

т/ф: (044) 255-16-32; 287-30-34
e: mail- asociaciya1@kv.chereda.net; dvk2@ukr.net
01033 м.Київ-33, а/с 108, УАЛДВК

свідоцтво МІО № 1509 від 18 жовтня 2000 р.
р/р 26000527020201 в Печерській філії
ПАТ КБ «Приватбанк», МФО300711

Вих. № 12 від 13 грудня 2022 р.

**Міністру охорони здоров'я України,
п. Ляшку В. К.**

**копії: Директору Національної служби
здоров'я України Вільшинській М. Б.,
Директорам департаментів охорони
здоров'я обласних та Київської міської
держадміністрацій**

Вельмишановний Вікторе Кириловичу!

Висловлюю Вам свою пошану і повагу та звертаюсь за одностайним дорученням фахової спільноти лікарів-дерматовенерологів України, членів ВГО «Українська асоціація лікарів-дерматовенерологів і косметологів» (понад 2000 лікарів-дерматовенерологів, в тому числі керівники спеціалізованих медичних закладів, науковці, практичні лікарі), з проблеми щодо подальшого організаційно-структурного існування соціально-значимої дерматовенерологічної служби в Україні.

Міністерством охорони здоров'я України винесено на громадське обговорення проєкт Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я». В пояснювальній записці до проєкту відповідної Постанови Кабінету Міністрів вказується, що її метою є створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я, їх розвитку згідно з сучасними підходами до формування госпітальних округів для забезпечення населення ефективним і доступним медичним обслуговуванням та відбудови зруйнованих закладів охорони здоров'я в результаті збройної агресії РФ.

В пояснювальній записці до проєкту цієї Постанови Уряду України цілком правомірно зазначається, що на сьогодні в Україні не запроваджено принципи госпітального планування. Заклади охорони здоров'я не об'єднані в мережу ні функціонально, ні організаційно, що збільшує фрагментарність послуг і знижує їх якість для пацієнтів. В такій ситуації неможливо розробити оптимальні маршрути пацієнтів і контролювати якість надання медичної допомоги.

Крім цього, вказується, що процеси адміністративно-територіальної реформи і децентралізація управління закладами охорони здоров'я мають прогалини в забезпеченні спроможності територіальних громад управляти закладами охорони здоров'я на місцевому рівні.

Вказується, що в Україні де факто продовжує залишатись ще Союзний поділ закладів охорони здоров'я за адміністративним принципом (міські, райони, обласні), який має значні недоліки і гальмує розвиток медичних послуг. Досить часто ці послуги не покривають весь спектр нинішніх медичних потреб населення.

З метою усунення вищезазначених недоліків, згідно проєкту Постанови Кабінету Міністрів України пропонується впровадити сучасні підходи до створення і функціонування госпітальних округів. Госпітальний округ вважається визначеним в межах АР Крим, областей, м. Києва та Севастополя. Формування госпітальної мережі кожної області передбачає поділ госпітального округу на госпітальні кластери – території, в межах яких буде забезпечено надання якісної, комплексної медичної допомоги. Один кластер розрахований на забезпечення стаціонарною медичною допомогою не менше 150 тисяч осіб. Госпітальні кластери визначаються з урахуванням меж адміністративно-територіальних одиниць, показників чисельності населення та структури захворюваності.

У складі спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу, як надавачі медичних послуг, визначаються:

- надкластерні заклади охорони здоров'я;
- кластерні заклади охорони здоров'я;
- загальні заклади охорони здоров'я;
- первинна медична допомога;
- центр екстреної медичної допомоги.

Надкластерними закладами охорони здоров'я госпітального округу визначаються багатопрофільні лікарні для дорослих, багатопрофільна лікарня для дітей та спеціалізовані заклади, які виконують функцію головного закладу (центру) з надання медичної допомоги за певним профілем (у кількості не більше одного центру на госпітальний округ).

Згідно проєкту Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я», обласні, Київська міська державні (військові) адміністрації повинні розробити та подати до 1 травня 2023 року для погодження МОЗ спроможну мережу закладів охорони здоров'я та плани розвитку округів. МОЗ має погодити спроможну мережу закладів охорони здоров'я протягом двох місяців з дня отримання пропозицій, а НСЗУ починаючи з 2024 року, при розробці програми медичних гарантій та укладанні договорів, має врахувати обсяг забезпечення медичними послугами відповідними видами закладів охорони здоров'я, що входять до мережі госпітального округу.

Лікарі-дерматовенерологи України схвалюють в цілому відповідні організаційні заходи щодо створення і функціонування госпітальних округів. Разом з тим, у фаховій громаді лікарів-дерматовенерологів України викликало цілковите нерозуміння відсутності напряму «Дерматовенерологія» серед усього переліку напрямів медичного обслуговування, в тому числі у переліку: загальні заклади охорони здоров'я; кластерні заклади охорони здоров'я; надкластерні заклади охорони здоров'я; спеціалізовані заклади (центри).

При цьому, ряд інших вузькопрофільних напрямів медичного обслуговування, зокрема за спеціальностями гастроентерологія, ендокринологія, оториноларингологія, офтальмологія, урологія, пульмонологія, ревматологія, нефрологія та ін., включені до переліку кластерних і надкластерних закладів охорони здоров'я.

У зв'язку з цим постало логічне запитання. Або несвідомо вкралась прикра друкарська помилка? Або, якщо це свідомо, тоді галузі охорони здоров'я України напрям медичного обслуговування «Дерматовенерологія» є непотрібним?

Відповідно, постає також питання щодо рівня компетентності шановних членів робочої групи (співробітників профільного департаменту МОЗ, або співробітників НСЗУ), які приймали участь у підготовці проєкту відповідної Постанови Кабінету Міністрів України.

Хвороби шкіри та підшкірної клітковини складають 5,9% від усіх захворювань, які щорічно реєструються в Україні. Щорічно понад 2 мільйони громадян України потребують дерматологічної та венерологічної допомоги. Спектр різноманітних захворювань шкіри налічує понад 700 нозологічних форм. Крім цього до дерматовенерології відноситься майже 80% усієї інфекційної патології людини.

Хвороби шкіри гостро заразного характеру та хронічні шкірні захворювання, а також інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) є і будуть залишатись у найближчому майбутньому одними із важливих медико-соціальних проблем в Україні. Ряд хронічних дерматозів з тяжким перебігом обумовлюють зростання первинного виходу на інвалідність. Інфекції, що передаються статевим шляхом є основним чинником у розвитку чоловічого та жіночого безпліддя, стимулюють вроджені вади плоду та новонароджених дітей, є базовою причиною депопуляції в Україні. Превалювання статевого шляху передачі вірусу імунодефіциту людини у останні десятиліття перевело ВІЛ-інфекцію у розряд захворювань, які передаються статевим шляхом. Аналіз даних епідеміологічних досліджень, проведених в Україні у останні роки, свідчать, що легетимною (ліцензованою) медичною допомогою при ІПСШ охоплено не більше 40% осіб, що її потребують. Значна частина хворих на ІПСШ, в тому числі хворих на сифіліс лікується у лікарів суміжних спеціальностей, або практикує самолікування, що спричиняє розвиток пізніх та ускладнених форм цих інфекцій.

Як свідчить історичний досвід, під час війни та пов'язаних з війною економічних, соціальних та психологічних проблем відбувається епідемічне зростання рівня захворюваності на заразні паразитарні і грибкові хвороби шкіри (короста, педикульоз, мікози) та інфекційні захворювання шкіри (піодермії). Суттєво також зростає рівень захворюваності на алергічні дерматози (токсикодермія, атопічний дерматит, екзема, кропив'янка та ін.). Посилюється тяжкість перебігу ряду хронічних дерматозів (псоріаз, пухирчатка, шкірні форми колагенозів та ін.). Відповідна негативна тенденція реєструється лікарями-дерматовенерологами на теперішній час в Україні і вона буде продовжувати зберігатись у подальші роки.

Впродовж останніх років на різних рівнях державної влади, в медичному середовищі, в тому числі серед лікарів-дерматовенерологів точаться дискусії

стосовно майбутнього української медицини загалом та спеціалізованої дерматовенерологічної допомоги зокрема. Стосовно дерматовенерологічної допомоги виокремлюються дві кардинальні точки зору. Перша – збереження дерматовенерологічних закладів зі статусом юридичної особи з її обґрунтованим реформуванням. Друга – реорганізація дерматовенерологічних закладів з повною передачею їх функцій спеціалізованим відділенням багатопрофільних лікарень, з позбавленням дерматовенерологічного закладу статусу юридичної особи. Мотивація такої «реорганізації» є різною: від скорочення витрат, аж до відчуження матеріальної бази нині існуючих спеціалізованих дерматовенерологічних закладів.

Дехто з очільників охорони здоров'я, оцінивши високий рівень оснащення лікарень у ряді країн Європи та новітні медичні технології переповнюється дійсно благими намірами зробити в Україні медичні реформи на кшталт європейських. Разом з тим, проведення цих реформ потребує поглибленого врахування соціальних демографічних та економічних умов в Україні. Тому, вважаємо, що безоглядне запозичення європейського медичного досвіду на терени України може в кінцевому порядку лише погіршити і без того складну ситуацію у галузях, які займаються діагностикою та лікуванням соціально-значимих хвороб, в першу чергу у напрямку «Дерматовенерологія».

На жаль, ми уже маємо невтішні результати проведених у окремих областях України (згідно з рішеннями обласних Рад) реорганізацій обласних дерматовенерологічних диспансерів, шляхом передачі їх функцій спеціалізованим відділенням при багатопрофільних обласних лікарнях. Наслідками втрати обласними диспансерами статусу юридичних осіб є: втрата керованості дерматовенерологічною службою області, порушення централізованої системи обов'язкових серологічних досліджень на сифіліс, порушення системи спеціальних лабораторних досліджень (бактеріоскопічних, бактеріологічних та ін.).

Важливою проблемою української дерматовенерології на сучасному етапі є питання інтеграції і міждисциплінарного підходу при лікуванні хронічних дерматозів та ПСШ. Відслідковується поступове вклинення в нашу спеціальність колег гінекологів, урологів, педіатрів, інфекціоністів. На жаль результати такої інтеграції поки що негативні. Тисячі хворих на ПСШ жінок лікують гінекологи, без обстеження їх чоловіків, а лікарі педіатри, імунологи і алергологи лікують алергодерматози без співпраці з дерматологами. Відповідна ситуація вимагає дотримання чіткої регламентації функцій по кожній лікарській спеціальності, визначених у «Паспорті спеціальності».

Враховуючи усе вищезазначене, згідно одностайної думки фахової медичної спільноти лікарів-дерматовенерологів України, при формуванні госпітальних округів в межах областей та м. Києва для забезпечення населення ефективною спеціалізованою дерматовенерологічною допомогою найбільш раціональним з державницьких, громадських і фахових позицій є створення в межах госпітальних округів спеціалізованого обласного (міського) дерматовенерологічного центру, шляхом реформування функціонуючих обласних (міських) дерматовенерологічних диспансерів, а у областях де ці спеціалізовані обласні заклади були реорганізовані у

відділення при багатопрофільних лікарнях, також здійснити відповідне реформування з відновлення обласних спеціалізованих дерматовенерологічних центрів з набуттям закладу статусу юридичної особи. Крім цього, нагальна необхідність запровадження інтеграції в межах чіткої регламентації і міждисциплінарного підходу до діагностики і лікування хворих на шкірні хвороби та ПСШ потребує розширення функцій і повноважень цих спеціалізованих обласних (міських) дерматовенерологічних центрів в межах своїх госпітальних округів. Зокрема, клінічні лабораторії цих дерматовенерологічних центрів мають бути директивно визначені як референс-лабораторії з питань діагностики шкірних захворювань та ПСШ.

Враховуючи запровадження у вітчизняну медицину, в тому числі дерматовенерологію чисельних новітніх медико-біологічних технологій та апаратних методів діагностики і лікування, а також розширення спектру нинішніх медичних потреб населення логічним та доцільним є розширення назви відповідних спеціалізованих центрів. Пропонується, як варіант, на прикладі за умови створення профільного центру в межах госпітального округу м. Києва, наступна назва: **«Київський міський спеціалізований центр дерматовенерології, дерматоонкології, алергології та медичної косметології».**

Стосовно системи надання спеціалізованої медичної допомоги у країнах західної Європи та можливості її запозичення, потрібно зазначити, що у різних країнах є свої особливості, які напрацьовувались багатьох попередніх десятиліть. Зокрема, у Великій Британії дерматологія відокремлена від венерології, а назву спеціальності «Венерологія» замінено на «Сечостатеву медицину». У зв'язку з цим профільна медична допомога надається у різних медичних центрах. Ця модель не є сприйнятливою для України.

У Франції, Німеччині і Італії дерматологія та венерологія інтегровані в одну спеціальність, так як і в Україні. Надання дерматовенерологічної допомоги у цих країнах здійснюється лікарями-дерматовенерологами амбулаторно, а також амбулаторно і стаціонарно у спеціалізованих науково-практичних дерматовенерологічних центрах при медичних факультетах університетських госпітальних клінік. До складу керівництва цих дерматовенерологічних центрів входять директор з медичних питань та директор з науково-дослідної роботи. У цих центрах проходять навчання студенти медичних факультетів та лікарі-інтерни. Враховуючи, що в останні десятиліття в дерматовенерологію запроваджено цілий ряд новітніх медико-біологічних технологій у цих європейських країнах дерматовенерологія також охоплює ряд субспеціальностей, зокрема андрологію, алергодерматологію, медичну косметологію, мікологію, оперативне лікування хвороб шкіри, флебологію і фотодерматологію. Це також є доцільним для запровадження в Україні.

Відповідний організаційно-методичний та структурний досвід функціонування у цих провідних європейських країнах системи надання дерматовенерологічної допомоги населенню з паралельним здійсненням науково-дослідної і навчальної роботи є на нашу думку цілком сприйнятливим для запровадження в Україні,

враховуючи, що у більшості обласних центрів функціонують ВМНЗ з профільними кафедрами дерматовенерології.

Плекаю надію, що одностайна думка та обґрунтовані пропозиції фахової дерматовенерологічної спільноти України будуть враховані при підготовці Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я».

З повагою,

Президент УАЛДВК,

завідувач кафедри дерматології та венерології

з курсом косметології

НМУ ім. О. О. Богомольця,

член-кореспондент НАМН України,

професор



В. І. Степаненко