

Ювілейний XXX Всеукраїнський з'їзд серцево-судинних хірургів

Захід відбувся 29–30 травня у м. Черкаси. Серед учасників – представники з 52 кардіохірургічних центрів України, а також колеги з Німеччини, США, Італії та Польщі. Всього були присутні понад 250 учасників та 1300 приєднались онлайн.

Серед найяскравіших доповідей:

- Місце хірургії в лікуванні пізнього ускладненого інфаркту міокарда (Олег Сергійчук, м. Вінниця);
- Використання гомографтів в хірургії вроджених вад серця (Олександр Романюк, м. Київ);
- Повторна пластика мітрального клапана (Любомир Кулик, м. Львів);
- Коронарне шунтування в поєднанні з корекцією вади мітрального клапана через мініінвазивний доступ. Опис техніки та представлення результатів, (Сергій Яцук, м. Київ);
- Віддалені результати хірургічного лікування інфекційного ендокардиту мітрального клапана (Сюзанна Солтані, м. Київ);
- Трансплантація серця як метод лікування термінальної серцевої недостатності. Наш досвід (Роман Домашич і колеги, м. Львів);
- Гостре розшарування аорти ні А ні В типу – основні критерії вибору хірургічної тактики (Дмитро Бешлей і колеги, м. Львів);
- Сепсис: роль змін мікроциркуляторного русла міокарду у розвитку серцевої недостатності при хірургічних операціях із штучним кровообігом (Ганна Колтунова, м. Київ);
- Клінічні прояви та хірургічне лікування інфекційного ендокардиту після бойової травми (Костянтин Бабич, м. Київ);
- Клінічні прояви, ризики та підхід до лікування тромбоемболії легеневої артерії після бойової травми (Андрій Балабуха, м. Київ).

Абляція імпульсним електричним полем – новітня технологія катетерного лікування пацієнтів із фібриляцією передсердь (Борис Кравчук, м. Київ).

Закордонні гості представили доповіді:

- What happens with aorta when it dissect (Robert Bosch Kranhaus, Prof. Dr. med. Bartosz Rylki);
- What happens with aorta when it dissect (Robert Bosch Kranhaus Prof. Dr. med. Bartosz Rylki);
- Organ Recovery for the 21st Century (Ashish S. Shah MD Professor of Cardiac Surgery, Surgical Director, Heart Transplant Program Vanderbilt Health);
- Pediatric lung transplantation in a high risk patient 10 minutes (Yuriy Stukov, Florida, USA);
- Вроджені вади серця (Dr. Stefano M. Marianeschi Milan, Italy).

Традиційно цього дня відзначили найкращих фахівців галузі. Цінними подарунками від Прем'єр-міністра України – лікаря інвазивної електрофізіології ДУ «НІССХ ім. М.М. Амосова» НАМН України Євгена



Перепеку, завідувача відділення хірургічного лікування патології міокарда та трансплантації органів і тканин людини, лікаря – трансплантолога ДНП «Інститут серця МОЗ України» Гаврила Ковтуна, директорку КНП «Черкаський обласний кардіологічний центр Черкаської обласної ради» Світлану Журбу, завідувача відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП «Хмельницький обласний серцево-судинний центр» Юрія Гордєєва та завідувача відділення набуті патології серця та судин ДУ «Центр кардіології та кардіохірургії МОЗ України» Сергія Варбанця.

Подяками від Міністра охорони здоров'я України відзначили завідувача кардіохірургічного відділення КНП «Волинська обласна клінічна лікарня» Володимира Пецентія, завідувача відділення анестезіології та інтенсивної терапії № 2 КНП «Львівська обласна клінічна лікарня» Любомира Соловоя, завідувача відділення кардіохірургії КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» В'ячеслава Осауленка, завідувача відділення реанімації та інтенсивної терапії для новонароджених та дітей молодшого віку ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України» Сергія Бойка, виконавчого директора ГО «Асоціація серцево-судинних хірургів України» Світлану Лозінську.

Почесними грамотами НАМН України відзначили завідувача відділу хірургічного лікування ішемічної хвороби серця ДУ «НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України» Миколу Руденка, завідувача відділу трансплантації та хірургії серця ДУ «Національний науковий центр хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України» Артура Габрієляна, медичного директора ДУ «Центр кардіології та кардіохірургії МОЗ України» Георгія Маньковського, лікаря – хірурга відділення хірургічного лікування вроджених вад серця у новонароджених ДУ «НІССХ

ім. М.М. Амосова НАМН України» Івана Дзюрія, лікаря-трансплантолога ДНП «Інститут Серця МОЗ України» Софію Чайковську.

У межах з'їзду пройшов симпозиум «Швидко, ефективно та безпечно», під час якого розглядалися сучасні тренди у катетерному лікуванні фібриляції передсердь.

Також відбулося завершення навчального Курсу № 2 у фаховій школі прогресивної кардіології Cardio

Academy. Навчання пройшли 50 лікарів. Спікерами другого курсу виступили фахівці Інституту Амосова: Ольга Уніцька, Віталій Кравченко, Борис Кравчук, Дмитро Тимошенко, Михайло Іщенко, Аліна Тимошенко, Сергій Сало, Лідія Невмержицька, Андрій Гаврилишин та Микола Деркач.

Важливою частиною професійного заходу було обговорення співпраці з Національною службою охорони здоров'я України.

Спеціалізована допомога у межах Програми медичних гарантій: перші підсумки, надбання та виклики

З 1 січня 2025 року усі наукові установи НАМН України приєдналися до Програми державних медичних гарантій (ПМГ). Деякі установи розпочали пілотну співпрацю з Національною службою здоров'я України з 1 січня 2024 за ПМГ «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів».

На 1 травня цього року 4 наукові установи НАМН України законтрактували з НСЗУ за програмою медичних гарантій більше 10 пакетів медичних послуг, 7-9 пакетів – 5 установ, 4-6 пакетів – 10 установ, дві установи – жодного пакету.

Найбільше коштів за ПМГ отримали ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалимова» та ДУ «Інститут травматології та ортопедії» – на рівні 70 % від мінімальної потреби, ДУ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска» – 62 %, ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова» – 53 %, 7 установ не отримали фінансування взагалі. В середньому частка стабілізаційного пакету складає 78 % надходжень установ, у 18 відсотків установ ця частка складає від 81 до 100 %. У середньому видатки на заробітну плату складають 64 %, на медикаменти та вироби медичного призначення – 17 %.

Щоб не втратити клінічний та науковий потенціал установ, які з будь-яких причин не можуть заробляти і освоювати кошти, варто об'єднувати з більш потужними. І цей процес вже розпочався.

Тарифна диспропорція на старті

На старті Програми медичних гарантій у 2020 році існувала величезна диспропорція у тарифах НСЗУ та приватної практики. Так, наприклад, середній тариф НСЗУ на операції з шунтування коронарних артерій складав 23298 грн, а приватних клініках – 88628 грн. Для порівняння на той самий час середній тариф на аортокоронарне шунтування в Індії становив 3400 USD (139 тис. грн), в Ірландії – 22000–40000 EURO (1,0–1,9 млн грн). Найбільша диспропорція у державних і приватних тарифах відмічалася на протезуванні клапанів серця – майже 11 разів.

Основні переваги та виклики

Співпраця з НСЗУ спонукає установи активізувати зусилля на таких перспективних у сучасному житті напрямках, які сприятимуть подальшому розвитку:

- диджиталізація;
- інтеграція установ НАМН в єдину ЕСОЗ;
- активізація пошуку додаткових джерел фінансування (платних послуг, благодійної та гуманітарної допомоги);
- об'єктивізація ефективності установ;
- об'єктивізація завантаженості персоналу.

Однак перехід на новий формат роботи супроводжується низкою проблем, що пов'язані не стільки з неготовністю установ працювати по-новому, скільки з недосконалістю самої програми — особливо для вузькоспеціалізованих монопрофільних установ.

1. Проблеми із постачанням високовартісних лікарських засобів та виробів медичного призначення призводять до:

- унеможливлення планування власних закупівельну та призводить до створення черги пацієнтів на безоплатну спеціалізовану медичну допомогу або до співфінансування пацієнта на значну суму;
- відсутності частини високовартісних лікарських засобів та виробів медичного призначення у постанові КМУ від 7 березня 2022 р. № 216;
- додаткових фінансових втрат через не оптимальну якість виробів медичного призначення.

2. Відсутність додаткового фінансування на програму розвитку, підтримки та стимулювання, на відміну від комунальних некомерційних підприємств (дофінансування за рахунок бюджетів громад), створює нерівні умови функціонування та оновлення матеріально-технічної бази.

3. Невідповідність тарифів пакетів послуг ПМГ у 2025 році собівартості медичних послуг, що унеможливує покриття фінансових витрат установ у повному обсязі, а згодом призведе до погіршення якості надання послуг або унеможливлення лікування складних коморбідних пацієнтів (штучна селекція випадків).

4. Відсутність підвищених («спеціалізованих») коефіцієнтів, водночас із застосуванням понижуючих коригувальних коефіцієнтів:

- (0,6) при «короткостроковій» госпіталізації – менше 5 діб – для деяких високотехнологічних інтервенцій такі терміни стаціонарного лікування є недоцільними;
- (0,8) при плановій госпіталізації в «Хірургічному» пакеті.

Досить жорсткі персональні штрафні санкції з боку НСЗУ не завжди відповідають ступеню провини працівника, не враховують об'єктивні технічні проблеми.

Шляхи адаптації та пошук конструктивних рішень

Невідповідність тарифів ПМГ реальній вартості послуг – наслідок обмежених фінансових ресурсів держави.

Для вирішення цієї проблеми варто посилити:

- навчання ефективному кодуванню послуг;
- залучення гуманітарної допомоги;
- залучення благодійної допомоги;
- активізацію системи надання платних послуг;
- пошук грантових та комерційних програм розвитку.

Роль професійних асоціацій у роботі з державними програмами

У межах співпраці з МОЗ та ДП «Медичні закупівлі» відбувається активний діалог щодо поставок високовартісних виробів медичного призначення.

Що стосується саме серцево-судинної хірургії, при обробці заявок центрів та НЕМОЖЛИВОСТІ повного їх забезпечення пропонується узгоджувати з Асоціацією серцево-судинних хірургів України пріоритетність закупівель тих чи інших виробів на основі оцінки медичних технологій.

Якість ВМП має бути визначальним (принаймні не останнім) критерієм – узгоджено участь членів АССХ у формуванні медико-технічних вимог. Важливим є забезпечення представництва членів Асоціації в групах експертів МОЗ для визначення видів виробів, розмірів імплантів тощо.

Порахувати та скласти єдині тарифи в розрізі діагностично-споріднених груп (ДСГ) є некоректним, бо групи сформовані неоднорідно – вартість інтервенцій може відрізнятися в рази. Кожна інтервенція потребує ретельного розрахунку витрат на одноразові ВМП, лабораторні дослідження, фонд оплати праці тощо.

Окремою проблемою є ресурсне забезпечення складних коморбідних випадків. Пацієнти із поєднаними/конкуруючими захворюваннями, мультиорганним ураженням потребують симультанної допомоги або комбінації декількох інтервенцій в одну госпіталізацію. Існуючі ДСГ неадекватно відображають складність таких клінічних випадків, що призводить до формування необґрунтовано низьких тарифів. Рішенням проблеми має стати:

- проведення аналізу складних коморбідних випадків,
- формування складних та поєднаних ДСГ,
- введення рівнів складності (PCLL) в межах існуючих ДСГ із застосуванням відповідних коригувальних коефіцієнтів.

Тому нам потрібно ще більше посилити участь фахівців АССХ України та НАМН України у коригуванні тарифів Програми медичних гарантій спільно з НСЗУ та прийнятті адекватних рішень.

Шляхи вирішення проблеми «доступності» медичної допомоги за відсутності достатніх ресурсів з боку Держави

Першочерговим є квотування високовартісних інтервенцій та формування прозорої черги з визначенням певного «соціального» спектру інтервенцій. При цьому не можна допустити втрати або суттєвого зниження кількості високотехнологічних інтервенцій, які на сьогодні є нерентабельними. Одним з виходів може бути запровадження системи змішаного фінансування – співоплати пацієнта та залучення інших джерел оплати в межах законодавства.

До питання черги на спеціалізовану допомогу

Середній час очікування планового АКШ після КВГ у Великобританії складає більше 129 діб, в Україні – 1–2 дні. Середній час очікування ургентного АКШ після КВГ у Великобританії – 13 днів, в Україні – 1–3 години.

Пропозицією НСЗУ є обґрунтоване пріоритетування (клінічні маршрути з пріоритезацією), за яким пацієнти високого ризику мають першочерговість. При цьому необхідно визначити верхній ліміт очікуваного обсягу операцій на рік (бюджетний прогноз).

Важливою складовою є визначення та затвердження оптимального (з точки зору пацієнтоорієнтованості) маршруту пацієнта. Часто складні коморбідні пацієнти опиняються в лікувальних закладах, які не мають кардіохірургічної/реперфузійної допомоги, ресурсів та фахівців для повноцінної діагностики та лікування. І тільки через деякий час такий пацієнт потрапляє до спеціалізованого закладу (якщо вижив) із ускладненнями.

Перенаправлення пацієнта, який потребує спеціалізованої допомоги, має відбуватися в найкоротший термін – одразу після постановки попереднього діагнозу-підозри. Для цього необхідно упорядкувати місцеві маршрути пацієнта, особливо в складних коморбідних клінічних випадках. Покази до госпіталізації на спеціалізований рівень необхідно внести в усі маршрути по країні (у співпраці з МОЗ).

Для проведення експертизи якості надання кардіохірургічної та інтервенційної допомоги доцільно створити при Асоціації відповідний орган і визначити формат його співпраці з МОЗ.

Спеціалізована допомога та практична підтримка інших ЗОЗ

Фахівці кардіохірургічних закладів активно залучені до лікувальної та консультативної роботи по всій країні. Доцільною є пропозиція відновити систему санітарної авіації, а також сформувати окремий пакет медичних гарантій щодо надання експертної хірургічної та медикаментозної консультативної допомоги на виїзді, а також пакет/коефіцієнти для симультанної допомоги.

Шляхи адаптації спеціалізованих установ до поточних умов фінансування

Пропозиції АССХ України та НАМН України:

- проведення навчання та формування відділів співпраці з НСЗУ при закладах;
- об'єднання деяких установ НАМН із закладами МОЗ у межах формування єдиного науково-практичного та освітнього простору;
- формування науково-клінічних кластерів в залежності від географії інститутів та їхнього статутного завдання;
- поєднання клінічної, наукової та освітньої компетенцій закладів НАМН України та науково-практичних установи МОЗ України;
- запровадження додаткових коефіцієнтів за «експертність» для закладів НАМН/МОЗ.

Подальші тактичні та стратегічні кроки

Монопрофільні спеціалізовані установи мають суттєвіші труднощі в адаптації до вимог та специфікацій ПМГ, оскільки вони лише частково враховують монопрофільність. Для вирішення проблеми доцільно включення фахівців АССХ України та НАМН України до робочої групи підготовки специфікацій за ПМГ на 2026 рік. Спільна робота НАМН та НСЗУ над переглядом специфікацій вже ведеться.

Активна робота Асоціації ведеться в наступних напрямках:

- впровадження пілотної програми повноцінного фінансування наукоємних та актуальних галузей сьогодення – кардіохірургія/інтервенційна кардіологія/електрофізіологія, трансплантологія, реабілітація;
- отримання від держави довгострокового фінансового плану щодо капітальних видатків для кардіохірургічних центрів;
- інтеграція фахівців Асоціації у методичну та клінічну співпрацю з НСЗУ на основі доказової медицини;
- інтеграція фахівців Асоціації у освітню (дипломну та післядипломну) активність – спільно з МОЗ України;
- воєнна та післявоєнна медицина – окрема галузь – спільно з НАМН України;
- аудит залишків ВМП та їхньої якості;
- визначення кола осіб з членів АССХ для «Держзакупівлі» для перегляду медико-технічних вимог;
- розробка та впровадження індикаторів якості роботи галузі;
- масштабування on-line аналітики та ШІ на галузь;
- відродження системи кардіореабілітації.

Василь ЛАЗОРИШИНЕЦЬ,

академік НАМН України,

член-кореспондент НАН України,

голова правління Асоціації

серцево-судинних хірургів України,

президент Національної академії

медичних наук України,

директор ДУ «Національний інститут

серцево-судинної хірургії

імені М. М. Амосова НАМН України»,

завідувач кафедри хірургії серця

та магістральних судин Національного університету

охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика