

Дано старт роботі Стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я України

Нещодавно наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 24.07.2014 р. № 522 затверджено Положення про Стратегічну дорадчу групу з питань реформування охорони здоров'я України (далі — СДГ) та склад її Координаційної ради. На виконання зазначеного наказу комісія у складі представників МОЗ України, Світового банку, Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародного благодійного фонду (МБФ) «Відродження» та громадських організацій відібрала на конкурсних засадах 12 експертів (у тому числі зарубіжних) і сформувала склад СДГ. Логічним наслідком цих подій стало перше засідання групи, що відбулося 19 серпня у МОЗ України під головуванням міністра охорони здоров'я України Олега Мусія.



У вступному слові **Олег Мусій** зазначив, що основне завдання діяльності СДГ співпадає з головною метою, яка нині стоїть перед МОЗ України, — побудова нової національної системи охорони здоров'я України. Він щиро подякував за підтримку ВООЗ, Світовому банку, МБФ «Відродження» та іншим провідним міжнародним та вітчизняним організаціям, які словом і ділом долучилися до виконання цього надважливого завдання.

«Завдяки цій підтримці ми отримали значний інтелектуальний ресурс для розробки наступних етапів побудови нової системи охорони здоров'я. З одного боку, до роботи залучено кращих світових експертів — носіїв неоціненного міжнародного досвіду, з іншого — визнаних вітчизняних експертів, які протягом багатьох років практичної діяльності засвідчили свою ефективність в окремих ділянках охорони здоров'я в Україні. Сподіваюся, що механізм діяльності СДГ, відображений у затвердженому Положенні, виявиться дієздатним. Насамперед завдяки тому, що в його основу закладено наступність та послідовність. За попереднім погодженням зі складом Координаційної ради ми не будемо знову винаходити велосипед, а за основу своєї діяльності СДГ візьме розроблену МОЗ України, обговорену громадськістю та вже презентовану суспільству Концепцію побудови нової національної системи охорони здоров'я України. Я б хотів, щоб в ході роботи над розробкою Стратегії та Плану дій ви сприймали Концепцію не як сталу константу, а як рамковий загальний документ. Тобто за нагальної необхідності першоджерело можна в чомусь коригувати (ми відкриті до дискусії і сприйняття ініціатив, які вдосконалять документ), — натомість, його необхідно враховувати та дотримуватися: базуватися на ньому, як при будівництві нового будинку дотри-

муються особливостей форми та структури закладеного під нього фундаменту», — наголосив головуєчий.

О. Мусій вважає створення СДГ прогресивним кроком та черговим свідченням того, що робота МОЗ України стала більш демократичною та відкритою. Водночас Стратегія має бути зрозумілим для всіх публічним документом. «Ми зможемо отримати партнерів у побудові нової системи охорони здоров'я лише тоді, коли Стратегія буде позитивно сприйнята як пацієнтами, так і медичною спільнотою. З одного боку, у нас є карт-бланш — політична воля Президента України та Уряду на зміну системи охорони здоров'я, з іншого — на нас покладено високу відповідальність: надзвичайно важливою є якість того продукту, який ми покладемо на стіл тим, хто ухвалюватиме рішення на найвищому державному рівні. Крім того, здійснити реформу без підтримки суспільства буде вкрай важко. І від того, як ми зможемо пояснити громаді, що отримає пацієнт і медичний працівник в результаті запропонованих змін, залежить успіх усієї справи. Тож маю велику надію, що підсумком роботи групи стане третій документ — поетапний план дій

з конкретним переліком необхідних для імплементації Концепції і Стратегії нормативних документів, визначенням термінів, впродовж яких ті чи інші органи мають вжити тих чи інших заходів. Сподіваюся, що за допомогою провідних експертів ми зможемо успішно розробити необхідні Україні документи і запропонувати суспільству сучасну європейську модель системи охорони здоров'я й ефективні кроки щодо її втілення», — підсумував урядовець, побажавши членам СДГ плідних інтелектуальних напрацювань.

Перебіг першого засідання СДГ модерували **Ігор Перегінєць**, заступник керівника Бюро ВООЗ в Україні, та **Паоло Беллі**, головний економіст і лідер сектору людського розвитку представництва Світового банку в Україні, Молдові та Білорусі. Учасниками було обговорено формат і механізми взаємодії експертного складу з Координаційною радою та секретаріатом, а також окреслено пріоритети роботи СДГ на найближчі 3 міс.

Першочерговим завданням групи є аналіз існуючої системи охорони здоров'я та її недоліків. Це, в першу чергу, потрібно для того, щоб при опрацюванні напрямків



розбудови нової системи врахувати найбільш уразливі місця системи існуючої. Відповідний звіт-рекогносцировку група має подати за 3 тиж. Одразу після цього етапу експерти візьмуться за написання Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., що триватиме до кінця жовтня 2014 р. Втім, окрім розробки проекту стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні, діяльність СДГ покинула також скоординувати зусилля центральних органів виконавчої влади, громадських організацій та інших інституцій щодо реалізації проектів міжнародної технічної допомоги, а також планування та організаційного супроводу розбудови національної системи охорони здоров'я в Україні загалом.



За поданням голови Координаційної ради СДГ, міністра охорони здоров'я України О. Муся, головою (або експертом-координатором) СДГ було обрано **Володимира Курпіту**, голову Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (міністр рекомендував його як висококваліфікованого професіонала, лікаря за фахом, який нещодавно прийшов на державну службу з громадської організації і володіє великим досвідом роботи в міжнародних інституціях та структурах, пов'язаних із громадським здоров'ям). У свою чергу, В. Курпіта подякував за довіру і висловив переконання у тому, що, навіть враховуючи нинішні напружені часи, всі учасники СДГ будуть готові використати весь доступний час і докласти усіх можливих зусиль та зусиль для ефективного консолідованого виконання свого важливого завдання з метою отримання на виході якнайкращого результату.



Як повідомила **Ольга Стефанишина**, голова секретаріату СДГ, виконавчий директор благодійного фонду «Пацієнти України», організаційна схема діяльності СДГ базується на виконанні

4 основних завдань.

Завдання 1. Аналітичний огляд існуючих матеріалів з метою акумуляції інформації для розробки стратегії та детального плану реформи:

- державна політика у сфері охорони здоров'я, відповідно до блоків галузі, включаючи останні документи з пілотних регіонів;
- національні дані з охорони здоров'я, що ґрунтуються на офіційних звітах та незалежних оцінках та оглядах;

- огляди та оцінка відповідних ініціатив з питань громадського здоров'я та посилення системи охорони здоров'я;
- аналіз і оцінка поточних національних та місцевих епідеміологічних, економічних, політичних і правових факторів у сфері охорони здоров'я.

Завдання 2. Розробити чіткі рекомендації для побудови нової системи охорони здоров'я, у тому числі моделей надання послуг та нормативно-правової бази:

- забезпечення надання послуг з охорони здоров'я та громадського здоров'я, доступних для всього населення;
- забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги для населення;
- забезпечення надання послуг з охорони здоров'я на основі потреб та відсутності відмов у наданні медичних послуг через фінансову неспроможність громадян;
- впровадження системи забезпечення ефективного використання ресурсів для вирішення медичних потреб населення;
- розробка ефективних критеріїв прийняття рішень щодо майбутніх інвестицій і реструктуризації;
- розробка механізму сталого фінансування та управління сферою охорони здоров'я.

Завдання 3. Підготовка специфічних компонентів Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. в якості основи стратегічного планування розвитку послуг охорони здоров'я: відповідно до результатів завдань 1 та 2 група експертів повинна розробити проект конкретного компоненту стратегії (у рамках роботи експертних груп за 6 напрямками: лідерство/управління; фінансування; надання послуг; людські ресурси; медичні продукти, вакцини та технології; інформація; громадське здоров'я), а нещодавно розроблена МОЗ України, обговорена громадськістю та презентована суспільству Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України слугуватиме для цього базисом.

Завдання 4. Розробка пропозицій щодо плану дій (докладної «дорожньої карти») стосовно реалізації Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., який описує механізми, інструменти та терміни впровадження визначених Національною стратегією цілей; у плані, зокрема, буде визначено (щонайменше на період 2015–2018 рр.):

- час впровадження та бюджет;
- результати та критерії моніторингу;
- відповідальні сторони.

Загальний термін діяльності СДГ розрахований на 18 тиж, а графік робіт окремо по завданнях розподілений наступним чином:

Завдання 1

- 19.08 — 1-ша зустріч СДГ;
- 26.08 — подання робочого плану експертної групи;

- 2.09 — подання проекту аналізу;
- 15.09 — презентація звіту перед Координаційною радою, затвердження. **Завдання 2**
- 02.10–09.09 — розробка проекту рекомендацій;
- 13.10–14.10 — 2-га зустріч СДГ для презентації та обговорення проекту рекомендацій СДГ. **Завдання 3**
- 16.09–30.09 — розробка Стратегії;
- 7.10–14.10 — 3-тя зустріч СДГ для презентації та обговорення проекту Стратегії;
- 14.10–21.10 — початок етапу громадського обговорення проекту Стратегії та включення коментарів;
- 28.10 — остаточне подання Стратегії. **Завдання 4**
- 3.28.10 — розробка «дорожньої карти»;
- 09.12–16.12 — подання проекту звіту до Координаційної ради та початок етапу громадського обговорення;
- 23.12 — фінальний звіт.

Таким чином, заплановано, що на основі напрацьовань експертів СДГ відбуватиметься розробка звіту про оцінку системи охорони здоров'я з точки зору факторів справедливості, ефективності, результативності, стійкості та організаційної спроможності (через 2 тиж з дня початку роботи — до 2 вересня 2014 р.). Далі здійснюватиметься розробка Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр., в якій узагальнено 6 напрямків: лідерство/управління; фінансування; надання послуг; людські ресурси; медичні продукти, вакцини та технології; інформація; громадське здоров'я (протягом 10 тиж з дня початку роботи — до 28 жовтня 2014 р.). На завершальному етапі розроблятиметься План дій («дорожня карта») для реалізації Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. (на 18-му тижні з дня початку роботи — до 23 грудня 2014 р.).

У післяобідній частині засідання було заслухано низку цікавих доповідей. Зокрема, представники Світового банку у звіті «Врядування в охороні здоров'я в Україні/Governance in Healthcare in Ukraine» на базі оригінального дослідження, проведеного у 2013 р., запропонували новий підхід до аналізу й оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я України. А представники Американської торговельної палати в Україні та Асоціації виробників інноваційних ліків «АПРАД» презентували спільне бачення розвитку фармацевтичного сектору України на найближче п'ятиліття у звіті «Візія 2020» (за результатами відповідного мультикраїнного дослідження, проведеного міжнародним консалтинговим гігантом «PriceWaterhouseCoopers»).

*Пилип Снегір'єв,
фото автора*

*Вперше опубліковано
у «Щотижневому АПТЕКА»
від 20.08.2014 р.*

Масса тела связана с риском развития рака



Исследовательская группа во главе с доктором Криснан Баскаран (Krishnan Bhaskaran) из Лондонской школы гигиены и тропической медицины (London School of Hygiene and Tropical Medicine) выявила взаимосвязь между индексом массы тела (ИМТ) и риском развития различных видов рака.

Как отмечают ученые, ранее уже проводили подобные исследования и находили доказательства этой взаимосвязи, но эти работы не обладали большой статистической мощностью. В то же время в новое когортное исследование, проведенное группой британских ученых, результаты которого опубликованы в журнале «The Lancet», включили около 5,24 млн участников. Исследователи считали, что такое большое количество участников поможет избежать недостатков предыдущих работ.

Ученые собрали данные о пациентах с помощью клинической базы данных «UK Clinical Practice Research Datalink», которая содержит компьютеризованную первичную медицинскую документацию врачей общей практики о пациентах. В эту базу данных заносится первичный диагноз, назначения, данные инструментальных методов диагностики, направления к специалистам, сведения о госпитализации, окончательный диагноз, о котором информируется врач общей практики. Помимо прочего, в эту базу данных заносится информация относительно образа жизни и антропометрических измерений.

Согласно антропометрическим данным, средний ИМТ составил 25,5 кг/м² (стандартное отклонение (СО) — 4,9). Напомним, что ИМТ ≥ 25 кг/м² соответствует критериям ВОЗ для избыточной массы тела.

За период наблюдения, медиана которого составила 7,5 года (СО 5,3), рак зарегистрировали у 201 504 человек. Исследователи проводили расчеты по 22 наиболее распространенным видам рака, который выявили у 166 955 (3,2% общей популяции) человек.

Как выяснилось, из этих 22 видов рака с избыточной массой тела были связаны 13, однако сила эффекта для каждого вида сильно варьировала. Что касается недостаточной массы тела, то ИМТ < 18 кг/м² в сравнении с нормальным ассоциирован с повышением риска развития рака ротовой полости, пищевода, желудка и легкого и снижением — постменопаузального рака молочной железы и рака предстательной железы.

Результаты анализа свидетельствуют, что каждое повышение ИМТ на 5 кг/м², в свою очередь, повышает риск развития рака матки на 62% (относительный риск 1,62; 95% доверительный интервал 1,56–1,69). Это же касается рака желчного пузыря (31%), почки (25%), печени (19%). В меньшей степени взаимосвязь прослеживалась для рака толстой кишки, шейки матки, щитовидной железы, яичника, молочной железы (постменопаузальный) и лейкемии. В то же время обратную взаимосвязь выявили для рака ротовой полости, легкого, молочной железы (пременопаузальный), предстательной железы.

Результаты дополнительного анализа, который допускал возможность наличия нелинейной связи между ИМТ и раком и учитывал дополнительную модификацию этой взаимосвязи с курением, возрастом, полом, менопаузальным статусом, стали доказательством того, что ИМТ связан с 17 и 22 видов рака. Кроме вышеперечисленных, сюда включили рак поджелудочной железы, желудка, прямой кишки и злокачественную меланому.

Если допустить наличие каузальности, то, по мнению ученых, избыточная масса тела и ожирение ответственны за 41% случаев рака матки и $> 10\%$ случаев рака желчного пузыря, почки, печени и толстой кишки.

Как отмечают исследователи, для выяснения механизмов, по которым избыточная масса тела повышает риск развития рака, необходимо дальнейшее изучение этой проблемы. Можно предполагать, что в основе этой взаимосвязи лежит изменение уровня инсулина, инсулиноподобного фактора

роста, половых гормонов, поскольку уровень этих гормонов зависит от адипокинов (цитокинов, продуцирующихся жировой тканью), однако ученые подчеркивают, что это предстоит установить в будущем, как и каузальность выявленной взаимосвязи.

Bhaskaran K., Douglas I., Forbes H. et al. (2014) Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5,24 million UK adults. *The Lancet*, 14 August [Epub ahead of print].

Украина — в лидерах по смертности, связанной с повышенным потреблением соли



Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует употреблять не более 2 г поваренной соли в сутки. Результаты нового исследования свидетельствуют о том, что эти рекомендации придерживаются редко, что приводит дополнительно к 1,65 млн смертей в мире ежегодно. Эти результаты в журнале «The New England Journal of Medicine» представила исследовательская группа под руководством доктора Дариуша Мозаффариана (Dariush Mozaffarian) из Университета Тафтса (Tufts University).

Авторы провели анализ данных, касающихся употребления соли, из масштабных национальных исследований, проведенных во многих странах мира. В этих исследованиях суточное потребление соли определяли либо с помощью опросника, либо по экскреции с мочой. Исследования охватывали 74,1% мировой взрослой популяции.

Согласно полученным данным, суточное потребление соли в мире в среднем составило 3,95 г и в зависимости от региона колебалось в пределах 2,18–5,51 г/сут. При этом лишь в 6 из 187 стран потребление соли соответствовало рекомендациям ВОЗ (средний уровень < 2 г/сут), а в 119 странах средний суточный уровень употребления поваренной соли превышал рекомендованный на > 1 г.

Далее ученые проанализировали кардиоваскулярные эффекты поваренной соли. Согласно данным анализа, каждое снижение в потреблении соли на 2,3 г/сут достоверно снижает систолическое артериальное давление на 3,82 мм рт. ст. При этом подтвердилась ассоциация между употреблением соли и смертностью.

Когда за референтный уровень взяли употребление соли $< 2,0$ г/сут, установили, что 1,65 млн смертей от кардиоваскулярных причин в мире в 2010 г. были связаны с его превышением: 687 тыс. по причине коронарных заболеваний, 685 тыс. — из-за инсульта и 276 тыс. — из-за других кардиоваскулярных причин. 40,4% смертей произошли преждевременно, то есть у лиц в возрасте < 70 лет.

Среди 9 мировых регионов наибольшее абсолютное число смертей, связанных с повышенным потреблением поваренной соли, отмечали в Центральной Азии, Восточной и Центральной Европе.

Среди различных стран наибольшую кардиоваскулярную смертность вследствие повышенного употребления соли регистрировали в Грузии — 1967 смертей на 1 млн взрослых лиц в год, наименьшую — в Кении, где она составила 4 смерти на 1 млн человек в год.

Самую высокую смертность среди 30 наибольших по численности наций отмечали в Украине. В нашей стране этот показатель составил 1540 смертей на 1 млн взрослых лиц в год.

В своих выводах ученые отмечают важность проведения национальных программ, направленных на повышение осведомленности населения о последствиях чрезмерного потребления поваренной соли. Также авторы подчеркивают, что, хотя точных данных по целевому уровню снижения потребления поваренной соли нет, большинство организаций, рассматривавших имеющиеся доказательства, сходятся на уровнях в пределах 1,2–2,4 г/сут.

Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G.M. et al. (2014) Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N. Engl. J. Med.*, 14 August [Epub ahead of print].

Виталий Безишайко