

## Перспективи якості та доступності високоспеціалізованої медичної допомоги передусім залежать від ініціативи і результативності професіоналів

*ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України»,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,  
Асоціація серцево-судинних хірургів України  
і редакція «Українського журналу серцево-судинної хірургії» щиро вітає учасників  
ювілейного XX Національного конгресу кардіологів України!*

*Двадцятий рік поспіль цей форум збирає фахівців з усієї країни – кардіологів, інтервенційних кардіологів, кардіохірургів. На багаточисельних секціях фахівці не тільки обмінюються досвідом та отримують нові знання. Саме тут презентуються новітні технології, які потім впроваджують до повсякденної практики в клініках по всій Україні. Щиро бажаємо вам, шановні колеги, великих професійних перемог, наснаги й вагомих здобутків у вашій благородній і нелегкій праці на благо кожної людини!*

Українська медицина переживає складний період становлення та модернізації, які відбуваються на тлі конфлікту між прагненням до ефективних змін і гальмуванням процесів на користь застарілої системи. Але ми проти того, щоб шукати виправдання негараздів та малопродуктивних кроків у ситуації, що склалася в країні, оскільки кризи – це відкриття нових можливостей, форматів, знаходження нових рішень. І спільними зусиллями ми вже чимало робимо для позитивних та перспективних галузевих перетворень.

Сьогодні для нас – кардіологів і кардіохірургів – дуже важливим є поєднання зусиль фахівців різних спеціалізацій та рівнів, які займаються лікуванням пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. Важливою умовою цього є розробка і впровадження спільних стандартів лікування.

Реальні правові можливості розвитку в цьому напрямі відкрив Наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 року, який дозволив українським лікарям використовувати у своїй практиці міжнародні клінічні протоколи. І вже в 2017 році Асоціація кардіологів України, Асоціація інтервенційних кардіологів України представила переклад рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ESC) з лікування пацієнтів з гострим інфарктом міокарда та стійкою елевацією сегмента ST, що дало можливість налагодити надання своєчасної ефективної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом на ранній стадії.

Українська версія Рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ESC) і Європейської асоціації кардіоторакальних хірургів (EACTS) щодо реваскуляризації



міокарда, яка була створена зусиллями Асоціації кардіологів України, Асоціації серцево-судинних хірургів України і Асоціації інтервенційних кардіологів України була затверджена ESC у 2018 році. У вступному слові до українського перекладу наголошується, що ці рекомендації є новим етапом у розвитку клінічної кардіології, інтервенційних втручань і кардіохірургії. Саме європейські лідери цих напрямів медицини, які брали участь у підготовці нових стандартів, запропонували консолідовану спільну позицію щодо лікування пацієнтів.

Забезпечити ефективну взаємодію та спадкоємність на всіх рівнях і етапах діагностики, лікування та ведення пацієнтів на сучасному рівні неможливо без впровадження електронної системи охорони здоров'я із забезпеченням повної сумісності інформаційних медичних систем, які встановлені в окремих закладах, як між собою, так й з центральною базою даних E-Health України. Такий перелік програм уже затверджено МОЗ

України. Однією з головних вимог до електронних систем є забезпечення надійного захисту персональних даних усіх учасників процесу — пацієнтів, лікарів, а також інформації про заклади охорони здоров'я, компанії-постачальники товарів медичного призначення тощо. Це дає змогу організувати оперативну злагожену роботу між усіма підрозділами закладу — адміністрацією, відділеннями, лабораторіями, операційними, складом, бухгалтерією, відділом кадрів та ін. Також значно розширює можливості телемедицини. Проведення дистанційних консультацій за допомогою скайпу, вайберу та інших комунікаційних програм, які нині використовують, не забезпечує належного рівня захисту персональних даних учасників.

На сьогодні головна проблема впровадження електронної системи охорони здоров'я — це вирішення фінансових питань на рівні держави, точніше, визначення ідеології фінансування для закладів усіх рівнів підпорядкування та форм власності.

### **Про необхідність прийняття Державної програми профілактики та лікування серцево-судинних захворювань**

Як ми пам'ятаємо, у 2016 році фахівцями ДУ «Національний науковий центр Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска НАМН» і ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН» було розроблено проект «Державної програми профілактики, лікування та реабілітації серцево-судинних захворювань на 2017–2021 роки», що відповідало п. 3 Спільного наказу МОЗ та НАМН України № 711/61 від 15.07.2016 р. Схвалення МОЗ України цієї Програми дало би можливість створити організаційну модель надання доступної медичної допомоги хворим із невідкладними станами, оптимізувати роботу лікувальних закладів, які надають допомогу хворим із серцево-судинними захворюваннями на всіх рівнях, створити певні підстави для забезпечення їх необхідним обсягом витратних матеріалів. Але ця Програма так і не була прийнята. Реалізовані були тільки деякі її напрями, зокрема забезпечення невідкладної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда за рахунок державного бюджету — відкрито 42 реперфузійних центри у 20 областях.

Також у рамках бюджетної програми «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» наші пацієнти отримують дороговартісні пристрої для імплантації — штучні клапани серця, оксигенатори, штучні водії ритму серця тощо. На жаль, їх кількість покриває потребу менш ніж на 10–15 %. У рамках виконання Постанови Кабінету Міністрів України № 425 від 14 червня 2017 року «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах

Національної академії медичних наук» Інститут має змогу забезпечувати бюджетними зазначеними високовартісними виробами медичного призначення ще 20–25 % пацієнтів. Решта пацієнтів змушені витратити на таке обладнання власні кошти.

Слід відзначити, що вперше в історії країни сьогодні ми отримали високотехнологічні пристрої (понад 300 одиниць) для закриття вроджених дефектів перегородки серця та стенти для корекції коарктації аорти (30 одиниць), стенти для ендovasкулярного лікування аневризми аорти (понад 60). До речі, завдяки наявності цих пристроїв за 8 місяців цього року ми мали змогу допомогти майже удвічі більшій кількості пацієнтів із вродженими вадами серця, ніж за той самий період минулого року. І головне, що пристрої, вартість яких сягає 200 тис. грн, наші громадяни отримали безкоштовно.

На жаль, досі поза увагою залишається проблема профілактики смерті від раптової зупинки серця, яка ще на догоспітальному етапі становить 50–70 тис. осіб на рік, з яких до 20 тис. — це люди працездатного віку. Як ми знаємо, у 88 % причиною розвитку раптової серцевої смерті є життєзагрозливі аритмії. А оскільки близько 80 % випадків раптової серцевої смерті стається поза лікувальними закладами, прогнозована виживаність досягає лише 3–5 %. Найбільший ризик розвитку раптової смерті (до 25 %) має велика когорта хворих з ішемічною хворобою серця, різними видами кардіоміопатій та порушеннями ритму серця. Таким пацієнтам для вторинної профілактики раптової серцевої смерті абсолютно показана імплантація кардіовертерів-дефібриляторів. Але для більшості з них це є фінансово недоступним. У 2018 році в Україні було імплантовано всього 166 цих життєзабезпечуючих пристроїв. Для порівняння: у сусідній Польщі виконано понад 9000 таких імплантацій. Якщо в Україні на 1 млн населення в минулому році імплантовано 4 кардіовертера-дефібрилятора, то в Росії — 10, Білорусії — 14, Естонії — 58. У Польщі, наприклад, щороку на 1 млн населення припадає 220 приладів, тобто у 56 разів більше, ніж в Україні.

Особливої уваги потребують пацієнти із вродженим синдромом подовженого інтервалу Q–T та гіпертрофічною кардіоміопатією вікової групи 15–50 років — молоді та працездатні. За умови своєчасної імплантації кардіовертера-дефібрилятора та проведення планових лікувально-профілактичних заходів із попередження раптової смерті, очікувана тривалість життя в них налічує десятки років. Життя цих пацієнтів має бути захищено державними програмами.

Велике, а часто й вирішальне, значення в долі пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями мають сімейні лікарі, терапевти, педіатри. Однак реформування первинної ланки медичної допомоги поки ще не демонструє суттєвих позитивних змін у веденні цієї категорії пацієнтів. Це стосується і своєчасного скерування хворих до кардіологів, і ведення післяопера-

ційних хворих згідно з наданими рекомендаціями, і контролю проведення профілактичних заходів. Низький рівень інформаційно-просвітницької роботи серед населення, яку теж покладено на лікарів первинної ланки, залишається однією з основних причин того, що хворі поступають у спеціалізовані та високоспеціалізовані заклади в тяжкому стані із запущеними хворобами, а фахівці первинної та вторинної ланок практично не несуть за це відповідальності.

Ми продовжуємо наполягати на необхідності прийняття Державної програми профілактики та лікування серцево-судинних захворювань, яка б реально гарантувала всім українцям доступну якісну діагностику та лікування на всіх рівнях медичної допомоги, а також заходи первинної та вторинної профілактики розвитку захворювань системи кровообігу. Найближчим часом ми надамо новому уряду проект Державної програми, актуальний на наступні 5 років.

### **Пілотний проект як модель доступної високоспеціалізованої медичної допомоги в найближчому майбутньому**

Третій рік поспіль Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова, Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска», Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова та Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова, працюють у пілотному проекті, який спрямований на опрацювання механізмів надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги населенню. Головною метою цього проекту ми бачимо у створенні та опрацюванні моделі функціонування третинного рівня медичної допомоги, реального оцінювання вартості високоспеціалізованих медичних послуг, організації ефективної спадкоємності та взаємодії між усіма рівнями медичної допомоги щодо ведення пацієнта. Саме це дає змогу зробити високоспеціалізовану медичну допомогу рівно доступною для усіх українців.

Новий фінансовий механізм, в умовах якого працюють фахівці Інституту, буде впроваджено в Державі під час реформування третинного (високоспеціалізованого) рівня системи охорони здоров'я. Основні положення нового принципу фінансування викладені в Постанові Кабінету Міністрів України від 14 червня 2017 року № 425 (зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 14 лютого 2018 року № 89).

Уже є значні позитивні надбання. По-перше, визначено вартість кожної послуги, кардіохірургічної операції. Отже, тепер Держава розуміє, скільки та за що вона має платити. Відбулися зміни і в самому принципі інвестування у здоров'я громадян — місцевим органам виконавчої влади в рамках «пілоту» дозволено оплачувати лікування своїх мешканців. І тут також є оптимістичні зрушення — виявилось, що політичний

популізм у деяких регіонах починає втрачати свої позиції. Натомість, адресна турбота про здоров'я земляків проявляється у відшкодуванні вартості операцій від окремих місцевих громад.

Звичайно, головне для нас — це врятовані життя та повернуте здоров'я наших співвітчизників за рахунок коштів пілотного проекту. Так, протягом 2018 року громадянам України було надано 4695 хірургічних і 10739 експертно-діагностичних послуг, пацієнти отримали медикаментів та виробів медичного призначення на суму 81 млн грн 1406 пацієнтів були госпіталізовані та проліковані в екстреному та невідкладному порядку.

Окрім того, фахівці Інституту традиційно супроводжують такі соціально-орієнтовані програми, як Програма МОЗ України з лікування гострого коронарного синдрому, безоплатне кардіохірургічне лікування дітей, учасників АТО/ООС, вагітних з тяжкою серцевою патологією, учасників бойових дій та інвалідів I групи. В активній фазі перебуває інститутський благодійний проект «Зупинити епідемію серцево-судинних катастроф».

Водночас слід зауважити, що є певні проблеми в процесі виконання «пілотного» проекту. Виникають труднощі у зв'язку з недосконалістю та неузгодженістю вітчизняного законодавства й необхідністю «синхронізації» окремих його положень. Зокрема це недостатнє регулярне інформування органів місцевого самоврядування з приводу можливостей «пілотних» установ надавати високоспеціалізовану допомогу за рахунок як державного, так і місцевого бюджетів, а також порядку та форми скерування пацієнтів. Важливим та дієвим механізмом реалізації пілотного проекту є мотивація персоналу — оплата праці не за тарифною сіткою, а залежно від участі кожного співробітника в лікувальному процесі. Тому потрібно вдосконалити базове фінансування установ за трьома основними статтями видатків: заробітна плата та нарахування на неї, комунальні платежі, видатки на сервісне обслуговування та ремонт високовартісної апаратури.

Саме професіонали — фахівці медичних напрямів і менеджери охорони здоров'я мають ставити правильні завдання та пропагувати їх ефективні рішення щодо функціонування галузі в інтересах та з урахуванням потреб усіх громадян України, реально сприяти поліпшенню рівня здоров'я, продовженню активного якісного життя всіх українців.

**В. В. Лазоришинець,**  
*директор НІССХ імені М. М. Амосова НАМН України,*  
*завідувач кафедри хірургії магістральних судин НМАПО*  
*імені П. Л. Шупика, президент Асоціації*  
*серцево-судинних хірургів України,*  
*головний редактор «Українського журналу серцево-*  
*судинної хірургії», академік НАМН України, професор*