

РЕЦЕНЗІЯ

на методичні рекомендації Очередыка Олександра Миколайовича та Клименюка Володимира Петровича на тему «Обґрунтування медико-соціальних стратегій за фрейлті моделями (на прикладі профілактики інвалідизації внаслідок серцево-судинної системи)»

У підсумковому документі наради Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй про інвалідність (2013 р.) зазначається, що приблизно 80% інвалідів живуть у країнах із низьким рівнем доходів, підкреслено доцільність забезпечення їх необхідною медико-соціальною допомогою, та включення цього питання до порядку денного в галузі охорони здоров'я на період після 2015 року. Серед структури ССЗ найбільш поширеними є ІХС, ішемічний інсульт та захворювання периферичних артерій. Зазначені ССЗ залишаються провідною причиною втрати працездатності: у найближчі 10 років у всьому світі очікується зростання кількості непрацездатних внаслідок інвалідності до 150 млн. осіб, що вдвічі перевищує цей показник в 1990 р (Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al., 2012). В Україні серцево-судинна патологія поширена серед $\frac{3}{4}$ населення України, в 62,5 % випадків вона є причиною смерті, що значно вище, ніж у розвинених країнах Європи (Свіщенко Є.П., Багрій А.Е., Єна Л.М., та ін., 2008). Україна посідає перше місце в Європі за смертністю від ССЗ: за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) протягом 2011–2012 років через цю причину ми втратили 440 тисяч співвітчизників. Все це доводить беззаперечну актуальність тематики запропонованої методології, адже практичні аспекти її використання продемонстровані на прикладі профілактики інвалідизації внаслідок серцево-судинної системи на популяції Вінницької області. Новизна полягає у спроможності використання похідного від ключового показника здоров'я – виживаності пацієнтів. При вирівнянні на якість, можна розширити методологію до використання вирівнених на якість (QALY) або ж інвалідність (DALY) придбаних років життя. Ми розширили також традиційний фрейм аналізу виживаності через інтеграцію індивідуальних факторів виживаності (фрейлті) в

типову функцію правдоподібності моделі пропорційного ризику Кокса. Це удосконалення суттєво доповнює прикладні ситуації використання класичних моделей виживання за рахунок можливості об'єднання гетерогенних за факторами виживаності популяцій, зберігаючи незміщеність оцінок фіксованих ефектів, зокрема тестування ефективності популяційних впроваджень.

Особливим моментом є можливість інтегрувати дані окремих досліджень, тобто метод є незамінним для мета-аналіза. Результати застосування методики можуть спонукати подальший пошук резервів щодо покращення якості обслуговування населення. Методика базується на використанні трьох головних компонент моделі: а) невідомої базової функції ризику, яка може змінюватися у часі, б) ЛП утвореного факторами, які видозмінюють базовий ризик (зокрема, ефективність впровадження програми дій), в) функції, яка описує розподіл фрейлті (новизна підходу). Методичні рекомендації призначені для працівників апарату управління охороною здоров'я при обласних держадміністраціях, районних відділів охорони здоров'я, головних лікарів ВОЦ медицини катастроф, центрів ПМСД, головних лікарів ЦРЛ, головних обласних і районних спеціалістів, лікарів, які забезпечують оптимізацію маршруту пацієнта та розміщення ЛПЗ, які задіяні в медичній допомозі пацієнтам з ГІМ та інсультами, зокрема закладів ЕМД.

В основу медико-соціальної стратегії профілактики інвалідизації покладені здобутки медичної реформи. Перевагами впровадженої нової моделі медичного обслуговування є: екстериторіальність, інтеграція медичної допомоги в єдиний медичний простір, поєднання таких критеріїв оптимізації, як вчасність і ефективність, відповідність до регіональної ситуації щодо здоров'я населення, його розселення та ресурсних можливостей системи охорони здоров'я. Зменшення територіальної нерівномірності забезпечення медичною допомогою теж суттєво сприяла покращенню виживаності інвалідів внаслідок ГІМ та інсультів.

Застосування запропонованої методології для вивчення ефективності впровадження елементів моделі організації медичного обслуговування інвалідів внаслідок ГІМ показало, що ефект впровадження оцінюється як 1757,6 додаткових місяців життя протягом перших 5 років від початку хвороби в масштабах Вінницької області щорічно. Встановлено, що основний ефект (84,2%) впровадження пов'язаний із покращенням вчасності медичної допомоги. 15,8% від загального ефекту впровадження приходить на компоненту покращення якості лікування пацієнтів.

Вважаю, що методичні рекомендації доцільні для впровадження і призначені для працівників апарату управління охороною здоров'я при обласних держадміністраціях, районних відділів охорони здоров'я, головних лікарів ВОЦ медицини катастроф, центрів ПМСД, головних лікарів ЦРЛ, головних обласних і районних спеціалістів, лікарів, які забезпечують оптимізацію маршруту пацієнта та розміщення ЛПЗ, які задіяні в медичній допомозі пацієнтам з гострим коронарним синдромом та інсультами, зокрема закладів ЕМД.

Голова проблемної комісії
“Соціальна медицина” МОЗ
та АМН України

д.м.н., проф. Слабкий Г.О.