

Експертний погляд на систему охорони здоров'я: кадрова криза та недолугі управлінські рішення

21 грудня 2017 р. в Українському інформаційному агентстві «Укрінформ» відбувся круглий стіл на тему «Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України від «ПРО S VITA». Прагнення громадянина, медика, нації і держави».



Відкриваючи захід, **Igor Найда**, координатор Незалежної експертної платформи «ПРО S VITA», кандидат медичних наук, лідер Всеукраїнської інноваційної освітньої платформи «Сходи в майбутнє», зазначив, що перед фаховим експертним середовищем стоїть завдання об'єднати експертів різних сфер діяльності, дотичних до системи охорони здоров'я, юридичних і фізичних осіб, які бажають співпрацювати не під якусь окрему політичну силу або чергові вибори, а на постійній основі. Спільними зусиллями мають бути вироблені правила гри, які дозволять почуватися комфортно пацієнту і медику у новій системі охорони здоров'я незалежно від зміни влади чи політичного курсу.



Костянтин Надутий, експерт платформи «ПРО S VITA», заступник голови правління Всеукраїнського лікарського товариства, зазначив, що Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України (далі — Концепція), проект якої було презентовано й одночасно підтримано широким загалом професіоналів під час Національного форуму охорони здоров'я «За здорову націю», передбачає 7 основних напрямів розвитку системи охорони здоров'я:

- Лідерство.
- Управління.
- Фінансування.
- Кадрове забезпечення.
- Медичне обслуговування.
- Громадське здоров'я.
- Доступ до лікарських засобів.

І цей круглий стіл присвячено саме компонентам медичного обслуговування і кадрового забезпечення (щодо перших трьох компонентів — див. публікацію «Нова система охорони здоров'я: лідерство, управління, фінанси». — *Прим. ред.*). Було зазначено, що на сьогодні в країні певною мірою відбуваються спроби реформування медичного обслуговування, проте кадрове забезпечення медичної галузі знаходиться, на жаль, поза увагою держави, і сьогодні невідомо, що буде завтра. Наприклад, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України нині не знає, скільки людей прийде у 2018 р. на первинну ланку, а прямий і прихований дефіцит лікарів там становить на сьогодні 7 тисяч. У таких умовах розраховувати на дієвість ринкових механізмів у регуляції надання первинної медичної допомоги — примарно. Адже ніякої конкуренції за лікаря, яка має бути рушійною силою підвищення якості медичної допомоги, не відбудеться. Так, у місті Києві (з огляду на фактичну, а не «прописану» кількість киян) на сьогодні середнє навантаження на одного лікаря первинної ланки становить орієнтовно 3700 пацієнтів. Схожа ситуація і в цілому по Україні. У деяких містах навантаження менше, проте у сільській місцевості, наприклад на Чернігівщині, місцями навантаження сягає і 10 тис., і навіть більше. Тому, якщо не думати про систему кадрового забезпе-

чення і моделювання системи медичного обслуговування у всіх його компонентах, нічого успішного з цього не вийде.

Далі доповідач перейшов до визначення спільного бачення і узгодженості основних термінів, таких як сутність медичного обслуговування, принципи і завдання медичного обслуговування, що ми маємо на сьогодні, чого не маємо, що нас очікує наступні 15–20 років, а також перехідний період, або як дожити до світлого завтра. А вже перш ніж сперечатися з будь-чого, необхідно домовитися про терміни.

Щодо медичного обслуговування існують альтернативні бачення суті цього терміну. Перше визначає медичне обслуговування як професійну діяльність, спрямовану на задоволення потреб людей у зміцненні здоров'я і порятунку життя, яка має вартісне визначення.

Інший погляд на медичне обслуговування — це торгівля послугами на замовлення держави, установ, людини.

Ці ідеології відображаються у двох документах. Один з них — це проект Закону № 7065 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні». У ньому медична послуга визначається як послідовно визначені дії або комплекс дій суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із хворобами, травмами, отруєнням і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, які мають самостійне значення і використовуються як основа планування їх обсягу та вартості.

Другий, де медична послуга визначена як те, що продається, — це Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», відомий як «Закон про автономізацію». У ньому присутнє таке визначення: послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) — послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою — підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт.

Сьогодні крок у бік комерціалізації охорони здоров'я, перетворення її по суті у звичайний магазин, вже зроблений (Закон України вступив у дію у листопаді 2017 р. — *Прим. ред.*). Проте цей крок не є системним. А вже навіть в аналітичних матеріалах до щорічного послання Президента України Петра Порошенка до Верховної Ради України 7 вересня 2017 р. було зазначено, що медичну реформу без визначення цілі та кінцевої моделі системи охорони здоров'я слід вважати передчасною.

І на сьогодні автономізація медичних закладів ще не відбувається саме у зв'язку з невизначеністю майбутнього.

Справжнє завдання медичного обслуговування — збереження, відновлення і зміцнення здоров'я населення шляхом універсального охоплення доступною, якісною і безпечною медичною допомогою. При цьому медична допомога не може бути привілеєм чи ринковою категорією, бо це споживання є вимушеним. А вже людина, яка захворіла, наприклад на гострий апендицит, не буде вибирати, споживати їй медичну послугу з цього приводу чи ні. Вона вимушена буде це зробити, тому що існує реальна загроза її життю.

Тож що задовольняє система медичного обслуговування — попит чи потребу? У цьому аспекті були розглянуті такі терміни, як «нужда — природна особливість, властива людині, потреба — усвідомлена нужда та попит — платоспроможна потреба».

Отже, медична допомога — це вимушене споживання, і вона не може бути ринковою категорією, тобто вона є задоволенням потреби. А ринкова ж система спрямована на задоволення попиту. Функція держави полягає в тому, щоб розподілити соціальні блага таким чином, щоб медичну допомогу могли отримати люди, які мають гроші, і ті, які грошей не мають і, відповідно, попит для функціонування ринку медичних послуг формувати не здатні.

Далі було презентовано основні принципи медичного обслуговування:

- Доступність.
- Комплексність.
- Наступність і безперервність.
- Інтегрованість.
- Адекватність.
- Ефективність.
- Орієнтованість на пацієнта.
- Безпека процесу лікування.

Цей перелік узгоджується з констатаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Всесвітньої медичної асамблеї. Саме ці принципи закладено у вищезазначеному законопроекті № 7065. На сьогодні в Україні не забезпечено дотримання цих принципів.

Щодо мережі медичних закладів первинної медичної допомоги К. Надутий наголосив, що для задоволення потреб населення потрібно більше точок доступу. В містах це зазвичай пішохідна доступність, а в сільській місцевості — адекватне транспортне сполучення, мобільність медичних працівників.

На вторинному рівні надання медичної допомоги сьогодні в Україні переважають не дуже уніфіковані лікарні, які залишилися ще з радянських часів, і жодна з яких не відповідає сучасним світовим вимогам до лікарні інтенсивного лікування. А саме цей елемент — лікарні інтенсивного лікування — є головною складовою критичної інфраструктури системи медичного обслуговування. В Україні сьогодні забезпеченість населення лікарнями і ліжками вища, ніж у Західній Європі, проте надлишок ліжкового фонду становить лише 20–25%. Це при практичній відсутності чи різкому дефіциті реабілітаційних, хоспісних і медико-соціальних потужностей. Тож бездумно воювати із зайвими ліжками вкрай небезпечно і неадекватно — ми можемо лишитися суспільного майна, яке повинне бути використане дбайливо, по-господарськи для нагальних і перспективних потреб населення.

Щодо технічного оснащення і забезпечення ліками необхідне універсальне охоплення лікуванням із застосуванням сучасних технологій та лікарських засобів, які стрімко вдосконалюються. Насправді маємо технологічну відсталість медичних закладів, брак вітчизняних розробок, слабкість, недосконалість науково-виробничого сектору, університетських клінік тощо. Проте в цьому є і позитив — ми можемо одразу спланувати появу принципово нових медичних центрів, які працюють на інших, нових технологіях, включаючи нанотехнології, персоналізовану медицину.

Україна на сьогодні має значний, але погано розвинутий науково-технічний потенціал. Для того щоб його розвивати, необхідні державні й місцеві інвестиції, а особливо державно-приватне партнерство. Це передусім гнучка податкова політика зі зменшенням податків на науково-інноваційну діяльність, в тому числі і для фармацевтичних компаній. На цьому напрямі велике значення має міжнародна співпраця.

Які ж мають бути індикатори діяльності системи охорони здоров'я? Це тривалість життя; смертність, якій можна запобігти; задоволеність пацієнтів/громадян медичним обслуговуванням, задоволеність медичних працівників умовами праці.

Саме з думкою про покращення цих індикаторів і була розроблена та схвалена Концепція, на виконання якої буде розроблена відповідна стратегія та план її впровадження. І якщо в Концепції написані головні речі, то в стратегії буде декомпозиція цих завдань «у просторі в часі» на оперативну, тактичну й стратегічну/віддалену перспективу.

Завершуючи доповідь, К. Надутий запросив усіх бажаючих долучитися до роботи над стратегією побудови нової національної системи охорони здоров'я України.

І. Найда звернув увагу на такий показник ефективності галузі охорони здоров'я, як задоволеність пацієнта і медичного працівника. Якщо цей показник негативний, то незрозуміло, навіщо така система працює. Тобто в центрі роботи системи має бути людина, її інтереси.

Були розглянуті такі питання, як мета та суть вдосконалення кадрової політики у рамках Концепції, цінність людського капіталу, міжнародний підхід у сфері трудових ресурсів, завдання для кадрової політики у сфері охорони здоров'я, бачення виходу із кадрової кризи, проблема управлінських кадрів, індикатори та стандарти у кадровому забезпеченні.

І. Найда зазначив, що вплив людського фактора на ефективність системи зараз незначний — усього 10%. На 90% ефективність залежить від самої системи, від того, як вона побудована. А це вже залежить від управлінців.

Метою Концепції є збереження і зміцнення здоров'я нації задля всезагального блага, відтворення та примноження її людського потенціалу через задоволення об'єктивних потреб громадян у якісних послугах з охорони здоров'я та шляхом комплексної розбудови управлінських, правових, фінансово-економічних, інфраструктурних, інформаційних, комунікаційних та інших складових національної системи охорони здоров'я.

Вищою метою Національної системи охорони здоров'я є забезпечення високої якості життя українця та середньої тривалості життя «80+».

У самій Концепції зазначено, що вдосконалення кадрової політики полягатиме у здійсненні заходів щодо:

- Прогнозування потреби системи охорони здоров'я у кваліфікованому персоналі та довгостроковому плануванні підготовки фахівців відповідної спеціальності з урахуванням змін у системі охорони здоров'я, зокрема медичному та фармацевтичному обслуговуванні.
- Якісної підготовки кадрів у достатній кількості та їх просторового розміщення згідно з потребами населення у відповідних послугах.
- Мінімізація трудової еміграції кваліфікованих медичних кадрів шляхом застосування оплати праці за референтними тарифами та впровадження програм місцевих стимулів щодо закріплення кадрів.
- Визначення провідної ролі та відповідальності професійних медичних і фармацевтичних самоврядних організацій у формуванні державного замовлення медичних і фармацевтичних кадрів.
- Досягнення і підтримання максимального рівня компетентності медичних і фармацевтичних кадрів у процесі трудової діяльності через запровадження системи безперервного професійного навчання.

Що ж таке людський капітал, цінність якого визнається у всьому світі? У широкому визначенні — це інтенсивний продуктивний фактор розвитку економіки, суспільства і сім'ї, що включає освічену частину трудових ресурсів, знання, інструментарій інтелектуальної та управлінської праці, середовище проживання і трудової діяльності, що забезпечують ефективне і раціональне функціонування людського капіталу як продуктивного чинника розвитку.

Саме поняття «людський капітал» означає усвідомлення провідної ролі людини в соціально-економічній системі суспільства. Тобто людина — це найголовніший фактор розвитку суспільства.

Також було зазначено, що здатність країни виконувати свої цілі в галузі охорони здоров'я значною мірою залежить від знань, умінь, навичок, мотивації, стимуляції та розподілу людей, відповідальності за організацію і надання медичних послуг. Від рівня компетентності кадрів, їх організованої роботи, задоволеності своєю працею, оплати праці, соціального добробуту й атмосфери на робочому місці напряму залежить здоров'я пацієнтів.

Зокрема у посланні ВООЗ до Комісії високого рівня з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я й економічного зростання ООН (2016), зазначено, що країни занадто довго розглядали працівників охорони здоров'я як чергову статтю витрат, а не як мету інвестицій, які можуть мати потрібну віддачу щодо підвищення рівня здоров'я населення, економічного зростання

та глобальної безпеки у сфері охорони здоров'я. І до таких країн, на жаль, належить і Україна.

Щодо міжнародного підходу в царині управління людським капіталом було зазначено, що міжнародний досвід свідчить про те, що серед організаційних змін, метою яких є підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, які проводяться в царині управління людським капіталом (трудовами ресурсами). Інвестиції в людський капітал — це джерело економічного зростання, не менш важливе, ніж капіталовкладення в матеріально-речові фактори виробництва та землю.

Отже, медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів системи охорони здоров'я будь-якої країни, які забезпечують ефективність діяльності медичної сфери в цілому. І це робить трудовий потенціал пріоритетом у функціонуванні охорони здоров'я як системи, в якій кадрова політика будується з урахуванням національних потреб, оптимальних методів управління персоналом та позитивного світового досвіду.

Мета кадрової політики — підготувати потрібних працівників потрібної кваліфікації, поставити їх у потрібне місце і дати потрібне завдання. І при цьому необхідно зберегти гнучкість з метою реагування на кризові ситуації, вирішувати існуючі проблеми та прогнозувати майбутні події.

Тож необхідно спільними зусиллями зростити працівника, який:

- Має здібності до професії, а також мотивацію до цієї роботи.
- Успішно вирішує завдання згідно зі своїми службовими обов'язками.
- Задоволений працею та соціальним статусом.
- Досягає бажаних для суспільства результатів шляхом якісного виконання своїх функціональних обов'язків.
- Використовує сучасні технології.
- Засвоює норми, еталони професії (нормативні критерії) та використовує їх у щоденній професійній діяльності.
- Виконуючи професійні обов'язки, розвиває індивідуальність.
- Досягає необхідного рівня особистісних якостей, професійних знань і вмінь.
- Відкритий до фахового навчання, здобуття досвіду та здатний адаптуватися до змін.
- Відданий професії.
- Соціально активний.
- Готовий до якісної та кількісної оцінки власної праці.

Також важливим є «моральне обличчя» медика та здатність розвиватися, і вирішити цю проблему лише підняттям прохідного бала до 150 для абітурієнтів вищих медичних навчальних закладів неможливо, необхідно застосовувати більш широкий, комплексний підхід професійного відбору.

Щодо стану кадрової політики, який є на сьогодні, було зазначено, що при розробці політики у сфері охорони здоров'я планування кадрових ресурсів залишається неперіоритетним чинником такої політики. Те, що відбувається, зосереджено здебільшого або на витратах і кінцевих результатах, або на кадрових потребах конкретних програм в галузі охорони здоров'я, тобто, наявна недосконала система планування кадрового складу охорони здоров'я.

Поглиблений аналіз свідчить про низку проблем у кадровому забезпеченні галузі, зокрема відзначають:

- Скорочення чисельності медичних працівників.
- Неукомплектованість посад лікарів та середнього медичного персоналу.
- Постаріння кадрового потенціалу та регіональну диспропорцію кадрового забезпечення.

Неналежним чином відбувається підвищення рівня кваліфікації медичних працівників, відбір на навчання та процедура працевлаштування молодих спеціалістів не відповідають вимогам суспільства.

Таким чином, величезні гроші вкладаються у формальну підготовку як медиків, так і організаторів охорони здоров'я. Велика кількість слухачів навчальних закладів зараз хочуть навчатися, але вони не готові до того, що їх чекає — до управління змінами.

Також було представлено порівняльну статистику щодо забезпеченості лікарями на 10 тис. населення без урахування керівників закладів та їх заступників, стоматологів, статистиків, методистів (дані за 2016 р. по Україні і за 2014 р. — по Європі).

У середньому по Україні цей показник становив 24,9 (місто Київ — 35, Миколаївська — 21,7, Херсонська — 22,8, Кіровоградська область — 24,5). По країнах Європи в середньому цей показник становив 32,2 (Норвегія — 41,6, Швеція — 37,7, Франція — 34,5, Велика Британія — 27,4).

Таким чином, на сьогодні в системі охорони здоров'я України не визначено обґрунтованої потреби в медичних кадрах, і тому заяви чиновників про надлишок медичних кадрів є декларативними і бездоказовими.

Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) в лікувальних закладах МОЗ України становить 78,6% (в обласних лікарнях — 84%, міських — 79%, центральних районних лікарнях — 76%, сільських лікарських амбулаторіях — 69%).

Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) в районних лікарнях становить: Луганська — 52%, Херсонська — 63%, Запорізька — 65%, Чернігівська область — 68%.

Критичним є рівень укомплектованості штатних посад лікарів за такими спеціальностями: лікарі-лаборанти — 28%, бактеріологи — близько 45%, патологоанатоми — майже 54%, судові психіатри-експерти — майже 55%, лікарі-імунологи — 60%, психотерапевти — 64%, лікарі-ендоскопісти — 66%, лікарі функціональної діагностики — 68%, наркологи — близько 70%, анестезіологи — 72%, серцево-судинні хірурги — 73%, рентгенологи — 73%.

На кінець 2016 р. в Україні залишалися вакантними майже 22 тис. лікарських посад. Частка осіб пенсійного віку серед лікарів становить 24%. Укомплектованість штатних посад фізичними особами молодших спеціалістів з медичною освітою — майже 95% (у лікувальних закладах — майже 87%).

В Україні не вистачає майже 100 тис. медичних сестер. Майже у 500 амбулаторіях країни жодна лікарська посада на кінець 2016 р. не була укомплектована основним працівником. У понад 700 фельдшерсько-акушерських пунктах немає жодного молодшого спеціаліста з медичною освітою.

Найближчим часом ці вакансії заповнити неможливо, і це потрібно чітко усвідомлювати. І підходи до того, як пройти перехідний період, повинні бути дещо іншими, ніж ті, що нам пропонують сьогодні.

Ще більшої гостроти питання кадрового забезпечення набувають у процесі впровадження змін системи охорони здоров'я та країни в цілому. З кожним роком вони поглиблюються і вже набули ознак кризових явищ:

- Діяльність державних органів влади та органів місцевого самоврядування далека від координації зусиль.
- Засобів, що виділяються з Державного бюджету на розвиток охорони здоров'я, явно недостатньо.
- Професійна діяльність органів медичного самоврядування не набула інституційного закріплення.
- Працівники охорони здоров'я здебільшого не готові до змін.
- У зв'язку з нівелюванням значущості та престижності професії медика, низьким соціальним статусом відбувається падіння мотивації до якісної роботи.
- Поглиблення деструктивних явищ посилюється тим, що очікування суспільства від результату реформ галузі далекі від реальності, і досить часто критика спрямовується безпосередньо на медиків-практиків.
- На додаток до всього в медичній галузі підтримується високий рівень тінювих відносин.

Усе зазначене є ознакою відсутності концептуального планування кадрової політики в охороні здоров'я, що, у свою чергу, унеможливує ефективність запровадження успішних змін медичної галузі у зв'язку з розпорошенням та неадекватним використанням фінансових ресурсів, відходом від соціально орієнтованих принципів політики у сфері охорони здоров'я.

Тобто має бути чітко визначений ціннісно-цільовий і компетентнісний підхід. Спочатку необхідно визначити принципи і дотримуватися цих принципів і цінностей, які можуть об'єднати експертів навколо вирішення проблеми. Адаже сьогодні чинна влада формує з експертного середовища образ ворогів, які хочуть нашкодити ситуації, зробити її ще гіршою.

Для досягнення мети кадрової політики пропонується використання такого підходу як складової процесу постійного вдосконалення, що забезпечує якісне функціонування всієї системи

трудових ресурсів та ефективну діяльність закладів охорони здоров'я сьогодні та на перспективу.

Такі підходи дозволяють визначити принципи і цінності політики трудових ресурсів, чітко окреслити цілі, які стоять перед кадровим забезпеченням галузі, створити професійну модель сучасного фахівця та його професійний образ.

Адже ті реформи, які проводяться, є лише спорадичними діями, не пов'язаними одна з одною. Немає чіткого планування. І багато з того, що пропонують очільники галузі та їхні консультанти і радники, є некомпетентними підходами. Вони хочуть зруйнувати все і сподіваються на тому зруйнованому швидко побудувати щось нове, ідеальне. Але в українській дійсності зробити це неможливо, щоб досягти якихось змін — потрібно 3–5 років.

Отже, керівники усіх рівнів мають бути зорієнтовані на:

- Реальне управління людьми шляхом оптимізації їх трудової діяльності.
- Готовність працювати на результат.
- Впровадження інноваційних методичних прийомів і відповідної матеріальної бази (за допомогою насамперед держави і впровадження державно-приватного партнерства, а не перекладаючи всю відповідальність на органи місцевого самоврядування) для забезпечення професійного, духовного, інтелектуального, фізичного й соціального розвитку працівників, створення здорового творчого середовища в колективах.

Серед комплексу передбачених заходів (юридичних, психологічних, фінансово-економічних) роботи з персоналом слід виділити такі:

- Визначення потреби в кадрах, їх добір.
- Зміцнення здоров'я працівників.
- Формування системи розвитку трудових ресурсів задля підвищення кваліфікації та професійної компетентності.
- Покращення системи мотивації та стимуляції персоналу.
- Оптимізація умов праці, соціально-трудова (міжособистісних) взаємин та відпочинку.
- Задіяння програми оцінки спеціалістів на відповідність посаді, яку вони обіймають або будуть обіймати.
- Впровадження сучасної системи оцінки діяльності та оплати праці на основі використання ціннісно-цільового та компетентнісного підходів.

Загалом стратегічне планування та розроблення політики у сфері трудових ресурсів охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких складових:

- Управління людським капіталом охорони здоров'я, що охоплює не лише керування людьми, а й управління процесами на різних рівнях системи, що здійснюється самими людськими ресурсами за допомогою ціннісно-цільового та компетентнісного методів управління.
- Визначення пріоритетних потреб і дій на основі існуючого стану кадрових ресурсів охорони здоров'я з демонстрацією послідовності здійснення політики, розробленням і реалізацією пріоритетних дій щодо кадрових ресурсів охорони здоров'я.
- Впровадження професійного медичного самоврядування з поступовим передаванням регуляторних та управлінських функцій до самоврядної інституції.

Те, що зараз відбувається в реформуванні охорони здоров'я, за словами І. Найди, не є пріоритетним для галузі. «Це робиться, аби зібрати гроші в одних руках і зробити те, що комусь подобається», — зауважив доповідач.

Також зазначалося, що розвиток трудового капіталу охорони здоров'я має здійснюватися на основі розроблення і прийняття Концепції кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, стратегічних планів із визначеними коротко- та довгостроковими цілями моніторингу. І цей процес має бути адаптований до головних змін у секторі охорони здоров'я та узгодженим із більш широкими стратегіями соціально-економічного розвитку.

Здійснення заходів щодо лідерства, управління і раціонального використання трудового потенціалу дозволить забезпечити:

- Відносне скорочення загальної величини витрат на утримання цього блоку нематеріального виробництва.
- Поліпшення якості наданих лікувально-оздоровчих послуг.
- Підвищення економічної ефективності праці працівників медичної галузі в ринковій економіці.

Якщо цього не буде зроблено, то будь-які спроби реформування медичної галузі не матимуть успіху, особливо в умовах децентралізації — одного із важливих чинників результативних змін.

Адже позитиви децентралізації та розширення можливостей прийняття рішень на регіональному рівні, що надають управлінням нижчої ланки простір для ефективного здійснення діяльності з управління людськими ресурсами та їх розвитку, не означають повної відмови структур центрального рівня від участі в управлінні, адже це може призвести до збільшення фрагментації системи і перешкоджати застосуванню ефективних методик управління та планування.

Тому доповідач наголосив на значущості підготовки управлінських кадрів, що найбільшою мірою визначатиме ефективність діяльності працівників охорони здоров'я.

Таким чином, підтримка на високому рівні, яка може зв'язувати подібну підготовку зі стратегіями в галузі управління та розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я, особливо в умовах децентралізації повноважень щодо прийняття рішень, є важливою для забезпечення системи відповідним чином підготовленими керівниками.

На завершення доповіді І. Найда надав міжнародні показники — індикатори кадрового забезпечення галузі:

- Рекомендований ключовий показник 1: Кількість працівників охорони здоров'я на 10 тис. населення.
- Рекомендований ключовий показник 2: Розподіл працівників охорони здоров'я за професією/спеціальністю, регіоном, місцем роботи і статтю.
- Рекомендований ключовий показник 3: Щорічна кількість випускників медичних освітніх закладів на 100 тис. населення, із градацією за рівнем освіти і спеціалізацією.

Ці ключові показники мають відповідати рівню розвинених країн.

Спільними зусиллями необхідно мінімізувати час та ризики перехідного періоду.



Віктор Сердюк, експерт «ПРО S VITA», президент Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів, зазначає, що на базі платформи «ПРО S VITA» можна побачити певний орган, який за наявності соціального чи політичного завдання і відповідного ресурсного забезпечення за стандартами, рекомендованими ВООЗ, та створення механізмів відповідальності за невиконання цілей може змінити у позитивному напрямку систему охорони здоров'я України. І таке завдання згідно зі статтею 3 Конституції України має бути поставлено. (Стаття 3. Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. — *Прим. ред.*). Адже держава має найвищу цінність — життя і здоров'я громадян. Без громадян не буде ніякої держави. Отже, зараз черга за владою — прийняти відповідне виважене політичне рішення на користь усіх громадян України. І необхідно прикласти зусиль, щоб влада таке рішення прийняла і виконувала.

Наталія Лісневська, національний координатор з охорони здоров'я Центрального офісу реформ, зазначила, що Україні необхідна саме побудова нової системи охорони здоров'я. На сьогодні система руйнується, є певні взаємовідносини лікар — пацієнт, довіри у лікаря та пацієнта до системи немає. Пацієнт шукає лікаря, якому він довіряє, лікар виконує певні обов'язки, і вони між собою створюють певні взаємовідносини. Дуже часто ці відносини відбуваються, можливо, не поза системою, але осторонь системи охорони здоров'я. Ці тіньові відносини існують тому, що система не працює так, як вона повинна працювати. Н. Лісневська визначила питання кадрового потенціалу як надважливе. І це мають бути не лише лікарі й медичні сестри, а і якісний менеджмент, якісний допоміжний персонал, щоб створити і забезпечити лікаря нормальними умовами для роботи. А для пацієнта створити нормальні умови медичного обслуговування і отримання медичної послуги. Лікар має отримувати від своєї роботи емоційне, моральне задоволення та матеріальну винагороду, яка б його влаштувала, і лише тоді пацієнти зможуть бути задоволені ме-

дичними послугами. Для того щоб почалися такі якісні зміни, потрібна перш за все політична воля. Тож необхідно розробити якісний варіант змін, широко доносити його до суспільства і наполягати на його впровадженні. Потрібно долучати до процесу також юридичну й економічну спільноту.



Олег Панасенко, голова Вільної профспілки медичних працівників України, зазначив, що зміни настануть тоді, коли суспільство усвідомить, що найцінніший капітал будь-якої держави — це громадянин. І обере собі таких представників виконавчої влади усіх рівнів, які будуть дотримуватися цього принципу. Він закликав до активнішого проведення мирних акцій протесту, зокрема щодо закриття лікарень. Держава має піклуватися про кожного громадянина методом створення нових робочих місць як запоруки економічного розвитку. Зараз складається враження, що йде процес тотального зачищення території України від українців, бо йде процес не лише закриття лікарень, а й шкіл. Щоб виправити цю ситуацію, необхідно проявити здоровий глузд при наступних виборах до органів влади усіх рівнів. Крім того, необхідний захист лікувальних закладів і створення мотивації для медиків, щоб у них було бажання працювати в Україні. Найкраща мотивація — це висока легальна заробітна плата. І для цього необхідно запровадити загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування і не допустити тотальної комерціалізації медичної галузі.

Тарас Бебешко, експерт «ПРО S VITA», філософ та експерт з концептуального планування та зміни клімату, представник України в міжнародних переговорах щодо зміни клімату в рамках ООН, зазначив, що з точки зору економіки на сьогодні МОЗ України працює колосально і виконує ті функції, які на нього покладено, а саме — розглядає людину як ресурс, який можна продати, викинути, якого може бути більше чи менше. «Існує принципова різниця між ставленням до людини та до її здоров'я як до ресурсу і як до активів. Активи — це вмістилище майбутніх доходів і вигід, і це й є людина з позиції економіки. На превеликий жаль, не тільки в МОЗ, а навіть у Міністерстві економіки та в інших міністерствах і в Уряді загалом такого розуміння активів немає. Відсутнє воно і у Верховній Раді. Усе розглядається через призму ресурсів. Це велика проблема, яка дуже чітко віддзеркалюється у системі охорони здоров'я», — доповідач також зазначив, що принципово найкращої системи охорони здоров'я у загальному аспекті не існує. Проте є люди, для яких ставлення до них як до ресурсу — це класний підхід. Але є такі, які хочуть бути людьми і активом. На сьогодні існує питання, чи зруйнувати існуючу систему охорони здоров'я повністю, а потім почати будувати щось нове, чи все-таки вийти в іншу парадигму і починати розвивати щось паралельно. У світі теж стоять такі питання, і країни починають відмовлятися від моно модельних підходів в організації охорони здоров'я, намагаються створити умови, де існують паралельно декілька підходів із розділеннями між категоріями громадян і правом вибору громадянина. Тому можна поставити питання щодо багатомодельності в охороні здоров'я із правом рішення громад стосовно вибору моделі та відповідним розподілом фінансів.



Володимир Мартинюк, заслужений лікар України, лауреат Державної премії України, завідувач кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, директор ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України», кавалер ордена «Хрест Пантелеймона Цілітеля», зазначив, що його як практикуючого лікаря із великим стажем і досвідом бентежить перш за все механічний характер переносу стандартів і підходів, які існують у західних країнах, в Україну. І те, що це відбувається без національного сприйняття, без консультації та сприйняття громадою. «Марксистсько-ленінський принцип

про можливість всесвітньої соціалістичної революції закінчився крахом, мені здається, та сама паралель існує і тут», — наголосив фахівець. Крім того, не вивчається той досвід, який був створений у нашій державі за роки незалежності України, і це також неправильно. Наприклад, створена спеціалізована допомога дитячому населенню України — неврологи, психіатри, інфекціоністи тощо, і це призвело до зниження інвалідності, і це кращий досвід у Східній Європі, який визнали усі провідні фахові асоціації, які є у світі. На сьогодні пропонується знищення цієї системи, і в цьому немає ніякої користі. Щодо міжнародної співпраці — існує європейська концепція, яка називається «Соціальна педіатрія». Це базова концепція, яка передбачає профілактику, діагностику, лікування, реабілітацію і працевлаштування щодо дітей з обмеженими життєдіяльністю. Це європейський стандарт. Але на сьогодні МОЗ України пропонує лише американський варіант цієї системи, який називається «Раннє втручання». Це допомога дітям віком від 0 до 3 років, і відсутній широкий підхід, широке розуміння всієї системи.

Складається враження, що інститут радників при МОЗ України — це закритий клуб, далекий у своїх можливостях від того, щоб порекомендувати щось дійсно професійне.

Крім того, без інвентаризації закриваються і зникають державні та комунальні медичні заклади. Тож реформаторів менше всього цікавить майбутнє України, і це дуже тривожно. Нічого також не говориться про резидентуру і університетські клініки. Тож влада повинна почути медичну громаду. Необхідно провести широке обговорення з людьми питання медичної реформи. Є надія на створення громадянських рухів у медицині, які дозволяють підняти імідж медичного працівника.



Всеволод Стеблюк, представник військової медицини, доктор медичних наук, професор, учасник боїв під Іловайськом, нагадав, що питання збереження життя і здоров'я громадян — це питання національної безпеки держави. У разі подальшого розвитку бойових дій як на Сході, так і на Заході, національна система охорони здоров'я не справляється і не зможе надати ефективну медичну допомогу. Адже на сьогодні втрачено загальний військовий обов'язок медиків.

Воєнно-медична доктрина, розроблена у 2014 р., з початку 2015 р. блукає владними коридорами і досі не затверджена. А там якраз передбачається вся ця підготовка, починаючи зі школи, і неодмінний військовий обов'язок для медичних працівників. Свого часу була отримана відповідь, що дуже дорогого безоплатно готувати усіх медиків як офіцерів запасу. Проте можливі втрати обійдуться значно дорожче. На сьогодні вже є реальний дефіцит медичних кадрів у військовій ланці, який буде зростати найближчим часом.

«Тому ми повинні формувати політичну волю. Ми маємо делегувати у владу на виборах усіх рівнів медиків, повинні працювати з політичними партіями, знаходити компромісні рішення, розвивати лікарське самоврядування», — зазначив В. Стеблюк.



Ірина Мазур, професор, президент Асоціації стоматологів України, наголосила, що кадрове питання є головним для сьогоденної медицини. Асоціація стоматологів України активно співпрацювала з Центром медичної статистики МОЗ України щодо аналізу ситуації із забезпеченням стоматологічної допомогою. На сьогодні ситуація нормалізувалася і стосовно кадрів, і щодо матеріально-технічної бази. Проте ті зміни, які зараз відбуваються, перш за все стосуються стоматологів.

В Україні має бути розвинена безоплатна дитяча стоматологія, оперативне лікування вад розвитку щелепнолицьової зони, а також усі призовники і військові повинні мати сановані зуби за рахунок бюджетних коштів. І. Мазур висловила побоювання щодо можливої приватизації комунальних закладів охорони здоров'я після автономізації, втрати матеріально-технічного оснащення і кадрового потенціалу внаслідок трудової мігра-

ції. Доповідач повідомила, що нині в Європарламенті обговорюються такі проблеми, як недостатність медичних кадрів та наднормове навантаження на медичного працівника. Висловлюються пропозиції, що робочий день лікаря має тривати 10 год, і він має приймати 40–50 пацієнтів за зміну. Було також зазначено, що у Великій Британії, аби потрапити на прийом до стоматолога, необхідно очікувати в черзі до 3 міс, і максимум, що лікар може зробити — поставити амальгамову пломбу. Також в Європі є проблеми щодо задоволеності медиків рівнем оплати їх праці.

Також зазначено, що на сьогодні в Україні відбувається комерціалізація стоматології, коли пропонують видалити зуб та поставити імплант, догляд за яким в 3 рази дорожчий, ніж за натуральними зубами.

Водночас, наприклад в Японії, існує концепція превентивної стоматології 80–20: дожити до 80 років і мати 20 зубів. До цього належить рухатися і Україні.



Валентина Очеретенко, голова правління Української діабетичної федерації, зазначила, що держава має звернути увагу на формування у людей відповідального ставлення до свого здоров'я, і це необхідно робити починаючи з дитячого віку, з дитячого садочка і школи. Також в Україні відсутні якісні стандарти збору статистичної інформації, є недовіра до офіційних статистичних показників, і багато інформації, яка збирається, в подальшому не має ніякого сенсу.

Також відсутня система оцінки ефективності використання коштів в охороні здоров'я. Вона також запропонувала замість пілотних проектів використовувати методи математичного моделювання при реформуванні медичної галузі.



Іван Сорока, президент Українського медичного клубу, голова медико-фармацевтичного комітету Громадської ради МОЗ України, відповідальний секретар Світової федерації Українських лікарських товариств, відповідальний секретар Київської лікарської ради, задався питанням: Що необхідно зробити, щоб національна система охорони здоров'я задовольняла вимоги громадян? Чіткої відповіді поки що немає, але є рух у правильному напрямку. На його думку, необ-

хідно вже зараз визначити плани, цілі спільної роботи, конкретних виконавців і конкретні дати. Також на сьогодні до реформування охорони здоров'я має бути долучена громада. Необхідно запитати у людей — чого вони насправді хочуть. Досі цього не було зроблено. Тож одним з елементів спільної роботи має бути опитування громадян України, якою вони бачать охорону здоров'я, і визначення, чи ми можемо досягти їх побажань.

Паралельно необхідно запустити декілька процесів, а саме: аналіз і аудит кращих практик, долучення до спільної роботи представників усіх гілок влади, фахових пацієнтських і лікарських асоціацій, визначення 2–3 ключових напрямків, за якими почати працювати вже зараз. Також оратор акцентував увагу на таких питаннях, як профілактика, диспансеризація, громадське здоров'я, збереження і розвиток людського капіталу як першочергове завдання політики держави.

Також було зазначено, що на сьогодні більшість лікарів не задоволені офіційною заробітною платою, але якось виживають, і виживають досить непогано, створюючи проблеми у внутрішньому середовищі. Ті лікарі, які вже працюють довго, очолюють заклади охорони здоров'я, є завідуючими відділеннями — можливо, їм вже не потрібна реформа, їх усе влаштовує. Тож їх також слід долучати до процесу реформування, щоб при цьому покращилося становище і молодих лікарів, і лікарів старшого віку, і перш за все — пацієнтів. Об'єднуючи усі ці моделі, можна створити якусь нову організаційну структуру.

З точки зору економіки безумовно необхідно все прорахувати, подивитися на ресурсну базу і визначити першочергові цілі.

Щодо організації охорони здоров'я ситуація в країні патова. Система, яка зараз знаходиться у державному управлінні, не буде

себе модернізувати. Її влаштовує адміністративна вертикаль або грантова модель управління, або будь-яка інша. Необхідно стати з нею десь паралельно і намагатися вносити свої пропозиції.

Завершуючи виступ, І. Сорока наголосив, що реформи мають робити професіонали, і на різних рівнях — різні категорії професійних людей. Для цього відбір цих людей має проводитися з урахуванням професіоналізму, фахового досвіду і освіти. Необхідно навчити 3–4 тис. менеджерів хорони здоров'я, як зробити ці зміни. От коли ці люди будуть готові, тоді позитивні зміни стануть реальністю. А система прийняття рішень, у свою чергу, має бути максимально відкритою, щоб усі без винятку заінтересовані сторони мали можливість висловити свою думку.



Анатолій Якименко, медичний журналіст, засновник сайту *trigger.in.ua*, зазначив, що виходячи з масштабу амбіцій та рівня завдань, які ставить перед собою платформа «ПРО SVITA», можна побачити, що це не експертний, а політичний рівень. І велике питання — як потрапити з експертного рівня в політику з медичним порядком денним. Можливо, для досягнення поставлених цілей не варто обмежуватися лише медичним питаннями, а розуміти проблему більш широко.

За словами оратора, вирішення питання деолігархізації на 80% вирішить медичне питання. Також необхідно чітко розуміти позицію з цього приводу медичної еліти, передусім Національної академії медичних наук України. Наскільки еліта готова до політичної діяльності, яка відрізняється від експертної та потребує здатності проявити волюві зусилля і нав'язати власне бачення. Також можна залучати до просування у політичну площину людей, які не мають медичної освіти, але переймаються проблемами охорони здоров'я і готові до політичної діяльності. Також, безперечно, важливо дати відповідь на запитання, чи є медична сфера комерційною діяльністю. Що надається людині — медична послуга чи медична допомога? Є люди, які хочуть просто заробляти у медичній сфері, а є й інші, які саме надають медичну допомогу і хочуть отримати за це достойну компенсацію від соціуму. На переконання А. Якименка, не потрібно протиставляти ці дві категорії людей. Але держава не може виступати ні в ролі джерела комерційних послуг, ні в ролі джерела медичної допомоги. Держава — це інституція, яка забезпечує загальний суспільний інтерес. Вона стоїть і над лікарями, які мотивовані як комерційними, так некомерційними інтересами. Її завдання — не лише бути арбітром, а й об'єднати зусилля різних груп в ім'я інтересу людини. Політична і політологічна проблема полягає в тому, що в Україні є не тільки ці два напрямки — комерційний і некомерційний (соціальний). Є ще феодальний напрямок. Держава, власне, і відображає ось цей феодальний напрямок, який у нас чомусь сприймається як загальний суспільний інтерес.

Важливо розуміти, що держава як інституція не відображає інтересів ні комерційного, ні некомерційного сегменту в медичній сфері. Метою державної «реформаторської» активності є експлуатація ситуації з метою формування соціальної бази під чергові вибори і забезпечення себе у владі. У такій моделі держава примусить усіх лікарів працювати на її політичні амбіції майже безоплатно або за якимись своїми правилами отримання фінансового зиску. І цей інтерес держави як можливого феодала не можна не приймати до уваги.

Олексій Орлов, лікар-хірург, директор медичного центру «Клініцист», член експертної платформи «ПРО SVITA», зазначив, що економіка повинна підлаштовуватися під здоров'я людини, а не навпаки. І завдання держави — забезпечити середню тривалість життя людей понад 80 років, а також належну якість цього життя. Здоров'я людини має бути основною прерогативою держави. Для цього потрібно експертному середовищу стати частиною влади, а не просто давати рекомендації, що їй робити. Тому що в останньому випадку влада нас ніколи не почує і не зрозуміє просто через відсутність у ній професіоналів. Також необхідно створювати єдиний інформаційний простір і систему охорони здоров'я з досконалою інформатизацією. У сучасному світі це зробити досить легко. Також важливо імплементувати у вітчизняну охорону здоров'я кращий міжнародний досвід.

Іван Камінський, секретар експертної платформи «ПРО S VITA», зазначив, що на сьогодні система охорони здоров'я нашої держави знаходиться в такому стані розбалансування, якого фактично не було в історії незалежності України і за радянських часів. Відсутня державна політика, яка б визначила стратегію і напрям змін в охороні здоров'я, і що має отримати українська нація. Медична реформа — дуже значима для всього суспільства, і вона не може бути відірваною від адміністративно-територіальної реформи. На сьогодні держава декларує багато намірів щодо створення об'єднаних територіальних громад, децентралізації, про нові повноваження місцевих органів влади, але, на жаль, відбуваються зовсім інші речі. Зараз рішеннями місцевих рад передаються в оренду будівлі медичних закладів, зокрема такий випадок стався на Житомирщині. Такі процеси відбуваються майже скрізь, на жаль, немає можливості оцінити їх заради системно. Також було зазначено, що вищий регуляторний орган в охороні здоров'я — МОЗ України — втратив свою функцію щодо провадження регуляторної політики у цій сфері.

На завершення круглого столу було сформовано рекомендації, в яких його учасники наголошують, що споживання медичних послуг є вимушеним, а отже, не може бути предметом ринкового регулювання. Медичне обслуговування не є привілеєм, а забезпечення універсального охоплення громадян необхідною медичною допомогою є одним із найважливіших обов'язків держави.

Сьогодні система медичного обслуговування в Україні не гарантує виконання його завдань і дотримання принципів. Громадяни не забезпечені охороною здоров'я і медичною допомогою, що зокрема спричинено кризовим станом кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, нераціональною інфраструктурою медичних закладів та їх технічною відсталістю.

Учасники круглого столу вважають, що Концепція побудови національної системи охорони здоров'я (далі — Концепція) містить обґрунтоване бажане бачення системи медичного обслуговування і кадрового забезпечення системи охорони здоров'я в цілому, а також інших складових.

Наступним кроком повинна бути декомпозиція напрямів і завдань концепції через розробку відповідних стратегій і в подальшому — плану реалізації Концепції.

Учасники круглого столу пропонують:

- Представникам експертних та пацієнтських спільнот, місцевого самоврядування долучитися до співпраці у розробці стратегії та плану реалізації Концепції.
- Уряду та МОЗ України запровадити системний і комплексний підхід до реформування сфери охорони здоров'я шляхом затвердження Концепції, запропонованої експертною платформою «ПРО S VITA».

Олександр Устїнов,
фото автора і Сергія Бека

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Мігрень являється фактором ризику більшості серцево-судинних захворювань

Мігрень — це первинне неврологічне захворювання, характеризується повторюючимися епізодами головної болю, шлунково-кишковими та вегетативними симптомами (окремо або в поєднанні). Це захворювання виявляють практично у 15% населення (около 1 млрд чоловік во всем мире). На протязі життя розповсюдженість мігрені становить 10–20% в залежності від статі, віку (після статевого дозрівання) та досліджуваної популяції, однак частіше вона зустрічається у жінок. Приблизно 90% всіх випадків першого приступу мігрені відбуваються в віці до 50 років. Хвороба суттєво знижує якість життя і навантажує систему охорони здоров'я.

Серед найбільш частих асоціацій мігрені, особливо у пацієнтів з мігренозною аурою, — ішемічний інсульт та ішемічна хвороба серця. Основні потенціальні механізми цих захворювань включають ендотеліальну дисфункцію, гіперкоагуляцію, агрегацію тромбоцитів, вазоспазм, серцево-судинні фактори ризику, парадоксальну емболію, розповсюдження деполіаризації, генетичну предрасположеність, застосування нестероїдних препаратів та іммобілізацію. Більшість перелічених причин можуть також сприяти підвищенню ризику інших серцево-судинних захворювань.

Улучшенню розуміння взаємозв'язку серцево-судинної захворюваності та мігрені присвячено одне з недавніх досліджень, виконане співробітниками Стенфордського університету (Stanford University), США, та Орхуської університетської клініки (Aarhus University Hospital), Данія. Результати роботи опубліковані в журналі «BMJ» в січні 2018 року. Дослідження профінансовано Орхуським університетом, Програмою інфраструктурних клінічних досліджень (Program for Clinical Research Infrastructure) Фонду Лундбека (Lundbeck Foundation) та Фондом Ново Нордиск (Novo Nordisk Foundation). У пацієнтів з першою діагностованою мігреною виконана оцінка ризику (порівняно з загальною численністю населення): інфаркту міокарда, ішемічного та геморагічного інсульту, захворювань периферических артерій, венозної тромбоемболії, фібриляції або трепетання передсердь та серцевої недостатності. Додатково оцінено залежність асоціації перелічених захворювань з статтю пацієнтів та наявністю мігренозної аури. Отримані дані можуть слугувати керівництвом для направленої терапевтичної втручальності з метою зниження серцево-судинних ризиків.

Данное популяционное сопоставительное когортное исследование включало 51 032 человека с мигренью и 510 320 человек в сопоставимой группе. Средний возраст участников 35 лет (межвадратный диапазон 22–47), 71% — женщины. В когорте мигрени (2451 пациент) отмечен более высокий исходный уровень сердечно-сосудистых факторов риска и коморбидности. Из них у 575 пациентов зафиксировано более одного сердечно-сосудистого события. Кумулятивный уровень сердечно-сосудистых событий в когорте мигрени на 1000 человек после 19 лет наблюдения по сравнению с общей популяцией составил 25 против 17 для инфаркта миокарда, 45 против 25 для ишемического инсульта, 11 против 6 для геморрагического инсульта, 13 против 11 для заболеваний периферических артерий, 27 против 18 для венозной тромбоемболии; 47 против 34 для фибрилляции или трепетания предсердий и 19 против 18 для сердечной недостаточности.

Наиболее высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний отмечен в течение первого года: восьмикратное увеличение риска ишемического и геморрагического инсульта и примерно двукратное повышение риска инфаркта миокарда, венозной тромбоемболии, фибрилляции или трепетания предсердий. В течение >1–5 лет и >5–19 лет сохранялась прочная ассоциация мигрени с повышением частоты инфаркта миокарда (в 1,5 раза), ишемического инсульта (в 1,6–2,1 раза), геморрагического инсульта (в 1,4 раза), венозной тромбоемболии (в 1,3–2,0 раза) и фибрилляции или трепетания предсердий (в 1,2 раза). Информация о наличии мигренозной ауры была доступна для 30 069 пациентов (59% когорты мигрени). В целом, скорректированные коэффициенты риска при мигрени с аурой были выше, чем при мигрени без ауры относительно всех исходов, за исключением венозной тромбоемболии и сердечной недостаточности. Мигрень с аурой ассоциировалась с долгосрочными рисками инфаркта миокарда, ишемического инсульта, геморрагического инсульта и венозной тромбоемболии.

Абсолютные риски сердечно-сосудистых исходов в исследовании, учитывая молодую возрастную популяцию, как и ожидалось, были низкими. Однако авторы предлагают считать мигрень мощным и постоянным фактором риска для большинства сердечно-сосудистых заболеваний как для мужчин, так и для женщин. Открытым остается вопрос, эффективны ли стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с мигренью.

Adelborg K., Szépligeti Sz.K., Holland-Bill L. et al. (2018) Migraine and risk of cardiovascular diseases: Danish population based matched cohort study. *BMJ*, 360: k96.

Олександр Гузій