

Медицина на службі клінічної практики

Протягом останнього часу ми висвітлюємо для читача події, факти та коментарі, пов'язані з діяльністю Національної академії наук (НАМН) України, зокрема переобранням керівництва академії та відповідно новими стратегіями її подальшого наукового пошуку, клінічного поступу, структурно-організаційного розвитку. У першій з цих публікацій було висвітлено загальні збори НАМН України та звіт про її діяльність за минулу п'ятирічку, представлений попереднім президентом НАМН України, а нині членом її Президії академіком А.М. Сердюком (див. «Щотижневик АПТЕКА» № 2 (1023) від 25 січня 2016 р.). У наступній статті перспективними планами та пріоритетними завданнями української медичної науки з нами поділився у своєму ексклюзивному інтерв'ю (див. «Щотижневик АПТЕКА» № 3 (1024) від 1 лютого 2016 р.) новообраний президент НАМН України академік Віталій Цимбалюк. А нині, на утворення вже триптиху в рамках цього циклу академічних науково-медичних публікацій, естафету співрозмовника з нашим читачем підхоплює **Володимир Коваленко** — віце-президент НАМН України, академік НАМН України, професор, директор ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», президент Асоціації кардіологів України, президент Асоціації ревматологів України.



— Вельмишановний Володимире Миколайовичу, якими зрушеннями, на Вашу думку, може ознаменуватися оновлення керівного складу на олімпі вітчизняної медичної науки — в НАМН України?

— Щодо галузевих академії наук, зокрема НАМН України, — то це самоврядні організації, які рухаються еволюційним шляхом розвитку, що не передбачає якихось ривків чи революційних перетворень, метаморфозів чи катаклізмів. Це взагалі притаманно науці — вона повинна мати свою закономірну послідовність. Це навіть деяким чином подібно до релігії: наука частково консервативна. Я думаю, таке поєднання — консерватизму і прогресивної еволюції — і забезпечує розвиток науки в цілому.

А щодо олімпу скажу так. Формування кожного вченого триває десятки років — у ході цього процесу відбувається жорстка соціальна селекція: коли найбільш талановиті люди відбираються з-поміж великої кількості медичних науковців. Гармонійне поєднання талантів і великої кількості вчених забезпечує не лише епохальні відкриття, але й загалом формування наукової думки, наукової спільноти, яка й забезпечує втілення геніальних розробок. Тому я вважаю, що неможливе відокремлення деяких найбільш обдарованих особистостей від великого масиву вчених, які забезпечують імплементацію новітніх технологій і створюють плацдарм, на якому народжуються нові видатні особистості. Тож олімп базується на твердому ґрунті, і без нього він не встоїть — про це слід завжди пам'ятати.

Говорячи про зрушення, необхідно тверезо оцінювати сьогоднішній день. Тож стосовно нинішніх реалій діяльності НАМН України слід зазначити, що загальні збори академії (докладніше див. «Щотижневик

АПТЕКА» № 2 (1023) від 25 січня 2016 р. — Прим. ред.), на яких відбулося переобрання її Президії, обрання президентом академіка В.І. Цимбалюка, — це, безперечно, значущий новий крок у розвитку НАМН України, який базується на тих здобутках, що були зроблені у минулому, — в основному тим самим складом академіків та членів-кореспондентів, які вже багато років працюють у медицині. Маємо надію, що, відповідно до вимог сучасності, зможемо й надалі розвивати медичну науку в Україні, співпрацювати з органами практичної охорони здоров'я, створюючи єдиний інтелектуальний і практичний медичний простір нашої держави, що забезпечуватиме належний рівень надання медичної допомоги, незважаючи на складнощі фінансово-економічного та соціально-політичного характеру, які у ній сьогодні існують.

— Які пріоритети ставитиме перед собою НАМН України у найближчій перспективі — конкретно у році, який щойно розпочався?

— Академія визначила пріоритетні напрямки, про які йшлося у звітній доповіді її попереднього президента — академіка А.М. Сердюка. Цієї теми широко торкнувся і нинішній президент НАМН України — академік В.І. Цимбалюк, який, мабуть, не випадково дав своє перше на новій посаді докладне інтерв'ю саме вашому спеціалізованому виданню (див. «Щотижневик АПТЕКА» № 3 (1024) від 1 лютого 2016 р. — Прим. ред.). Отже, ці пріоритети відображають минулі надбання і забезпечують шлях подальшого розвитку медичної науки в Україні. Зокрема, визначено як фундаментальні, так і клінічні напрямки. Так, у фундаментальній царині особливу увагу буде приділено розвитку генетики, проблемам трансплантології, вивченню імунітету, розробці нових лікарських засобів

та медичних технологій, а у сфері клінічної медицини перед нами стоїть дуже багато складних питань, продиктованих нагальними проблемами медицини: передусім це стосується серцево-судинних та онкологічних захворювань, які нині становлять найбільшу причину смертності у нашій країні, зумовлюють втрату працездатності і, звичайно, суттєво знижують якість життя населення.

— З огляду на це варто згадати, що 2016 р. планується оголосити Роком серця в Україні — це вже впритул до Вашої власної науково-клінічної тематики...

— На жаль, у нашій країні мешкає близько 20 млн осіб із серцево-судинними захворюваннями, а також фіксується один з найвищих показників пов'язаної з ними смертності. У цьому контексті діяльність НАМН України, Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, та й державна політика загалом повинні бути спрямовані на те, щоб знизити як поширеність, так і смертність у зв'язку з серцево-судинною патологією. Тому ще наприкінці минулого року дві фахові асоціації — Асоціація кардіологів України та Асоціація серцево-судинних хірургів України — виступили зі спільною ініціативою оголосити 2016 р. Роком серця в Україні. Розроблений проект такої програми було заслухано в МОЗ України та

Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. Отже, передбачається, що на вищому державному рівні цей рік буде оголошено Роком серця в Україні, а його програма містить широке коло заходів, спрямованих на профілактику, вдосконалення лікування, імплементацію новітніх технологій діагностики і лікування, реабілітацію, та, звісно, подальшу розробку клінічних настанов і протоколів, а також втілення нових форм забезпечення та надання медичної допомоги (елементи страхової медицини, госпрозрахункових відносин, державно-приватного партнерства, формування єдиного медичного простору, що стануть можливими завдяки об'єднанню зусиль НАМН України та МОЗ України).

— У цьому контексті як би Ви оцінили результати пілотного проекту з реімбурсації антигіпертензивних препаратів, що тривав протягом останніх декількох років? Чи справді знизилася смертність?

— До подібних програм я б підходив набагато ширше. Адже проблема артеріальної гіпертензії — це насправді цілий конгломерат проблем, у який треба «зашивати» високу поширеність та смертність у зв'язку з інфарктами та гострими порушеннями мозкового кровообігу. Тому, з моєї точки зору, повинна працювати державна програма, спрямована не лише на відшкодування вартості, зокрема антигіпертензивних лікарських засобів, — передусім вона повинна включати програму профілактичних заходів, спрямованих на виявлення факторів ризику та боротьбу з ними, а потім вже елементи вторинної профілактики, забезпечення сучасних методів лікування, зокрема фармакотерапевтичних, тощо. Отже, тільки комплексним підходом — наприклад таким, що стосується лише реімбурсації, але не враховує профілактики, формування прихильності до фармакотерапії, забезпечення здорового способу життя пацієнтів, — вирішити цю проблему неможливо.

На підтвердження своїх слів зазначу, що попередня державна Програма з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, яка виконувалася у 2000–2010 рр., не передбачала реімбурсації — основний акцент у ній було зроблено передусім на профілактику та формування прихильності до фармакотерапії, — і показала дуже позитивні результати у категорії хворих на серцево-судинну патологію, а саме серед них поширеність артеріальної гіпертензії є найвищою. Тоді нам вдалося майже на 20% знизити поширеність інсультів у осіб працездатного віку, збільшити тривалість життя у даній категорії пацієнтів на 1,2 року, вдвічі підвищити прихильність до лікування. Тому, повторюся, мені здається, що нині у боротьбі з артеріальною гіпертензією ми не повинні замикатися суто на реімбурсації. Натомість, необхідно створити нову, з терміном дії на наступні 10 років, комплексну програму боротьби з артеріальною гіпертензією як основним фактором ризику тяжких ускладнень серцево-судинних захворювань і, безумовно, пов'язаної з ними високої смертності.

— Відомо, що академія брала і бере активну участь у наданні високоспеціалізованої медичної допомоги постраждалим в ході АТО — як тимчасово переміщеним особам, так і бійцям. Розкажіть, будь ласка, що у цій площині вже зроблено на сьогодні, а що робитиметься протягом поточного року — адже, на жаль, бойові дії все тривають.

— НАМН України зайняла дуже активну позицію в забезпеченні різних аспектів медичної допомоги через військові дії на сході України. Це стосується і матеріального забезпечення (зокрема тільки з нашого інституту було передано 2 автомобілі швидкої медичної допомоги), фахівці НАМН України (у тому числі члени академії, які працюють в інших закладах охорони здоров'я, виїжджали в зону АТО, проводили там оперативні втручання та обстеження хворих, — з іншого боку, наші академічні установи приймали хворих і постраждалих, які потребували нейрохірургічного, ортопедичного, кардіохірургічного лікування).

Звичайно, у пацієнтів із зони АТО (а через клініки НАМН України їх пройшли тисячі й тисячі) — за наявності хронічних захворювань, під впливом стресу — загострювалися хвороби серцево-судинної системи. Тож у цієї проблеми виявилася і наукова складова: ще на початку АТО наш інститут виступив з такою ініціативою, як «Стрес і серцево-судинні захворювання». Було проведено декілька науково-практичних конференцій на цю тему, під час останнього з'їзду кардіологів України їй також приділялося багато уваги при розгляді різних аспектів впливу стресу на виникнення та перебіг гострого коронарного синдрому, ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії тощо. А нині і в подальшому ми плануємо проведення широкого наукового дослідження, яке стосується як епідеміології, так і безпосереднього клінічного спостереження стосовно негативного впливу стресу на серцево-судинні захворювання, а також розробку нових методів профілактики вищевказаних загострень, інших соціально негативних наслідків стресу — не лише в царині кардіології, але й гастроентерології, неврології, психіатрії: усі ці напрямки опрацюються і будуть опрацьовуватися у відповідних профільних закладах системи НАМН України.

— Які точки перетину та формати співпраці між НАМН України та МОЗ України видаються Вам найбільш перспективними?

— Така співпраця тривала, триває і, переконаний, триватиме й надалі у плідній якості та широкому колі напрямків. Насамперед зауважу, що переважна більшість головних позаштатних спеціалістів МОЗ України на штатних засадах працюють у медичних закладах НАМН України. Тобто вони підпорядковуються, з одного боку, керівництву академії, з іншого — керівництву Міністерства. У цьому я вбачаю наочний позитивний приклад синтезу медичної науки з медичною практикою в рамках того подвійного підпорядкування фахівців, перспектива якого закладена у новому За-

коні України від 26.11.2015 № 848-VIII «Про наукову і науково-технічну діяльність», який щойно (16 січня) вступив у силу і окремим пунктом якого і передбачено створення структур подвійного підпорядкування. Ми співпрацюємо з МОЗ України за багатьма векторами; знову ж таки, в Національному науковому центрі «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України вже розроблено і завершується розробка більшості клінічних протоколів і настанов щодо лікування захворювань серцево-судинної системи.

Це лише окремі приклади спільної діяльності, але перед нами стоїть ще багато проблем. Зокрема, необхідно розмежувати державний стандарт і державне гарантування медичного обслуговування з втіленням госпрозрахункових відносин у наданні медичної допомоги, як це відбувається у країнах ЄС та США (коли поряд з гарантованим державним забезпеченням існують госпрозрахункові відносини). Інший дуже важливий момент перспективної співпраці з профільним міністерством — це створення центрів ексклюзивного надання медичної допомоги у разі рідкісних і тяжких захворювань, коли треба застосовувати високотехнологічне спеціалізоване лікування. Мені здається, саме для рідкісних хвороб перспектива подвійного підпорядкування, про яке вже йшлося, має надзвичайно велике значення — і саме база НАМН України дозволяє це зробити для лікування орфанних хворих, проведення реконструктивних оперативних втручань, лікування резистентних до фармакотерапії патологічних станів тощо. Оскільки таких пацієнтів може бути декілька десятків на рік, для їх лікування недоцільно було б створювати високотехнологічні структури у кожній області: вони ніколи не будуть повністю завантажені і це буде нерентабельно, — натомість створювати структури регіонального чи навіть державного значення — це матиме перспективу як з точки зору надання високоспеціалізованої медичної допомоги, так і раціонального використання фінансового ресурсу. НАМН України володіє належною базою для лікування орфанних хворих і, мені здається, що вони не повинні розосереджуватися по декілька десятків чи навіть випадків по різних регіонах держави, а мають бути сконцентровані, — а з урахуванням цього повинна формуватися і державна політика щодо закупівлі дуже високоякісних лікарських засобів для їх лікування, що потребують висококваліфікованого застосування та моніторингу, а передусім — обґрунтованого призначення. Адже бюджет держави є вкрай обмеженим.

— Серед додаткових позабюджетних джерел фінансування існують ще такі важелі, як державно-приватне партнерство, врешті клінічні випробування, завдяки яким установи системи НАМН України можуть отримувати додаткові інвестиції.

— Безумовно. Згідно з прислів'ям, гроші зайвими не бувають. Яким би не було державне забезпечення, воно все одно не встигатиме за потребами, що пов'язані

з прогресом суспільства, розробкою і впровадженням високоякісних технологій тощо. А отже, здійснювати пошук додаткових позабюджетних джерел фінансування можна, варто і необхідно. Зокрема гранти, госпрозрахункові відносини, державно-приватне партнерство мають надзвичайно велике значення, у тому числі для формування господарсько-фінансових відносин у межах окремих установ охорони здоров'я, — наприклад, коли йдеться про створення умов для приватної практики спеціалістів, які там працюють (щоправда, для цього необхідно внести відповідні корективи до законодавства України). З одного боку, це підвищить мотивацію лікарів до самовдосконалення і надання якіснішої медичної допомоги, з іншого — створить для установ охорони здоров'я додаткові можливості з розширення джерел фінансування за рахунок оренди приміщень та апаратури, — а водночас, на основі орендних відносин, сприятиме ефективнішому завантаженню і раціональнішому використанню цих приміщень та обладнання.

Інший важливий аспект — міжнародна наукова діяльність, зокрема проведення клінічних досліджень лікарських засобів, які здійснюються здебільшого зарубіжними дослідницькими організаціями і також мають високий потенціал і значний фінансовий сенс. Незважаючи на будь-які дискусії з цього приводу, нам слід розширювати ці дослідження, цивілізовано рухаючись цим шляхом у рамках інтеграції до європейського і світового медичного простору. На жаль, у цьому напрямку ще недостатньо розвинена співпраця з вітчизняними фармацевтичними виробниками — ми повинні це визнати і прагнути надолужувати можливості щодо розробки нових лікарських засобів, вивчення безпеки та ефективності генеричних препаратів, щоб можна було об'єктивно й науково обґрунтовано сказати: українські ліки відповідають світовим стандартам. Думаю, що розширення взаємодії з вітчизняним товаровиробником — одне з актуальних завдань для нового керівництва академії: це буде не лише сприяти зміцненню матеріальної бази установ охорони здоров'я, але й розвитку самого вітчизняного товаровиробника, зокрема фармацевтичної галузі.

Загалом повинен бути постійний моніторинг і контроль за якістю та безпекою лікарських засобів. Він існує в нашій державі, але, — особливо з огляду на прийняття змін до Закону України «Про лікарські засоби» щодо видачі безстрокових реєстраційних посвідчень, — ефективність, дієвість і відповідальність цього контролю слід підвищити не лише шляхом проведення статистичного аналізу (кількість випадків побічної дії тощо), але й науково обґрунтованого доведення ефективності та безпеки препаратів шляхом постійного моніторингу, метааналізу, додаткових клінічних досліджень.

Додам, що, на жаль, в останні роки зменшується фінансування суто наукової складової української медичної науки. З огляду на пошук додаткових джерел фінансування, не можна забувати, що фунда-

ментальна наука, — яка є рушієм розвитку медичного прогресу у тривалій перспективі, тобто розрахована на майбутнє, а отже нерентабельна на сьогодні (її економічна ефективність може дати віддачу через 5–10, а може й більше років), — обов'язково повинна мати достатнє базове фінансування: без його наявності жодні додаткові джерела не зможуть ефективно забезпечити стабільний розвиток саме науки у чистому вигляді. На це слід зважати: наука має фінансуватися з певним авансом — це моя особиста точка зору.

— Ви торкнулися теми головних завдань для нового керівництва академії. Тож хотілося б почути стосовно майбутньої командної роботи — наскільки вже розподілено обов'язки між чотирма віце-президентами, чи є у Президії спільне бачення шляхів, якими рухатиметься академія.

— Хоча це й делікатне питання, але висловлю свою думку щиро: команда нового скликання — це дїздатна команда одnodумців, рішуче налаштованих на спільний результат, яка не лише цілком здатна, але й прагне колегіальними зусиллями забезпечити спадкоємність ефективної роботи НАМН України. Це люди з великим досвідом роботи, частина з яких входила до попереднього складу Президії, ними накопичено значний доробок співпраці з МОЗ України та іншими відомствами, що мають відношення до надання медичної допомоги, установами вищої школи тощо. На мою думку, нинішній склад Президії охоплює всі основні напрямки охорони здоров'я — він гармонійно підібраний і відображає паритет великого досвіду, побудованого фундаментальною медициною, з прогресом, який в останні часи зробила медицина клінічна. Вже перші засідання Президії продемонстрували її згуртованість, колегіальність, взаєморозуміння, взаємну підтримку. І це дуже важливо — адже сьогодні ефективний адміністративний менеджмент неможливий без комплаєнтності окремих членів команди. Я з надією дивлюсь на роботу нинішньої Президії НАМН України, яка дасть наступний поштовх в роботі академії, забезпечить стабільність її розвитку і повагу з боку суспільства.

З іншого боку, звичайно ж, — без опозиції не може бути прогресу. Але я особисто прихильник конструктивної опозиції. Коли в Президії існує демократична атмосфера, кожен може висловити альтернативну думку, навіть покритикувати одного (а мені здається, таке буде траплятися, оскільки до складу Президії увійшли люди, що давно знайомі один з одним), — це нормально. Тобто з опозиційними думками і в конструктивному контексті, шляхом розумних наукових і адміністративно-організаційних дискусій — власне, так і повинна розвиватися справжня наука (адже «ідеї та гриби розмножуються спорами»).

— Ви наполягаєте на важливості конструктивної дискусії та колегіального консенсусу, натомість у нашій країні вже протягом досить тривалого часу

таке словосполучення, як «реформа охорони здоров'я» (як серед широкого загалу, так і в галузевій професійній спільноті) не асоціюється ні з чим іншим, окрім перетягування канату між різними гілками влади («лебідь, рак та щука»), а тим часом сам кабріолет не зрушує з місця і, здається, погрожує остаточно заіржавіти. Тож як, на Вашу особисту думку, яке ваше власне фактове бачення, — що таке реформа охорони здоров'я у поточних українських реаліях, що вона повинна передбачати з огляду на два основоположні контрапункти: забезпечення медичних потреб пацієнта та належної діяльності медичного працівника?

— Запитання дуже широке, але як раз на нього мені відповідати буде неважко, оскільки тематика вдосконалення діяльності системи охорони здоров'я ніколи не залишалася поза нашою увагою. І ця відповідь якраз буде не лише особистою, але й колегіальною. Так, ще наприкінці позаминулого року Асоціацією кардіологів України було створено робочу групу під керівництвом вашого покірного слуги, до складу якої також увійшли член-кореспондент НАМН України, професор О.М. Пархоменко, професори Л.Г. Воронков В.М. Корнацький, М.І. Лутай, Ю.М. Сіренко, О.С. Сичов. Детально ознайомившись з проектом Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., робоча група Асоціації кардіологів України підтримала ініціативу реформування медицини в державі, але висунула щодо цього проекту низку пропозицій, які ґрунтуються на положеннях Закону України «Основні законодавства України про охорону здоров'я», Коаліційної угоди Верховної Ради України VIII скликання та проекту Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування». Зокрема, ми вважаємо, що було би доцільно:

- реформувати модель існуючої медицини відповідно до структури надання медичної допомоги на основі державної системи охорони здоров'я;
- залишити як основу державну форму медицини, яка після реформування може відповідати рівню гарантованого мінімуму надання медичної допомоги, в тому числі на етапах імплементації страхової медицини;
- зберегти етапність медичної допомоги на всіх рівнях: первинна ланка, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) допомога, що відповідає європейським стандартам та забезпечить вертикаль спеціалізованої допомоги;
- переглянути функціональні обов'язки лікаря загальної практики — сімейної медицини щодо спадкоємності роботи з лікарями-спеціалістами, передбачивши «зелений коридор» у разі гострих та швидко прогресуючих захворювань тощо (згідно з регламентним переліком);
- при плануванні структури територіальних закладів охорони здоров'я передбачити створення як поліклінік, так

- і амбулаторних (максимально наближених до населених пунктів) та клінічних підрозділів, у тому числі для надання спеціалізованої допомоги за деякими напрямками (внутрішні хвороби, педіатрія, хірургія, акушерство та гінекологія) із забезпеченням системи диспансеризації населення притяжких та таких, що загрожують життю, хвороб;
- провести інвентаризацію та створити Державний реєстр матеріальних ресурсів закладів охорони здоров'я з урахуванням інтенсивності їх експлуатації з подальшими розрахунками бюджету утримання (амортизація, метрологічна повірка, ремонт, необхідність дооснащення, зняття з балансу тощо), а також розширити можливості приватної практики, створення приватних закладів охорони здоров'я;
- сформуувати єдиний медичний простір для надання медичної допомоги хворим на вторинному та третинному рівнях без розподілу за адміністративним та відомчим принципом. Розрахувати необхідну кількість ліжкового фонду та кадрового забезпечення, виходячи з реальної кількості населення;
- третинний рівень медичної допомоги надавати на державному та обласному рівні. Існуючі високоспеціалізовані установи державного рівня, в тому числі наукові установи НАМН України та МОЗ України, мають використовуватися як національні діагностично-консультативні та лікувальні референтні центри для надання медичної допомоги тяжким хворим, пацієнтам з рідкісними хворобами (орфанними) та хворобами з резистентним перебігом, виконання складних оперативних втручань, проведення експертизи якості надання медичної допомоги тощо. Затвердити на державному рівні перелік таких установ, незалежно від їх підпорядкування, та покласти на них функції аналізу, організаційно-методичного супроводу та координації роботи спеціалізованої медичної допомоги;
- створення нових структур або підрозділів, виходячи з фінансових можливостей держави, є недоцільним або вкрай обмеженим. Існуюча матеріально-технічна база охорони здоров'я, враховуючи демографічні зміни, дозволяє шляхом перерозподілу коштів забезпечити реалізацію сучасних напрямків надання медичної допомоги та втілення новітніх технологій;
- розробити перелік захворювань та станів, які потребують гарантованої безоплатної допомоги відповідно до рівнів (первинна, вторинна та третинна ланки), включаючи профілактичні заходи (профілактичні огляди, щеплення тощо);
- відповідно до переліку хвороб, на основі доказової медицини, розробити та затвердити на рівні МОЗ України національні стандарти та протоколи

лікування з визначенням частки гарантованої державним бюджетом забезпечення лікарськими засобами, розхідними матеріалами та медичним обладнанням тощо відповідно до рівнів надання медичної допомоги;

- розробити та затвердити методику розрахунків вартості медичних послуг на базі державних медичних закладів, скласти кошториси вартості лікування хвороб згідно з переліком, за яким надається гарантована безоплатна медична допомога, відповідно до профілю медичних закладів;
- запровадити принципи європейської системи атестації лікарів.

Це — якщо гранично стисло. Втім, щодо декількох позицій дозволю собі певну деталізацію. Так, стосовно пункту 6 ми б запропонували низку принципів положень, які могли б стати основою концепції фінансування та взаєморозрахунків у системі охорони здоров'я, зокрема:

- відсторонити МОЗ України від тендерної системи закупівлі ліків, виробів медичного призначення, медичного обладнання тощо для закладів охорони здоров'я і передати ці функції самим закладам;
- джерелами фінансування установ охорони здоров'я встановити:
 - державне бюджетне фінансування невідкладної медичної допомоги усім верствам населення,
 - державне бюджетне фінансування для надання планової медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення та забезпечення персональними даними, дітям, інвалідам та особам пенсійного віку з мінімальним рівнем пенсійного забезпечення,
 - імплементацию в діяльність системи охорони здоров'я України страхових полісів та забезпечення оплати за страховими полісами праці співробітників державних установ за рахунок держави, а для працівників недержавних установ, фізичних осіб — приватних підприємців — за рахунок роботодавців, страхових компаній та фондів тощо. Непрацюючі особи отримують страховий поліс у страхових компаніях або іншим чином. Страхові поліси є чинними за умови наявності договору страхових компаній з медичними установами;
- запровадити розробку стандартів і протоколів надання медичної допомоги за спрощеною схемою на відміну від існуючих, які передбачають конкретний регламент та обсяги надання медичної допомоги на первинному рівні, спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги (для прикладу, стандарти, які розроблені Асоціацією кардіологів України);
- розробку розрахунків вартості медичних послуг делегувати установам охорони здоров'я відповідно до їх рівня та обсягу медичних послуг; затверджувати ці розрахунки відносно державного рівня гарантованого мінімуму ме-

дичної допомоги вищим органом на державному або місцевому рівнях залежно від підпорядкування (у разі державного фінансування). Вартість медичних послуг відповідно до полісів страхових компаній визначати на основі ринкової вартості медичних послуг та рівня спеціалізованої допомоги;

- державним установам дозволити самостійно планувати фінансові витрати та формувати структуру ліжкового фонду (кількість, спеціалізація) і штатну структуру залежно від обсягів та видів медичної допомоги;
 - дозволити проводити працевлаштування як на контрактній, так і конкурсній основі. Рівень заробітної плати визначати за складністю та обсягом виконаної роботи, з урахуванням обсягів фінансування за державними страховими полісами та полісами страхових компаній;
 - дозволити працівникам медичних установ на базі виробничих приміщень надавати платні послуги в позаробочий час на правах приватних підприємців з відповідним відшкодуванням установі.
- Щодо пункту 8, у якості прикладу такого Національного спеціалізованого референтного центру може навести Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д.Стражеска» НАМН України, який згідно із своїм статутом є головним профільним закладом у державі. Основними напрямками роботи Центру є:
- надання високоспеціалізованої медичної допомоги хворим з тяжкими, що загрожують життю, та рідкісними хворобами;
 - розробка національних клінічних настанов, протоколів і стандартів;
 - участь у процедурі атестації лікарів-кардіологів;
 - експертна оцінка якості медичної допомоги в установах і структурах кардіологічного профілю;
 - практична підготовка високоспеціалізованих фахівців на робочих місцях;
 - розробка й імплементация сучасних технологій управління кардіологічною службою відповідно до європейських стандартів (ISO-90);
 - аналіз стану здоров'я населення у зв'язку з хворобами органів кровообігу і представлення відповідних пропозицій щодо організації надання кардіологічної допомоги органам виконавчої влади України;
 - організаційно-методична робота з питань забезпечення кардіологічної допомоги населенню України;
 - забезпечення вертикалі та єдиного медичного простору кардіологічної допомоги в державі;
 - координація роботи фахових медичних асоціацій та товариств в питаннях профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань;
 - міжнародна співпраця та співпраця з міжнародними організаціями в галузі кардіології.
- І, нарешті, щодо запровадження принципів європейської системи атестації ліка-

рів (пункт 13), — з метою покращання системи їх підготовки та її уніфікації з європейськими кваліфікаційними вимогами — нами висунуто наступні пропозиції щодо удосконалення системи підготовки лікарів за фахом «кардіологія» відповідно до стандартів ЄС:

- як базову основу для підготовки спеціалістів використовувати систему діючих закладів післядипломної освіти МОЗ України;
- підготовку спеціалізованих фахівців — кардіологів проводити за участю фахових організацій на базі високоспеціалізованих закладів МОЗ України та НАМН України, які мають сертифікати акредитації вищої категорії та затверджені спільним наказом МОЗ України та НАМН України. Перелік таких баз затверджується відповідними наказами.
- зусиллями Асоціації кардіологів України на основі європейських вимог (Core Curriculum for the General Cardiologist) удосконалити і впровадити вітчизняні кваліфікаційні вимоги для ступеневої (друга, перша та вища категорії) атестації лікарів за спеціальністю «кардіологія»;
- удосконалити процедуру фахової атестації лікарів із залученням спеціалістів із Асоціації кардіологів України з урахуванням нових кваліфікаційних вимог;
- збільшити тривалість підготовки в системі післядипломної освіти спеціалістів за фахом кардіологів з 3 до 4 (6) місяців за рахунок розширення занять з оволодіння практичними навичками на спеціалізованих базах (відділеннях, підрозділах тощо) при укладанні відповідних договорів із закладами післядипломної освіти;

- збільшити викладання на тематичних циклах удосконалення практичних навичок;
- скоригувати програми передатестаційних циклів удосконалення з урахуванням нових кваліфікаційних вимог для ступеневої атестації (різні програми для різних фахових категорій).

Останній блок пропозицій ґрунтується на тому, що у країнах ЄС підготовка фахівців-кардіологів здійснюється як наступний етап підвищення кваліфікації після проходження підготовки лікарів за спеціальністю «внутрішня медицина». Теоретична і практична підготовка майбутніх спеціалістів здійснюється на сертифікованих клінічних базах відповідно до уніфікованої програми (так званий Core Curriculum). Програма розрахована на 4–5 років підготовки (залежно від країни) і включає виконання всіх умов — від теоретичних знань та навичок до практичних аспектів (із підрахунком необхідної кількості процедур, які лікар зроби́в особисто для отримання окремих навичок). Це стосується як інвазивних (ангіографія, яку має вміти зробити кожен кардіолог, кардіостимуляція та інші за програмою), так і неінвазивних (ехокардіографія, електрокардіографія та ін.) процедур. Особливістю навчання є те, що лікар може працювати в різних закладах, які є сертифікованими для окремих категорій втручань. Після проходження кожного етапу підготовки куратори екзамнують лікаря та зараховують (або не зараховують) проходження кожного курсу (етапу). Після завершення всієї програми підготовки лікар може працювати кардіологом. Для підвищення спеціалізації в кардіології слід додатково пройти іншу програму підготовки, яка триває 1–2 роки.

Це стосується інвазивної кардіології, електрофізіології, невідкладної кардіології. Програми підготовки таких фахівців готуються профільними європейськими асоціаціями, які й приймають іспити.

Дещо інакше побудована система постійно діючої атестації лікарів, які вже мають спеціалізацію. У різних країнах Європи вона відрізняється. Але базується, як і американська система, на оцінці сукупності отриманих знань за сумою отриманих навчальних годин (наявність сертифікатів, акредитованих європейськими структурами — Радою з акредитації та Спілкою медичних фахівців) під час проведення навчальних семінарів, конференцій, конгресів та загальної активності фахівців як в практичному (обстеження, лікування, ускладнення), так і науковому плані (публікації результатів роботи). Загальний висновок щодо відповідності стандартам про проходження підвищення кваліфікації роблять профільні фахові асоціації разом з представниками місцевих медичних структур центральних регуляторних органів держави. Зокрема, на цьому ґрунтується наша пропозиція щодо часткової передачі функції навчання й атестації лікарів в Україні профільним фаховим асоціаціям.

Тож у європейському та світовому медичному просторі на Україну чекають як на державу з належно підготовленими, висококваліфікованими і гідно вмотивованими спеціалістами в галузі охорони здоров'я.

*П.Г. Снегірьов,
видавництво «МОРІОН»,
фото Сергія Бека*

*Вперше опубліковано
у «Щотижневому АПТЕКА»
№ 4 (1025) від 08.02.2016 р.*

Реферативна інформація

У пациентов с сахарным диабетом, применяющих верапамил, более низкий уровень глюкозы в плазме крови

Известный блокатор кальциевых каналов верапамил эффективно снижает уровень глюкозы в плазме крови натощак. Об этом сообщают специалисты Университета штата Алабама в Бирмингеме (University of Alabama at Birmingham — UAB), США, на страницах журнала «Diabetes Research and Clinical Practice». Ранее в исследованиях, проведенных на животных, верапамил демонстрировал способность вызывать полную реверсию сахарного диабета у мышей.

Текущее исследование носило кросс-секционный наблюдательный характер и базировалось на данных работы Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS), проводимого при финансовой поддержке Национального института здравоохранения (National Institutes of Health), США, целью которого стало изучение факторов, повышающих риск сердечно-сосудистых заболеваний. Специалисты проанализировали данные около 5 тыс. взрослых пациентов с сахарным диабетом (как 1-го, так и 2-го типа). Ученые проверяли наличие связи между применением блокаторов кальциевых каналов, в том числе верапамила, и снижением уровня глюкозы в плазме натощак. 1484 пациента применяли препараты указанной группы, из них 174 — верапамил.

Специалисты выявили, что средний уровень глюкозы в плазме в крови у лиц, применявших блокаторы кальциевых каналов и в частности верапамил, на 5 и 10 мг/дл соответственно меньше та-

кого у тех, кто не получал этой терапии. При этом у пациентов, применявших верапамил на фоне инсулинотерапии сочетанно с терапией таблетированными гипогликемическими препаратами, регистрировали снижение уровня глюкозы в плазме крови в среднем на 24 мг/дл, а среди тех, кто принимал верапамил и инсулин, — на 37 мг/дл. Полученные результаты предположительно означают высокую эффективность верапамила у лиц с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа с наличием серьезных поврежденных β-клеток.

В ноябре 2014 г. ученые UAB анонсировали клиническое испытание верапамила у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа, которое началось в январе 2015 г. Результаты эффективности применения препарата специалисты планируют увидеть приблизительно через 18 мес после начала его приема пациентом.

Ранее специалисты установили, что повышение уровня глюкозы в плазме крови способствует чрезмерной продукции тиреодоксин-взаимодействующего белка (TXNIP), который в больших количествах способствует смерти β-клеток поджелудочной железы и снижению синтеза инсулина, что усугубляет патологический процесс. Применение верапамила приводит к снижению уровня белка TXNIP путем уменьшения концентрации кальция в β-клетках.

Khodneva Y., Shalev A., Frank S. J. et al. (2016) Calcium channel blocker use is associated with lower fasting serum glucose among adults with diabetes from the REGARDS study. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, January 15 [Epub ahead of print].

University of Alabama at Birmingham (2016) Diabetics who use verapamil have lower glucose levels, data show. *ScienceDaily*, 12 February (www.sciencedaily.com/releases/2016/02/160212093652.htm).

Анна Антоноук