

Санстанції ліквідовано. Хто нині стоятиме на сторожі санепідблагополуччя населення?

2012 рік для української медичної галузі був насичений реформами та змінами. Торкнулися вони і Державної санітарно-епідеміологічної служби України. Про реорганізацію та перспективи розвитку служби, характер цих змін та їх вплив на стан громадського здоров'я ми попросили розповісти голову Державної санітарно-епідеміологічної служби України, Головного державного санітарного лікаря України **Анатолія Пономаренка**.

— **Анатолію Миколайовичу, поясніть, будь-ласка, у чому сутність реорганізації Державної санітарно-епідеміологічної служби України?**



— Як відомо, донині функцію контролюючого органу сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення виконували санітарно-епідеміологічні станції (СЕС), які були закладами охорони здоров'я та знаходились у сфері управління Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, а їх керівники підпорядковувалися Головному державному санітарному лікарю України, який за посадою був першим заступником міністра охорони здоров'я. Такі заклади були практично на кожній адміністративній території (сільський район, місто, район у місті) та мали статус окремої юридичної особи. Їх налічувалося близько 800, а штат працівників становив 52 944 особи. Ні керівники, ні працівники цих закладів, незважаючи на те що вони здійснювали свої повноваження від імені держави, не мали статусу державних службовців.

Згідно з Указом Президента України від 09.12.2010 р. № 1085 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» створено Державну санітарно-епідеміологічну службу (далі — Держсанепідслужба) України як окремий центральний орган виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Вже з 2012 р. Держсанепідслужба України почала здійснювати свої повноваження безпосередньо — через Центральний апарат (центральний рівень) та через територіальні органи — головні управління в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, на водному, залізничному, повітряному транспорті (регіональний рівень — 30 юридичних осіб) та їх відокремлені структурні підрозділи в містах (міські

управління) та районах (районні чи міжрайонні управління) (місцевий рівень — 347 підрозділів) (згідно з Положенням про Держсанепідслужбу України, затвердженим Указом Президента України від 06.04.2011 р. № 400, а також на виконання Постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) від 28.12.2011 р. № 1382 «Про утворення територіальних органів Державної санітарно-епідеміологічної служби»).

На виконання вищезазначених державних регуляторних актів та відповідно до Положення про територіальні органи Держсанепідслужби України, затвердженого наказом МОЗ України від 19.01.2012 р. № 34, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 16.03.2012 р. за № 13/20726, нині головні управління Держсанепідслужби України та їх відокремлені структурні підрозділи здійснюють першочергові заходи щодо профілактики інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень, запобігання шкідливому впливу на стан здоров'я і життя людини факторів середовища життєдіяльності; здійснюють санітарні заходи щодо охорони території від занесення та поширення особливо небезпечних (у тому числі карантинних) і небезпечних інфекційних хвороб, здійснюють державний санітарно-епідеміологічний нагляд і контроль у пунктах пропуску через державний кордон України тощо.

Для забезпечення проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення до складу Держсанепідслужби України на базі цілих майнових комплексів СЕС створено лабораторні центри республіканського, обласних, міських рівнів, а також на водному, залізничному та повітряному транспорті; їх відокремлені структурні підрозділи (міський, районний, міжрайонний, міськрайонний, лінійний, басейновий відділ лабораторних досліджень). Також у разі необхідності можуть створюватися районні відділення лабораторних досліджень (Постанова КМУ від 14 листопада 2012 р. № 1050

«Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби», наказ МОЗ України від 19.11.2012 р. № 924 «Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції 26.11.2012 р. за № 1980/22292; наказ МОЗ України від 30.11.2012 р. № 976 «Про затвердження Примірних штатних нормативів лабораторного центру Держсанепідслужби України»).

З 1 січня 2013 р. відповідно до Постанови КМУ від 14.11.2012 р. № 1050 кількість працівників Держсанепідслужби України становитиме 29 961 особу. При цьому гранична чисельність працівників головних управлінь Держсанепідслужби України та їх структурних підрозділів становитиме 7500 одиниць, у тому числі державних службовців — 2500 одиниць. Решта працівників (22 461 особа) забезпечуватимуть проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань у відповідних лабораторних центрах та їх відокремлених структурних підрозділах.

З метою фахового працевлаштування усіх медичних працівників колишніх СЕС Держсанепідслужба України листом від 10.12.2012 р. № 03.13-7308/20 звернулася до голів обласних державних адміністрацій із проханням розглянути можливість створення комунальних підприємств на базі існуючих дезінфекційних станцій.

— **Чим викликана необхідність значного скорочення штатів Держсанепідслужби України?**

— Підґрунтям для скорочення кадрового складу Держсанепідслужби (під скорочення потрапили понад 20 тис. осіб) стало суттєве зменшення планових заходів державного нагляду (контролю), що здійснюватимуться 2500 працівниками служби, які з наступного року матимуть статус державних службовців. У ході адміністративної реформи йдеться про зміну акцентів у діяльності Держсанепідслужби: з адміністративно-командних на рекомендаційно-роз'яснювальні та санітарно-просвітні.

Слід відзначити, що в умовах переорієнтації економіки країни на ринкові від-

носини змінюється і характер взаємодії санітарного лікаря з підприємцем. Зокрема, нині представник Держсанепідслужби має виступати у ролі консультанта щодо організації безпечної для громадського здоров'я підприємницької діяльності з урахуванням потенційних ризиків. Від ступеня ризику залежатиме кількість і частота планових заходів державного нагляду (контролю) (Постанова КМУ від 19.09.2012 р. № 896 «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності для санітарного та епідемічного благополуччя населення та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю)»).

Відповідно до затверджених критеріїв, більшість видів господарської діяльності, які не створюють реальної загрози для життя та здоров'я громадян, відносяться до низького та середнього ступеня ризику і лише незначна їх кількість — до високого. Відповідно скорочується кратність планових перевірок: для суб'єктів із високим ступенем ризику — 1 раз на рік (раніше — щоквартально), середнім — 1 раз на 3 роки (раніше — 1 раз на півроку), низьким — 1 раз на 5 років (раніше — 1 раз на рік).

— Чи не призведуть вищезазначені заходи з реорганізації служби до погіршення громадського здоров'я?

— Звичайно, питання дерегуляції господарської діяльності у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення не з простих. Перш за все, це пов'язано з тим що діяльність Держсанепідслужби спрямована на збереження і зміцнення життя і здоров'я населення та майбутніх поколінь як найбільш цінного Конституційного права громадян. Президент України Віктор Янукович і Прем'єр-міністр України Микола Азаров, говорячи про дерегуляцію, акцентують увагу на тому, що вона не має ніяким чином позначитися на здоров'ї населення.

Проте свідомість громадян, зокрема підприємців, має свої особливості: як тільки Держсанепідслужба послаблює в якійсь сфері свій нагляд, одразу ж виникають спалахи інфекційних та неінфекційних хвороб, незважаючи на те що дотримання санітарного законодавства є обов'язком кожного громадянина, у тому числі підприємця (Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-XII «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»). Це очевидно, адже якщо ніхто не вимагатиме та не контролюватиме, то підприємцем не вигідно витрачати чималі кошти

на впровадження санітарних та протиепідемічних заходів на своїх об'єктах.

Донині Держсанепідслужба, маючи розгалужену структуру СЕС і численний кадровий потенціал, гідно стояла на сторожі санітарного та епідемічного благополуччя населення України. Є сподівання, що стабільній санітарно-епідемічній ситуації та збереженню громадського здоров'я сприятиме переорієнтація системи охорони здоров'я у бік профілактичної медицини, направленої на формування відповідального ставлення громадян до свого здоров'я та мотивації населення до здорового способу життя, зі створенням дієвої системи охорони громадського здоров'я. На фінансування цього напрямку у 2013 р. передбачено найбільш за всю історію незалежності України видатки Державного бюджету в обсязі 2 118 729,6 тис. грн.

— Анатолію Миколайовичу, якими будуть Ваші побажання українцям у Новому році?

— У кінці цього нелегкого для Держсанепідслужби України року хочу подякувати усім колегам за сумлінну роботу та поздоровити з наступаючим Новим 2013 роком. Впевнений, що всі зміни, які відбуваються у нашій державі, сприятимуть зміцненню здоров'я та добробуту кожного українця!

Юлія Єрмалова

Реферативна інформація

По уровню адипонектина можно судить о риске развития рака поджелудочной железы



В ходе нового исследования ученые из Медицинской школы Гарвардского университета (Harvard Medical School), Бостон, США, выявили, что у больных раком поджелудочной железы (РПЖ) уровень адипонектина (гормоноподобного вещества белковой природы, выделяемого жировой тканью, повышающего чувствительность тканей к инсулину и обладающего противовоспалительным действием) значительно ниже, чем за год до установления диагноза и по сравнению со здоровыми. Результаты исследования опубликованы в «Journal of the National Cancer Institute».

В последнее время появляется все больше доказательств того, что факторами риска развития РПЖ являются ожирение и уровень адипонектина в плазме крови. Доказано, что уровень адипонектина определяет прогноз выживаемости больных с онкологической патологией поджелудочной железы.

Для данной работы ученые проанализировали результаты 5 крупных проспективных исследований, в которых приняли участие 360 тыс. человек. РПЖ диагностирован у 468 из них, сдавших анализ крови не менее чем за 1 год до установления диагноза. Случайным образом из здоровых участников были выбраны 1080 человек, которые составили контрольную группу. Проанализировав полученные данные, исследователи установили, что медиана содержания адипонектина в плазме крови у больных РПЖ составила 6,2 мкг/мл, а у участников группы контроля — 6,8 мкг/мл ($p=0,009$). Во всех 5 проспективных исследованиях отмечена взаимосвязь между уровнем адипонектина и риском развития РПЖ, вне зависимости от маркеров инсулинорезистентности,

например наличия сахарного диабета, индекса массы тела, уровня физической активности и С-реактивного белка в плазме крови.

Для более детальной оценки данных участников разделили на квинтили в зависимости от уровня адипонектина в плазме крови. Отмечено, что чем выше уровень гормоноподобного вещества, тем ниже риск развития РПЖ. Так, у участников из 1-го квинтиля относительный риск (ОР) развития РПЖ составил 0,66 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,44–0,97), 2-го — 0,61 (95% ДИ 0,43–0,86), 3-го — 0,58 (95% ДИ 0,41–0,84), 4-го — 0,59 (95% ДИ 0,41–0,84). Все полученные результаты были статистически достоверными ($p=0,04$). Выявленная взаимосвязь не зависела от индекса массы тела пациента, наличия сахарного диабета, статуса курения и других признанных факторов риска развития РПЖ.

Авторы исследования подчеркивают, что полученные результаты являются дополнительными доказательствами роли массы тела пациента и резистентности к инсулину в развитии РПЖ, а также того, что высокий уровень адипонектина в плазме крови является независимым фактором риска развития данной онкологической патологии. Ученые надеются посвятить последующие работы изучению терапевтических мероприятий, направленных на повышение уровня циркулирующего адипонектина с целью предупреждения развития РПЖ.

Bao Y., Giovannucci E.L., Kraft P. et al. (2012) A Prospective Study of Plasma Adiponectin and Pancreatic Cancer Risk in Five US Cohorts. J. Natl. Cancer, Dec. 14 [Epub ahead of print].

Smith M. (2012) Obesity hormone linked to pancreatic Ca. MedPage Today, Dec. 15 (www.medpagetoday.com/HematologyOncology/OtherCancers/36473).

Zhang J., Hochwald S.N. (2012) Plasma Adiponectin: a possible link between fat metabolism and pancreatic cancer risk. J. Natl. Cancer, Dec. 14 [Epub ahead of print].

Юлія Котиківич