

ФОРМУВАННЯ ПОРЯДКУ ДЕННОГО ЩОДО ІНСУЛЬТУ В УКРАЇНІ

АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ
СТАНОМ НА 2021 РІК



World Health
Organization

European Region

ФОРМУВАННЯ ПОРЯДКУ ДЕННОГО ЩОДО ІНСУЛЬТУ В УКРАЇНІ

АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ
СТАНОМ НА 2021 РІК



**World Health
Organization**

European Region

Резюме

Допомога при інсульті є пріоритетом в Україні. За підрахунками щороку близько 130 000 людей в Україні переносять інсульт, а рівень смертності від інсульту є вищим, ніж у більшості Європейських країн. У цьому документі підсумовані дані, отримані за результатами місії ВООЗ, проведених у 2019–2021 роках, із метою аналізу ситуації з наданням допомоги при інсульті в Україні та забезпечення підтримки подальших заходів, спрямованих на покращення такої ситуації. У грудні 2021 року попередні дані були обговорені з національними зацікавленими сторонами. Як результат, були підготовлені пропозиції стосовно формування порядку денного щодо інсульту в Україні. У цьому документі відображена ситуація до повномасштабного вторгнення в Україну 24 лютого 2022 року, яка може істотно посприяти реформуванню й відбудові системи охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова

STROKE – PREVENTION AND CONTROL
DELIVERY OF HEALTH CARE METHODS
HEALTH SERVICES
UKRAINE

Номер документа: WHO/EURO:2022-5641-45406-65734

© World Health Organization 2022

Деякі права захищені. Ця публікація доступна на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Зазначена ліцензія дозволяє копіювання, розповсюдження й адаптацію цієї публікації для некомерційних цілей за умови належного зазначення бібліографічного посилання на неї згідно з наведеним нижче зразком. Жодне використання цієї публікації не вказує на те, що ВООЗ схвалює певні організації, продукти або послуги. Використання логотипу ВООЗ не дозволене. Адаптація цієї публікації вимагає ліцензування адаптованого документа на умовах такої самої чи еквівалентної ліцензії Creative Commons. При перекладі цієї публікації іншими мовами разом із пропонуваним бібліографічним посиланням має бути наведене таке застереження: «Цей переклад не був виконаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за зміст і точність цього перекладу. Справжнім і автентичним текстом є оригінальне видання англійською мовою: Building a stroke agenda for Ukraine: situation analysis 2021. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022».

Врегулювання спорів, пов'язаних із умовами ліцензії, здійснюється згідно з регламентом примирення Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Пропоноване бібліографічне посилання. Формування порядку денного щодо інсульту в Україні: аналіз ситуації станом на 2021 рік. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Дані для каталогування перед опублікуванням (CIP). Дані для CIP доступні за посиланням: <http://apps.who.int/iris>.

Придбання, права та ліцензування. Щоб придбати публікації ВООЗ, див.: <http://apps.who.int/bookorders>. Щоб подати заяву на комерційне використання та запит щодо прав і ліцензування, див.: <http://www.who.int/about/licensing>.

Матеріали третіх сторін. Користувач, який бажає використовувати матеріали з цієї публікації, що належать третій стороні, такі як таблиці, рисунки або зображення, повинен визначити, чи потрібен для цього дозвіл власника авторського права і, за необхідності, отримати такий дозвіл. Ризик висування претензій унаслідок порушення прав на будь-які компоненти цієї публікації, що належать третій стороні, несе виключно користувач.

Загальні застереження. Позначення, що використані, та матеріали, що наведені в цій публікації, не означають вираження з боку ВООЗ будь-якої думки щодо правового статусу тієї чи іншої країни, території, міста або району, або їхніх органів влади, або щодо розмежування їхніх кордонів. Пунктирні лінії на картах позначають приблизні кордони, щодо яких поки що може не бути повної згоди.

Згадування конкретних компаній чи продуктів певних виробників не означає, що вони схвалені або рекомендовані ВООЗ на відміну від інших аналогічних компаній та продуктів, які не були згадані в тексті. Назви запатентованих продуктів, окрім тих випадків, коли допущено помилку чи випущення, виділені першою великою літерою.

ВООЗ вжила всіх розумних запобіжних заходів для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. При цьому опубліковані матеріали поширюються без будь-яких прямих чи опосередкованих гарантій. Відповідальність за тлумачення і використання таких матеріалів покладена на користувача. ВООЗ за жодних обставин не несе відповідальності за збитки, пов'язані з їх використанням.

Зміст

Подяки	vi
Скорочення й аббревіатури.....	vii
Вступ.....	1
Епідеміологія і фактори ризику НІЗ	2
Політика та фінансування у сфері охорони здоров'я, спрямовані на профілактику інсульту і надання допомоги при інсульті в Україні	3
Надання послуг	6
Управління допомогою при інсульті в Україні та відповідна інфраструктура	8
Доступ до лікарських засобів	13
Якість допомоги при інсульті в Україні.....	14
Комунікація	15
Формування порядку денного щодо інсульту в Україні	16
Список використаних джерел	18

Перелік таблиць

Таблиця 1. Безкоштовні лікарські засоби для лікування ССЗ	13
Таблиця 2. Перелік торгових назв опіоїдних лікарських засобів із групи опіоїдів NO2A, схвалених до використання в Україні	14



Подяки

Автори звіту: Франческа Романа Пеццелла (Francesca Romana Pezzella), Європейське регіональне бюро ВООЗ; Ізраель Хестосо Мороте (Israel Gestoso Morote), Бюро ВООЗ в Україні; Ярно Хабіхт (Jarno Habicht), Бюро ВООЗ в Україні; та Джілл Фаррінгтон (Jill Farrington), Європейське регіональне бюро ВООЗ.

ВООЗ вдячна за допомогу експертам, які взяли участь у засіданні ВООЗ стосовно розроблення стратегії щодо інсульту в Україні, яке відбулося в Києві 15 грудня 2021 року: Юрію Чередниченко, нейрохірургу, Відділення інтервенційної нейрорадіології Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. Мечникова, Дніпро; Юрію Фломіну, Завідувачу Інсультного центру Універсальної клініки «Оберіг», Київ, та члену Правління Української асоціації боротьби з інсультом; Дмитру Гуляєву, Координатору організації з надання допомоги людям з інсультом «Українці проти інсульту» та члену Правління Європейського альянсу боротьби з інсультом (SAFE); Марині Гуляєвій, Виконавчій директорці Української асоціації боротьби з інсультом; Дмитру Лебединцю, Керівнику Інсультного центру Клінічної лікарні «Феофанія», Київ, та Консультанту Світового банку; Сергію Московко, Завідувачу Відділення неврології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; Михайлу Тончеву, Завідувачу відділення нейрохірургії Полтавської обласної клінічної лікарні імені М. В. Скліфосовського, Полтава; Джанлуці де Рубейсу та Енріко Пампана, Відділення діагностики й інтервенційної нейрорадіології лікарні Сан Камілло Форланіні, Рим, Італія; а також Марії Шевердіній, Томасу Фішеру, Матеушу Столярчику, Массімо Альберіні та Льву Приступюку, Ініціатива Angels*.

Цей документ був підготовлений у рамках Дворічної угоди про співробітництво між Міністерством охорони здоров'я України та Європейським регіональним бюро ВООЗ. Це стало можливим завдяки фінансовій допомозі Данської, Німецької та Швейцарської агенції розвитку та співробітництва.

*Ініціатива Angels співфінансується компанією Boehringer Ingelheim International GmbH.

Скорочення й аббревіатури

DALY	роки життя з поправкою на інвалідність
EAST	«Покращення та пришвидшення лікування інсульту»
ESAP	План дій боротьби з інсультом у Європі
ESO	Європейська організація інсульту
IHME	Інститут оцінки та вимірювання показників здоров'я
PEN BOOЗ	пропонований BOOЗ пакет основних втручань щодо неінфекційних захворювань
STEPS	Поетапний підхід до нагляду (для НІЗ)
SWI	Візуалізація, зважена на сприйнятливність
UHC	універсальне охоплення послугами охорони здоров'я
BVT	внутрішньовенний тромболізіс
ГКС	гострий коронарний синдром
грн	українська гривня
ДСГ	діагностично-споріднена група
ЕМД	екстрена медична допомога
МКФ	Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
MPT	магнітно-резонансна томографія
НІЗ	неінфекційне захворювання
НККТ	неконтрастна комп'ютерна томографія
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПД	паліативна допомога
ПМГ	Програма медичних гарантій
ПМД	первинна медична допомога
СБ	Світовий банк
СОП	Стандартна операційна процедура
ССЗ	серцево-судинне захворювання
ТАП	тканинний активатор плазміногену
ТІА	транзиторна ішемічна атака
ЧКВ	черезшкірне коронарне втручання



Вступ

Допомога при інсульті є пріоритетом в Україні. Рівень смертності від інсульту є вищим, ніж у більшості Європейських країн. За підрахунками в Україні щороку переносить інсульт близько 130 000 людей; у 2020 році показник внутрішньолікарняної смертності становив 19,76% усіх госпіталізованих з інсультом пацієнтів; 30–40% усіх пацієнтів помирали протягом першого місяця після перенесення інсульту; в цілому інсульт був причиною 13% усіх смертей в Україні. У 2020 році показник внутрішньолікарняної смертності становив 15,65% (10 днів) для ішемічного інсульту та 40,45% — для геморагічного (1).

Близько 70% людей, що пережили інсульт, мають постійні неврологічні дефіцити, що впливають на їхнє життя та послаблюють їхню функціональну самостійність. Щорічно інсульт спричиняє втрату 1,85 млн років життя з поправкою на інвалідність (DALY) (2,3). **Третина пацієнтів з інсультом в Україні — це особи працездатного віку (4,5).**

У 2019 році Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України подало запит на розроблення національного плану боротьби з інсультом з метою створення комплексної програми впровадження системних змін, досягнення високого технічного рівня та приваблення інвестицій.

У 2019 році ВООЗ організувала місію з метою дослідження потреб і поточної діяльності у сфері допомоги при інсульті та планування відповідної технічної підтримки. Після цього був переглянутий Національний план боротьби з інсультом. Він був створений за прикладом Плану дій для боротьби з інсультом у Європі на 2018–2030 рр. (6) (SAP-E), розробленого Європейською організацією інсульту (ESO). У листопаді 2019 року місія надала МОЗ зворотний зв'язок щодо переглянутої версії документа.


Оскільки Національний план боротьби з інсультом в Україні ще не опублікували, МОЗ запропонувало експертам з питань інсульту в Україні розробити стратегію боротьби з інсультом, яка стане основою для такого плану.

У травні 2021 року МОЗ України підписало **Декларацію щодо реалізації Плану дій з боротьби з інсультом у Європі** — акт, яким закріплені зобов'язання щодо боротьби з інсультом.

Під час роботи місії ВООЗ у жовтні 2021 року МОЗ звернулося до ВООЗ із запитом про співпрацю в розробленні комплексного порядку денного щодо інсульту в Україні.

Цей документ містить аналіз ситуації щодо допомоги при інсульті в Україні у 2021 році та пропозиції щодо наступних кроків у цій сфері. Попередні результати та пропозиції були представлені й обговорені на семінарі ВООЗ «Формування порядку денного щодо інсульту в Україні на 2022–2023 роки», який відбувся у грудні 2021 року за участі відповідних зацікавлених сторін, зокрема: Української асоціації боротьби з інсультом, Світового банку (СБ), потенційних донорів, таких як ініціатива «Angels» та ВООЗ, а також професійних асоціацій і об'єднань пацієнтів. У документі враховані результати цього семінару та отримані коментарі.

Хоча висновки й рекомендації, викладені в цьому документі, стосуються ситуації до повномасштабного вторгнення в Україну 24 лютого 2022 року, він може істотно посприяти подальшій відбудові системи охорони здоров'я в Україні.



Епідеміологія і фактори ризику НІЗ

Загальна інформація

У 2016 році неінфекційні захворювання (НІЗ) були найпоширенішою причиною смертей та інвалідності у світі, а також серйозною перешкодою для економічного розвитку України. За оцінками ВООЗ, 91% усіх смертей в Україні були спричинені НІЗ. Із них 63% припадали на ССЗ, а 10% — на інші НІЗ. Імовірність померти у віці від 30 до 70 років від одного з чотирьох найпоширеніших НІЗ (ССЗ, раку, цукрового діабету, хронічних респіраторних захворювань) була однією з найвищих серед країн Європейського регіону ВООЗ і, при цьому, вдвічі вищою для чоловіків (36,9%), ніж для жінок (16,0%) (7).

У рамках впровадження реформи у сфері громадського здоров'я Україна затвердила **Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань, метою якого є зниження на третину ризику передчасної смерті** від ССЗ, раку, діабету, хронічних респіраторних захворювань та інших НІЗ до 2030 року. У країні було реалізовано низку критично важливих заходів для боротьби з НІЗ.

- Так, було ухвалено **Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань**, який охоплює не лише ключові фактори ризику НІЗ, а й питання безпеки дорожнього руху, гігієни довілля та охорони здоров'я у школах.
- **Впроваджено Національну стратегію комунікації щодо НІЗ.**
- **Запроваджена шкільна медична служба**, яка сприяє наданню послуг із охорони здоров'я у школах, підвищенню рівня обізнаності щодо НІЗ, профілактиці НІЗ та зменшенню кількості випадків захворювань.
- **Було ухвалено законодавство про заборону використання промислових трансжирів у харчових продуктах (набуде чинності 1 січня 2023 року).**
- **У Парламенті були зареєстровані законодавчі ініціативи щодо впровадження Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну та Директиви ЄС щодо тютюнових виробів.**
- У МОЗ розробили проєкт **Національної стратегії зі скорочення шкідливого споживання алкоголю.**
- **Впроваджене ефективне законодавство щодо оподаткування тютюнових виробів для зниження доступності всіх тютюнових виробів, у тому числі новітніх продуктів.**
- Організовано навчальні курси щодо **комплексного надання допомоги при гіпертонії та діабеті** на основі пропонованого ВООЗ пакету основних втручань щодо неінфекційних захворювань (PEN ВООЗ) на рівні первинної медичної допомоги в умовах нестачі ресурсів із акцентом на **оцінювання ризиків ССЗ за допомогою техніки, яка дозволяє виявляти фактори ризику ще до появи симптомів у пацієнта (8).**
- Було ухвалено пакет регуляторних документів для впровадження реформи шкільного харчування. Її реалізація розпочалася в середині 2021 року. (Постанова Кабінету Міністрів про норми харчування у школах/закладах освіти, ухвалена в березні 2021 року).

У рамках проекту «Політичний діалог для покращення управління у сфері охорони здоров'я» із широким колом зацікавлених сторін були проведені консультації й семінари для погодження **доказових національних політик і стратегій у сфері охорони здоров'я з метою досягнення прогресу в напрямку універсального охоплення послугами охорони здоров'я в Україні та надання технічної підтримки для реформування її системи охорони здоров'я. Деякі з них стосуються НІЗ, зокрема розроблення концепції та плану дій із реформування системи охорони психічного здоров'я та оцінювання державної програми «Доступні ліки», яка передбачає відшкодування вартості лікарських засобів для лікування НІЗ на рівні первинної медичної допомоги (9).**

Політика та фінансування у сфері охорони здоров'я, спрямовані на профілактику інсульту і надання допомоги при інсульті в Україні


Загальна інформація

Перша версія проекту Плану дій боротьби з інсультom в Україні (2020–2030 рр.) була розроблена в 2019 році, однак не була опублікована. З 2019 року **Урядом були ухвалені нові акти щодо організації системи екстреної медичної допомоги** (ПОСТАНОВА КМУ від 16 грудня 2020 року № 1271; НАКАЗ МОЗ від 05 листопада 2020 року № 2524, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22 грудня 2020 року за № 1277/35560) для підвищення відповідності послуг та покращення доступу до системи екстреної медичної допомоги.

При цьому в Україні все ще залишається простір для покращення профілактики і ведення випадків інсульту за рахунок розширення відповідного політичного контексту та посилення системи охорони здоров'я.

Що стосується профілактики, особливо факторів ризику, що є спільними для інсульту та інших НІЗ, **важливо відзначити такі релевантні політики й нормативно-правові акти:**

- 26 липня 2018 року Кабінет Міністрів України ухвалив **Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку**. Цей комплексний документ охоплює низку важливих дій та заходів, а також питання міжсекторальної співпраці. Проте в ньому бракує положень щодо ресурсів, а також механізмів координації та реалізації.
- **Тютюн:** У 2006 році Україна ратифікувала Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ). У 2012 році Верховна Рада України прийняла низку важливих інструментів, зокрема стосовно вільних від куріння зон, повної заборони реклами, спонсорства і пропагування тютюнових виробів та використання нових графічних попереджень про шкоду здоров'ю на пачках сигарет. У 2018 році Парламент ухвалив 8-річний план оподаткування тютюнових виробів, що передбачає



щорічне підвищення ставки податку на тютюнові вироби на 20%. Зазначені інструменти посприяли зниженню рівня поширеності куріння на 20% серед дорослого населення й на 40% серед молоді в період із 2010 по 2017 рік. На основі Директиви ЄС 2014/40 були розроблені нові законопроекти, що зокрема стосуються графічних попереджень, тютюновмісних виробів для електричного нагрівання й електронних сигарет, а також заборони викладки тютюнових виробів у торгових точках. Ратифікація Україною Протоколу про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами розпочалася в кінці 2018 року, але ще не завершилася (10).

- **Алкоголь:** В Україні існує національна стратегія зі скорочення шкідливого споживання алкоголю. Ставки податків на алкоголь щорічно переглядають з урахуванням рівня інфляції. При цьому упродовж останніх 5 років такі ставки не було підвищено жодного разу. Місцеві органи влади можуть запроваджувати обмеження на продаж алкоголю в нічний час. Дані ВООЗ свідчать, що у 2019 році українці споживали 8,34 л чистого спирту на душу населення. У той самий час, згідно з інформацією Інституту оцінки та вимірювання показників здоров'я (IHME), алкоголь — шостий за поширеністю фактор ризику смерті й інвалідності в Україні.
- **Харчування:** ВООЗ провела перше національне дослідження щодо поширеності основних факторів ризику НІЗ, згідно зі схваленою ВООЗ методикою поетапного підходу до нагляду (STEPS). Звіт за результатами дослідження STEPS був опублікований на початку 2020 року (11). Результати дослідження забезпечили об'єктивне уявлення щодо поточної ситуації з поширеністю факторів ризику НІЗ серед дорослого населення країни. Однак жодних стратегій комплексного реагування на фактори ризику, пов'язані з харчуванням, розроблено не було. У 2020 році МОЗ ухвалило наказ про обмеження вмісту трансжирів у харчових продуктах. Це обмеження може бути посилене відповідно до законопроекту, що зараз зареєстрований у Парламенті. Україна також розпочала реалізацію програми реформування системи шкільного харчування, що підкріплюється пакетом відповідних нормативно-правових актів. Реформа буде реалізована в повному обсязі у 2023 році.
- Національна стратегія «**Рухова активність — здоровий спосіб життя — здорова нація**» була розроблена як ініціатива Адміністрації Президента на період до 2025 року. Для неї передбачено спеціальних план заходів, однак без конкретного бюджету.
- У МОЗ розробили **Національну стратегію контролю онкологічних захворювань до 2030 року та декілька разів оприлюднювали її для проведення публічних консультацій. Наразі нормативно-правовий акт не ухвалено. На сьогоднішній день не передбачено програм боротьби з конкретними хворобами, напр., ССЗ чи раком.**

Що стосується посилення системи охорони здоров'я, на сьогодні здійснюється реалізація низки реформ, які в сукупності можуть посприяти досягненню кращих результатів у боротьбі з інсультом та іншими НІЗ.


- Із 2015 року Україна розпочала масштабну трансформацію системи охорони здоров'я, **метою якої є забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я (УНС) (12).**
- Спочатку в результаті активної роботи над реформою фінансування охорони здоров'я були забезпечені запровадження **нових механізмів фінансування, запуск електронної системи охорони здоров'я та посилення первинної медичної допомоги (зокрема відшкодування вартості визначених лікарських засобів, відпущених за електронними рецептами).**

- Було створено єдиного закупівельника медичних послуг — **НСЗУ**. Служба закуповує послуги у надавачів на основі договорів, що містять низку специфікацій, які стосуються організації надання послуг, а також забезпечення обладнання й персоналу, потрібних для їх надання. Надавачі послуг, із якими НСЗУ укладає договори, повинні відповідати низці встановлених вимог. Йдеться про універсальні вимоги, зокрема ті, що стосуються правового статусу, ліцензування та функціональних можливостей електронної системи охорони здоров'я; **вимоги щодо конкретних пакетів послуг**, що стосуються характеристик закладу, медичного персоналу та обладнання; та вимоги щодо додаткового відповідного ліцензування (наприклад, у випадку застосування ядерної медицини чи наркотичних речовин). Звітування про надані послуги, що не входять до законтракованих пакетів, необов'язкове.
- Програма державних гарантій вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги стартувала 1 квітня 2020 року. Відтоді заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) допомогу, працюють за угодами з НСЗУ.
- Починаючи з квітня 2020 року **(4)**, НСЗУ уклала договори з 3 095 надавачами послуг охорони здоров'я, яким було виплачено 51,6 млрд грн за надання пацієнтам послуг згідно з Програмою медичних гарантій. Ця сума включає:
 - 13,3 млрд грн, виплачені закладам первинної медичної допомоги;
 - **29,7 млрд грн, виплачені закладам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;**
 - **3,7 млрд грн, виплачені закладам екстреної медичної допомоги;**
 - 4,9 млрд грн, виплачені медичним закладам для лікування пацієнтів із відомим чи підозрюваним діагнозом COVID-19.
- 31 вересня 2020 року відбулося підвищення заробітних плат медичних працівників. Зокрема заробітна плата лікарів була збільшена на 70% (3 561 грн), заробітна медичних сестер/братів — на 50% (2 362 грн), заробітна плата санітарів — на 25% (1 181 грн).

У Програмі медичних гарантій визначені п'ять пріоритетних медичних послуг:

- **лікування гострого інсульту;**
- лікування інфаркту міокарда;
- акушерська допомога;
- комплексна неонатальна допомога;
- діагностика для раннього виявлення онкологічних захворювань.

Із квітня 2020 року механізм оплати за проліковані випадки застосовується до надання таких чотирьох стаціонарних послуг: лікування гострого інсульту (один випадок для всіх типів), лікування гострого інфаркту міокарда, приймання пологів (один випадок для всіх типів) та надання комплексної неонатальної допомоги. Для забезпечення повного покриття визначеними ставками пов'язаних із наданням послуг витрат застосовувалося визначення вартості послуг за висхідним принципом. Разом на зазначені чотири послуги припадає 8,1% усіх договорів про надання спеціалізованої допомоги. У березні 2020 було заплановано запровадити оплату за проліковані випадки для всіх видів стаціонарного лікування, однак через тиск пандемії COVID-19 та спричинену нею невизначеність повне впровадження було відкладене і почалося лише у



квітні 2021 року. До впровадження такого механізму лікарні звітували НСЗУ про випадки, використовуючи діагностично-споріднені групи (ДСГ) (13).

На сьогодні заклади охорони здоров'я отримали 2,7 млрд грн за надання пріоритетних послуг пацієнтам.

Що стосується цереброваскулярних захворювань, НСЗУ уклала договори зі 192 лікарнями (які відповідають **вимогам щодо конкретних пакетів послуг у рамках мінімальних критеріїв надання допомоги при інсульті**). Відшкодування вартості послуг відбувається на основі ДСГ, і акредитовані лікарні отримують 27 000 грн (1 000 дол. США) на кожен випадок гострого інсульту; близько 91 487 грн (3 385 дол. США) на здійснення механічної тромбектомії та 6 098 грн (225 дол. США) на кожен випадок транзиторної ішемічної атаки (ТІА). **Мінімальні критерії надання допомоги при інсульті:**

- забезпечення нейровізуалізації в цілодобовому режимі (неконтрастної комп'ютерної томографії (НККТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ) з візуалізацією, зваженою на сприйнятливості (SWI)/T2*); забезпечення послуг невролога/нейрохірурга в цілодобовому режимі;
- забезпечення послуг лікаря ВІТ у цілодобовому режимі;
- щонайменше чотири ліжка, обладнані системами моніторингу з доступом до O₂;
- можливість внутрішньовенного (в/в) введення тканинного активатора плазміногену (ТАП).

Мінімальні критерії для інсультних центрів, що здійснюють ендovasкулярні процедури, не визначені.

Надання послуг

Загальна інформація

Оптимальну допомогу визначають як високоякісний стандартизований дієвий та економічно ефективний спільний догляд, який забезпечується міждисциплінарною командою відповідно до протоколів, сформованих на основі найкращих практик. З'являється все більше досліджень/доказів, що підтверджують ефективність надання допомоги в інсультних блоках та реабілітаційних послуг у зменшенні ускладнень та смертності від інсульту. Тобто надання послуг при інсульті та управління їх наданням необхідно організувати відповідним чином з інтеграцією різних рівнів допомоги.

Госпітальна мережа, інтегрована з послугами екстреної медичної допомоги, послугами з реабілітації, паліативної допомоги та первинної медичної допомоги (ПМД), відсутня. В Україні немає загального механізму організації допомоги при інсульті.

Натомість окремо організовані три функціональні рівні системи охорони здоров'я: первинна й профілактична допомога, вторинна допомога та третинна допомога. **Відсутні функціональна мережа чи протокол для встановлення критеріїв та визначення того, куди необхідно госпіталізувати чи переводити пацієнтів із інсультом із урахуванням**


їхніх потреб/клінічної картини. Нещодавно була переглянута роль бригад екстреної медичної допомоги в мережі допомоги пацієнтам із інсультом (партнерство зі службами екстреної медичної допомоги має критично важливе значення для функціонування мережі допомоги пацієнтам із інсультом). У 2020 році МОЗ ухвалило Наказ № 2203 про організацію надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий інсульт у системі екстреної медичної допомоги. Він запроваджує такі концепції: (i) оцінювання стану пацієнта на долікарняному етапі за допомогою відповідних інструментів для визначення наявності в такого пацієнта підозри на інсульт; (ii) госпіталізація пацієнта з підозрою на інсульт бригадою екстреної медичної допомоги до лікарні, яка є частиною мережі закладів, що надають допомогу пацієнтам із інсультом; (iii) розгляд службою екстреної медичної допомоги (ЕМД) можливості попередження лікарні про пацієнта з підозрою на інсульт для забезпечення своєчасності реагування та скорочення затримок у проведенні невідкладного лікування.

За даними НСЗУ, у 2021 році 90% пацієнтів із інсультом госпіталізували в лікарні, призначені для лікування інсульту (за її оцінками до ухвалення Наказу цей показник становив 70%).

Суб'єктів, відповідальних за роботу мережі в кожній області, немає. НСЗУ часто не укладає договорів щодо третинної медичної допомоги. Координація надання допомоги серед усіх надавачів — складний процес, і НСЗУ потрібні інструменти для його реалізації.

Бригади екстреної медичної допомоги використовують код на позначення інсульту: різні регіони використовують різні диспетчерські системи, і на сьогодні вони не об'єднані. Існує центральна система, в якій користувач може бачити, коли викликали бригаду екстреної медичної допомоги для пацієнта з підозрою на інсульт. Результати оцінювання ЕМД в Україні у 2020 році показали значні відмінності між способами повідомлення диспетчерами та бригадами екстреної медичної допомоги про найпоширеніші невідкладні стани, зокрема й інсульт, та підкреслили відсутність стандартизованих визначень випадків. Така недостатня точність визначення випадків диспетчерами може стати причиною неналежного використання обмежених ресурсів ЕМД, збільшення навантаження на систему охорони здоров'я, а також негативно вплинути на її ефективність та якість допомоги, яку надають пацієнтам (14).

Використання протоколів для розпізнавання ранніх ознак інсульту не є стандартною практикою і не здійснюється на рутинних засадах. **Пацієнтів із гострим інсультом доправляють до найближчої лікарні, незалежно від типу послуг, які вона може запропонувати.** Пацієнтів з інсультом зазвичай госпіталізують до неврологічних відділень (загальна кількість ліжок у таких відділеннях становить 22 234, тобто 5,68 на 10 000 населення), які лише частково призначені для лікування пацієнтів із інсультом (до 20% їхніх пацієнтів мають інші захворювання). Такі відділення можуть суттєво відрізнятися з точки зору наявності технологічних ресурсів (тобто можливості проведення нейровізуалізації, лабораторних досліджень тощо), наявності багатопрофільних команд, клінічних протоколів та настанов, які застосовує медичний персонал. У них можуть бути недоступні монітори, протипролежневі матраци, інфузійні насоси та інше необхідне обладнання. Така ситуація існує попри наявність доказів щодо того, що спеціально призначені інсультні блоки забезпечують кращі клінічні



результати і що «допомога при гострому інсульті й реабілітація в інсультних блоках» є одним із рекомендованих ВООЗ втручань щодо НІЗ (15). Доступна порівняно велика кількість неврологів (12,9 спеціалістів на 100 000 населення), при цьому взагалі немає лікарів-логопедів. Це пов'язано з відсутністю в Україні відповідного університетського/академічного курсу навчання. Безумовно, це впливає на потенційне відновлення після порушень, пов'язаних не лише з мовленнєвою функцією, а і з функцією ковтання, які може спричинити інсульт. Згідно з рекомендаціями, що містяться у міжнародних настановах, протягом 24–48 год після іктальної події необхідно перевірити наявність у пацієнта порушень мовлення і ковтання та, у разі їх виявлення, за можливості здійснити відповідні втручання.

У МОЗ розробили проєкт плану регулювання мережі закладів, що надають допомогу пацієнтам із інсультом, який охоплює три рівні надання допомоги (лікарня, готова до надання допомоги пацієнтам із інсультом,¹ інсультний блок, інсультний центр). Була проведена консультація з ВООЗ та поданий запит про надання підтримки в розробці національних критеріїв щодо інсультного блоку, інсультного центру, відділення/центру інтервенційної нейрорадіології, мережі закладів, що надають допомогу пацієнтам із інсультом (моделі управління, коду на позначення інсульту для використання бригадами екстреної медичної допомоги, міжлікарняного маршруту пацієнта, який є кандидатом на проведення в/в тромболізісу та/або ендovasкулярних процедур).

Відсутні стандартні критерії, що регулюють доступ до послуг з реабілітації/послуг будинків для людей похилого віку/паліативної допомоги за наявності таких послуг. Досвід застосування телемедицини та електронної медицини є обмеженим. Мережа паліативної допомоги відсутня. Доступна карта послуг із паліативної допомоги (16).

Управління допомогою при інсульті в Україні та відповідна інфраструктура

Загальна інформація

Гострий період

Стандартизовані спеціальні протоколи допомоги при інсульті, протоколи щодо багатопрофільної співпраці, ранньої реабілітації та протоколи надання медсестринської допомоги пацієнтам із інсультом відсутні. У центрах, що беруть участь у міжнародних проєктах (таких як ініціатива «Angels» (17) та/або «Покращення та пришвидшення лікування інсульту» (EAST) ESO (18)) або задіяні в навчальній діяльності, яку підтримує Українська асоціація боротьби з інсультом, протоколи допомоги при інсульті, клінічні маршрути в межах закладу, протоколи щодо

¹ Лікарня, готова до надання допомоги пацієнтам із інсультом — це лікарня, в якій немає інсультного блоку; натомість є відділення невідкладної допомоги, персонал якого має знання та досвід для надання допомоги при інсульті та здатний провести тромболізіс при гострому ішемічному інсульті.

багатопрофільної співпраці, ранньої реабілітації та протоколи надання медсестринської допомоги пацієнтам із інсультом наявні, однак їх рутинний моніторинг не забезпечений. **Відсутня мережа надання екстреної допомоги чи допомоги при інсульті, відсутні регіональні чи обласні клінічні маршрути, згідно з якими пацієнтів розподіляють до різних центрів надання допомоги з урахуванням їхнього стану;** наявні лише поодинокі приклади зовнішньої координації/інтеграції надання допомоги під час гострого та післягострого періодів.

Доступний в/в тромболізис альтеплазою (ТАП), і, як уже було зазначено, відшкодування його вартості відбувається на основі ДСГ (близько 27 000 грн (1 000 дол. США)). Показник лікування ішемічного інсульту альтеплазою становив 0,5% у 2018 році, 0,9% у 2019 році, 1,5% у 2020 році, та 4,5% у 2021 році. Загалом лікування альтеплазою отримали 4 598 пацієнтів.²


Як зазначалося раніше, **міжлікарняний маршрут пацієнтів, які є кандидатами на в/в тромболізис та/або ендovasкулярні процедури, відсутній.** Існують приклади неофіційних домовленостей між лікарями. У деяких випадках вони організують транспортування потенційного пацієнта-кандидата без офіційного протоколу, договору про співпрацю між лікарнями або валідованого/затвердженого клінічного маршруту. **Пацієнти, яким показано проведення тромболізу чи ендovasкулярне лікування, можуть отримати відповідні процедури лише якщо вони перебувають у центрі, де доступна така техніка лікування (тромболізис, ангиолабораторія та спеціаліст із проведення нейроінтервенційних процедур).**

Згідно з результатами пілотного дослідження, проведеного у 2019 році, **521 відділення щорічно приймає понад 50 пацієнтів із інсультом; серед них лише у 225 наявні КТ/МРТ.** Це означає, що у 268 відділеннях етіопатогенетичний діагноз (ішемічний або геморагічний інсульт) пацієнтам ставлять лише на підставі результатів клінічного оцінювання без проведення нейровізуалізації.

У 2021 році 240 лікарень уклали договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) або отримали від неї акредитацію (станом на 1 грудня 2021 року) для прийому пацієнтів із інсультом, і бригади екстреної медичної допомоги тепер зобов'язані доставляти пацієнтів лише в такі лікарні.

У 2020–2021 роках **закуплено 161 новий апарат КТ:** з них 105 — 16- або 32-зрізові комп'ютерні томографи, 56 — 64- або 160-зрізові. Наявний **план їх розповсюдження/ встановлення,** що охоплює всю країну та визначає, де, в якій лікарні та в якому регіоні будуть встановлені апарати КТ. До 2020 року доступ до нейровізуалізації був обмежений не лише через відсутність обладнання, а і через економічні бар'єри: система співоплати не стандартизована, а витрати на нейровізуалізацію для пацієнтів із цереброваскулярними захворюваннями можуть різнитися залежно від організації лікарні. В акредитованій НСЗУ лікарні, де лікують пацієнтів із інсультом, вартість КТ включена у відшкодування лікування випадків гострого інсульту на основі ДСГ.

² Світовий банк звернувся до ВООЗ із запитом про надання підтримки в розробленні стратегій зі збільшення кількості пацієнтів з ішемічним інсультом, які отримують лікування альтеплазою, для досягнення цільового показника у 15%.



На сьогодні в Україні лише близько 20 лікарень мають кабінети ангиографії (лабораторії катетеризації/реперфузійні центри) для проведення нейроендоваскулярних процедур у пацієнтів із інсультом та субарахноїдальним крововиливом і близько 50 лікарів (переважно нейрохірургів, судинних хірургів та радіологів) пройшли належну підготовку для проведення ендovasкулярного лікування інсульту: сертифікація/акредитація не вимагається.

Із 2019 року діє державна програма закупівель ангиографів (у рамках якої 50% сплачує держава, і 50% — місцевий уряд).

І постачання, і наявність виробів для ендovasкулярної терапії, зокрема катетерів, обмежені, до того ж можлива присутність прострочених або незаконно постачених пристроїв. Відсутні стандартизовані настанови чи протоколи щодо ендovasкулярного лікування. У 2019 році відсоток пацієнтів, яким провели внутрішньовенний тромболізис (BBT), становив 0,2% від усіх пацієнтів із ішемічним інсультом. У 2020 році частота проведення BBT становила 0,3%. У 2021 році вона зросла до 0,6%; тоді механічну тромбектомію було проведено 544 пацієнтам. **Клінічні результати пацієнтів, яких лікували альтеплазою та яким проводили BBT, не відстежуються; післяінсультні пацієнти не проходять обстеження через 6/12 місяців; зазвичай їх ведуть лікарі ПМД. Моніторинг стратегій вторинної профілактики відсутній.**

У 2019–2020 роках Світовий банк профінансував пілотний проєкт із покращення надання допомоги при інсульті у країні. Проєкт охопив 10 лікарень: п'ять обласних інсультних центрів та п'ять районних лікарень. Це освітній проєкт, який передбачає проведення онлайн-лекцій експертами з питань інсульту та практичних сесій, зокрема симуляційних навчань у Полтавському інсультному симуляційному центрі.

Окрім цього, в Україні реалізують іще чотири міжнародні проєкти з покращення допомоги при інсульті:

1. Проєкт ESO–EAST
2. Ініціатива «Angels»
3. Реєстр RES-Q (Реєстр якості допомоги при інсульті)
4. «MT 2020» — «Місія тромбектомія».

Усі ці проєкти підтримують та об'єднують наукові організації, такі як ESO, SVIN (Товариство судинної та інтервенційної неврології), SAFE (Європейський альянс боротьби з інсультом), для розширення доступу до допомоги при інсульті в Європі (ESO–EAST, ініціатива «Angels») та у всьому світі (ініціатива «Angels», «MT 2020»). Ці проєкти отримують фінансування від наукових спільнот у вигляді грантів ЄС та необмежених фармацевтичних грантів.

Послуги з реабілітації

Госпітальна мережа, інтегрована з послугами екстреної медичної допомоги, послугами з реабілітації, паліативної допомоги та ПМД, відсутня. Пацієнтів із інсультом, як правило, виписують без формального призначення контрольного візиту, і їх ведення продовжує сімейний лікар. Кожен пацієнт із інсультом отримує одноразову виплату на реабілітацію в розмірі близько 300 дол. США.

Після виписки, а також у випадку пацієнтів, що потребують допоміжних засобів, стається критичне переривання континууму допомоги. На рівні громади відсутня система підтримки та подальшого спостереження після виписки з закладу охорони здоров'я (лікарні чи центру реабілітації для пацієнтів із гострим інсультом). Таку роль беруть на себе члени сімей, або ж пацієнти можуть звертатися до приватних клінік (19).

У 2015 році в Україні був розроблений Національний план щодо обмежень життєдіяльності, здоров'я та реабілітації (20). У результаті проведення системного аналізу та семінару для зацікавлених осіб було рекомендовано набір заходів та проектів із урахуванням місцевих кадрових спроможностей та інфраструктури для його реалізації в Україні. З моменту узгодження реалізації запропонованих заходів та проектів відбулися певні істотні досягнення, зокрема у регулюванні професійної діяльності у сфері реабілітації та реалізації реабілітаційних послуг.

Врегулювання професійної підготовки у сфері реабілітації: назви/ означення базових професій у сфері реабілітації були затверджені в українському Національному класифікаторі професій для узаконення діяльності відповідних фахівців в Україні. Серед цих професій: **лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізіотерапевт, ерготерапевт, асистент фізіотерапевта, асистент ерготерапевта.** Для кожної нової професії у сфері реабілітації було розроблено необхідні заходи з підготовки й навчальний план, а також кваліфікаційні характеристики та вимоги для працевлаштування. **Варто зазначити, що професію логопеда не включили до переліку професій у сфері реабілітації, які необхідно затвердити/розвивати в Україні.** Окремої професії для мовної та мовленнєвої терапії не існує. Пацієнти, у яких після інсульту виникають порушення ковтальної, комунікативної та когнітивної функцій, не отримують потрібної допомоги (19).

Інші важливі результати, досягнуті в рамках впровадження в Україні реабілітаційного плану, стосуються **впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) і реабілітаційних послуг.**

Незважаючи на те, що перші законодавчі кроки в напрямку **загальносистемного впровадження МКФ** МОЗ зробило ще в 2016 році, єдине важливе досягнення за чотири роки полягає в підвищенні рівня обізнаності і знань щодо МКФ та необхідності оцінювання реабілітації. У 2018 році МКФ та Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) були перекладені українською мовою. Того ж року в Києві провели три послідовні семінари стосовно МКФ для підготовки тренерів та декілька семінарів для зацікавлених сторін, що відповідають за розроблення політики.

Відсутня офіційна політика стосовно «індивідуального реабілітаційного плану», що охоплює всі компоненти реабілітаційного циклу (тобто функціональні оцінювання, призначення та проведення втручань, заключні функціональні оцінювання), які пацієнт має пройти з початку лікування (реабілітації в закладі гострої реабілітації у випадку гострих станів) та збирання всієї подальшої інформації, що стосується процесу реабілітації.

З 1 квітня 2020 року в результаті реалізації Програми медичних гарантій (ПМГ) було реформовано вторинний і третинний рівні медичної допомоги. **ПМГ включає три пакети програм медичної реабілітації,**

зокрема для дітей від 0 до 3 років та для осіб із неврологічними станами та для осіб із ураженнями опорно-рухового апарату. На аналітичній панелі НСЗУ також зазначено, що у сфері нейрореабілітації були укладені договори з 211 закладами охорони здоров'я (207 комунальними та 4 приватними), у сфері реабілітації при ураженнях опорно-рухового апарату — з 222 (218 комунальними, 4 приватними), та у сфері реабілітації на ранніх етапах розвитку дитини — з 63 (всі з яких комунальні).

У вересні 2020 року було проведено аналіз ситуації у сфері реабілітації. Аналіз був зосереджений на перевагах та проблемних аспектах політики та регулювання, надання послуг, фінансування, управління інформацією та кадрових ресурсів у сфері реабілітації (19).

В Україні не затверджені протоколи реабілітаційного лікування. Настави щодо проведення реабілітації для пацієнтів із інсультом відсутні. Наказ № 751 містить положення щодо створення єдиного протоколу та розроблення нового протоколу. Якщо у лікарні затверджений повний переклад іноземних настанов, клієнт має підписувати відповідний документ щоразу, коли їх використовують. У рамках одного проєкту, що отримує фінансування від Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), відбувається дослідження процесу розроблення клінічних протоколів щодо управління допомогою при інсульті, черепно-мозкових травмах та ушкодженнях спинного мозку (19).

Оцінювання наслідків інсульту для психічного здоров'я, таких як депресія, порушення когнітивних функцій та афективні розлади, не передбачене.

Паліативна допомога

Перший хоспіс в Україні з 30 ліжками відкрився у Львові у 1997 році (Львівська міська лікарня «Хоспіс»). З того часу відбувався розвиток української системи паліативної допомоги (ПД). Згідно з даними Асоціації паліативної та хоспісної допомоги і Української ліги розвитку паліативної та хоспісної допомоги, щороку ПД потребують близько 600 000 людей із невиліковними хворобами (16). Серед станів, для яких доступні обмежені послуги з ПД — онкологічні захворювання, ВІЛ/СНІД, діабет і туберкульоз. Членам сімей пацієнтів може бути потрібна професійна допомога: соціальна, психологічна, духовна підтримка. Відповідно до потреб, визначених згідно з рекомендаціями ВООЗ, достатньої кількості медичних закладів, що надають ПД, немає: є близько 1 500 ліжок, що лише на третину покривають наявні потреби. Лише шість областей оснащені ліжками для ПД, які покривають дві треті потреби, у 12 областях кількість таких ліжок покриває потреби від однієї п'ятої до половини пацієнтів, іще у шести областях ними забезпечені менш ніж одна п'ята пацієнтів. Розвиток паліативної медицини в Україні стримують законодавчі та організаційні проблеми. Серед них:

- відсутність належної мережі ПД;
- відсутність нормативно-правової/політичної бази для розвитку ПД та її впровадження на різних рівнях;
- відсутність спеціалізованих/відповідних об'єктів інфраструктури/закладів;

- відсутність необхідних навичок та досвіду з ведення пацієнтів із хронічним больовим синдромом (ХБС);
- обмежений доступ пацієнтів із ХБС до знеболювальних засобів;
- відсутність у Державному формулярі лікарських засобів переліку опіоїдних лікарських засобів, трансдермальних терапевтичних систем та інших лікарських форм;
- обмеження максимальної добової норми ін'єкцій морфіну до 50 мг.

Доступ до лікарських засобів

Загальна інформація

У переліку оптимальних за витратами заходів та інших ефективних втручань щодо НІЗ, розробленому ВООЗ, рекомендоване «застосування внутрішньовенної тромболітичної терапії для лікування гострого ішемічного інсульту» та «призначення пацієнтам із ішемічним інсультом ацетилсаліцилової кислоти в невеликих дозах» (15). У зазначеному переліку також рекомендовані спеціальні заходи з профілактики інсульту: «терапія антикоагулянтами при неклапанній фібриляції передсердь із середнім та високим ризиком та при мітральному стенозі з фібриляцією передсердь» і «медикаментозна терапія й консультування осіб, які перенесли інфаркт чи інсульт». До переліку безкоштовних лікарських засобів для амбулаторного лікування ССЗ включені лікарські засоби, необхідні для первинної та вторинної профілактики, зокрема статини, антигіпертензивні та антитромботичні препарати (таблиця 1).

Таблиця 1. Безкоштовні лікарські засоби для лікування ССЗ

Ацетилсаліцилова кислота (АСА)	Дигоксин	Метопролол
Аміодарон	Еналаприл	Симвастатин
Амлодипін	Фуросемід	Спіронолактон
Атенолол	Нітрогліцерин	Верапаміл
Бісопролол	Гідрохлоротіазид	Варфарин
Карведилол	Ізосорбиду динітрат	
Клопідогрель	Лозартан	

Доступ до ліків для ПД обмежений (16). Більшість пацієнтів (80% згідно з даними МОЗ), яка помирає вдома, потребуючи ПД, так і не отримує належного знеболення. **Існує обмежений перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення для надання допомоги, однак часто і вони не доступні для пацієнтів, які потребують ПД** (таблиця 2). Особливу увагу необхідно приділити доступності опіоїдних лікарських засобів, особливо для пацієнтів, що отримують ПД удома. Лише у небагатьох аптек є ліцензія на виробництво опіоїдних та психотропних лікарських засобів (у 187 з 18 224 аптек по всій країні) (16). У **Державному формулярі лікарських засобів** знеболювальні засоби не класифіковані на пероральні опіоїдні лікарські засоби, трансдермальні терапевтичні системи та інших лікарських форми. Максимальна добова доза ін'єкцій морфіну становить 50 мг (16).

Таблиця 2. Перелік торгових назв опіоїдних лікарських засобів із групи опіоїдів N02A, схвалених до використання в Україні

Міжнародні непатентовані назви	Код АТС	Зареєстровані форми випуску	Кількість зареєстрованих торгових назв	
			Одиниці	%
Морфін	N02A A01	Таблетки, розчин для ін'єкцій, розчин для перорального застосування	5	17,2
Оксикодон	N02A A05	Таблетки пролонгованої дії	1	3,4
Морфін, комбінації (невідомо, які комбінації)	N02A A51	Розчин для ін'єкцій	1	3,4
Фентаніл	N02A B03	Розчин для ін'єкцій, трансдермальні пластирі	5	17,2
Тримеперидин (петидин)	N02A B04	Розчин для ін'єкцій	2	6,9
Декстропропоксифен, комбінації (як вище), крім психолептиків	N02A C54	Таблетки	1	3,4
Бупренорфін	N02A E01	Розчин для ін'єкцій, сублінгвальні таблетки	2	6,9
Буторфанол	N02A F01	Розчин для ін'єкцій	1	3,4
Налбуфін	N02A F02	Розчин для ін'єкцій	7	24,1
Трамадол	N02A X02	Розчин для ін'єкцій, капсули	4	14,0
Всього	X		29	99,9

АТС: Анатомо-терапевтично-хімічна (класифікація)
Джерело: (16)

Якість допомоги при інсульті в Україні

Загальна інформація

В Україні відсутні національні реєстри ССЗ чи інсультів. Наявний реєстр ГКС — це лише реєстр ЧКВ. Він містить самостійно повідомлені знеособлені дані від лікарень, які не є перевіреними та не дозволяють відстежувати результати лікування пацієнтів. У країні існує Державна служба статистики (4), яка на рутинних засадах збирає деякі релевантні дані для вимірювання міжнародних показників якості, таких як внутрішньолікарняна смертність; проте результати лікування не відстежуються на рутинних засадах. Для деяких лікарень, які приймають пацієнтів із інсультом, наявні інші поточні дані (письмові записи/історії хвороб окремих пацієнтів), за допомогою яких потенційно можна вимірювати якість допомоги при інсульті. **3 часу проведення місії ВООЗ у 2019 році НСЗУ уклала договори зі 192 лікарнями, які відповідають мінімальним критеріям надання допомоги при інсульті; проте, знову ж таки, клінічні результати пацієнтів**

із інсультом не відстежуються на рутинних засадах. Таким чином, існує істотний брак розуміння результатів лікування та якості життя пацієнтів із інсультом. У двох областях — Полтавській та Дніпропетровській — реалізують пілотний проєкт зі створення реєстру інсультів.

Ендоваскулярні процедури, такі як тромбектомія, не відстежуються взагалі. Також відсутня інформація щодо відповідності клінічних показань, своєчасності втручання, пов'язаних із процедурами ускладнень, умов виписки³ та клінічних результатів.

Основними інструментами забезпечення надання та якості медичної допомоги в Україні є накази, видані МОЗ. Як і у випадку інших медичних станів, накази стосовно ведення пацієнтів із інсультом на різних стадіях захворювання та протягом усього періоду надання допомоги давно застаріли. За останні 20 років в Україні використовували щонайменше три стратегії розробки клінічних протоколів і настанов, які забезпечили позитивні, але лише часткові результати. Говорячи конкретно про цереброваскулярні захворювання, національні клінічні настанови й протоколи, що стосуються надання допомоги при інсульті, є застарілими. З 2016 року лікарі в Україні мають право надавати допомогу відповідно до міжнародних протоколів та настанов, проте в разі виникнення медичних судових спорів, судді спираються на національні нормативно-правові акти, навіть якщо вони є застарілими. Наукова спільнота у сфері допомоги при інсульті більше схиляється до використання канадських та норвезьких настанов (21).

Деякі міжнародні настанови та протоколи були перекладені українською мовою членами Української асоціації боротьби з інсультом, які просувають розроблення норм щодо допомоги при інсульті та їх розповсюдження у країні. Для прикладу, вони просувають використання шкал клінічного оцінювання, зокрема Шкали тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS) та Модифікованої шкали Ренкіна (mRS), щоб посприяти їх використанню при спрямуванні лікування та моніторингу цілей лікування, і переклали їх українською мовою.


На сьогодні існує інтерес та політична прихильність до визначення процесу розробки клінічних настанов, що відповідають потребам країни, і континуум надання допомоги при інсульті займає важливе місце в порядку денному МОЗ. МОЗ створило робочу групу експертів із питань інсульту, які співпрацюють із експертами ВООЗ із метою перегляду послуг, поточної клінічної практики та надання рекомендацій стосовно розробки настанов із клінічної практики, клінічних протоколів і клінічних маршрутів пацієнта та впровадження їх у країні.

Комунікація

Загальна інформація

На сайті Української асоціації боротьби з інсультом (22) доступні різні матеріали для підвищення рівня обізнаності щодо інсульту. Експерти з

³ «Умови виписки» — місце, куди пацієнт потрапляє після виписки, наприклад, дім, центр реабілітації, будинок для людей похилого віку тощо.



питань інсульту час від часу беруть участь у телевізійних ток-шоу, щоб інформувати населення щодо факторів ризику інсульту та можливого його лікування. Досвід проведення регіональних/національних кампаній із підвищення обізнаності щодо інсульту за підтримки національних зацікавлених сторін є обмеженим. Прикладом комунікаційної діяльності є підписання МОЗ Декларації ESO щодо реалізації Плану дій з боротьби з інсультом у травні 2021 року (23).

Формування порядку денного щодо інсульту в Україні

З урахуванням результатів аналізу ситуації, міжнародних рекомендацій та обговорень із національними зацікавленими сторонами у 2021 році були надані пропозиції стосовно формування порядку денного щодо інсульту в Україні, який передбачає діяльність, зосереджену на:

- **Модернізації клінічних та організаційних навичок і розбудові спроможностей для управління допомогою при інсульті та цереброваскулярних захворюваннях.** Це має відбуватися шляхом запровадження стандартних операційних процедур (СОП) та найкращих практик, які охоплюють період від моменту появи симптомів (раннє виявлення та активацію маршруту пацієнта, ранню реабілітацію, критерії щодо паліативної допомоги, ведення записів тощо) до життя після інсульту. Необхідно впровадити процес обрання настанов з метою створення «**платформи для належних клінічних практик та настанов**», оскільки значна кількість підходів до медичного лікування й діагностики досі спрощена та не відповідає стандартам.
- **Підвищенні якості допомоги при інсульті на всіх етапах маршруту пацієнта з інсультом** шляхом затвердження **набору показників** для ефективного моніторингу та управління якістю роботи надавачів послуг із метою досягнення кращих клінічних результатів.
- Перегляді всіх **потенційних джерел даних** для оцінювання якості допомоги при інсульті на основі міжнародних показників, а на пізнішому етапі — створенні **комплексного національного реєстру інсультів та серцево-судинних захворювань (ССЗ)**. Наразі в Україні відсутні національні реєстри ССЗ чи інсультів. Найявний реєстр гострих коронарних синдромів (ГКС) — це лише реєстр черезшкірних коронарних втручань (ЧКВ), який містить самостійно-повідомлені знеособлені дані від лікарень, які не є перевіреними та не дозволяють відстежувати результати лікування пацієнтів.
- **Рутинному моніторингу ССЗ та результатів лікування інсульту (оцінюванні показників смертності та інвалідності за міжнародними стандартними шкалами, наприклад, за модифікованою шкалою Ренкіна) для:**
 - оцінювання якості допомоги при інсульті та ССЗ на регіональному, національному та міжнародному рівнях;
 - покращення послуг із допомоги при інсульті та ССЗ;
 - ефективного розподілу ресурсів;
 - забезпечення кращого розуміння результатів лікування та якості життя пацієнтів із інсультом.

● **Забезпеченні інфраструктури (структури та ресурсів) для ведення пацієнтів із інсультом**

- **забезпеченні дієвого розповсюдження технологій для діагностики та лікування** (на основі критеріїв щодо географічного доступу та доступу населення);
- **оптимізації відповідних пакетів послуг у рамках Програми медичних гарантій** (оптимізації пакетів послуг із допомоги при гострому інсульті та реабілітації);
- **передачі/розбудові спроможностей** центрів із надання допомоги при гострому інсульті та реабілітаційних центрів (наприклад, затвердженні, підготовці та створенні умов для працевлаштування в закладах охорони здоров'я логопеда та спеціаліста з проведення нейроінтервенційних процедур);
- **оновленні системи екстреної медичної допомоги для надання невідкладних послуг пацієнтам із гострим інсультом** з метою встановлення/підтримання нерозривного ланцюга допомоги від центру первинної медичної допомоги до спеціалізованих служб/лікарень (наприклад, розроблення для персоналу центрів первинної медичної допомоги комплексу підтримки із застосуванням телемедицини для підвищення якості допомоги при інсульті; затвердження протоколів та СОП щодо надання допомоги при інсульті у центрах первинної медичної допомоги; забезпечення своєчасного доступу до послуг із безпечного переведення пацієнтів між первинною, вторинною та третинною ланками допомоги).

Ці пропозиції залишаються в силі й зараз, коли в Україні розглядають подальше реформування системи охорони здоров'я та готуються до її відбудови.

Список використаних джерел

- 1 Center for Medical Statistics of the Ministry of Health for Ukraine [вебсайт] (<http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 2 GBD Compare: global DALYs, both sexes, all ages, 2019. In: IHME – Global Health Data Exchange [онлайн-база даних] (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 3 Global Burden of Disease Results Tool. In: IHME – Global Health Data Exchange [онлайн-база даних] (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 4 State Statistics Service of Ukraine [вебсайт] (<http://ukrstat.org/en>, доступ здійснено 3 лютого 2022 року).
- 5 Ukraine signed declaration for action on stroke. European Stroke Organisation: 2021 [вебсайт] (<https://healthcare-in-europe.com/en/news/ukraine-signed-declaration-for-action-on-stroke.html>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 6 Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A et al. Action plan for stroke in Europe 2018–2030. *Eur Stroke J.* 2018;3(4):309–36.
- 7 Possibility of dying between the exact ages 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases (SDG3.4.1). In: World Health Organization: The Global Health Observatory [онлайн-база даних] ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory(-)), доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 8 Laatikainen L, Dumcheva A, Kiriazova T, Zeziulin O, Inglin L, Collins D et al. Capacity building of healthcare professionals to perform interprofessional management of non-communicable diseases in primary care – experiences from Ukraine. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:91 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06068-1>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 9 Tackling noncommunicable diseases in Ukraine, 2018. Kyiv: WHO Country Office in Ukraine; 2018 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/385078/ukr-leaflet-hr-eng.pdf, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 10 Tobacco control in Ukraine: assessment of current status of tobacco control and opportunities for further development. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/355278>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 11 STEPS prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336642>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 12 Healthcare reform. In: Official Website of the Government of Ukraine; 2021 (<https://www.kmu.gov.ua/en/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 13 Bredenkamp C, Dale E, Doroshenko O, Dzhygyr Y, Habicht J, Hawkins L et al. Ukraine health financing reform: progress and future directions: overview. *International Development in Focus.* Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development, World Bank; 2021 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 14 Emergency medical services in Ukraine. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/355286>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 15 Tackling NCDs. ‘Best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).

- 16 Tymoshevska V, Shapoval-Deinega K. Palliative care development in Ukraine. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(2S):S85–S91.
- 17 Angels Initiative [вебсайт]. Boehringer Ingelheim International GmbH; 2019 (<https://www.angels-initiative.com/>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 18 Mikulík R, Caso V, Bornstein NM, Svobodová V, Pezzella FR, Grecu A et al. Enhancing and accelerating stroke treatment in Eastern European region: methods and achievement of the ESO EAST program. *Eur Stroke J.* 2020;5(2):204–12.
- 19 Situation assessment of rehabilitation in Ukraine. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349595>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 20 Golyk V, Syvak O, Grabljevec K, Tederko P, Gutenbrunner C, Nugraha B. Five years after development of the national disability, health and rehabilitation plan for Ukraine: achievements and challenges. *J Rehabil Med.* 2021;53(3):jrm00160.
- 21 Options for best practice clinical guideline development in Ukraine: policy brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341549>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).
- 22 Українська асоціація боротьби з інсультом [вебсайт] (www.uabi.org.ua, доступ здійснено 20 травня 2022 року). (українською мовою)
- 23 Stroke care in Ukraine: press conference held in advance of WSD2019 [блог]. In: European Stroke Organization [вебсайт]. 2019 (<https://eso-stroke.org/stroke-care-in-ukraine-press-conference-held-in-advance-of-wsd2019/>, доступ здійснено 20 травня 2022 року).

Європейське регіональне бюро ВООЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) — спеціалізоване агентство системи Організації Об'єднаних Націй, що було створене у 1948 році і в першу чергу відповідає за міжнародні питання охорони здоров'я і громадське здоров'я. Європейське регіональне бюро ВООЗ — одне з шести регіональних бюро ВООЗ, що розташовані в різних частинах світу і мають власні програми, адаптовані до конкретних захворювань, наявних у країнах, які вони обслуговують.

Держави-члени

Австрія	Ізраїль	Республіка Молдова
Азербайджан	Ірландія	Російська Федерація
Албанія	Ісландія	Румунія
Андорра	Іспанія	Сан-Марино
Бельгія	Італія	Сербія
Білорусь	Казахстан	Словаччина
Болгарія	Киргизстан	Словенія
Боснія і Герцеговина	Кіпр	Таджикистан
Великобританія	Латвія	Туреччина
Вірменія	Литва	Туркменістан
Греція	Люксембург	Угорщина
Грузія	Мальта	Узбекистан
Данія	Монако	Україна
Естонія	Нідерланди	Фінляндія
	Німеччина	Франція
	Норвегія	Хорватія
	Північна Македонія	Чехія
	Польща	Чорногорія
	Португалія	Швейцарія
		Швеція

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00
Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.who.int/europe