

# Медицина освіта, медична наука та кадрова політика в охороні здоров'я: стан справ та шляхи виходу із кризи

Медицина освіта та медична наука — основа кадрової політики в охороні здоров'я — відіграють важливу роль у формуванні здорової нації у будь-якій країні світу. Це питання піднімалося під час I Національного симпозиуму Української медичної експертної спільноти (УМЕС), що відбувся 25 квітня 2018 р. у Києві, матеріали якого ми пропонуємо до уваги наших читачів.



Відкриваючи секцію симпозиуму, присвячену питанням медичної науки, освіти та кадрової політики в охороні здоров'я, **Ігор Найда**, уповноважений координатор УМЕС, лідер Всеукраїнської освітньої платформи «Сходи в майбутнє», представив доповідь «Засади національної політики охорони здоров'я України у сфері кадрових ресурсів». Він нагадав, що у проекті Концепції побудови національної системи охорони здоров'я України визначено її мету — збереження

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

Вища мета національної СОЗ — забезпечення високої якості життя українця та середньої тривалості життя — «80 плюс».

Для впровадження цієї концепції у життя і досягнення її мети необхідне розвинуте лідерство і сучасний менеджмент. І саме людський капітал є основою того, щоб лідерство було переведено в менеджмент і дало результат. До лідерства належать такі категорії, як місія, принципи, цінності, бачення, стратегія, а до менеджменту — цілі, плани, дії, поведінка, результат.

## Інвестиції в медичні кадри — основа економічного зростання

Торкнувшись сучасного погляду на кадри СОЗ, доповідач послався на підсумкову доповідь і рекомендації Комісії високого рівня з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я й економічного зростання Генеральному секретарю Організації Об'єднаних Націй Пан Гі Муну на сесії Генеральної асамблеї ООН 20 вересня 2016 р. у Нью-Йорку, у яких наголошувалося, що країни занадто довго розглядали працівників охорони здоров'я як чергову статтю витрат, а не як мету інвестицій, які можуть мати потрійну віддачу в плані підвищення рівня здоров'я населення, економічного зростання й глобальної безпеки у сфері охорони здоров'я».

У свою чергу в проекті Концепції зазначено, що вдосконалення кадрової політики полягатиме у:

- прогнозуванні потреби СОЗ у кваліфікованому персоналі та довгостроковому плануванні підготовки відповідних фахівців;
- визначенні провідної ролі і відповідальності громад/власників закладів охорони здоров'я, професійних медичних та фармацевтичних самоврядних організацій у формуванні замовлення кадрів;
- запровадженні системи безперервного професійного розвитку задля досягнення і підтримання максимального рівня компетентності у процесі трудової діяльності;
- мінімізації трудової міграції кваліфікованих медичних кадрів шляхом застосування оплати праці за референтними тари-

фами та реалізації програм місцевих стимулів щодо закріплення кадрів;

- запровадженні добору керівних кадрів на компетентніших засадах;
- якісній підготовці кадрів у достатній кількості та їх просторовому розміщенні згідно з потребами населення у відповідних послугах;
- досягненні і підтриманні максимального рівня компетентності медичних і фармацевтичних кадрів у процесі трудової діяльності через запроваджені системи безперервного професійного розвитку.

## Мета кадрової політики в охороні здоров'я

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

## Стан кадрового забезпечення медичної галузі

Зазначено, що на сьогодні в СОЗ України не визначено обґрунтованої потреби в медичних кадрах, і тому заяви чиновників про надлишок медичних кадрів є декларативними і бездоказовими. Ще більшою гостротою питання кадрового забезпечення набувають у процесі впровадження змін СОЗ та країни в цілому. За словами доповідача, щороку вони поглиблюються і вже набули масштабів кризових явищ.

Тож на сьогодні ми є свідками відсутності концептуального проектування та стратегічного планування кадрової політики в охороні здоров'я, що, у свою чергу, унеможливило запровадження ефективних змін у медичній галузі у зв'язку з розпорошенням та неадекватним використанням фінансових ресурсів, відходом від соціально орієнтованих принципів політики у сфері охорони здоров'я.

## Вихід є!

Для досягнення мети кадрової політики пропонується використання ціннісно-цільового та компетентнісного підходів як складових процесу постійного вдосконалення, що забезпечує якісне функціонування усієї системи трудових ресурсів і ефективну діяльність закладів охорони здоров'я сьогодні та на перспективу.

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

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

- Оцінка існуючого стану медичних кадрів і потенціалу, необхідного для здійснення політики в галузі кадрових ресурсів охорони здоров'я.

- Планування кадрових ресурсів, що насамперед визначається співвідношенням працівників охорони здоров'я та цільових популяцій і ефективним наданням медичних послуг.
- Комплексна інформаційна СОЗ.
- Управління людським капіталом охорони здоров'я, що охоплює не лише управління людьми, а й управління процесами на різних рівнях системи, здійснюване самими людськими ресурсами за допомогою ціннісно-цільового та компетентнісного методів управління.
- Визначення пріоритетних потреб і дій на основі існуючого стану кадрових ресурсів охорони здоров'я з демонстрацією послідовності здійснення політики, розробленням і реалізацією пріоритетних дій у галузі кадрових ресурсів охорони здоров'я.
- Впровадження професійного медичного самоврядування з поступовим передаванням регуляторних та управлінських функцій до самоврядної інституції.

## Наука та інновації в медицині: як їх оцінювати?



**Андрій Горбань (УМЕС)**, кандидат медичних наук, представив до уваги присутніх доповідь «Наука та інноваційний розвиток — нові вимоги до спеціалістів і процесів».

Він зазначив, що на сучасному етапі реформування СОЗ України одним з пріоритетних напрямків є удосконалення та розвиток системи інноваційної діяльності, оцінки ефективності інноваційних процесів, нормативно-правових аспектів інноваційної діяльності, удосконалення кадрового потенціалу. Ці питання також відображені в проєкті Концепції.

Тож видатними українськими фахівцями проведено дослідження цього питання, на основі результатів якого і підготовлено цю доповідь.

У ході дослідження проаналізовано:

1. Галузеву нормативно-правову базу, що регламентує вимоги до організації планування, проведення та звітування про виконання наукових розробок у медичній сфері України.
2. Технології підтримки прийняття рішень з управління інноваційною діяльністю.
3. Роль засобів наукової комунікації в інформаційному забезпеченні спеціалістів СОЗ України.

Використано такі методи дослідження, як системний підхід та системний аналіз, статистичний метод, метод прогнозування та метод експертних оцінок.

У процесі дослідження встановлено, що ключове значення для удосконалення та розвитку системи інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я України має наявність ефективних механізмів відбору, оцінки та впровадження у практику нових медичних технологій, медичної техніки, лікарських засобів, медичних виробів, медичних інформаційних систем. Крім того, потрібна розробка дієвих механізмів моніторингу результатів провадження інновацій.

Також встановлено, що зі значного обсягу розробленої інноваційної продукції, що є результатом виконання науково-дослідних робіт, зокрема за кошти Державного бюджету України, до етапу впровадження у сферу охорони здоров'я України доходить усього 5–6%, що є істотним недоліком організації інноваційної діяльності. Тому вирішення проблеми трансформації наукових розробок в інноваційні продукти та їх подальший трансферт сьогодні є надзвичайно актуальними, що підтверджує досвід провідних країн світу.

Крім того, у результаті дослідження встановлено відсутність індикаторів якості інноваційних процесів у СОЗ України.

Тож, для вирішення цього питання сформувано основні індикатори якості інноваційних процесів у СОЗ України, які умовно розподілено на дві групи.

### 1-ша група — індикатори кадрового ресурсу

- Рівень цитування як показник міжнародного визнання наукової праці працівника, колективу науковців, наукової установи.



- Індикатор зниження рівня недоброчесності (плагіату) при веденні наукової діяльності.

### 2-га група — процесні індикатори

- Науковий, науково-технічний, соціальний, економічний ефекти від впровадження.
- Індикатор конкурентоспроможності вітчизняної наукової продукції на міжнародних ринках.
- Індикатор відповідності напрямів наукової діяльності визначеним середньостроковим та довгостроковим цілям СОЗ України.
- Індикатори динаміки розвитку ресурсного забезпечення розробників інновацій та відповідності матеріальної бази сучасним міжнародним стандартам.
- Індикатори ефективності залучення міжнародних ресурсів при веденні інноваційної діяльності.
- Індикатори ефективності промоції наукової продукції на світових ринках.

**Стратегічний висновок дослідження** — інноваційна діяльність у СОЗ України потребує модернізації.

**Тактичний висновок дослідження** — для ефективного управління діяльністю доцільним є запровадження специфічних індикаторів оцінки якості.

## Безперервний професійний розвиток лікарів як основа якісної медичної допомоги



**Олександр Толстанов**, засновник та член координаційної ради УМЕС, заслужений лікар України, представив доповідь «Післядипломна медична освіта та безперервний професійний розвиток професіоналів охорони здоров'я». Він зазначив, що будь-яка людина повинна володіти своєю професією і працювати згідно з фахом. І особливо це стосується лікарів. Тому свого часу Міністерство охорони здоров'я України доручило Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика сформулювати бачення процесу безперервного професійного розвитку лікарів і викласти його у вигляді відповідних нормативних документів. Результатом праці науковців стала постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», яка опублікована без додатків, що стосуються балів і напрацювань.

Зробивши короткий огляд систем післядипломної освіти у різних країнах світу, доповідач зазначив, що критерії системи безперервного професійного розвитку лікарів формуються відповідно до особливостей показників наукового, соціального, економічного і культурного розвитку кожного суспільства і на підставі нагальних потреб.

### Тож що необхідно зробити в Україні?

- Визначити на законодавчому рівні, що таке професійний безперервний розвиток (вже визначено відповідною Постановою Уряду — прим. ред.).

## РЕЗОЛЮЦІЯ І Національного симпозиуму Української Медичної Експертної Спільноти «Здоров'я українця — найвища цінність держави»

Ми, учасники І Національного симпозиуму Української Медичної Експертної Спільноти «Здоров'я українця — найвища цінність держави», зазначаємо, що в Україні стрімко поглиблюється демографічна криза, яка стала найбільшою загрозою для української державності й найкритичнішим викликом для української нації.

Хронічне недофінансування охорони здоров'я зумовило деградацію системи медичного обслуговування і знецінення важливості профілактичної складової у діяльності всієї системи охорони здоров'я, що призводить до стрімкого втрачання людського потенціалу, а відсутність стратегії у зазначених питаннях нівелює перспективи економічного зростання та добробуту нації.

На сьогодні охорона здоров'я вже на 60% фінансується безпосередньо з кишень пацієнтів та їх сімей. Держава і далі не прагне робити економіку охорони здоров'я прозорою, підвищувати соціальну захищеність громадян. У медичному середовищі та серед населення панує непевність у завтрашньому дні. Перспективні медичні кадри і працездатне населення йде з України. Громадяни України гинуть, не отримавши адекватної медичної допомоги, внаслідок неспроможності її оплатити, недосконалість і занепад медичної інфраструктури, низьку доступність медичних виробів, лікарських засобів, нестачу кваліфікованих спеціалістів. Збільшується кількість за давнини хвороб, а разом з тим — госпітальна летальність. Певні види медичної допомоги (стоматологія) майже на 100% комерціалізовані. Відсутній ефективний державний захист громадян від фінансових ризиків на випадок хвороби (державне медичне страхування). Руйнується медична освіта і наука. Система контролю і моніторингу неефективна. Ускладнилася епідеміологічна ситуація. Знищено багато важливих функцій системи санітарно-епідеміологічного нагляду і безпеки.

Абсолютна більшість громадян не відчуває змін на краще або вважає, що ситуація в охороні здоров'я погіршується. Думка громадськості, професійних спільнот, сторін соціального діалогу враховується вибірково чи ігнорується.

Натомість інститути державної влади здебільшого вдаються до імітації реформ. Нові державні інституції не встигають за гаслами. За цілі реформи видаються проміжні завдання, реалізація яких не може бути ані вимірною, ані оціненою під кутом зору здоров'я людини та її благополуччя. Фрагментарні та неконтекстні зміни спричиняють некерованість і хаос, нищать здорове існуюче, не формуючи нового — кращого, цілісного і гармонійного. Відповідальність перекладається на місцеві громади, лікарські спільноти і пацієнтів. Відсутні професійні управлінці, які могли б впровадити зміни. Це прикривається дорогою та галас-

- Провести поетапне скасування лікарських кваліфікаційних категорій.
- Ввести професійне ліцензування лікарської діяльності.

### Підвищення престижу лікаря та науковця — основа формування здорової нації



**Наталія Куфєртіна**, голова Ради молодих вчених при Міністерстві охорони здоров'я України, Харківській обласній державній адміністрації, Харківському національному медичному університеті, представила доповідь «Ключові аспекти співпраці УМЕС та молодих науковців медичного профілю». Вона зазначила, що на сьогодні одним з ключових питань є відтік кадрів з науки та молодих кадрів із медицини. Нині молодь знає іноземну

мову, вже може починати навчання за кордоном, отримувати там додипломну освіту, проходити стажування і залишатися

ливою пропагандистською інтервенцією, яка спричиняє напружену поляризацію суспільства і професійної спільноти.

УМЕС із широким колом представників громадянського і професійного суспільства, які взяли участь у Симпозиумі, констатує, що метою системи охорони здоров'я України повинно бути примноження людського потенціалу та добробуту громадян України, висока тривалість здорового життя українців, зниження захворюваності та смертності, а основною ціллю реформ — досягнення неухильного покращення цих показників.

Управління змінами в системі охорони здоров'я України, відповідно до рекомендацій ВООЗ, має спиратися на національний контекст і забезпечувати гармонізацію з цілями, встановленими світовою та європейською спільнотою для національних систем охорони здоров'я і суспільств у цілому. Зміни в охороні здоров'я мають здійснюватися командами фахівців на основі комплексної стратегії, яка охоплює всі складові системи охорони здоров'я на принципах професіоналізму, патріотизму та етичності.

Ми маємо узагальнене експертне бачення шляхів побудови нової національної системи охорони здоров'я, викладене в Концепції нової національної системи охорони здоров'я та Засадах національної стратегії охорони здоров'я.

Ми сповідуємо пріоритети людиноцентричності, духовності і соціальної справедливості та національної безпеки й розпочали роботу над Національною стратегією охорони здоров'я у співпраці з усіма заінтересованими сторонами, передусім з органами виконавчої та законодавчої влади, політичними партіями, сторонами соціального діалогу, науковцями, професійними медичними асоціаціями, пацієнтськими та іншими організаціями громадянського суспільства на засадах суб'єктності, множинності, синергії та недомінації.

Українська Медична Експертна Спільнота пропонує співпрацю — кадрову, наукову, методичну, організаційну — усім, хто поділяє нашу мету, пріоритети та засадничі принципи.

УМЕС закликає:

- законодавчу гілку влади — Верховну Раду України — виконати свій, передбачений Конституцією України, обов'язок та закріпити мету охорони здоров'я — примноження людського потенціалу як головної складової національного багатства в законі, створити юридичне підґрунтя для побудови Національної системи охорони здоров'я України та її сталого розвитку;
- виконавчу гілку влади — Уряд України, МОЗ України — внести корективи у свої плани і завдання, чітко пов'язати їх зі створенням і реалізацією Національної стратегії охорони здоров'я України, визначити шляхи і кроки, показники та індикатори, сили і засоби для досягнення збільшення тривалості здорового і якісного життя та продемонструвати це суспільству.

**ТВОРИМО МАЙБУТНЄ УКРАЇНСЬКОЇ НАЦІЇ РАЗОМ!**

25 квітня 2018 року  
м. Київ

працювати у провідних лікувальних та науково-дослідних установах зарубіжжя.

Крім того, багато лікарів розчаровуються у своїй професійній діяльності та залишають медицину.

На сьогодні з боку держави потрібні проекти, спрямовані на підтримку не лише пацієнтів, а саме лікарів. Уже проводяться певні семінари з юристами, адвокатами, лікарями різних спеціальностей, де кожен охочий може поставити певні запитання та отримати відповіді. Зокрема, у Харківській області під патронатом голови Харківської обласної державної адміністрації Ю.О. Світличної проходить медико-соціальний освітній проєкт «Правові засади лікарської діяльності: вирішення конфліктних ситуацій між лікарями та пацієнтами».

Стосовно співпраці з УМЕС зазначено, що на сьогодні існує команда молодих науковців у вищих медичних закладах освіти, яка готова долучитися і робити все можливе для створення гідної СОЗ, у якій буде приємно працювати і яка забезпечуватиме високу якість медичних послуг.

Стратегічною ціллю співпраці УМЕС із молодими вченими-медиками, за словами доповідачки, має бути покращення іміджу

лікаря, тактичною ціллю — розроблення цільових програм підтримки молодих спеціалістів і науковців-медиків на державному рівні. Так, у Харківському національному медичному університеті для збереження кадрового потенціалу з 2017 р. діє «Програма підтримки здобувачів наукового ступеня та вченого звання, науково-педагогічних працівників, які активно займаються науково-дослідною, міжнародною та методичною роботою в Харківському національному медичному університеті».

Щодо поточного стану справ у медичній галузі та дій влади зазначено: «Існуючу СОЗ сьогодні потрібно змінювати. Часи змін — це найважчі часи, комусь ці зміни подобатимуться, а комусь — ні. Але наша мета — створити в країні СОЗ, яка надаватиме якісну медичну допомогу, за якої будуть задоволені пацієнти і сформована здорова нація. Нам би хотілося, щоб при цьому медичний персонал не виглядав у такому негативному світлі, у якому його зараз подають засоби масової інформації (хабарники, непрофесіонали, незрозуміло хто). Необхідно, щоб медичних працівників поважали, щоб вони отримували гідне репутаційне визнання, гідну зарплату.

І щоб не було цього конфлікту, який, на жаль, існує сьогодні між пацієнтами, лікарями та владою. Ми хочемо, щоб це була єдина команда, яка працює на благо держави».



ті України.

Коментуючи цей виступ, **Іван Сорока**, президент Українського медичного клубу і один з модераторів заходу, зазначає, що разом з Міністерством охорони здоров'я України та всіма лікарськими спільнотами необхідно викоринити таку стратегію держави, коли лікар є рабом, надати молоді перспективи реалізовувати себе в Україні, та при розбудові нової СОЗ дослуховуватися до порад більш досвідчених колег, які утримували цю систему протягом усіх років незалежності України.

*Олександр Устїнов,  
фото Сергія Бека*

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Новые оральные антикоагулянты или ацетилсалициловая кислота: сравнение на основе риска развития внутричерепного кровоизлияния

Новые оральные антикоагулянты (ОА) (не антагонисты витамина К) могут стать привлекательным выбором для профилактики инсульта у лиц без фибрилляции предсердий, потенциально подверженных кардиоэмболии, но только если некоторые представители этой группы препаратов не несут более высокого риска развития внутричерепного кровоизлияния по сравнению с ацетилсалициловой кислотой (АСК).

Внутричерепное кровоизлияние — серьезное осложнение антитромботической терапии, поскольку оно ассоциировано с высокой смертностью или низким качеством дальнейшей жизни, что может нивелировать преимущества антитромботического лечения при основных ишемических событиях. Это может побуждать клиницистов к назначению АСК, когда есть показания к применению ОА. Тем не менее в одном из крупных исследований пациентов с фибрилляцией предсердий показано, что аписабан в дозе 5 мг дважды в сутки не приводит к повышению частоты развития внутричерепного кровоизлияния по сравнению с АСК и, более того, снижает риск развития инсульта, тем самым делая АСК (с ее гораздо меньшим нейропротекторным потенциалом) менее жизнеспособным терапевтическим вариантом у лиц с фибрилляцией предсердий даже с точки зрения безопасности.

Важно понимать, что все новые ОА различаются между собой профилем эффективности и безопасности. Показано, что 15 мг ривароксабана 1 раз в сутки значительно повышает риск развития внутричерепного кровоизлияния у пациентов с эмболическим инсультом неясного генеза. И хотя в целом как новые ОА, так и АСК оказывают протективные свойства в различных сосудистых руслах, в отдельных клинических ситуациях они могут быть в разной степени успешны. В связи с этим проведен систематический обзор и метаанализ рандомизированных клинических исследований для оценки риска развития внутричерепного кровоизлияния при применении новых ОА по сравнению с АСК при любых медицинских показаниях. Для этого проанализированы различные электронные базы данных исследований по следующим критериям: рандомизированный клинический дизайн, наличие сравнения оговариваемых препаратов, данные о внутричерепном кровоизлиянии в качестве конечной точки, продолжительность лечения не менее 3 мес. Когда сравнение отдельных новых ОА (например дабигатрана и эдоксабана) с АСК было недоступным, ученые анализировали исследования, сравнивающие дабигатран или эдоксабан с варфарином, а также АСК с варфарином, для получения косвенного сопоставления между дабигатраном или эдоксабаном и АСК.

Ученые идентифицировали 5 подходящих исследований с почти 40 тыс. испытуемых. Выявлено, что в исследуемой популяции дозировка 15 мг либо 20 мг ривароксабана однократно в сутки

ассоциируется со значительно большим риском развития внутричерепного кровоизлияния по сравнению с АСК. В то же время дозировка 5 мг аписабана дважды в сутки, 10 мг ривароксабана однократно либо по 5 мг дважды в сутки не показали повышения риска. Кроме того, непрямые сравнения подразумевают, что дабигатран в дозах 110–150 мг два раза в сутки и эдоксабан в дозах 30–60 мг однократно могут иметь сопоставимые с АСК риски развития внутричерепного кровоизлияния, хотя такие результаты следует интерпретировать с осторожностью из-за отсутствия прямых сравнений в любом рандомизированном клиническом исследовании.

1. В исследовании не всегда удается исключить предвзятость.
2. Качество доказательств оценено как умеренное.
3. Внутричерепное кровоизлияние является преобладающим среди инсультов в азиатской популяции, поэтому необходимо уточнить риски развития этого осложнения антиромбоцитарной терапии у азиатских индивидуумов.
4. Ученые использовали исследования, в которых предоставлялись данные об основных кровотечениях, а при этом могут использоваться разные дефиниции, хотя это мало повлияло на общие результаты метаанализа.

В заключение исследователи пришли к выводам, что в этом метаанализе рандомизированных клинических исследований, сравнивающих по всем показателям отдельные новые ОА и АСК, выявлено, что пациенты, получающие 15–20 мг ривароксабана один раз в сутки, имеют значительно более высокий риск развития внутричерепного кровоизлияния, тогда как пациенты, которые принимали 10 мг ривароксабана один раз в сутки, 5 мг ривароксабана два раза в сутки или 5 мг аписабана два раза в сутки, не имели повышенных рисков. Не обнаружено прямого сравнения между дабигатраном или эдоксабаном и АСК, но косвенное сопоставление показывает, что прием 110–150 мг дабигатрана два раза в сутки или 30–60 мг эдоксабана один раз в сутки может не ассоциироваться с повышенным риском развития внутричерепного кровоизлияния, хотя такие результаты следует интерпретировать с крайней осторожностью. Исходя из этих результатов, следует рассматривать только пациентов с фибрилляцией предсердий для назначения от 15 до 20 мг ривароксабана один раз в сутки. Кроме того, может быть целесообразным проводить рандомизированные клинические исследования, сравнивающие определенные дозы новых ОА (например 5 мг аписабана два раза в сутки) и АСК у пациентов, у которых нет фибрилляции предсердий, но есть потенциальные кардиоэмболические источники, которые могут привести к развитию инсульта.

**Huang W.Y., Singer D.E., Wu Y.L. et al. (2018) Association of Intracranial Hemorrhage Risk With Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant Use vs Aspirin Use: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Neurol., Aug. 13 [Epub. ahead of print].**

*Олег Мартышин*