостатність, K86 Гіпертонія неускладнена, K87 Гіпертонія з ускладненням, T90 Інсулінонезалежний цукровий діабет, T89 Інсулінозалежний цукровий діабет. Якщо у пацієнта декілька діагнозів з переліку, то всі вони зазначаються окремо під час одного візиту.

Проведені обстеження/дослідження обліковуються шляхом створення діагностичного звіту (ДЗ) лікарем, який провів обстеження або безпосереднім виконавцем дослідження. У ДЗ вкладається ЕМЗ «спостереження» з кодами LOINC (див. таблицю), в якому обов'язково зазначається результат обстеження або дослідження. У разі потреби створення електронного направлення на дослідження, в ньому обов'язково вказується, що дослідження виконується «Інші джерела фінансування».

Після отримання результатів всіх обстежень, призначених або виконаних лікарем, епізод закривається.

Для лікарів спеціалізованої медичної допомоги (лікарів-терапевтів)

Щодо пацієнтів відповідного віку, в яких відсутня інформація про діагнози ССЗ та діабет в ЕСОЗ

Лікар створює епізод типу «Профілактика» з назвою «Скринінг здоров'я».

1. У рамках цього епізоду лікар створює взаємодії класу «Амбулаторна взаємодія» за загальними правилами, в яких обліковує огляд пацієнта, наявні фактори ризику, діагнози (за Національним класифікатором «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я НК 025:2021»), виконанні обстеження та призначені дослідження.

У разі виявлення факторів ризику, але відсутності діагнозу гіпертонічної хвороби та/або серцево-судинного захворювання та/або діабету основним діагнозом лікар

виставляє діагноз «Z00.8 Інші загальні обстеження». Виявлені фактори ризику кодуються щонайменше одним додатковим діагнозом з переліку:

- ³/₄ Z03.5 Спостереження за підозри на інші серцево-судинні захворювання;
- ³/₄ Z13.6 Спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення серцево-судинних хвороб;
- ³/₄ Z13.1 Спеціальне скринінгове обстеження з метою виявлення проміжної гіперглікемії та цукрового діабету;
- ³/₄ R03.0 Підвищений кров'яний тиск за відсутності діагнозу гіпертензії;
- ³/₄ Z72.0 Вживання тютюну, поточне;
- ³/₄ Z86.43 В особистому анамнезі вживання тютюну;
- ³/₄ Z72.1 Вживання алкоголю;
- ³/₄ Z86.41 В особистому анамнезі вживання алкоголю;
- ³/₄ Z72.3 Недостатня фізична активність;
- ³/₄ Z86.7 В особистому анамнезі хвороби системи кровообігу;
- ³/₄ Z83.3 У сімейному анамнезі цукровий діабет;
- ³/₄ Z82.4 У сімейному анамнезі ішемічна хвороба серця та інші хвороби серцево-судинної системи.

У разі відсутності факторів ризику, поле «Додаткові діагнози» не заповнюється.

Проведені обстеження/дослідження обліковуються шляхом створення ДЗ лікарем, який провів обстеження або безпосереднім виконавцем дослідження. У ДЗ вкладається ЕМЗ «спостереження» з кодами LOINC (див. таблицю), в якому обов'язково зазначається результат обстеження або дослідження. У разі потреби створення електронного направлення на дослідження, в ньому обов'язково вказується, що дослідження виконується «поза програмою медичних гарантій».

Після отримання результатів всіх обстежень, призначених або виконаних лікарем, епізод закривається.

Щодо пацієнтів зі встановленим (за даними ЕСОЗ) діагнозом гіпертонічної хвороби та/або серцево-судинного захворювання та/або діабету

Лікар створює епізод типу «Профілактика» з назвою «Скринінг здоров'я».

У рамках цього епізоду лікар створює взаємодії класу «Амбулаторна взаємодія» за загальними правилами, в яких обліковує огляд пацієнта, наявні фактори ризику, діагнози, виконанні обстеження та призначені дослідження.

Основним діагнозом виставляється діагноз відповідно до правил визначених у стандарті 0001 Австралійських стандартів кодування та за Національним класифікатором НК 025:2021, зокрема:

- артеріальна гіпертензія (I10 – I15),
- ішемічна хвороба серця – стенокардія (I20),
- гострий інфаркт міокарда (I21 – I22),
- інші форми ішемічної хвороби серця (I23 – I25);
- серцева недостатність (I50);
- аритмії – фібриляція та тріпотіння передсердь (I48),
- інші тахі- та брадиаритмії (I44 – I49);
- ішемічний інсульт (I63),
- геморагічний інсульт (I60 – I62),
- транзиторна ішемічна атака (G45);
- периферійна артеріальна хвороба (I70.2, I73.9);
- вади серця – ревматичні (I05 – I09) та набуті клапанні (I34 – I39), а також значущі вроджені (Q20 – Q28, у дорослих);
- аневризма та розшарування аорти (I71)

- проміжна гіперглікемія та цукровий діабет (E09-E14)

Проведені обстеження/дослідження обліковуються шляхом створення ДЗ лікарем, який провів обстеження або безпосереднім виконавцем дослідження. У ДЗ вкладається ЕМЗ «спостереження» з кодами LOINC (див. таблицю), в якому обов'язково зазначається результат обстеження або дослідження. У разі потреби створення електронного направлення на дослідження, в ньому обов'язково вказується, що дослідження виконується «Інші джерела фінансування».

Після отримання результатів всіх обстежень, призначених або виконаних лікарем, епізод закривається.

**Облік обстежень та досліджень
(для лікарів первинної та спеціалізованої медичної допомоги)**

Код за НК 26	коди LOINC Спостереження
96037-00 Інше обстеження, консультування або оцінка	8462-4 Діастолічний артеріальний тиск 8480-6 Систолічний артеріальний тиск 39156-5 Індекс маси тіла 56086-2 Окружність талії
T34006 Аналіз; холестерин	14647-2 Холестерин [Моль/об'єм] у Сироватці або Плазмі
T34016 Аналіз; тригліцериди	14927-8 Тригліцерид [Моль/об'єм] у Сироватці або Плазмі.
T34011 Аналіз; холестерин ліпопротеїнів високої щільності	14646-4 Холестерин ліпопротеїнів високої щільності [Моль/об'єм] у Сироватці або Плазмі
T34013 Аналіз; холестерин ліпопротеїнів низької щільності	22748-8 Холестерин ліпопротеїнів низької щільності [Моль/об'єм] у Сироватці або Плазмі
T34025 Аналіз; глюкоза; натщесерце	14743-9 Глюкоза [Моль/об'єм] у Капілярній крові Визначення глюкометром; 15074-8 Глюкоза [Моль/об'єм] у Крові
T34010 Аналіз; глікований гемоглобін	4548-4 Глікований гемоглобін (HbA1c)/гемоглобін загальний у Крові
ДЗ А34011 Загальний аналіз крові	Не вказується
А35002 Загальний аналіз сечі	2888-6 Білок [Маса/об'єм] у Сечі; 15076-3 Глюкоза [Моль/об'єм] у Сечі; 2756-5 рН у Сечі; 12235-8 Мікроскопічне дослідження [Ідентифікація] у Осаді сечі Методом світлової мікроскопії
11700-00 Інша електрокардіографія [ЕКГ]	Не вказується

(необхідних для розміщення на тематичній сторінці МОЗ)

Місце надання послуг, обирається/додається з доступних, зареєстрованих в ЕСОЗ.

Для **кожного** місця надання послуг має бути заповнена назва, адреса, координати (на підставі наявної інформації в ЕСОЗ).

Доступність для маломобільних груп заповнюється шляхом вибору варіантів “так” або “ні” для трьох пунктів: наявність пандуса, ліфта або проведення прийому на першому поверсі.

У контактах заповнюється виділений телефон для запису на скринінг здоров'я, електронну пошту для подачі заявок або ведення комунікацій (усе це заповнюється окремо для кожного місця надання послуг).

У поле “онлайн-запис здійснюється за адресою” вноситься посилання на сторінку онлайн-запису, створене безпосередньо для скринінгів здоров'я і для конкретного місця надання послуг, таким чином, щоб перехід на неї запускав процес вибору вільних слотів для запису в безпосередньо вже обраний заклад за визначеною адресою.

Час роботи – вноситься по днях тижня для кожного місця надання послуг.

MerchantID – ID терміналу безготівкової оплати, що розташований в місці надання послуг (вноситься до кожного місця надання послуг).

Поле	Коментар
Назва суб'єкта господарювання	Повне найменування юридичної особи
Код ЄДРПОУ	
Форма власності	Державна/комунальна/приватна
<i>Блок про місце надання послуг повторюється стільки разів, скільки місць надання послуг подаються</i>	
Назва місця надання послуг	
Адреса місця надання послуг	
Координати – широта	
Координати – довгота	
Доступність для маломобільних груп:	Ліфт: так/ні Пандус: так/ні Прийом ведеться на першому поверсі: так/ні
Контакти:	
Телефон для запису:	
Електронна пошта:	
Онлайн-запис здійснюється за адресою:	Сторінка сайту для запису на скринінг здоров'я в онлайн-формі
Час роботи:	У форматі «з» «до» (10:00-15:00)
Понеділок	
Вівторок	
Середа	
Четвер	
П'ятниця	
Субота	
Неділя	

MerchantID

Ідентифікатор терміналу, через який буде
проводитися прийом платежів