

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Степкина Е.Л.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Резюме

Право на охрану здоровья человека зафиксировано в Конституции Республики Казахстан. Казахстан, как страна-участница Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), признает социальную модель здравоохранения. В Казахстане, как и в мире в целом, растут информированность граждан в вопросах охраны здоровья и связанные с этим ожидания.

Главная цель социальной политики суверенного Казахстана – последовательное повышение уровня и качества жизни населения, соблюдение основных социальных гарантий, в т.ч. по обеспечению доступности качественной медицинской и лекарственной помощи. Доступность лекарственной помощи определяется комплексом факторов: ресурсами лекарственных средств и их распределением; материально-технической базой фармацевтических и медицинских организаций и экономическими факторами.

При этом организация лекарственного обеспечения зачастую рассматривается обществом не только в рамках терапевтического применения, но и в качестве наиболее осязаемого индикатора доступности и качества медицинской помощи в целом.

Лекарственные средства играют важную роль в обеспечении здоровья населения и вносят значительный вклад в снижение уровня смертности и заболеваемости. Адекватное лекарственное обеспечение критически важно для достижения необходимых целей системы здравоохранения – сохранение и укрепление здоровья населения как главной социально-экономической ценности государства.

Современной тенденцией национальной системы здравоохранения является усиление механизмов регулирования и рационального использования лекарственных средств, и соответственно сдерживание затрат на их потребление при лечении пациентов.

Анализ текущей ситуации в области лекарственного обеспечения Республики Казахстан (РК) свидетельствует о некоторых недостатках механизма реализации прав граждан на лекарственное обеспечение, в частности в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан (ГПРЗ) «СаламаттыҚазақстан» на 2011 – 2015 годы сказано, что слабой стороной современного состояния системы здравоохранения РК является отсутствие четкого механизма реализации прав граждан на лекарственное обеспечение, в связи с чем, шестое направление Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан (ГПРЗ) «СаламаттыҚазақстан» на 2011 – 2015 годы посвящено повышению доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшению оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой.

Полноценная система обеспечения доступности лекарственных средств (ЛС) базируется на четырех основных принципах: она поддерживается рациональным выбором и использованием лекарств, надежной системой лекарственного обеспечения, доступными ценами и устойчивым финансированием. По определению Всемирной организации здравоохранения, доступность лекарственных средств имеет две составляющие: физическая доступность, то есть, сколько и какие лекарственные средства предлагаются населению, и с другой стороны, экономическая доступность этих препаратов, то есть, в состоянии ли приобрести эти лекарства пациент.

Ряд проведенных международных исследований показал, что в целом порядка 88% всех средств, затраченных на лекарственное обеспечение, фактически растрачиваются впустую. Это происходит в результате выбора слишком дорогих лекарств (около 10%), из-

за неадекватной оценки потребности в медикаментах (около 14%), 27% «теряется» в системе закупок, 19% - в системе распределения лекарственных средств, около 15% - при нерациональном прописывании лекарств и 3% в результате неправильного приема.

Особенность предстоящего периода развития системы лекарственного обеспечения в РК - появление новых внешних и внутренних угроз, с которыми предстоит столкнуться системе здравоохранения.

Первая угроза – старение популяции, что влечет за собой изменения требований к организации системы здравоохранения и лекарственного обеспечения, т.е. должны выдвигаться новые повышенные запросы к ресурсному обеспечению системы здравоохранения и социальной помощи.

Вторая угроза – фармацевтический рынок РК представлен большей частью импортными лекарственными средствами. С учетом того, что в РК пока нет полного покрытия нужд в жизненно важных лекарственных средствах, произведенных отечественными фармацевтическими производителями, остается угроза зависимости от импортеров лекарственных средств, которые могут диктовать выгодную им ценовую политику.

Третья угроза - дефицит квалифицированных кадров в системе здравоохранения в целом, и в фармации в частности. В условиях растущей конкуренции за пациента это обстоятельство диктует необходимость создания эффективной системы медицинского и фармацевтического образования, обеспечения мотивации персонала к постоянному повышению квалификации и повышению качества медицинской помощи.

Вместе с тем, в системе здравоохранения Республики Казахстан осуществляется формирование эффективной системы обеспечения качества медицинской помощи путем применения в клинической практике протоколов диагностики и лечения, клинических руководств, внедрения системы аккредитации, проведения экспертизы качества медицинских организаций, применяемых лекарственных (ЛС) и использования ряда других медицинских технологий.

Сегодня доля амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО) от общего объема ресурсов, выделяемых на закупку медикаментов, составляет 20%. Для сравнения: в США этот показатель достигает 71,9%; Канаде - 70,9%; Швеции - 68,4% и Италии - 58,7%. Одним из приоритетных направлений ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» является профилактика заболеваний, перенос акцента на уровень первично медико-санитарной помощи, в связи с чем назревает необходимость реформирования АЛО, в том числе совершенствование методики определения потребности лекарственных средств для лечения определенных категорий граждан, отпускаемых по бесплатным рецептам в соответствии с действующим законодательством в РК.

Как показывает практика, определение потребности ЛС и составление заявки имеет низкий уровень, что приводит к несвоевременному и неадекватному обеспечению больных лекарствами, способствует снижению эффективности лечения, ухудшению состояния здоровья и росту недовольства граждан. В связи с чем, считаем необходимым внедрение эффективных методик по определению потребности ЛС, применяемых для лечения амбулаторных больных. В рамках АЛО определение потребности в ЛС можно условно разделить на три категории:

- Лекарственные средства с нормируемым потреблением.
- Лекарственные средства специфического действия
- Лекарственные средства общетерапевтического действия.

К лекарственным средствам первой группы следует отнести наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, выписывание рецептов и потребление которых строго контролируется не только со стороны министерства здравоохранения, но и других ведомств. Определять потребности таких препаратов можно используя следующие формулы:

$$P = N \times Q \quad (1),$$

$$P = (N \times Q) : 1000 \quad (2),$$

где:

P - потребность в лекарственном средстве;

N - норматив потребления на одного пациента: в первом варианте - согласно утвержденному протоколу/стандарту лечения, во втором случае - норматив потребления на 1000 пациентов (рецептов);

Q - фактическое количество пациентов (рецептов).

Необходимо проводить постоянный мониторинг расчетной потребности с реально расходуемым количеством, используя персонифицированные данные учета отпуска ЛС за предыдущий период.

В связи с этим возникает острая необходимость создания регистров больных по всем нозологиям, лекарственные средства для лечения которых отпускаются на бесплатной основе. В нашей стране имеется опыт по созданию регистра больных сахарным диабетом и гемофилией, теперь следует провести масштабную работу и по другим заболеваниям.

Расчет второй категории лекарственных средств, закупаемых для АЛЮ можно производить по следующей формуле:

$$P = R \times Q_k \times Q_b, \text{ где:}$$

R - расход лекарственного средства на одного пациента на курс лечения в соответствии с протоколом/стандартом лечения;

Q_к - количество курсов в год;

Q_б - количество пациентов в год.

В связи с внедрением в РК регистра прикрепленного населения расчет потребности в лекарственных средствах будет соответствовать действительной ситуации, также можно будет оперативно вносить коррективы, что ранее было невозможно сделать столь достоверно.

Наиболее сложной является процедура определения потребности в лекарственных средствах третьей группы - ЛС широкого (общетерапевтического) спектра действия. Для точного определения потребности таких лекарственных средств необходима информация об объеме и структуре фактического потребления в анализируемый период, которые можно получить из персонифицированных данных.

В настоящее время в различных странах используются несколько методов: однофакторные и многофакторные модели, логико-экономические методы, анализ персонифицированных данных потребления лекарственных средств, формирование заявки на уровне врача первичного звена организации здравоохранения.

Какой метод использовать в амбулаторном лекарственном обеспечении необходимо определять с учетом изменений, происходящих в настоящее время в системе здравоохранения РК, а также деятельности Единого дистрибьютора, Таможенного союза и других факторов. С 1 января 2012 года лекарственные средства для лечения амбулаторных больных в Казахстане отпускаются только на бесплатной основе, что является беспрецедентным фактом на всем постсоветском пространстве. Вместе с тем, это требует более тщательно подхода к планированию приобретения необходимых лекарств, разумному и бережному использованию финансовых бюджетных средств.

Таким образом, повышение доступности лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне зависит от внедрения эффективных методик расчета определения потребности лекарственных средств, назначаемых амбулаторным больным на бесплатных условиях.

Список литературы:

1. Шамшурина Н.Г. Экономика лечебно-профилактического учреждения. М.: МЦФЭР, 2001. - 278 с.
2. Организация медицинской и лекарственной помощи на примере Краснокамского района Пермской области // Е.Г. Балахонова [и др.] // Фармация и здоровье: материалы междунар. науч.-практ.конф. , 9 – 12 нояб. 2005 г. – 2005. – С. 5-6.
3. Глембоцкая Г.Т. Концепция фармацевтической помощи, реалии и перспективы // Новая аптека. 2000. -№5. – с.11-14.
4. Подгорбунских Н.И. Состояние и перспективы развития аптечных учреждений в РФ Экономический вестник фармации.- 2000. - №12.- с.22-25

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Степкина Е.Л.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

В современных условиях развития рыночных отношений в Республике Казахстан (РК) здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру экономического, культурного и индустриального развития страны. Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности государства, отражающим степень его ответственности перед своими гражданами. Улучшение социально-экономического развития общества позволяет поставить перед отраслью принципиально новые задачи, направленные на создание доступной и эффективной системы здравоохранения.

В программе «Саламатты - Қазақстан» на 2011-2015 годы одной из поставленных приоритетных задач является совершенствование финансирования системы здравоохранения, в том числе оптимизация и расширение перечня лекарственных средств,купаемых в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП).

По данным Министерства здравоохранения РК объем финансирования с 2008 по 2010 годы вырос на 33,4 % в национальной валюте (с 377,5 млрд.тенге в 2008 году до 566,9 млрд. тенге в 2010 году) и на 18,4 % в долларах США (с 3,14 до 3,85 млрд. \$). При этом, если ранее основная доля финансирования приходилась на местные бюджеты (2008 год – 68,5 %, или 259 млрд. тенге; 2009 год – 60,1 %, или 276,9 млрд.тенге), то в 2010 году существенно возросла доля республиканского бюджета и целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета регионам: она достигла 66,2 %, или 375,5 млрд. тенге.

В частности, увечилось финансирование лекарственного обеспечения в рамках ГОВМП в 2011 году на лекарственное обеспечение в рамках целевых текущих трансфертов на закуп вакцин и других лекарственных средств было выделено около 1,3 млрд тенге, в 2012 году эта цифра увеличилась до 3,7 млрд тенге, в связи с чем расширился перечень лекарственных средств.

Фармацевтический сектор Республики Казахстан является важной неотъемлемой частью системы здравоохранения страны. За двадцатилетний период система лекарственного обеспечения страны претерпела кардинальные изменения: от централизованной системы поставок до развития разветвленной сети частных дистрибьюторов и розничных аптек. Наряду с естественными процессами развития

предпринимательства в фармацевтическом секторе государством были предприняты меры, способствующие созданию соответствующей базы для эффективного регулирования фармацевтического рынка, условий для перехода отрасли к международным стандартам. Создана нормативно-правовая база, регулирующая вопросы обращения лекарственных средств; улучшена система контроля качества лекарственных средств, при этом основные требования к качеству определены разработанной и утвержденной Фармакопеей Республики Казахстан; существенные улучшения отмечаются в системе лекарственного обеспечения.

Вместе с тем, остается открытым вопрос относительно разработки и внедрения оптимальных противозатратных механизмов, направленных на сдерживание финансовых расходов на лекарственное обеспечение, внедрение различных методов, используемых в развитых странах.

Международный опыт показывает, что во всех странах действуют различные противозатратные механизмы, направленные на сдерживание расходов на лекарственное обеспечение населения: разрабатываются «позитивные» и «негативные» перечни лекарственных средств (ЛС); широко пропагандируется использование препаратов-генериков; практикуется метод сооплаты; организуются тендерные закупки ЛС; осуществляется контроль над расходами на рекламу ЛС; создаются «страховые» аптеки, цены на ЛС в которых значительно ниже, чем в остальных аптеках; разрабатываются эффективные механизмы сдерживания роста расходов по возмещению стоимости ЛС путем введения более жесткого контроля над ценами и рациональностью назначения лекарственных средств.

Различный подход в европейских странах и к обновлению цен на лекарственные средства, так, в Австрии, Греции, Норвегии, Финляндии, Франции данная процедура осуществляется 3-4 раза в год, в Италии, Испании пересмотр на регулярной основе не практикуется.

Одним из механизмов финансирования лекарственного обеспечения является референтное ценообразование на лекарственные средства. Данный механизм наиболее широко используется странами Западной Европы. Во всех странах отмечают, что использование референтных цен, с одной стороны, позволяет экономить средства, с другой - снижает доступность высокоэффективных препаратов.

Референтное ценообразование практикуется в таких странах, как Германия, Польша, Чехия, Венгрия, Италия, Испания, Албания, Скандинавия, страны Бенилюкс, Новая Земля, Австрия, Швеция. Методы расчета референтных цен различны. В Германии применяется следующая схема расчета: средняя цена препарата и его аналогов с учетом активного вещества. В Швеции определяют референтную цену исходя из самой низкой цены генерика + 10%. В Дании референтная цена рассчитывается по формуле: средняя цена 2-х самых дешевых генериков. В Голландии базовая цена берется из расчета «дневной дозы».

Также распространенным методом в международной практике финансирования лекарственного обеспечения является метод сооплаты за отпущенные ЛС (таблица 1). Сооплата – это согласие пациента иметь право выбора лекарственного средства с доплатой из собственных финансовых средств.

Таблица 1 – Особенности оплаты за лекарственные средства в различных странах

Страна	Механизм сооплаты	Сооплата	Предел сбора с пациента
Австрия	фиксированный	3,15 евро за упаковку	Нет
Дания	дифференцированный	0%, 25%, 50% стоимости лекарства	Нет
Финляндия	фиксированный + дифференцированный	0%, 25%, 50%	Свыше франшизы 553 евро в год
Франция	дифференцированный	0%, 35%, 68%	Нет

Германия	фиксированный	1,56; 2,60; 3,64	2% от ежегодного дохода; 1% для хронических больных
Италия	фиксированный + дифференцированный	50% стоимости ЛС + 1,57 евро за упаковку	Нет
Великобритания	фиксированный	7,04 евро	100,4 ежегодно по сертификату предварительной оплаты

Механизмы сооплаты в развитых странах имеют существенные отличия:

- взимание фиксированной суммы, которая составляет лишь часть реальной стоимости лекарства (Австрия, Германия, Великобритания);
- оплата определенного процента стоимости лекарства (Франция, Дания, Бельгия и др.);
- оплата пациентом фиксированной суммы и (дополнительно) определенного процента от стоимости лекарства (Финляндия, Италия). Фактически этот механизм сооплаты включает в себя два предыдущих.

При этом в каждой стране имеются свои особенности. В Великобритании самая простая и легкая в применении форма сооплаты: фиксированная ставка сбора за единицу изделия (за исключением пенсионеров, малолетних детей, беременных женщин, которые получают лекарства бесплатно). В Австрии – фиксированная ставка за упаковку. Размер сооплаты пациентом зависит от количества и размера упаковок. В Германии общая сумма, подлежащая совместной оплате, зависит от количества и размера упаковок, препараты разделены на упаковки «малого», «среднего» и «большого» размера. Во Франции и Дании – дифференцированная система. Во Франции пациенты оплачивают 0%, 35% или 65% от стоимости выписанных медикаментов. В Дании – 0%, 25% или 50%. В Финляндии пациенты платят 8,7 евро за выписанное лекарство, и им возмещается 50% стоимости, затраченной сверх этой суммы (франшизы). Для больных хроническими заболеваниями франшиза (8,7 евро) делится пополам, и возмещение составляет 75% или 100% стоимости рецепта. В Голландии выписанные по рецепту ЛС бесплатны для пациентов при условии, что их цена не превышает максимальную, подлежащую компенсации общественным фондом.

Во многих странах наряду с различными системами компенсации затрат на ЛС действует и целый диапазон дополнительных услуг.

Льготный статус можно получить на основании возраста, уровня дохода или группы заболевания:

- В Великобритании 85% выписываемых национальной службой здравоохранения наименований медикаментов, предоставляемых населению, освобождены от сооплаты по возрасту, уровню дохода пациента или категории заболевания.
- Во Франции предоставляются льготы по 31 группе заболеваний.
- Германия – льготное лекарственное обеспечение предоставляется лицам, имеющим доход менее 10 600 евро (для одиноких) и 14 400 евро в год для пар.

В ряде стран Европы функционируют социальные схемы, которые дополнительно покрывают расходы, затрачиваемые пациентом на ЛС:

- В Финляндии сумма расходов пациента на ЛС не может превышать 553 евро в год.
- В Великобритании можно приобрести сертификаты предоплаты на 4 или 12 месяцев, которые освобождают их обладателей от любых дополнительных сборов.
- В Дании разработаны схемы для малоимущих, при которых стоимость выписанных ЛС возмещается местными муниципальными властями.

Таким образом, рассмотренные методы финансирования лекарственного обеспечения в развитых странах, могут служить основой для оптимизации в области лекарственного обеспечения населения Республики Казахстан, т.к. по заключению

экспертов Всемирной организации здравоохранения - ни в одной стране мира нет достаточных средств для покрытия нужд здравоохранения.

Список литературы:

1. Антонов Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении, №6, 2005.
2. Шейман И.М. "Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении". 2-е издание - М., Издательский дом ГУ ВШЭ, 2007 г.
3. Баранов В.И. Опыт организации льготного лекарственного обеспечения с использованием пластиковых карт В.И. Баранов Новая аптека 2003. №8.-С. 55-57.
4. Ишмухаметов А. Финансовый кризис и фармбизнес // Ремедиум, 2009. - № 4. – с. 20-25.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕДСМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ В ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ, ПРОМЫШЛЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И НА ТРАНСПОРТЕВ МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ

Космаганбетов Е.С.

Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности
Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Мангистауской области

В соответствии со Стратегией «Казахстан – 2050», озвученной Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбаевым 14 декабря 2012 года, одним из приоритетных направлений является формирование новых принципов социальной политики - социальных гарантий и личной ответственности, в рамках которых, здоровье нации определено как основа нашего успешного будущего.

Охрана здоровья работающих в Республике Казахстан (РК) обеспечивается системой социальных мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, т.е. на создание здоровых условий труда и жизни, предоставление им квалифицированной медицинской помощи. Характерная для современного этапа развития общества взаимосвязь экономического и социального прогресса является важнейшей предпосылкой сохранения здоровья работающих в процессе выполнения эффективного, производительного труда. При этом главными задачами считаются: обеспечение благоприятных условий труда на производстве; предупреждение и профилактика производственного травматизма; сохранение жизни и здоровья человека в процессе труда.

Основные приоритеты, предусматривающие обеспечение здоровья работающих на предприятиях Республики Казахстан, закреплены Конституцией РК, Трудовым Кодексом, Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» и другими законодательными актами.

Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1996 г. была принята Глобальная стратегия ВОЗ «Медицина труда для всех» с планом действий на ближайшие годы, включающая 10 стратегических целей:

1. усиление международной и национальной политики по медицине труда и разработка необходимых политических инструментов;
2. создание здоровой производственной среды;
3. разработку здоровых приемов работы и укрепление здоровья на работе;
4. укрепление служб медицины;
5. становление вспомогательных служб для медицины труда;
6. разработку стандартов медицины труда, основанных на научной оценке риска;
7. подготовку кадров для медицины труда;

8. создание систем регистрации и сбора данных, разработку информационных служб для специалистов, эффективную передачу данных и улучшение ознакомления общественности путем публичной информации;
9. усиление исследований;
10. организацию сотрудничества в медицине труда и с другими структурами и службами.

Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения 23 мая 2007 года приняла резолюцию и одобрила Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 годы. Было отмечено, что работающие представляют собой половину общей численности населения всего мира и вносят основной вклад в экономическое и социальное развитие. Их здоровье определяется не только теми факторами риска, которые присутствуют на рабочем месте, но и социальными и индивидуальными факторами, а также доступом к медико-санитарным услугам.

Охрана здоровья работающего населения является важнейшей государственной задачей. Гарантии прав работников на безопасность и охрану труда в процессе трудовой деятельности при заключении трудового договора, определены Трудовым Кодексом РК (ст.317) соответствующими обязанностями работодателя в области обеспечения безопасности и охраны труда. Одной из обязанностей работодателя является проведение за счет собственных средств обязательных, периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров и предсменного медицинского освидетельствования работников в случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, а также о переводе на другую работу с изменениями условий труда либо при появлении признаков профессионального заболевания.

С целью сохранения жизни, предупреждения инвалидности и травматизма наших граждан согласно Постановлению Правительства Республики Казахстан от 25 января 2012 года № 166 «Об утверждении перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, Правил проведения обязательных медицинских осмотров» во всех производственных, промышленных организациях, на различных видах транспорта области, где имеются медицинские кабинеты для проведения предсменных медицинских освидетельствований независимо от форм собственности должны строго соблюдаться указанные правила.

Целью проведения предрейсовых или предсменных медицинских осмотров работников является обеспечение безопасности движения различных видов транспорта, осуществление профессиональной деятельности на промышленных объектах.

Задачами предрейсовых или предсменных медицинских осмотров работников являются предотвращение допуска к рейсу (смене) работников в следующих случаях:

наличие признаков нетрудоспособности (острых и/или обострения хронических заболеваний);

наличие психотравмирующих ситуаций и других факторов, предположительно ухудшающих работоспособность;

наличие признаков употребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ.

К сожалению, на сегодняшний день исполнение данного Постановления правительства на многих промышленных предприятиях, железнодорожном, авиационном и автомобильном видах транспорта Мангистауской области осуществляется не на должном уровне.

От предсменного медицинского освидетельствования, во - первых, зависит жизнь самого допускаемого работника к работе, а так же жизни окружающих его граждан. В первую очередь работающие штатные медицинские работники в этих организациях должны иметь допуск к клинической практике, т.е. обязательный сертификат специалиста с категорией или без.

Сертификат специалиста - документ установленного образца, дающий физическому лицу право осуществлять медицинскую деятельность по конкретной специальности. Согласно пункту 3 статьи 176 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения РК» от 18 сентября 2009 года, запрещается занятие клинической практикой физическим лицом без наличия соответствующего сертификата специалиста, а также с истекшим сроком его действия.

Во-вторых, выделенные медицинские кабинеты и оборудование в промышленных организациях, предприятиях различного вида транспорта Мангистауской области для проведения предсменного медицинского освидетельствования должны соответствовать установленным нормативным требованиям, которые требуют улучшения оснащения и созданных условий для осуществления медицинской деятельности – это прерогатива в деятельности первых руководителей организаций, независимо от форм собственности.

Не секрет, что во многих случаях дорожно - транспортных происшествий, причинами аварий, приводящих к летальному исходу или инвалидности наших граждан, становится усталость водителей маршрутных автобусов, такси, а также желание заработать сверхурочно. Состояние данных сотрудников должно строго контролироваться штатными медицинскими работниками данных транспортных предприятий.

За предсменное медицинское освидетельствование ответственность возлагается на медицинского работника, проводившего предсменное медицинское освидетельствование и первого руководителя организации, независимо от формы собственности, так как от этого зависит жизнь наших граждан.

Предсменное медицинское освидетельствование - установление или подтверждение наличия или отсутствия у физического лица заболевания, определение состояния здоровья, а также временной нетрудоспособности, профессиональной пригодности к работе в данную смену.

Предсменное медицинское освидетельствование по профессиям проводится штатным медицинским работником, имеющим сертификат специалиста организации (прошедшие специальную подготовку в наркологическом диспансере или в больнице, осуществляющем эксплуатацию транспорта и оборудования или работником медицинской организации по договору между учреждением (индивидуальным предпринимателем).

Медицинская организация или кабинеты при предприятиях, оказывающих услуги по освидетельствованию по профессиям согласно лицензии, полученной в порядке установленным законодательством Республики Казахстан. Подготовка медицинского работника по вопросам проведения освидетельствования по профессиям, осуществляется наркологическими диспансерами (больницами).

Освидетельствование по профессиям проводится под контролем работодателя и при методическом руководстве работника медицинской организации или штатного медицинского работника, имеющего сертификат специалиста. Для проведения освидетельствования, организация (индивидуальный предприниматель) или медицинская организация, выделяет специальное помещение, оборудованное системами отопления, водоснабжения, канализации, освещения, оснащено медицинским оборудованием и инструментарием. Освидетельствование производится не ранее чем за 30 минут (для водителей автотранспортных средств) и за 1 час перед началом рабочей смены (дежурства), рейсом (полетом) при предъявлении маршрутного (путевого) листа, задания на выполнения полета или наряда. При необходимости выполнения нескольких рейсов (полетов) в течение дня освидетельствование проводится однократно, перед первым рейсом, (полетом). Результаты проведения освидетельствования регистрируются в журнале, установленного образца. Журнал заполняется медицинским работником, проводившим освидетельствование и хранится в кабинете, где осуществляется освидетельствование. Медицинские работники анализируют причины отстранения лиц, работающих по указанным профессиям и на основе анализа формируют группы риска,

куда включаются лица, склонные к злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами, длительно и часто болеющие (страдающие хроническими заболеваниями).

На всей территории Республики Казахстан, действуют Комитеты контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан, которые являются территориальными подразделениями Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан, осуществляющие в пределах своей компетенции контрольные, регулятивные и реализационные функции в сфере оказания медицинских услуг и обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Департамент в соответствии с возложенными на них задачами в установленном законодательством порядке, также осуществляет функции определения степени качества оказываемых медицинских услуг.

В соответствии с Законом РК «О государственном контроле и надзоре в Республики Казахстан» а также закона РК «О частном предпринимательстве», организации осуществляющие надзорную и контрольную функцию могут проводить проверки планового и внепланового порядка. Однако не все субъекты входят в компетенцию Департамента Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Мангистауской области для проведения плановых проверок. Между тем, проверки субъектов могут проводиться во внеплановом порядке. Одними из оснований для таких проверок, предусмотренных законодательством РК, могут являться:

- контроль исполнения предписаний (постановлений, представлений, уведомлений) об устранении выявленных нарушений в результате проверки и по результатам иных форм контроля и надзора;
- получение информации и обращений от физических и юридических лиц, государственных органов, депутатов Парламента Республики Казахстан и местных представительных органов о причинении либо об угрозе причинения существенного вреда жизни, здоровью человека, окружающей среде и законным интересам физических и юридических лиц, государства;
- инициативное обращение проверяемого субъекта о проведении проверки его деятельности;

Внеплановой проверке подлежат факты и обстоятельства, выявленные в отношении конкретных субъектов частного предпринимательства и послужившие основанием для назначения данной внеплановой проверки.

Таким образом, всех кто не равнодушен к сложившейся ситуации, создающей угрозу благополучия нашему обществу и жизни людей, Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Мангистауской области, просит проявить свою гражданскую сознательность в оказании содействия и помощи в устранении допускаемых нарушений.

Список литературы:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 января 2012 года № 166 «Об утверждении перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, Правил проведения обязательных медицинских осмотров».
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года.
3. № 2015 Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности.
4. Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских

осмотров водителей транспортных средств» (утв. Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.2002г.)

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНЫМИ БОЛЬНИЦАМИ И ПУТИ ИХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Мамырбекова С.А.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Актуальность исследования

Реформирование системы здравоохранения, децентрализация финансового обеспечения, формирование рынка медицинских услуг, появление конкурентных отношений среди различных медицинских организаций актуализируют применение адекватных методов и форм управления, обеспечивающих восстановление ослабленной в настоящее время управленческой вертикали в отрасли с целью обеспечения реализации государственной политики в области здравоохранения, что отмечается в работах многих отечественных и зарубежных специалистов (М. К. Кульжанов, К. К. Куракбаев, О. Т.Жузжанов, А. И. Вялков, В. В. Кучеренко, Ю. П. Лисицын).

Одними из таких методов являются экономические методы управления, все больше и больше внедряемые в практику медицинских организаций Республики Казахстан. Это было отражено в «Государственной программе реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 гг.», где указано, что переход от административного регулирования к системе экономических стимулов является приоритетным на данном этапе развития здравоохранения страны.

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011 - 2015 годы сделан акцент на поэтапный перевод медицинских организаций в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, который направлен на совершенствование системы управления, финансирования, инвестиционной политики в здравоохранении, повышение экономической эффективности деятельности медицинских организаций. Одним из важнейших элементов использования экономических методов в управлении является материальное стимулирование производительного и высококачественного труда. В

Концепции создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан одной из основных задач определено совершенствование дифференцированной оплаты труда, ориентированной на конечный результат.

В целом, практика функционирования системы оказания медицинской помощи населению в современных социально-экономических условиях, а также доступные нам источники литературы свидетельствуют, что вопросы, посвященные повышению эффективности использования экономических методов управления деятельностью медицинской организации (МО), достаточно актуальны и требуют своего комплексного рассмотрения на уровне многопрофильных больниц, являющихся основным элементом осуществления реформ в здравоохранении республики.

Цель исследования

Разработка путей совершенствования экономических методов управления в многопрофильных стационарах.

Материалы и методы

Объектом исследования является многопрофильная клиническая больница крупного города, с особыми условиями проживания и высоким уровнем социально-экономического развития - Центральная клиническая больница г. Алматы (ЦКБ). Предметом исследования являются результаты деятельности больницы, ресурсно-экономические показатели деятельности.

Исследование проводится по комплексной методике с использованием следующих основных методов: изучение и обобщение опыта, математическая статистика, методы финансово-экономических оценок результатов и анализа хозяйственной деятельности, многофакторный метод, метод сравнения данных и балансов, прогнозирования, коэффициенты корреляции, построения статистических таблиц, контент-анализа и экспертных оценок.

Для сбора данных по изучаемым вопросам используются учетные и отчетные формы официальной медицинской статистики, бухгалтерская документация, первичная медицинская документация. Наряду с этим разработаны специальные карты экспертной оценки, анкеты для изучения мнения организаторов здравоохранения, медицинского персонала и пациентов.

Работа строится по принципу комплексного социально-гигиенического исследования, проводится в несколько этапов и охватывает период с 2005 по 2011 гг. Экономико-статистические данные получены в динамическом (продольном) ретроспективном исследовании за 7 лет.

На первом этапе методикой исследования предусматривался и был проведен анализ доступных нам отечественных и зарубежных источников литературы, освещающих опыт использования современных методов управления МО.

По результатам анкетирования мнение и отношение организаторов здравоохранения и медицинского персонала к новым экономическим изменениям (большая самостоятельность в принятии решений), в целом, положительные. Они свидетельствуют о понимании влияния экономических методов управления на качество медицинской помощи и совершенствование деятельности многопрофильной клинической больницы. Прежде всего, организаторы здравоохранения отмечают изменения в организациях здравоохранения с переходом в статус ГП на ПХВ: повышение ответственности за принятие решений, учет приоритетных направлений развития организации при разработке сметы расходов, увеличение объема платных услуг, внедрение дифференцированной оплаты труда и, как следствие, повышение заработной платы сотрудников. И в результате отмечают повышение мотивации сотрудников к более качественному и эффективному труду.

На следующем этапе исследования, на основании материалов годовых отчетов о работе МО за 2005-2011 гг., был проведен комплексный анализ основных показателей использования коечного фонда больницы (среднее число дней занятости койки в году, оборот койки, средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре, среднее время простоя койки).

В целях систематизации процесса экономической оценки эффективности ресурсопотребления на основании оптимизационных методов было осуществлено функциональное разделение расходов по оказанию медицинской помощи на: расходы основных лечебных отделений; расходы административно-вспомогательных подразделений; расходы диагностических служб и отделений.

Одним из важных этапов работы будет совершенствование системы материального стимулирования работников стационарных учреждений. На начальном этапе изучаются механизмы экономического стимулирования ЦКБ.

Выводы

В настоящее время, в условиях все большей самостоятельности хозяйствующих субъектов системы здравоохранения, вопросы управления ими приобретают особое значение. В то же время, происходящие в стране общие социально-экономические преобразования требуют смещения акцентов с административно-командных на экономические методы управления.

На уровне многопрофильной больницы из экономических методов управления особое внимание следует уделять экономическому анализу и планированию деятельности МО, в том числе бизнес-планированию, использованию подходов к материальному

стимулированию медицинских работников, внедрению принципов менеджмента и маркетинга и др.

Для планирования дальнейшего развития многопрофильной больницы большое значение имеет анализ фактических показателей ее деятельности. В ходе проводимого исследования, было выявлено незначительное ежегодное увеличение числа пролеченных больных, увеличение числа дней работы койки в году с 345 до 370, сокращение средней длительности пребывания больного на койке на 0,2 дня.

Более детальный анализ рациональности использования коечного фонда по отделениям показал необходимость определенной его реструктуризации, что позволит дать предложения по перепрофилированию коечного фонда. На данном этапе проводится экономический анализ рациональности использования коечного фонда.

В новых условиях развития отрасли целесообразным является при проведении анализа деятельности МО использовать показатели, содержащие интенсивные характеристики работы организации, такие как себестоимость, рентабельность, прибыльность, фондоемкость, материалоемкость, что свидетельствует о необходимости введения результативно-факторного анализа деятельности МО, обеспечивающего эффективное управление на стадиях оперативного, текущего и перспективного планирования.

В результате исследования будут разработаны практические рекомендации и предложения по совершенствованию и использованию экономических методов управления в деятельности многопрофильных больниц.

Список литературы:

1. Концепция Единой национальной системы здравоохранения РК. 2009
2. Галанова Г.И. Методологические основы системы обеспечения качества медицинской помощи населению: дис. д-ра мед.наук / Г.И. Галанова.— М., 2000. 268 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Нурбаева Ш.О.
Перинатальный центр г. Семей

Ключевые слова: планирование семьи, женщины фертильного возраста, репродуктивное здоровье, контрацептивы.

Медико-социальная значимость проблемы планирования семьи (ПС) определяется следующими положениями:

Ухудшением репродуктивного здоровья женщин (РЗ), а также ростом частоты бесплодия, не вынашивания беременности, нарушений менструального цикла и воспалительных заболеваний женских половых органов, ухудшением здоровья детей и новорожденных.

Большим числом аборт. Аборт не является лучшим методом регулирования рождаемости, его можно избежать, предупреждая нежелательную беременность.

Ухудшением соматического здоровья беременных и рожениц.

Значительным ростом заболеваний, передающихся половым путем, особенно среди подростков и молодежи.

Низким уровнем репродуктивной культуры населения.

Ростом подростковой беременности, беременностей и родов у женщин старше 35 лет.

Исходя из вышеперечисленных положений, актуальным остаются вопросы необходимости информировать, консультировать, индивидуально подбирать и обучать

методам контрацепции. В планировании семьи необходимо включать работу по охране, пропаганде и поощрению грудного вскармливания и соблюдении интергенетического интервала в 2-2,5 года, что позволит женщине сохранить свое здоровье и здоровье будущих детей.

На примере работы кабинета планирования семьи перинатального центра г. Семей определяется, что главное в работе кабинета планирования семьи это профилактика аборт.

В таблице приведены данные по динамике количества аборт за период с 2009 по 2012 год.

Сравнительная таблица по абортам 2009г-2012гг по Семейскому региону.

Наименование	2009	2010	2011	2012
Всего аборт	3381	2456	2367	2462
Количество родов	6894	6911	7026	7631
Соотношение родов к аборт	1.8:1	2.8:1	2.9:1	3:1
Аборт по 1000 женщин фертильного возраста (ЖФВ)	38,1	30,2	22,8	27,9
Аборт до 15лет	2	2	-	1
Аборт у подростков	135	77	55	64
Первобеременные	382	316	416	616
Самопроизвольные аборт	1247	1170	1173	1262
Медицинские аборт до 12недель.	729	523	312	182
Аборт по медицинским показаниям	63	51	56	63
Аборт по социальным показаниям	103	68	48	51

По профилактике нежеланной беременности проводится большая работа и получены положительные результаты:

1. увеличилось соотношение родов и аборт - 3:1
2. уменьшилось количество аборт на 1000 ЖФВ с 38,1 до 27,9.
3. уменьшилось количество аборт по социальным показаниями на 50%, однако остается высокий % невынашивания беременности, что составляет 51,2% от общего числа аборт.

Возраст женщин, перенесенных аборт, колеблется таким образом:

От 15 до 18лет-2,5%, от 19-34лет - 49,5%, от 35лет и старше 35лет-19,3% всех женщин, перенесенных аборт.

В процентном соотношении контингент женщин, обратившихся и принятых врачом кабинета планировании семьи распределяется следующим образом:

- По вопросам контрацепции-12,0% , из них с осложнениями -13%
- Кормящие мамы и мамы в периоде лактационной аменореи-12,0%.
- Беременные с экстрагенитальной патологией, с отягощенным акушерским анамнезом - 47,0%.
- Подростки-10%
- Группа социально-неблагополучных женщин-2,0%
- Женщины с гинекологическими заболеваниями-11,0%
- Небеременные с экстрагенитальной патологией -2%

Проведенное выборочное анкетирование женщин, обратившихся в кабинет планирования семьи (50 человек) показало, что средний возраст начало половой жизни у женщин, обратившихся на аборт 16,0+0,3года, что свидетельствует о сексуальной либерализации современной молодежи.

В то же время исследование показало, что 71% женщин перед настоящей беременностью не пользовались контрацепцией, среди них почти пятая - 20% женщин

наделась, что все обойдется. 5% женщин не знала, что может наступить беременность. 4% женщин, не знала как использовать противозачаточные средства.

Среди женщин, кто позаботился (29%) о предупреждении беременности использовали недостаточно эффективные методы. Так 37,5% использовали календарный метод, 34,5% презервативы, лишь 23%-пользовались гормональными таблетками. 5% - погрешности в применении того или иного метода контрацепции.

Среди опрошенных женщин об экстренной контрацепции знали только 6 человек – 11%.

В ходе анкетирования выявлено, что одна треть женщин принимает гормональные таблетки без назначений, консультаций врача.

Эти данные довольно наглядно демонстрируют необходимость медико-консультативной помощи женщинами по предупреждению нежеланной беременности.

Работа с беременными и кормящими мамами может дать положительный эффект в снижении аборт, т.к 85% первобеременных не знает, когда у женщины восстанавливается детородная функция в послеродовом периоде, что такое метод лактационной аменореи и как можно, без вреда для здоровья женщины и ребенка, предохраняется в после родовом периоде.

В работе кабинета планирования семьи особое внимание уделяется профилактике нежеланной беременности у женщин с экстрагенитальной патологией, особенно у женщин с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности. Процент таких женщин колеблется от 25% до 30% от числа женщин с ЭГЗ. Охват контрацепции составляет 65%, низкий % охвата зависит от совместной работы участковых терапевтов и узких специалистов. В кабинете планирования семьи врач индивидуально подбирает метод контрацепции. Не остается без внимания проблема профилактики заболеваний, передающихся половым путем, при работе с подростками, молодыми женщинами, живущими половой жизнью внебрака, женщинами группы риска.

О повышении репродуктивной грамотности населения говорит факт увеличения обращающихся при подготовке к беременности. В этом вопросе также оказывается помощь. Это предгравидарная подготовка-обследование, консультирование специалистов, оздоровление, санация, назначение фолиевой кислоты, здоровый образ жизни, медико-генетическая консультация. Обращение семьи за консультацией, осознание ответственности за свое здоровье и здоровье будущего ребенка помогает качественному ведению беременности, профилактике осложнений, рождению здорового ребенка.

При консультировании по методам контрацепции необходимо учитывать состояние здоровья женщины, ее фенотип, сексуальное поведение, социальное положение, финансовые возможности, учитывать показания и противопоказания к тому или иному методу контрацепции.

Опыт работы в кабинете планирования семьи показал, что нужно практически на муляже учить технике применения презервативов, подростков, а иногда и взрослых, семейных людей.

При сложной ситуации с абортами, слабой информированности о методах контрацепции, низкой обеспеченности контрацептивными средствами, для некоторых регионов и слоев населения недоступность этих средств, проблемы репродуктивного здоровья и сексуального воспитания является первоочередными.

В Республике Казахстан конечной целью программы планирования семьи является снижение аборт в целях охраны здоровья женщины и здоровья будущего пополнения. При сложившейся ситуации требуется объединение усилий социальных и медицинских служб, семьи, школы, правоохранительных органов, СМИ.

Выводы

1.Повышать репродуктивную грамотность населения, особое внимание уделять женщинами из группы риска, подросткам. Снизить аборт у первобеременных женщин.

2.100% охват контрацепцией женщин фертильного возраста, с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности.

3.Проводить лечебно-профилактическую работу по снижению самопроизвольных абортов.

4.Повышать квалификацию медицинских работников по репродуктивной грамотности.

Список литературы:

1. Локшин В.Н. Научное обоснование современных организационных форм улучшения репродуктивного здоровья женщин. Ст. Петербург 2005г 41с.
2. Р.Хэтчер с соавторами. Руководство по контрацепции(русское международное издание - 1998г).
3. Каюпова Н.А. Медико-социальные основы репродуктивного здоровья женщин Казахстана. Актуальные проблемы репродуктологии. Алматы 1997-с.5-10.
4. П.Блументаль.Н.Макинтош. Краткое руководство по репродуктивной контрацепции.

К ВОПРОСУ О СИСТЕМЕ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ТРУДА ВРАЧЕЙ

Михайленко В.А.

«Костанайский областной наркологический диспансер»
Управления здравоохранения акимата Костанайской области

Резюме

Совершенствование методов оплаты труда медицинского персонала, повышение уровня доходов врачей до минимальных международных стандартов может стать ключевым моментом, определяющим жизнеспособность всего процесса реформирования здравоохранения.

Цель работы – разработка новых механизмов и совершенствование существующих методов оплаты медицинских услуг и труда медицинского персонала.

Совершенствование методов оплаты медицинских услуг и труда врачей необходимо как в плане повышения заинтересованности лечебных учреждений и врачей в удовлетворении потребностей пациентов, так и в плане повышения производительности и качества труда, уровня квалификации медицинского персонала. Это достаточно сложное и внешне противоречивое требование можно определить как создание системы стимулирующих механизмов для лечебных учреждений и врачей в рациональном и экономически эффективном поведении с точки зрения государства и общества. Система оплаты медицинской помощи на современном этапе развития здравоохранения в РК – важнейший механизм обеспечения эффективности системы здравоохранения и ограничения роста затрат.

При создании системы оплаты необходимо учитывать, что финансовые ресурсы территориальной системы здравоохранения ограничены. В то же время потребности населения в медицинской помощи, оказываемой на бесплатной основе в рамках гарантированного объема медицинской помощи, теоретически не имеют предела. Кроме того, что человек не несет затрат на медицинское обслуживание, при временной нетрудоспособности работающий пациент в большинстве случаев получает финансовую компенсацию в виде оплаты больничного листа. При существующей системе статус «хронического больного» делается весьма привлекательным для определенной части

населения. Также практика показывает, что при формировании спектра оказываемых медицинских услуг весьма важным движущим мотивом является интерес медиков.

Вместе с тем, в системе здравоохранения очень важно, чтобы врачи в своей деятельности имели высокую мотивацию работать эффективно и качественно. Безусловно, на мотивацию врачей весьма сильно влияют способы и методы оплаты их труда.

Метод оплаты труда по тарифным ставкам был основным в советском здравоохранении и продолжает оставаться таковым в системе здравоохранения Республики Казахстан. При таком методе оплата труда врача определяется тарифной ставкой, которая зависит от специальности, наличия квалификационной категории и стажа работы. К единственному достоинству этого метода можно отнести простоту расчета фонда оплаты труда. Недостатки этого метода совершенно очевидны – отсутствие у врача экономических стимулов для увеличения объема, повышения качества и эффективности своей деятельности. В случаях, если существует конкуренция за рабочие места, а вопросам профессиональной грамотности и репутации врачей уделяется должное внимание, система с жесткой тарифной сеткой может быть вполне применима.

Реальная ситуация в Казахстане не позволяет использовать высокие потенциальные возможности метода оплаты труда по тарифным ставкам.

По данным казахстанского Агентства по статистике, средняя зарплата в октябре 2012 года в Казахстане составила 98 861 тенге, в то же время, уровень должностных окладов в здравоохранении не превышает 50% уровня среднего показателя по стране и еще меньше в сравнении с промышленной сферой. Ежегодные повышения заработной платы работникам здравоохранения носят уравнительный характер, не предполагают дифференцирования в зависимости от конечных результатов труда и носят, по существу, компенсационный характер в связи с существующим уровнем инфляции. Сохраняются серьезные проблемы с кадровым обеспечением.

Низкий уровень заработной платы, дефицит кадров, особенно высокопрофессиональных врачей и связанные с этим высокие нагрузки на существующие штатные должности, отсутствие реальных механизмов дифференцированной оплаты труда никак не могут стимулировать врачей к добросовестному, качественному, производительному труду.

Одним из ключевых моментов в свете этой проблемы это новый подход в решении вопроса о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), который является одновременно и важнейшим политическим достижением нашего государства, и серьезной экономической проблемой Программ реформирования и развития здравоохранения РК. Разработанный как комплекс медицинских и социальных мер, направленных на усиление профилактических мероприятий, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации, основных социально значимых заболеваний, детства и родовспоможения, совершенствование санитарно-эпидемиологической службы, оказание медицинской помощи при возникновении угрожающих жизни состояний (инфекции, заболевания, травмы), ГОБМП трансформировался в понятие всеобщей и всеобъемлющей бесплатной медицинской помощи. Доля ВВП на здравоохранение в Казахстане составляет около 4% (для сравнения, в странах Европы в среднем 7-8%, в США – до 12% без учета привлеченных внебюджетных средств), при этом в настоящее время государственный бюджет – единственный источник финансирования здравоохранения в РК. Декларированный ГОБМП является непосильной ношей для госбюджета без изменения структуры ГОБМП и источников финансирования.

Для обеспечения более высокого, достойного, дифференцированного, легального, в зависимости от качества, уровня оплаты труда уже в настоящее время можно было бы предложить следующее решение: выделение из ГОБМП основного, или жизненно важного, или базисного объема медицинской помощи. Этот объем должен в полной мере обеспечить экстренную и плановую помощь, в том числе квалифицированную, на уровне

ПМСП – городские – областные больницы для социально незащищенных слоев населения и декретированного контингента (беременные, дети и подростки, пенсионеры по возрасту, инвалиды, военнослужащие, больные социально-значимыми заболеваниями, осужденные, лица без определенного места жительства, и т.д.). Список жизненно-важных лекарственных средств для этой группы может быть существенно сокращен, но должен быть полностью обеспечен финансово, т.е. физическим присутствием минимально необходимого и рационально подобранного количества медикаментов для всех больных на весь срок лечения. Остальные больные должны входить в группу дополнительного, или расширенного объема медицинской помощи, частично финансируемого из средств бюджета, а частично в форме сооплаты со стороны пациентов, а также средств, аккумулированных за счет добровольного и обязательного медицинского страхования. Такая мера позволила бы регулировать объемы стационарной медицинской помощи не административными (установление предельных уровней госпитализации), а экономическими методами, предотвратила бы перепотребление стационарных услуг со стороны пациентов. Эта концепция вполне соответствует принятому в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011 – 2015 годы, положению о солидарной и совместной ответственности государства и человека за его здоровье. Сооплата со стороны пациента для организации более высокого уровня лекарственного обеспечения современными дорогостоящими препаратами последних поколений, улучшенных условий пребывания, применения высокотехнологичных методов диагностики и лечения могла бы стать механизмом, регулирующим уровень обращаемости в стационары помимо первичного звена. Освободившиеся средства можно расходовать на приобретение лекарственных средств в амбулаторном звене для эффективного развития стационарзамещающих технологий лечения. Первичное звено, обеспеченное необходимыми лекарственными средствами для оказания основного, или жизненно важного объема медицинской помощи, могло бы перейти от пожарного, аварийного режима оказания медицинской помощи по обращаемости к плановой профилактической работе, плановому лечению и качественному наблюдению больных в рамках концепции приоритета ПМСП и врача общей медицинской практики. Часть средств, аккумулированных за счет сооплаты, должна быть направлена на повышение уровня заработной платы как стимулирующая составляющая. Доля этой составляющей при больших объемах и высоком качестве оказания медицинской помощи можеткратно превышать базовую заработную плату по основной ставке.

Возможности административных методов не безграничны и на современном, рыночном этапе развития экономики и здравоохранения морально исчерпаны.

Экономические механизмы мотивации врачей к наиболее производительному труду на уровне ПМСП ясны – финансирование по принципу подушевого норматива.

На уровне стационаров таким механизмом может стать материальная заинтересованность врачей от количества и, главное, качество оказываемых диагностических, лечебных, терапевтических, хирургических и прочих медицинских услуг. Принятый за основу принцип оплаты стационарных услуг по КЗГ предполагает дифференцированную оплату по предъявленным реестрам за каждый законченный случай. На самом деле КЗГ никак не смогут регулировать степень заинтересованности практических врачей - реализаторов данной Программы, поскольку оплата их труда никак не выйдет за рамки финансирования согласованного штатного расписания лечебного учреждения, утверждаемыми МЗ и МФ, весьма далеким от реалий здравоохранения.

Только тогда врач любого профиля станет работать в интересах больного в рамках ГОБМП, когда интересы больного совпадут с его собственными - адекватной оценке вложенного труда. Единственным механизмом, который позволил бы реально дифференцировать оплату труда медицинского персонала, включая его важнейшие звенья - средний и младший медицинский персонал – является законодательное обеспечение

внебюджетных источников финансирования медицинской помощи в виде сооплаты со стороны пациента, оказываемой в рамках дополнительного, или расширенного объема медицинской помощи. Законодательно фиксированный процент отчислений на заработную плату от общего объема услуг, оказанных в рамках расширенного объема медицинской помощи, позволит врачам, и, соответственно, среднему и младшему персоналу, зарабатывать легальные деньги в пределах правового поля, отпадет нерегламентированная, но объективно осознанная необходимость зарабатывания их незаконным путем. В этом смысле есть возможность отрегулировать взаимоотношение врач – больной, направив их в цивилизованное русло рыночных отношений, когда качество предоставленной услуги сверх минимально необходимого ГОБМП будет соответствовать ее реальной стоимости.

Выводы

Программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011 – 2015 годы, определили стратегические направления деятельности субъектов системы здравоохранения. Поиск новых методов решения конкретных задач должен способствовать успешной реализации действующей Программы. Совершенствование методов оплаты труда медицинского персонала, повышение уровня доходов врачей до минимальных международных стандартов может стать ключевым моментом, определяющим жизнеспособность всего процесса реформирования здравоохранения.

Список литературы:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий».
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников».
3. Ахметов А., Ахметова Г. Трудовое право Республики Казахстан;
4. Заложнев Д.А., Новиков Д.А. Модели систем оплаты труда. – М.:ПМСОФТ, 2009, 70с.

СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАРКЕТИНГА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Нурақынова С.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Резюме

В здравоохранении для удовлетворения потребностей покупателя необходимо использование способов и подходов маркетинга, что приведет к увеличению объемов оказываемых медицинских услуг и, следовательно, прибыли. Маркетинг медицинских услуг или маркетинг медицинских организаций позволяет снизить степень неопределенности и риска в процессе управления учреждениями здравоохранения, что достигается путем организации систематических маркетинговых исследований.

Проблема

Возникновение новых потребностей, повышение реальных доходов населения и развитие новых технологий приводят к тому, что на рынке предлагается все большее количество разных медицинских услуг и товаров. Все они должны найти своего потребителя для повышения качества его здоровья и поддержания нормального экономического оборота страны. В этом заключается и цель маркетинга – удовлетворение потребностей покупателя с целью получения прибылей.

Обзор

Маркетинг предназначен только лишь для повышения доходов предпринимателя, производителя товаров или услуг. В начале 50-х годов впервые был поставлен вопрос о том, что в принципе любовь к ближнему можно “продавать” точно так же, как и, например, мыло [1]. За этим скрывалась идея, что маркетинг следует понимать гораздо шире, чем это делалось ранее, а именно как концепцию влияния, как социальную технику. Таким образом, он преодолел свой специфический сбытовой характер и стал ключевой характеристикой в рамках управления межлическими общественными процессами.

Под маркетингом понимается:

1. Любая деятельность, направленная на «доведение» продукта человеческой деятельности до сферы потребления, в соответствии с потребностями человека.
2. Система управленческой, регулирующей и исследовательской деятельности, связанной с предыдущим пунктом.
3. Система изучения, регулирования и управления рынком.
4. Наука, изучающая, какие товары (услуги) и в каком количестве следует производить и реализовать, с меньшими затратами, риском и максимальной прибылью.

Во времена СССР идеи маркетинга практически не применялись, и для этого существовали веские основания. Хотя некоторые инструменты маркетинга (например, реклама) использовались, но его развитие в целом, отрицалось, как явление, ненужное для социалистического общества. Командно-административные отношения, существовавшие на всех стадиях производства, распределения, обмена и потребления товаров и услуг, в основном, не допускали действия рыночных инструментов. Ряд элементов маркетинга в СССР применялся, но использовался, преимущественно на международных рынках[2].

Возникнув в США на рубеже XIX-XX веков, как одно из направлений экономических исследований и управленческой практики, маркетинг рассматривался в тесной связи с рыночной капиталистической экономикой в качестве одного из ее важных элементов[3].

Заслуживает внимания и более позднее определение маркетинга данное Ф. Котлером: «Маркетинг – вид человеческой деятельности, направленной на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена» [4].

В настоящее время существует более 2000 дефиниций маркетинга. Задача управления маркетингом заключается в воздействии на уровень, время и характер спроса таким образом, чтобы это помогало организации в достижении стоящих перед ней целей. Т.е. управление маркетингом – это управление спросом. Постановка задач формируется в виде конкретных показателей и имеет временные рамки в зависимости и в соответствии с поставленными целями, стратегией работ (увеличить долю рынка, число прямых договоров, поднять имидж предприятия, снизить издержки и т. д.).

Применительно к сфере здравоохранения Американская медицинская ассоциация определила маркетинг как комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политики в области лечебно-профилактического процесса, продвижения услуг (товаров медицинского назначения) к потребителям, а также управления процессом их реализации. Иными словами, в маркетинге группируются в единый технологический процесс практически все элементы лечебно-профилактической и фармацевтической деятельности [5].

Концепция маркетинга, используемая в управлении коммерческими предприятиями, нашла свое место и в здравоохранении. Она оказывает значительную помощь в удовлетворении потребностей населения, а также способна повысить и качество медицинских услуг. В процессе управления медицинским субъектом арсенале руководителя учреждения здравоохранения имеется готовый инструмент и имеющийся опыт рыночной экономики, дающий возможность избежать дорогостоящих проб и ошибок в процессе управления медицинским субъектом.

Исходя из основных направлений маркетинговой деятельности, выбираются

конкретные методы, каждый из которых наполняется своим конкретным содержанием функциональных обязанностей.

Необходимо четко отличать маркетинг от сбытовой деятельности. Не сбыт является наиболее важным элементом маркетинга. Сбыт – всего лишь одна из его функций. В основу концепции маркетинга положены идеи удовлетворения нужд и потребностей потенциальных потребителей.

Н. Малахова выделяет некоторые составные элементы маркетинга, такие как:

- Изучение пациента
- Изучение мотивов поведения пациентов на рынке медицинских услуг
- Изучение рынка медицинских услуг
- Изучение конкурентов
- Исследование рекламной деятельности
- Определение видов оказываемых услуг, которые будут пользоваться наибольшим спросом.
- Определение возрастного, социального и профессионального состава обращающихся за услугами.
- Определение их реакции на предлагаемые цены.
- Определение почему пациенты стремятся получить данные услуги или почему часть пациентов поменяли свои предпочтения (переключились на нетрадиционные методы лечения, обращаются к знахарям, и т.п.).
- Определение того объема медицинских услуг, который медицинское учреждение реально сможет оказать.
- Получение информации обо всех аспектах деятельности конкурентов, в том числе о финансовом положении, ценах и издержках/ затратах на медицинские услуги, структуре предлагаемых услуг.

Необходимо четко рассчитать количество денежных средств, которое будет выделяться на рекламу, и экономическую отдачу от этого.

Анализируя мотивы поведения пациентов, можно не только изучить их привычки, вкусы, но и выяснить причины такого поведения. Это облегчает прогноз особенностей поведения определенных социальных групп пациентов в обозримом будущем.

В ходе анализа применяют такие известные приемы, как система специальных тестов, анкет, опросников, позволяющих учреждениям фиксировать мнение пациентов в отношении тех или иных медицинских услуг. Существует ряд методик группировки пациентов по различным признакам (величине дохода, уровню образования, привычкам и пр.) с последующей оценкой изменений, происходящих в системе потребительских предпочтений. Именно такая прямая связь помогает найти недостатки, которые ясно видят пациенты. Совершенно неожиданно можно обнаружить, что, например, принимая решение о том, обращаться ли в какое-либо медицинское учреждение за услугами или нет, 10% пациентов ставят на первое место интерьер помещения, а 15 % – вежливость и внимание со стороны врачей.

Полученная информация позволит руководству учреждения увеличить объемы оказываемых медицинских услуг и, следовательно, прибыль.

Целесообразно проводить анализ по какой-либо одной услуге или группе услуг. Прежде всего, следует выделить факторы, которые могут активно влиять на спрос, и получить информацию о том, кто нуждается в услугах, каков спрос на них, а самое главное – какова платежеспособность населения. Изучение рынка позволит выделить такой фактор, как сезонность, которая может влиять на определенные группы медицинских услуг (предположим на проведение вакцинаций), но руководители ЛПУ смогут выделить периоды подъема и спада в оказании этих услуг и правильно спланировать свою деятельность. Исходя из анализа различных факторов, можно определить занимаемое медицинским учреждением место на рынке медицинских услуг [7].

Установление реальных конкурентов, дает возможность выявить их преимущества. Руководству учреждения здравоохранения обязательно нужно узнать соотношение цен и затрат на свои медицинские услуги и услуги конкурентов, выяснить, имеется ли у конкурентов особая стратегия в области рекламы, в чем она выражается, какие льготы предлагаются пациентам, постоянно обращающимся в данное учреждение. Все это даст возможность понять, в чем заключаются сильные и слабые стороны учреждения, чтобы успешно двигаться вперед [7].

С помощью маркетинга руководители органов и учреждений здравоохранения могут владеть необходимой информацией о том, какие медицинские услуги и почему именно их хотят получить пациенты, сколько они готовы заплатить, в каких регионах страны наиболее высок спрос на данные медицинские услуги и, наконец, каким образом конкуренты добиваются более высокого объема оказываемых медицинских услуг.

Наиболее эффективное использование концепции маркетинга может быть достигнуто лишь при комплексном подходе, который предполагает [7]:

- изучение и прогнозирование рынка медицинских услуг;
- изучение поведения пациентов;
- изучение спроса на медицинские услуги и факторов, определяющих его изменение;
- изучение конкурентов, оказывающих аналогичные услуги;
- изучение наиболее эффективных каналов продвижения оказываемых услуг.

Решение вышеперечисленных задач позволяет снизить степень неопределенности и риска в процессе управления учреждениями здравоохранения, что достигается путем организации систематических маркетинговых исследований. Специфичность маркетингового исследования рынка медицинских услуг зависит от направленности медицинской услуги.

Материалы и результаты маркетингового исследования в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ).

Было проведено исследование на базе крупной многопрофильной больницы Санкт-Петербурга - больницы №26. Больница имеет пятнадцатилетний опыт оказания платных медицинских услуг населению, итогом которого стало формирование сравнительно новой организационной формы – специализированной структуры для лечения госпитализированных больных (хозрасчетного отделения). Лечение в отделении осуществляется по следующим профилям: терапия, кардиология, пульмонология, аллергология, нефрология, гастроэнтерология, неврология, хирургия, гепатохирургия, торакальная хирургия, гинекология, нейрохирургия, травматология, урология, кардиохирургия, сосудистая хирургия, эндовидеохирургия [8].

Для анализа состава пациентов, лечившихся в отделении, и объема оказанной им помощи была составлена специальная "Карта исследования", на которую сведения выкопировывались из историй болезни и дополнялись данными из финансово-бухгалтерской документации. Была проанализирована вся совокупность (1200 чел.) пациентов, лечившихся в хозрасчетном отделении в 2011 году.

Для детальной характеристики организации работы врача в условиях хозрасчетного отделения, контингент лечившихся в котором и по структуре заболеваемости (приведенной выше), и по характеру запросов (потребностей, ожиданий) значительно отличается от больных, лечившихся на общих основаниях, что позволяет предположить некоторую специфику деятельности медперсонала, был проведен хронометраж работы врачей. Хронометраж проводился в течение двух недель (14 дней) в разное время года (февраль, июнь, сентябрь, декабрь), т.е. всего было прохронометрировано 56 рабочих дней врачей. Разработка полученных данных велась в двух направлениях. Всего было заполнено 650 шифровальных карт. Качество оказания помощи в отделении с учетом основной концепции маркетинга (достижение максимальной удовлетворенности

потребителя) анализировалось на основании социологического опроса пациентов. Всего было опрошено 150 пациентов. Выборка достоверна ($t=3,32$) [8].

Любое маркетинговое исследование невозможно без анализа внутренней среды организации. Из всех ее составляющих как одна из наиболее приоритетных была изучена кадровая, а именно: степень овладения в теории и применение на практике идеологии маркетинга. Опрос проводился не только среди врачей хозрасчетного отделения, но и среди врачей практически всех отделений больницы. Для проведения этого этапа исследования разработана "Карта опроса врачей". Всего было опрошено 98 врачей, что составило 35% от общего числа работающих в стационаре врачей [8].

Респондентам предлагалось оценить также санитарно - гигиенические условия проживания и уровень сервиса. Большинство (92,3%) опрошенных считали санитарно - гигиенические условия отличными, а 5,8% - хорошими. Те или иные предложения или пожелания (весьма распространенные и трудно структурируемые), связанные преимущественно с различными компонентами сервиса, высказали 21,3% пациентов.

Особый блок вопросов был посвящен изучению отношения пациентов к стоимости медицинских услуг, оказываемых в стационаре. 68% из них отметили, что вполне удовлетворены стоимостью услуг; 18,6% - что удовлетворены частично; а 11,6% были данной стоимостью не удовлетворены. Не удовлетворяла стоимость лечения 4,2% представителей коммерческих структур; 55,6% пенсионеров; 16,7% представителей прочих социальных категорий. Высокой считали стоимость лечения 40% пациентов, самостоятельно оплативших лечение, и только 14,3% - в случае оплаты по ДМС. Среди женщин выше (17,7%), чем среди мужчин (10,1%), был удельный вес не удовлетворенных стоимостью лечения [8].

Проведенный опрос врачей показал, что большинство из них (65%) считает вполне приемлемым существование платных медицинских услуг. Однако нельзя не учитывать, что почти каждый десятый респондент (9,5%) относился к платности в здравоохранении сдержанно (если не сказать негативно). Так, хотя, как отмечалось выше, подавляющее большинство опрошенных врачей выступали в поддержку платных услуг и даже считали, что их следует развивать шире, реально менее двух третей (65,1%) респондентов считали себя готовыми к оказанию платных услуг [8].

Значительная часть врачей указала, что при оказании платных услуг (расширении их спектра) почувствовала необходимость повышения уровня своих знаний как по основной (75%), так и по смежным специальностям (16,7%). Отмечается недостаточный уровень знаний врачей по вопросам экономики здравоохранения, в т.ч. маркетинга.

Весьма важной в системе маркетинга является проблема ценообразования. Проведенный опрос показал, что у каждого десятого респондента (10,5%) имелись конфликты (вопросы, недоразумения) по поводу цен с администрацией. Видимо, в большой степени наличие указанных конфликтов связано как с недостаточной экономической грамотностью врачей, так и с отсутствием должной разъяснительной работы со стороны администрации. Действительно, только 40,6% опрошенных врачей смогли указать долю заработной платы в общей структуре издержек. В незначительном проценте случаев в качестве издержек указывались стоимость расходных материалов (23,6%), амортизация оборудования (23,6%), арендная плата (13,2%), расходы на рекламу (4,5%) [8].

Следствием недостаточной грамотности врачей в вопросах ценообразования (а следовательно, и их неполной убежденности в его правильности) является сравнительно высокий (18,6%) процент случаев, когда врачи отметили наличие конфликтов по поводу цены услуги с пациентами. Таким образом, проведенный анализ показал, что знания в области маркетинга среди производителей платных медицинских услуг неглубоки, а маркетинговая идеология не была доминирующей при их оказании [8].

Реально сложившаяся практика оказания платных медицинских услуг по разному воспринимается не только населением, но и врачами, которые в полной мере не

подготовлены к их оказанию ни с точки зрения экономической обоснованности и осознанности, ни с позиций этико-гуманистических взаимоотношений с пациентами.

Поэтому важным аспектом внутреннего маркетинга (маркетинга организации) является ликвидация указанного пробела в подготовке и сознании врачей. Причем особенно актуально это для бюджетных организаций, где "соседствуют" платные и бесплатные медицинские услуги и высок риск формирования "двойных стандартов" при их оказании. Проведенный опрос врачей показал, что большинство из них (65%) считает вполне приемлемым существование платных медицинских услуг. Однако нельзя не учитывать, что почти каждый десятый респондент (9,5%) относился к платности в здравоохранении сдержанно (если не сказать негативно). Так, хотя, как отмечалось выше, подавляющее большинство опрошенных врачей выступали в поддержку платных услуг и даже считали, что их следует развивать шире, реально менее двух третей (65,1%) респондентов считали себя готовыми к оказанию платных услуг [8].

Авторы исследования делают вывод, что, для формирования целенаправленной маркетинговой стратегии ЛПУ по продвижению различных медицинских услуг (в т.ч., профилактического общеоздоровительного характера, направленных на адекватное диспансерное наблюдение и прочих) необходимо учитывать, что более чем у половины госпитализированных длительность их заболевания превышала один год.

Сложность контингента больных, лечившихся в отделении, и отсутствие во многих случаях их предыдущего медицинского наблюдения диктуют необходимость проведения значительного объема диагностических и лечебных мероприятий.

Высокий уровень требований пациентов как к качеству лечения, так и к уровню сервиса, необходимость их полного и всестороннего обследования (и лечения) с учетом как основной, так и сопутствующей патологии, практическое отсутствие преимущественности с амбулаторно-поликлиническим этапом формируют повышенные требования к сотрудникам отделения, изменяя при этом содержание их работы и структуру трудозатрат. Требуется совершенствовать уровень подготовки специалистов, оказывающих платные медицинские услуги, в т.ч. в области маркетинга.

Выводы

Таким образом, в здравоохранении для удовлетворения потребностей покупателя необходимо использование способов и подходов маркетинга, что приведет к увеличению объемов оказываемых медицинских услуг и, следовательно, прибыли. Исследования рынка позволяют проводить анализ всех условий, имеющих значение для успешной реализации услуги и эффективности ее сбыта, а также анализ мотиваций потребителя, сезонных колебаний спроса, возможностей рекламы, деятельности конкурентов.

В тоже время, необходимо учитывать специфичность маркетинга медицинских услуг или маркетинга медицинских организаций, как один из наиболее сложных видов маркетинга. Способы и подходы маркетинга необходимо использовать с позиции учета сохранения самой главной ценности человека - его жизни и здоровья.

Список литературы:

1. Столяров С.А. Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. 3-е изд. испр. и дополн. – Барнаул: Аз Бука, 2005. – 269 с.
2. Столяров С.А., Колядо В.Б. Краткий курс экономики здравоохранения – Барнаул: АГМУ, 2005. – 260 с.
3. [Н. Г. Петрова, Н. И. Вишняков, С. А. Балохина, Л. А. Тептина](#) Основы маркетинга медицинских услуг – М: [МЕДпресс-информ](#), 2008. - 112 с.
4. Котлер Ф, Дж.Боуэн. Маркетинг – М.: Юнити, 2006 – 512 с.
5. Маркетинг в здравоохранении: Учебное пособие / Состав. В.А. Семиглазов. – Томск: Томский межвузовский центр дистанционного образования, 2003. – 105 с.

6. Маркетинг в здравоохранении: учебное пособие /Н.А. Иорданская, Т.В. Поздеева, В.А. Носкова. — Н. Новгород: изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2008. — 64 с.
7. Столяров С.А. Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. 3-е изд. испр. и дополн. – Барнаул: Аз Бука, 2005. – 269 с.
8. Маркетинг в медицине на примере многопрофильного стационара. С-Пб, 2012, <http://marketing.ru/d-3c0b6563516c26.html>

АНТИКРИЗИСНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ HR-МЕНЕДЖМЕНТА

Степкина Е.Л.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

В системе управления часто можно услышать термин HR-менеджмент. В менеджменте нет пока единого стандартизированного определения, что такое HR-менеджмент, но одно из определений звучит так: HR-менеджмент - это комплекс мероприятий, позволяющий выработать и внедрить эффективную систему привлечения, удержания, управления и контроля персонала, создав при этом положительный имидж Вашей организации.

В системе здравоохранения Республики Казахстан (РК) в последние 5 лет произошли судьбоносные изменения в нормативной законодательной базе, в результате чего был принят Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения», Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан (ГПРЗ) «СаламаттыҚазақстан» на 2011 – 2015 годы, опубликован Проект Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы. В каждом из этих документов предлагается, чтобы решения, связанные с кадровыми вопросами, были подняты на новый, качественный уровень, соответствующий международным стандартам и приоритетам в области управления человеческими ресурсами.

Как отмечается в Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы, одной из важных составляющих укрепления систем здравоохранения являются стратегии развития кадровых ресурсов. Во всем мире эффективность систем здравоохранения и качество медицинских услуг зависят от показателей деятельности работников, которые определяются их знаниями, умениями и мотивацией. Международный опыт, в частности опыт Всемирной организации здравоохранения, свидетельствует о том, что среди организационных изменений, касающихся повышения эффективности систем здравоохранения, наибольшего успеха достигают действия, предпринимаемые в области управления кадрами.

В соответствии с нормами законодательства РК, в системе здравоохранения деятельность могут осуществлять организации, имеющие различный правовой статус (государственные и частные). С 2010 года организациям здравоохранения было предоставлено право изменять форму собственности, перейти на новые формы, такие, как государственное предприятие на праве хозяйственного ведения, акционирование. Новые формы хозяйствования требуют от организаторов здравоохранения приобретения новых знаний и навыков, в т.ч. и в области кадрового менеджмента.

Проведенный анализ управленческой деятельности в области здравоохранения РК показал, что типичной ошибкой топ-менеджеров является недооценка ими необходимости:

- выстраивания системы управления персоналом;
- формулирования корпоративных принципов работы с персоналом;

- формализации бизнес-процессов;
- грамотной работы с кадровой документацией.

Введение инноваций, связанных с изменением правовой формы организации, внедрении новых технологий, системы менеджмент качества и т.д. иногда может вызвать состояние, отчасти соответствующие понятию «кризис»: сотрудники не желают принимать новую парадигму, препятствуют внедрению новых экономических подходов, не желают менять модель профессионального поведения и взаимоотношений с потребителями и т.д., в связи с чем, не только топ-менеджерам, но и специалистам кадровой службы необходимо овладеть технологией антикризисного управления.

Понятие «антикризисное управление» появилось сравнительно недавно. Нет четко сформулированного понятия, авторы дают такие определения антикризисному управлению, как: анализ состояния макро- и микросреды, выбор предпочтительной миссии фирмы; познание экономического механизма возникновения кризисной ситуации и создание системы сканирования внешней и внутренней сред фирмы с целью раннего обнаружения сигналов об угрозе приближения кризиса; стратегический контроллинг фирмы и выработка стратегии предотвращения ее несостоятельности; оперативная оценка и анализ финансового состояния фирмы и выявление возможности наступления несостоятельности (банкротства); разработка предпочтительной политики поведения в условиях наступившего кризиса и вывода из него фирмы; постоянный учет риска предпринимательской деятельности и выработка мер по его снижению.

Наиболее известная модель управления кризисом в настоящее время - это модель «ППРР» (PPRR — prevention, preparation, response, and recovery, Hosie&Smith) предполагает четыре этапа.

1. Предотвращение/предупреждение.
2. Подготовка.
3. Реакция (ответ).
4. Рост.

Предотвращение. Болезнь легче предотвратить, чем ее лечить. Когда что-то в организации необходимо устранить, это требует гораздо больших ресурсов (финансовых, материально-технических, человеческих, информационных), нежели «профилактические» работы.

Если не удалось предотвратить, тогда необходимо начать оперативно процесс подготовки к управлению кризисом (конкретной ситуацией). Данный процесс, с одной стороны, требует определенных временных ресурсов, с другой стороны – промедление на данном этапе может привести к еще более сложной ситуации. Подготовка требует от руководителей навыков поиска, обработки и интерпретации как официальной, так и неофициальной информации, умения консолидировать ресурсы, принимать управленческие решения.

Реакция (ответ). Реакция может быть адекватной только в случае, если подготовительный этап был проведен на высоком профессиональном уровне, в противном случае, ответная реакция может быть запоздалой, или не адекватной. Но еще более худший сценарий развития событий, это когда нет никакой реакции.

Рост. Смысл данной стадии антикризисного управления заключается в возвращении организации к исходному состоянию, далее должно последовать восстановление, а в идеальном случае - подъем деятельности по всем финансово-хозяйственным показателям.

Следовательно, можно заключить, что основная цель антикризисного управления - это восстановление управляемости организацией (возможности оперативно принимать и реализовывать управленческие решения, эффективно разрешать выявляемые проблемы).

При осуществлении антикризисного управления топ-менеджер должен найти ответы на вопросы: что делать? и как сделать? Важно понимать, что нужны изменения в способе ведения финансово-хозяйственной деятельности/бизнеса, которые, безусловно, могут привести к структурным изменениям - но никак не наоборот. Завершающим этапом

антикризисного управления должна стать оценка имеющихся ресурсов, которыми располагает организация (время, деньги, материально-технические ресурсы, компетенции, опыт, люди, связи, информация), как отмечают специалисты по антикризисному управлению, очень важно постараться сохранить то, что можно сохранить.

Американский консультант в области управления и лидерства Джордж Фрэнкс (George Franks) предложил свой алгоритм антикризисного управления, который включает в себя следующие этапы:

1. Определение сути проблемы.
2. Создание команды антикризисных управляющих.
3. Создание единого «командного центра».
4. Организация внешней коммуникации.
5. Анализ проблемной ситуации командой антикризисных управляющих.
6. Организация постоянного канала связи с ключевыми заинтересованными группами.
7. Решение проблемы.
8. Реализация найденных решений.
9. Исследование после завершения кризиса - «разбор полетов».
10. Интеграция новых решений и усовершенствований в регулярную деятельность.

Ни одна организация не может существовать без ресурсов, но главным ресурсом являются люди (персонал). В кризисной ситуации организации требуется мобилизовать все имеющиеся ресурсы, в первую очередь - человеческие. В этот период значимость работы с персоналом многократно возрастает, поскольку ее эффективность напрямую влияет на устойчивость организации.

В настоящий момент в системе здравоохранения роль HR-службы оставляет желать лучшего: система управления кадровыми ресурсами, нехватка квалифицированного управленческого потенциала, устаревшие принципы работы кадровых служб, недостаток специалистов в области менеджмента и экономики здравоохранения, социальных работников являются серьезным барьером на пути создания эффективного потенциала. Также приходится констатировать, что отсутствие четкой государственной кадровой политики в сфере здравоохранения привело к количественному и качественному кризису трудовых ресурсов.

Новые условия функционирования здравоохранения предъявляют повышенные требования к потенциалу кадровой службы, функции и ответственность которой должны быть значительно расширены. В первоочередные задачи HR-службы входят:

- диагностика кадрового потенциала предприятия;
- участие в разработке стратегии реорганизации деятельности (бизнеса);
- разработка кадровой политики, кадровых программ, поддерживающих новую корпоративную стратегию;
- повышение производительности труда;
- оптимизация (сокращение) численности персонала;
- разрешение конфликтов.

Кризис не только разрушает, но и создает новые возможности. Действуя проактивно в сложных условиях, HR-менеджер должен выйти из «тени повседневности» и действительно стать стратегическим партнером руководителя. Выполнение функциональных обязанностей и решение новых обязанностей потребует от специалистов кадровой службы владения новыми компетенциями, многопрофильными профессиональными знаниями (юридическими, экономическими, педагогическими, психологическими и др.), а также умениями и навыками в области современных кадровых технологий. Опираясь на свои профессиональные знания и опыт, он может быть:

- консультантом топ-менеджеров (предлагать организационные изменения) и сотрудников (оказывать психологическую помощь, помощь при увольнении и пр.);

- «агентом перемен» (выдвигать инициативы по реорганизации);
- посредником и медиатором при разрешении конфликтов.

В современной экономической теории основным ресурсом компании являются люди, поэтому именно управление персоналом определяет конкурентоспособность бизнеса. Сохранение лучших работников, лучших управленческих команд - залог дальнейшего развития, ведь за спадом обязательно будет подъем.

Таким образом, организация на выходе из кризиса - это организация с новыми знаниями и опытом, которые помогут быть конкурентоспособной и лучше подготовиться к будущим изменениям.

Список литературы:

1. Цешковский М.С., Кирсанова Е.В. Кадры здравоохранения в программах Европейского бюро ВОЗ: ретроспектива и современное состояние вопроса. Москва. ФГУ ЦНИИОИЗ, 2010г.
2. Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском Регионе, Копенгаген. ЕРБ ВОЗ www.euro.who.int/doc/rc57/09.pdf.
3. Кибанов А.Я. Учебное пособие "Управление персоналом" . - 2-е изд., М. 2010г.

КАТЕГОРИЙНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ФАРМАЦИИ

Степкина Е.Л.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Фармацевтический сектор Республики Казахстан (РК) находится в стадии активного развития. С утверждением Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» 18 сентября 2009 года, выхода ряда Постановлений Правительства и Приказов Министра здравоохранения РК, Государственной программы развития здравоохранения РК «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015гг. в системе здравоохранения в целом, и в фармации, в частности, происходят кардинальные перемены. Закуп медикаментов для лекарственного обеспечения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется Единым дистрибьютором, активно внедряются Национальные стандарты GMP, амбулаторное лекарственное обеспечение с 01.01.2012 года осуществляется только по бесплатным рецептам, т.е. отменен льготный отпуск лекарственных средств.

Несмотря на достигнутые успехи, развитие частного фармацевтического рынка требует внедрения адаптированной международной практики ведения частного бизнеса, изучения основ рыночной экономики, менеджмента и маркетинга.

Ассортимент товаров (услуг) - важный аспект деятельности любой розничной фармацевтической компании. Управление ассортиментом - важная задача, решению которой необходимо уделять не только внимание, но и владеть последними технологиями по управлению ассортиментом и разработке ассортиментной политики на фармацевтическом предприятии.

В настоящее время эффективным инструментом маркетинга и мерчандайзинга в фармацевтической отрасли выступает категорийный менеджмент. Категорийный менеджмент – это управление ассортиментом по товарным категориям, т.е. управление категориями товаров, наблюдение, анализ, распределение товаров на группы так, как их определяет для себя покупатель, а не так как, как удобно специалисту по закупкам или товароведу. Категорийный менеджмент предполагает разделение ассортимента на группы и категории, часто вопреки общепринятой логике товароведения.

Впервые в практике категорийный менеджмент внедрила компания, не относящаяся к фармацевтической отрасли, - Procter&Gamble, которая в начале 90-х годов впервые объединила товары в категории не по принципу производства, а по их общим для потребителя свойствам. Реальная описанная методология категорийного менеджмента появилась только в 2004 году.

Объединение в товарные группы по общим для потребителя свойствам лежит в основе программы ECR – Efficient Consumer Response (эффективное реагирование на запросы потребителей), которая стала основой для развития нового направления - категорийного менеджмента. Эффективное реагирование на запросы потребителей предполагает формирование, как всего ассортимента, так и ассортимента отдельных категорий в соответствии со стратегией компании, основывается на запросах и потребностях покупателей фармацевтической продукции. Программа ECR ввела новую единицу управления ассортиментом – категорию, в соответствии с ней процесс закупки не ограничивается составлением ассортимента и контролем остатков, т.е. затрагиваются все бизнес-процессы управления товаром: от разработки концепции аптеки до плана мероприятий по стимулированию продаж в торговом зале. При этом вся цепочка - от выбора ассортимента до продажи фармацевтической продукции - соединена и контролируется одним сотрудником в рамках каждой категории (категорийным менеджером) и коммерческим директором по всем категориям. Менеджер категории занимается широким спектром стратегических и тактических задач. Деление товара на категории и группы может не совпадать и с каким-либо государственным классификатором, например: отнесение категорий «тальк», «румяна» и «детская присыпка» к одной группе — «Пудра». Однако в вашей аптеке вы можете детскую присыпку отнести к группе «Детская косметика», потому что целевой покупатель так думает, и будет искать эту присыпку в детских товарах, а не там, где «вся пудра». Вот для чего необходимо знать «своего» покупателя, проводить сегментирование и исследования покупательских предпочтений - чтобы знать, как думает потребитель, как воспринимает вашу аптеку и какими категориями мыслит.

Цель внедрения категорийного менеджмента заключается в достижении эффективности в процессе взаимодействия всех бизнес-функций компании применительно к товару, а также оптимизации взаимодействия между производителем (поставщиком) и ритейлером. Категорийный менеджмент базируется на таких принципах, как: построение товарной матрицы на основании покупательских предпочтений и восприятий; формирование ассортимента торговой точки как совокупность товарных категорий; ответственность категорийного менеджера за всю цепочку товародвижения выбранной категории товаров. Важно понимать, что ключевым показателем категорийного менеджмента служит рентабельность продаж категории.

Категория должна иметь:

- свой бюджет на развитие (сколько денег аптека готова вложить в рекламу? Надо ли это делать?);
- свою политику ценообразования (какую торговую наценку установить? А у конкурентов цены выше или ниже?);
- сотрудников, которые будут обеспечивать продажи;
- свои каналы сбыта (например, аптеки розничной сети).

Для того, чтобы категорийный менеджмент заработал в фармацевтической компании, необходимо понять суть, которая заключается в том, что категорийный менеджмент необходимо рассматривать как процесс планирования. Процесс планирования предполагает постановку цели, задач, разработку плана, состоящего из определенных этапов, ориентированных во времени и с учетом необходимых ресурсных затрат (финансовых, материально-технических, человеческих и информационных). Основные этапы планирования внедрения и развития категорийного менеджмента в фармацевтической организации:

1. определение категории в общем ассортименте товаров;
2. сборка категории из отдельных видов товаров;
3. установление маркетинговых показателей категории;
4. формулировка стратегии по категории;
5. определение тактики маркетинга;
6. определение задач в процессе управления категорией;
7. контроль и анализ категории;

Международный опыт показывает, что процесс внедрения категорийного менеджмента занимает несколько месяцев, а иногда и год, сопровождается структурными изменениями, кадровыми перестановками и даже полной заменой некоторых товарных линеек и групп - не каждая фармацевтическая организация может это себе позволить.

Что положительного вносит внедрение категорийного менеджмента в деятельность аптеки? Основные преимущества категорийного менеджмента:

1. Уточняется конкурентная стратегия фармацевтического предприятия и планируются мероприятия по управлению ассортиментом, исходя из нее.

2. Оптимизируется организационная структура фирмы и оптимизируется взаимодействие всех отделов.

3. Прописываются бизнес-процессы и оформляются документы, регламентирующие управление ассортиментом, - СОПы (стандартные операционные процедуры), вследствие чего компания перестает зависеть только от людей - носителей бизнес-процессов, т.к. теперь есть прописанный механизм работы и новые сотрудники без труда могут им овладеть.

4. Повышается ответственность, профессионализм и результативность работы каждого сотрудника: когда один сотрудник полностью отвечает за прибыль по определенной категории товаров и его мотивация зависит от результатов его работы, он работает эффективнее.

5. Повышается удовлетворенность покупателей, т.к. работа с категорией осуществляется с учетом психологии и потребностей покупателей, которым становится удобнее делать покупки именно в этой аптеке, повышается процент «импульсных» покупок. Ассортимент фармацевтической продукции становится сбалансированным и гармоничным в восприятии покупателя.

6. Повышается прибыльность продаж. Как показывает опыт управления категориями в США и Европе, переход на управление ассортиментом по товарным категориям позволяет повысить продажи и прибыль как минимум на 5% в каждой категории. Снижается количество неликвидных и малооборачиваемых позиций, оптимизируются товарные запасы.

7. Уменьшается противоречие между аптекой и оптовыми поставщиками. Дистрибьютор рассматривается как партнер, совместно с которым осуществляется управление товарами и брендами категории; планируются и проводятся мероприятия по стимулированию продаж, осуществляются планирование и ротация ассортимента, оптимизируются закупки и логистика.

8. Исчезают классические противоречия между отделами закупок и продаж, так как сотрудник, ответственный за категорию, объединяет в себе обе задачи: задача «закупить, чтоб было на складе» меняется на задачу «закупить, чтобы продать», т.е. полностью меняется парадигма ассортиментной политики.

Вместе с тем, необходимо отметить, что внедрение новой технологии не всегда воспринимается только положительно. Основные препятствия при внедрении категорийного менеджмента:

1. Нежелание высшего руководства (первого руководителя фармацевтической организации) признать необходимость изменений в управлении ассортиментом.

2. Отсутствие четких стратегических планов развития фармацевтической компании.

3. Нежелание учитывать потребности покупателей при работе с ассортиментом аптеки.
4. Неэффективная организационная структура фармацевтического предприятия, отсутствие четкого распределения обязанностей между отделами.
5. Отсутствие подготовленных специалистов в области управления ассортиментом как на уровне руководства, так и на уровне исполнителей.
6. Трудности в восприятии поставщиков как союзников, с которыми нужно делиться информацией.
7. Недостаток навыков при работе с новыми информационными технологиями и компьютерными системами.
8. Сопrotивление изменениям среди персонала.

Само по себе внедрение категорийного менеджмента не дает преимуществ. Преимущества появляются как следствие проработки стратегии развития фармацевтической компании, структуризации ассортимента, постановки финансовых и организационных задач категорийным менеджерам и четкого взаимодействия всех отделов.

Таким образом, категорийный менеджмент - это стратегия организации в области управления ассортиментом, которая при должном подходе может обеспечить конкурентное преимущество на фармацевтическом рынке Республики Казахстан.

Список литературы:

1. Бузукова Е., Сысоева С. «Категорийный менеджмент. Курс управления ассортиментом», Изд-во «Питер», 2007 г.
2. Котлер Ф., Армстронг Г., Введение в маркетинг, 5-е изд.,- М.: Издательский дом «Вильямс», 2000
3. Лайсонс К., Джиллингем М. Управление закупочной деятельностью и цепью поставок. – М.: Инфра-М, 2005.
4. Томпсон-мл. А. А., Стрикленд Ш А. Дж. Стратегический менеджмент. Концепции и ситуации для анализа. 12-е изд. — М., СПб, К.: Вильямс, 2003
5. Траут Дж., Райс Э. Позиционирование: битва за умы. VIP-издание, изд. 1-е. - СПб, Питер, 2005.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ОТДЕЛЕНИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА АЛМАТЫ

Аяганова А.С.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Резюме

В статье приведены результаты анализа летальности в отделениях терапевтического профиля Центральной городской клинической больницы города Алматы за 2012 год в сравнении с 2011 годом.

Методы и объемы исследования: проведен ретроспективный анализ летальных случаев среди больных, пролеченных в терапевтических отделениях, по отчетным данным клиники за 2011-2012 годы. Используются общепринятые статистические методы, рассчитаны статистические показатели интенсивности (частота явления), экстенсивности (структура явления, доля признака). Для относительных показателей определена средняя ошибка.

ЦГКБ города Алматы обслуживает экстренных больных Бостандыкского и Медеуского районов, а также плановых больных со всех регионов по Порталу госпитализации. Функционирует 5 терапевтических отделений, в том числе 3 – хозрасчетных. Всего 135 коек терапевтического профиля (27% от общего числа коечного фонда больницы), из них хозрасчетных 75. Медицинскую помощь в терапевтических отделениях оказывают при всех нозологических формах заболеваний, включая кардиологические, ревматологические, гастроэнтерологические, неврологические, нефрологические и болезни органов дыхания.

В отделениях терапевтического профиля в 2012 году показатель летальности в по сравнению с прошлым годом особо не изменился и составил $2,3 \pm 0,21$ при удельном весе $80,5 \pm 1,08\%$ (в 2011 году $-2,7 \pm 0,22$ при удельном весе $2,7 \pm 0,22\%$).

Наиболее высокий показатель летальности регистрируется в бюджетном терапевтическом и неврологическом отделениях - $6,8 \pm 0,69$ и $1,2 \pm 0,30$, при удельном весе $80,5 \pm 1,08\%$ и $14,2 \pm 0,96\%$ соответственно, в то время, как в хозрасчетных отделениях показатель существенно ниже. Данное положение обусловлено организацией госпитализации, при которой контингент наиболее тяжелых больных госпитализируется, как правило, в бюджетное отделение.

Лидирующую позицию в структуре причин летальности занимают болезни системы кровообращения и составляют более 56,6% от общего количества летальных исходов в отделениях терапевтического профиля (2011г.- 53%). Из них, чаще всего причиной летального исхода была декомпенсированная сердечная недостаточность на фоне хронической ишемической болезни сердца, что составляет $56,3 \pm 2,3\%$ от общего числа умерших от болезней системы кровообращения в терапевтических отделениях

Анализируя структуру летальности по нозологиям, можно отметить, что болезни системы кровообращения, как и в прошлом году, занимают лидирующую позицию и составляют более $56,6 \pm 4,7\%$ от общего количества летальных исходов в отделениях терапевтического профиля (2011г.- $53 \pm 4,1\%$). Второе место в структуре причин летального исхода занимают болезни органов дыхания, удельный вес которых составил $13 \pm 3,2\%$ (2011 г.- $14,3 \pm 2,9\%$) от общего числа умерших в отделениях терапевтического профиля. Среди частых причин летального исхода в стационаре также осложнения пневмонии и цирроза печени, удельный вес которых составил $13,3\%$ (2011г.- $11,6\%$) и $10,6\%$ (2011г.- $17,7\%$) соответственно от общего числа умерших в терапевтическом блоке. Все пациенты с летальным исходом поступили в экстренном порядке. Среди поступивших в плановом порядке летальных исходов нет.

Центральная городская клиническая больница города Алматы (ЦГКБ) обслуживает экстренных больных Бостандыкского и Медеуского районов, а также плановых больных со всех регионов по Порталу госпитализации. Мощность больницы - 600 коек, фактическая – 500 коек. Функционирует 5 терапевтических отделений, в том числе 3 – хозрасчетных. Всего 135 коек терапевтического профиля (27% от общего числа коечного фонда больницы), из них хозрасчетных 75 [1]. Медицинскую помощь в терапевтических отделениях оказывают при всех нозологических формах заболеваний, включая кардиологические, ревматологические, гастроэнтерологические, неврологические, нефрологические и болезни органов дыхания.

В отделениях терапевтического профиля в 2012 году на стационарном лечении находилось 4977 пациентов, из них умерло 113 [1]. Показатель летальности в этих отделениях по сравнению с прошлым годом особо не изменился и составил $2,3 \pm 0,21$ при удельном весе $80,5 \pm 1,08\%$ (в 2011 году $-2,7 \pm 0,22$ при удельном весе $2,7 \pm 0,22\%$). При доверительном интервале 95% показатель летальности колеблется в пределах $2,09 \div 2,51$ (таб.№ 1). При вычислении Т-критерия ($t=1,34$) по двум годам получается, что разность между величинами статистически незначима.

Таблица № 1 Показатели летальности по терапевтическим отделениям

Отделения	2012	2011
-----------	------	------

	Количество больных	Из них умерло	Уд. вес, $X \pm S_x$ %	Летальность, $X \pm S_x$	95% ДИ	Количество больных	Из них больных	Уд. вес, $X \pm S_x$ %	Летальность, $X \pm S_x$	95% ДИ
Всего по терапевтическ ому блоку	977	13	100,0	2,3±0, 21	2,09÷2, 51	461	47	100%	2,7±0, 22	2,48÷2, 92
Терапия (бюдж)	345	1	80,5±1, 08	6,8±0, 69	6,11÷7, 49	445	14	77,6±1, 09	7,9±0, 70	7,20÷8, 60
Неврология (бюдж)	308	6	14,2±0, 96	1,2±0, 30	0,9÷1,5	468	3	15,6±0, 95	1,6±0, 33	1,27÷1, 93
Терапия (хозр)	87		2,65±0, 57	0,3±0, 19	0,11÷0, 49	99		2,0±0,4 9	0,4±0, 22	0,18÷0, 62
Неврология (хозр)	16		0	0	0	88		3,4±0,5 7	0,5±0, 22	0,28÷0, 72
Гастронефрол огия (хозр)	21		2,65±0, 56	0,3±0, 19	0,11÷0, 49	61		1,4±0,4 2	0,3±0, 19	0,11÷0, 49

Показатели летальности в различные годы и по разным отделениям больницы неодинаковы. Наиболее высокий показатель летальности регистрируется в бюджетном терапевтическом отделении [1], который в отчетном году составил - 6,8±0,69, при удельном весе 80,5±1,08% от общего количества умерших во всех отделениях терапевтического профиля (в 2011 году - 7,9±0,70 при удельном весе 77,6±1,09%). Это связано с тем, что тяжелые декомпенсированные больные с хроническими заболеваниями госпитализируются в это отделение. При доверительном интервале с 95% показатель летальности колеблется в пределах 6,11÷7,49. При вычислении Т-критерия (t-1,9) по двум годам получается, что разность между величинами статистически незначима.

В бюджетном неврологическом отделении в 2012 году в абсолютных цифрах умерло на 7 больных меньше, летальность составила 1,2±0,30 при удельном весе 14,2±0,96%, а в 2011 году - 1,6±0,33 при удельном весе 15,6±0,95%. Вычислив Т-критерий (t-0,9) по двум годам получается, что разность между величинами статистически незначима [1].

Стабильная ситуация в хозрасчетном терапевтическом и в гастроэнтерологическом отделениях, показатель летальности за отчетный период по сравнению с прошлым годом остается на одном уровне. В хозрасчетном неврологическом отделении летальных случаев не зарегистрировано, в 2011 году там умерло 5 больных, показатель летальности составил 0,5±0,22 [1].

Таблица № 2 Структура летальности пролеченных больных по системам нозологических форм болезней

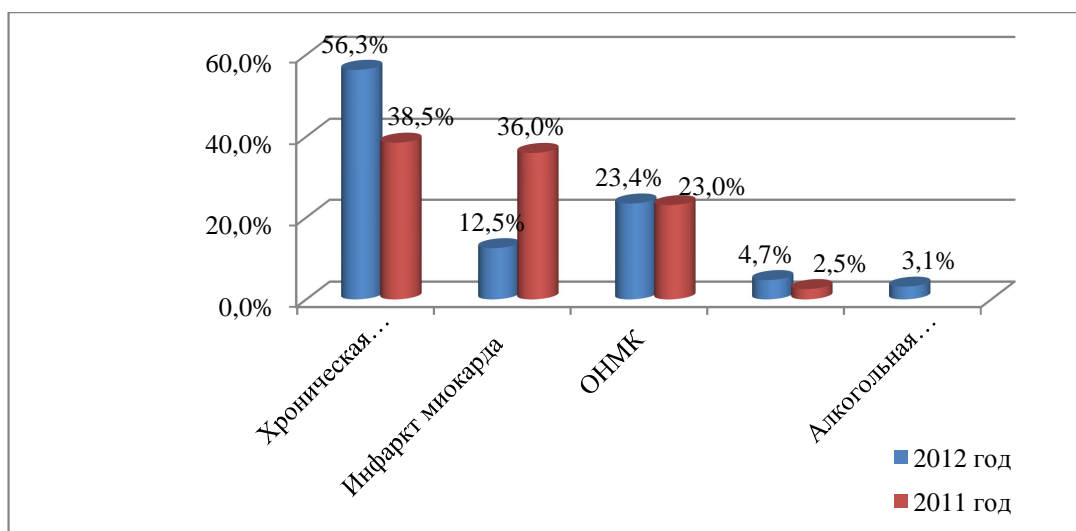
№	Нозологии	2012 год				2011 год			
		кол-во больных	из них умерло	уд. вес, $X \pm S_x$ %	леталь ность, $X \pm S_x$	кол-во больных	из них умерло	уд. вес $X \pm S_x$ %	леталь ность, $X \pm S_x$
1.	Всего	977	13	100%	2,3±0,21	461	47	100%	2,7±0,22
2.	Болезни системы кровообращения	786	4	56,6±1,1 7	3,6±0,44	953	78	53±1,1 3	4,0±0,44
3.	Болезни органов дыхания			13,3±1,4	2,5±0,23			14±1,2	2,9±0,62

		98	5			30	1	8	
4.	Болезни органов ЖКТ	44	2	10,6±1,1 3	1,6±0,46	93	6	18±1,4 6	3,7±0,72
5.	Болезни КМС и СЗСТ	05		1,8±0,9	0,9±0,66	86		3±1,01	0,7±0,49
6.	Сепсис	7		5,3±4,3	22,2±7,9 9	8		3±4,02	27,7±10, 55
7.	Эндокринные заболевания	9		2,6±2,95	10,3±5,6 4	1		0	0
8.	Болезни почек	91		1,8±0,67	0,5±0,36	28		2±0,68	0,7±0,40
9.	Болезни нервной системы	52		0,9±0,10	0,1±0,11	031		4±0,61	0,6±0,24
10.	Злокачественные новообразования	8		5,3±5,28	33,3±11, 10	3		3±3,55	17,4±7,9
11.	Прочие	27		1,8±0,73	0,61±0,4 3	08		1,4±0,8 1	0,96±0,6 8

Анализируя структуру летальности по нозологиям (таблица № 2), можно отметить, что болезни системы кровообращения, как и в прошлом году, занимают лидирующую позицию и составляют более 56,6±1,17% от общего количества летальных исходов в отделениях терапевтического профиля (2011г.-53±1,13%), показатель летальности составил - 3,6±0,44 (2011 г.- 4,0±0,44) [2].

Из них, чаще всего причиной летального исхода была декомпенсированная сердечная недостаточность на фоне хронической ишемической болезни сердца -36 случаев, что составляет 56,3±2,3% от общего числа умерших от болезней системы кровообращения в терапевтических отделениях (2011г.-38,5±2,54%). Показатель летальности - 7,9±1,26 от общего числа пролеченных больных с хронической ишемической болезнью в терапевтических отделениях (2011- 8,2±1,4). Высокий показатель летальности среди больных с данной патологией связан с тем, что они поступали в стационар в крайне-тяжелом состоянии, в стадии декомпенсации и осложнениями основного заболевания (гистограмма №1).

Гистограмма 1- Структура причин смерти от болезней системы кровообращения



В 15 случаях причиной летального исхода были острые нарушения мозгового кровообращения, что составило – 23,4% (2011г.-23%) от общего числа умерших от болезней системы кровообращения в терапевтических отделениях. Показатель летальности от инсультов за 2012 год по сравнению с 2011 годом примерно на одном уровне и составил $1,9 \pm 0,49$ и $2,0 \pm 0,47$ соответственно. Во всех случаях у больных было острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, госпитализация которых показана в инсультное отделение. Непрофильная госпитализация, была связана с крайне-тяжелым состоянием больных (бессознательное состояние) на момент обращения к врачам скорой медицинской помощи, а также с диагностическими трудностями на догоспитальном этапе. После проведения компьютерной томографии и подтверждения диагноза – геморрагический инсульт, все больные были осмотрены нейрохирургом для решения вопроса оперативного вмешательства. Но крайне-тяжелое состояние больных было противопоказанием для проведения операции [2,3]

За отчетный период удельный вес умерших от инфаркта миокарда в 3,5 раза меньше (8 случаев), чем в прошлом году (28 случаев) и составил $7 \pm 2,4$ (2011г. - $26 \pm 3,2$) от общего числа умерших в отделениях терапевтического профиля [2]. Это связано с тем, что всех больных города Алматы с острым коронарным синдромом госпитализируют в городской кардиологический центр, где им оказывается квалифицированная специализированная медицинская помощь, а при необходимости и кардиохирургическое вмешательство в круглосуточном режиме. Однако, показатель летальности от общего количества больных с инфарктом миокарда остается еще на высоком уровне и в 2012 году составил $47 \pm 12,10$ (2011г.- $61 \pm 7,19$).

Второе место в структуре причин летального исхода занимают болезни органов дыхания-15 случаев, удельный вес которых составил $13,3 \pm 1,4$ (2011г.- $14 \pm 1,28$) от общего числа умерших в отделениях терапевтического профиля. Из них, на первом месте – пневмонии, удельный вес которых 73,3% от общего числа умерших от болезней органов дыхания (2011г.-81%). Показатель летальности составил- $2,5 \pm 0,7$ (2011г.- $3,1 \pm 0,74$). Но хотелось бы отметить, что во всех случаях пневмонии были застойного характера с экссудативными плевритами, развитием отека легких вследствие декомпенсированной сердечной недостаточности (застой по малому кругу кровообращения) на фоне хронической ишемической болезни сердца. Умерших от острой пневмонии вирусного или бактериального характера за отчетный период не было [2,3].

Высокий показатель летальности от цирроза печени -12 случаев, удельный вес которых составил $10,6 \pm 2,9\%$ (2011г.- $17,7 \pm 3,1$) от общего числа умерших в терапевтическом блоке. Причиной цирроза в 10 случаях был хронический алкоголизм, в 2-х случаях – вирусные гепатиты. Все больные были с декомпенсированными формами цирроза печени, класс тяжести по Чайлд-Пью был не ниже «С» [2,3].

Также есть случаи доставки больных в коматозном состоянии, после обследования которых, им впервые был выставлен диагноз сахарный диабет, диабетическая кома (3 случая). К умершим из категории «прочие» по таблице № 2 относятся нозологии, не характерные для нашего стационара: это выявленный в больнице случай туберкулеза и миеломной болезни. В 6 случаях после обследования больным было впервые в стационаре выставлено злокачественное новообразование различной локализации, а причиной летального исхода была раковая интоксикация [3].

Все пациенты с летальным исходом поступили в экстренном порядке. Среди поступивших в плановом порядке летальных исходов нет.

За отчетный период показатель досуточной летальности в бюджетном терапевтическом отделении составил -2,8 от общего числа поступивших. Хотелось бы отметить, что данный показатель напрямую зависит от состояния пациентов на момент поступления в приемное отделение. Так, из умерших в первые сутки 45% приходится на долю декомпенсированной сердечной недостаточности, 27% на долю

декомпенсированного цирроза печени, 9% на долю сепсиса, 6% на долю острого трансмурального инфаркта миокарда [2,3].

В 2012 году увеличилось количество патологоанатомических вскрытий, как по больнице, так и по терапевтическим отделениям, что дает подтвердить правильность выставленных диагнозов. Процент патологоанатомических вскрытий по терапевтическим отделениям составил -63% (2011-38%) от общего количества умерших больных в отделениях терапевтического профиля [4].

Проанализировав показатели летальности в отделениях терапевтического профиля ЦГКБ можно сделать следующие выводы:

1. Наиболее высокий показатель летальности регистрируется в бюджетном терапевтическом и неврологическом отделениях - $6,8 \pm 0,69$ и $1,2 \pm 0,30$, при удельном весе $80,5 \pm 1,08\%$ и $14,2 \pm 0,96\%$ соответственно, в то время, как в хозрасчетных отделениях показатель существенно ниже. Данное положение обусловлено организацией госпитализации, при которой контингент наиболее тяжелых больных госпитализируется, как правило, в бюджетное отделение.
2. Лидирующую позицию в структуре причин летальности занимают болезни системы кровообращения и составляют более 56,6% от общего количества летальных исходов в отделениях терапевтического профиля (2011 г.- 53%). Из них, чаще всего причиной летального исхода была декомпенсированная сердечная недостаточность на фоне хронической ишемической болезни сердца, что составляет $56,3 \pm 2,3\%$ от общего числа умерших от болезней системы кровообращения в терапевтических отделениях
3. Среди частых причин летального исхода в стационаре – это осложнения пневмонии и цирроза печени, удельный вес которых составил 13,3% (2011г.-11,6%) и 10,6% (2011г.-17,7%) соответственно от общего числа умерших в терапевтическом блоке.
4. Перед нами стоят задачи по улучшению преемственности с поликлиниками города и станциями скорой медицинской помощи, так как летальность в стационаре очень часто зависит не только от качества оказываемой медицинской помощи в стационаре, но и от качества медицинской помощи на догоспитальном этапе.
5. Также необходимым считаем проведение научно-практических конференций и семинарских занятий для врачей с целью повышения профессионального уровня, особенно в вопросах дифференциальной диагностики и неотложной медицинской помощи
6. Анализировать каждый случай летальности и принимать соответствующие меры по снижению предотвратимых летальных исходов.

Список литературы:

1. Статистические данные Центральной городской клинической больницы за 2011, 2012 годы (форма 16).
2. Статистические данные деятельности терапевтических отделений за 2011-2012 годы (форма 14,18).
3. Медицинские карты стационарного больного (форма 003/У) летальных исходов больных, находившихся на лечении в 2011-2012 годах в отделениях терапевтического профиля Центральной городской клинической больницы.
4. Годовой отчет патологоанатомического бюро Центральной городской клинической больницы за 2011-2012 годы.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. АЛМАТЫ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Резюме

В статье приведены результаты анализа первичной заболеваемости взрослого населения болезнями мочеполовой системы города Алматы за 2011 год в сравнении с 2010 годом.

Ухудшения состояния здоровья мужского населения связано с высокой частотой урологических заболеваний. Достаточно отметить, что в последние годы стабильно растет количество больных с урологическими заболеваниями. Так, по отчетным данным Научного центра им. академика Б.У. Джарбусынова заболеваемость населения в г. Алматы болезнями мочевыделительной и мужской репродуктивной системы выше республиканского показателя и абсолютное число больных составляет 656,7 случаев. По данному показателю область относится к регионам с высоким уровнем заболеваемости [1].

Мужское здоровье подвержено огромному количеству отрицательных факторов – стрессы, нерациональное питание, низкая физическая и медицинская активность широкое распространение вредных зависимостей. Этим объясняется значительный рост и омоложение возрастной урологической патологии. Самыми распространенными урологическими заболеваниями являются болезни предстательной железы (БПЖ), развитие которых, по разным данным, регистрируется у 11-15% мужчин в возрасте 40-45 лет и у 80-95% мужчин после 80 лет [2].

Анализ показателей заболеваемости, в том числе урологической, является необходимым условием достижения высокого уровня здоровья населения, интенсивного развития здравоохранения, контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений и управления ими [3].

На основе вышеизложенного проанализирована общая структурная и возрастная характеристика урологической заболеваемости населения г. Алматы. Для анализа взяты данные опервично - зарегистрированных случаях урологических заболеваний в г. Алматы за 2010-2011 гг.

При анализе заболеваемости мочеполовой системы в отдельных возрастных группах (18 лет и старше, 60 лет и старше), среди мужчин и женщин, расчеты проводились на 100 тыс. населения изучаемой возрастно-половой группы.

В ходе исследования установлено, что в 2011 г. в г. Алматы зарегистрировано 85784 первичных случаев заболеваний мочеполовой системы в возрасте 18 лет и старше, что в интенсивных показателях составило 7610,4 на 100 тыс. населения. Более высокий уровень первичной заболеваемости отмечается у женщин 11141,9 случаев на 100 тыс. населения, в то время как у мужчин значение показателя составляет 3100,3. (таблица 1).

Таблица 1- Первичная заболеваемость населения г. Алматы в возрасте 18 лет и старше болезнями МПС за 2010 и 2011 гг.

Нозологическая форма	мужчины				женщины				Итого			
	Абс.		на 100 тыс.		Абс.		на 100 тыс.		Абс.		на 100 тыс.	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Всего, в том числе	590	15347	1139,6±15,2	3100,3±24,6	79115	70437	13009,0±43,1	11141,9±39,6	84705	85784	7709,6±25,4	7610,4±25,0
Гломерулярные болезни	3	76	6,7±1,2	15,4±1,76	38	68	6,2±1,0	10,8±1,30	71	144	6,5±0,8	12,8±1,06
Почечные и тубулоинтерстициальные б	415	1945	492,3±10,	392,9±8,89	8423	5740	1385,0±15,0	908,0±11,9	10838	7685	986,4±9,4	681,8±7,7
Камни почки и мочеточника	279	265	56,9±3,40	53,5±3,29	507	390	83,4 ± 3,70	61,7±3,12	786	655	71,5±2,55	58,1±2,27
Болезни предстательной железы	367	1358	278,7±7,5	274,3±7,43	-	-	-	-	1367	1358	124,4±3,4	120,5±3,2
Гиперплазия предстательной железы	674	620	137,4±5,3	125,2±5,03	-	-	-	-	674	620	61,3±2,36	55,0±2,21
Мужское бесплодие	4	9	0,8±0,4	1,8±0,61	-	-	-	-	4	9	0,4±0,2	0,8±0,27
Другие заболевания	818	11074	166,8 ±5,83	2237,1±21,02	70147	64239	11534,4±40,9	10161,5±38,0	70965	75313	6459,0±23,4	6681,4±24,35

Абсолютное число первично зарегистрированных пациентов с заболеваниями мочеполовой системы в возрасте 60 лет и старше в 2011 г. составило 6894 случая, а показатель числа зарегистрированных больных на 100 тыс. всего населения равнялся к 4582,4 случаям. Из таблицы видно (табл.2), что наиболее ее высокие показатели выявлены среди женщин в возрасте 60 лет и старше 5898,8 случаев на 100 тыс. населения. При анализе частоты отдельных нозологических форм болезней мочеполовой системы в возрасте 60 лет и старше выявлена следующая ситуация. На первом месте находятся почечные и тубулоинтерстициальные болезни 511,2 случаев, на втором месте болезни предстательной железы 402,1 случаев и на третьем месте гиперплазия предстательной железы 297,1 случаев на 100 тыс. населения. Распределения по полу из общей выборки показал, что среди мужчин преобладают болезни предстательной железы 1138,2 на 100 тыс. населения.

Таблица 2- Первичная заболеваемость населения г. Алматы в возрасте 60 лет и старше болезнями МПС в 2011 г.

Нозологическая форма	мужчины		женщины		Итого	
	Абс.	на 100 тыс.	Абс.	на 100 тыс.	Абс.	на 100 тыс.
Всего, в том числе	1155	2173,0±63,24	5739	5898,8±75,53	6894	4582,4±53,91
Гломерулярные болезни	25	47,0 ±9,40	23	23,6 ±4,93	48	31,9 ±4,60
Почечные и тубулоинтерстициальные болезни	203	381,9 ±26,8	566	581,8 ±24,4	769	511,2 ±18,4
Камни почки и мочеточника	77	144,9 ±16,5	111	114,1 ±10,8	188	125,0 ±9,11
Болезни предстательной железы	605	1138,2±46,01	-	-	605	402,1 ±16,32
Гиперплазия предстательной железы	447	841,0 ±39,61	-	-	447	297,1 ±14,03
Другие заболевания	202	380,0±26,7	5039	5179,3±71,05	4837	3215,1±45,48

Выводы

По результатам проведенного анализа отмечается стабилизация уровня первичной заболеваемости болезнями мочеполовой сферы в возрасте 18 лет и старше в обоих полах. Среди всех нозологических форм болезней мочеполовой системы в 2011 г. высокие показатели занимают почечные и тубулоинтерстициальные болезни почек. При этом наибольший показатель частоты встречаемости данной патологии отмечается у женщин.

Таким образом, проведение постоянного мониторинга уровня заболеваемости и смертности от болезни мочеполовой системы, дает возможность отслеживать статистические данные с учетом временного аспекта, своевременно выделять территории риска по уровню заболеваемости и прогнозировать изменение показателей, и в целом позволяет контролировать уровень здоровья населения региона и качество оказываемой специализированной медицинской помощи.

Список литературы:

1. Алчинбаев М.К. Состояние урологической службы Республики Казахстан за 2011 год. - Алматы, 2012. – 12 с.

2. Елина Ю. А. Медико-социальная характеристика больных с заболеваниями предстательной железы и организационные основы профилактики: Автореф. дис. канд. мед. наук. – г. Нижний Новгород, 2012 г. – 4-5 с.
3. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. // Урология, № 3. 2008. - 3-9 с.

СТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Кожекенова Н.М.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Резюме

В представленной статье рассмотрена проблема стигматизации больных эпилепсией. Особенно характерен дефицит знаний об эпилепсии в обществе, что приводит к формированию социальных стереотипов по отношению к больным эпилепсией. Показаны проявления стигматизации больных эпилепсией со стороны не только общества, но и врача и самого больного к себе. Для получения более полного представления о структуре восприятия заболевания социумом требуется дальнейшее углубление знаний.

Показатели распространенности эпилепсии в разных странах лежат в диапазоне от 1,5 до 50 случаев на 1000 населения [1]. Не менее 1 припадков в течение жизни переносит 55 % населения, у 20-30% больных заболевание является пожизненным. Распространенность эпилепсии в странах СНГ варьирует от 0,96 до 10 случаев на 1000 населения: в Москве 2, 23‰, в Казахстане 2,3‰, в Ереване 0,96‰ [4].

В настоящее время возможности современной фармакологии позволяют проводить эффективную терапию эпилепсии. По различным оценкам, доля пациентов в ремиссии при адекватной терапии находится в интервале от 40% до 70% [2,6,7]. Вместе с тем, стратегической задачей лечения больных эпилепсией является – улучшение качества их жизни. Воспитание и образование, выбор профессии и трудоустройство, образование и семья – вот далеко не полный перечень проблем [5,3].

Многие больные эпилепсией в современном обществе подвергаются выраженной социальной дискриминации, больные испытывают затруднения не столько в связи со своей болезнью, сколько в связи с предубежденными отношениями общества, дело в том, что отдельные люди либо группы в сообществе лишают других прав или помощи в связи со стигмой и предвзятым отношением [7,8]

Стигма (stigma) по-латыни означает «признак, клеймо позора, открытая рана». Стигматизация предполагает обобщение и перенос «негативного» качества (неумения, отсутствия) чего-либо с отдельных представителей какого-либо сообщества на всех членов сообщества [9]. Выделяют внешнюю стигму (дискриминацию) и внутреннюю стигму (личностную, аутостигматизацию, самостигматизацию). При этом под внешней стигмой подразумевается несправедливое отношение социума к больному, под внутренней стигмой – чувство стыда и ожидание дискриминации [4,9]. Следует отметить, что причиной стигматизации является значительный дефицит знаний об эпилепсии в обществе, недостаточной информации об эпидемиологии эпилепсии.

Дискриминация проявляется в многочисленных ситуациях: предвзятость в области законодательства, нежелание брать на работу больных, отказ вступления с больным страдающим эпилепсией в брак. Многие люди считают эпилепсию психическим заболеванием, хотя в большинстве случаев психических отклонений у страдающих эпилепсией пациентов не отмечается [1].

Проявление стигмы отмечают иногда в отношении врачей к больным эпилепсией, что может играть неблагоприятную роль в рекомендациях и действиях самих врачей, в их информации для больного и родственников. Ведь немногие из них полагают, что это заболевание не только вызывает страдание пациента, но и ограничивает возможности человека [4].

Естественно, что больные эпилепсией разделяют все существующие в обществе стереотипы, дают пессимистический прогноз своего заболевания и становятся вследствие этого социально отгороженными.

Таким образом, стигматизация препятствует нормальному социально-психологическому функционированию человека. Изучение структуры восприятия заболевания социумом особенно актуально для нашей страны, в связи с тем, что исследования в этом направлении нет. Подтверждением значимости этой проблемы является тот факт, что дестигматизация больных эпилепсией является одним из ведущих направлений программы здоровья ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Международная противоэпилептическая лига и Бюро по эпилепсии объявили в 1997г. кампанию «Эпилепсия - из тени» («Out of Shadows-A Global Campaign»). И в 1998г. В Гейдельберге (Германия) принята Европейская декларация по эпилепсии. Эти документы обращены к политическим деятелям, законодателям, органам здравоохранения, медицинским и немедицинским организациям всех стран. Целью ее является вывести больных эпилепсией из «тени» социальной стигматизации, а само заболевание – из «тени» на «свет» одного из приоритетных направлений в здравоохранении. Задачи кампании: повышение уровня знания и понимания эпилепсии в обществе, привлечение внимания органов здравоохранения к проблеме эпилепсии, ее изучению и профилактики, включая образование, обучение, обслуживание [4].

Список литературы:

1. Незнанов Н.Г. Эпилепсия. СТ-Петербург 2010;51-63
2. Власов Н.П., Орехова Н.В. Эффективность терапии эпилепсии у взрослых до и после коррекции эпилептологом. Эпилепсия и пароксизмальные состояния 2010;2.3:6-11
3. Гехт А.Б. Современные стандарты ведения больных эпилепсией и основные принципы лечения. Consilium Medicum 2000;2:2.
4. Гехт А.Б., Гусев Е.И., Куркина И.В., Локшина О.Б., Лебедева А.В., Мильчакова Л.Е. Эпилепсия-эпидемиология и социальные аспекты. Журнал неврологии и психиатрии. Вестник РАМН 2001;7:22-26
5. Громов С.А., Лобзин В.С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией. СТ-Петербург: Образование 1993;238.
6. Дзугаева Ф.К. Клинико-иммунологические и биохимические критерии прогнозирования течения эпилепсии: диссертация на соискание степени доктора медицинских наук. М 2003
7. Лебедева А.В. Консервативное и хирургическое лечение эпилепсий: диссертация на соискание степени доктора медицинских наук. М 2007 25-31
8. Мизинова М.А., Мильчакова Л.Е., Лебедева А.В. Стигматизация и социальная адаптация больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии 2011; 5, 2:58-64
9. Серебрянская Л.Я. Психологические факторы стигматизации психических больных: Автореферат. диссертации на соискание степени кандидата психологических наук. М 2003

Михайленко В.А., Жабаяев А.А., Руди С.Н., Перова И.А., Ищанова Г.К., Сапиева А.Н.
КГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Резюме

Существуют медицинские и медико-психологические аспекты внедрения заместительной терапии, где преобладающими остаются политические и идеологические.

Ни одна из известных психофармакологических или терапевтических методик не подвергается столь активному политическому, идеологическому и общественному присмотру как методика заместительной терапии наркозависимых (ЗТН). Активное немедицинское давление на возможность ее внедрения в ряде стран мира трудно сопоставить даже с неприятием скандально известных лоботомии или электросудорожной терапии. Это и не удивительно, т.к. проблема наркомании, в отличие от проблемы, к примеру, шизофрении осознается и обозначается чаще всего не как медицинская, а как социальная, психологическая или даже нравственная [1, 2, 3, 4].

В соответствии с п.105 Плана мероприятий реализации Государственной программы «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, утвержденного Постановлением Правительства РК от 29.01. 2011 г. № 41, в целях предупреждения распространения ВИЧ-инфекции и реализации гранта Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией.

Реализация существующей программы ОЗТ начата в Казахстане утвержденным Приказом Министерства здравоохранения РК № 691 от 04.10.12. «О расширении доступности к опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан», открыты пункты по предоставлению ОЗТ на базах наркологических диспансеров, назначены ответственные лица.

Несомненно, для того, чтобы разобраться в сути любой терапевтической методики требуется научный, а не идеологический анализ, эксперимент, а не философствование. При обсуждении проблемы ЗТН научный подход, к сожалению, до настоящего времени упускается. Справедливости ради следует отметить, что споры в отношении эффективности и даже допустимости ЗТН не стихают во многих странах мира на протяжении последних сорока лет. Однако это не мешает в подавляющем большинстве государств Европы и мира применять методы ЗТН на практике для ограниченного контингента пациентов, используя в некоторых программах в качестве «заместителей» героина сам героин [5,6,7,8,9,10,11].

Сутью ЗТ героин-зависимых пациентов в отличие от иных психофармакологических методов является использование в процессе интенсивной и поддерживающей терапии больных наркоманией полных или частичных агонистов опиоидов (метадона, морфина, бупренорфина и др.). Основной целью ЗТН считается т.н. «снижение вреда» от инъекционного употребления наркотических веществ в виде ВИЧ-инфицирования, распространения гепатитов, смертности от передозировок. Не менее важной задачей оказывается и снижение вреда для окружающих наркозависимых людей, т.к. лечение агонистами опиоидов снижает потребность в использовании нелегальных наркотиков и, следовательно, криминальную активность пациентов [7,12,13].

По мнению большинства адептов ЗТ основной целью является не избавление пациента от наркомании, а снижение вреда употребления наркотиков [6-8,11, 13-16,18-37]. И этим ЗТ принципиально отличается от иных методов терапии наркозависимости. Именно поэтому она не является альтернативной по отношению к психофармакотерапии или психологической реабилитации при наркомании. Следует признать, что в полной мере назвать данный вид оказания медицинской помощи терапией неправомерно. Обоснованнее отнести ЗТН к методикам патронажа, а не лечения в собственном смысле слова [14].

Метадоновая терапия назначается в случае многократной неэффективности применения иных психофармакологических или психотерапевтических методов лечения пациентам с длительным стажем злоупотребления наркотическими веществами (опиатами). Как правило, пациент в присутствии врача принимает предписанную дозу метадона в виде микстуры или сиропа. Реже метадон назначается в виде таблеток, свечей или инъекций. В настоящее время в подавляющем большинстве стран мира, использующих метадоновую программу, преимущество отдается назначению препарата в виде микстуры или сиропа в условиях наркологического или иного медицинского учреждения. Пациент ежедневно приходит на прием к врачу и получает предписанную дозу метадона. Параллельно с этим пациент включается в реабилитационные программы, включающие в себя разнообразные психотерапевтические методы (консультирование, тренинги и пр.) [14, 15, 5, 16,17].

По мнению А.В.Надеждина [3], «введение «заместительной терапии» даже для ограниченных контингентов лиц, зависимых от героина и других веществ опиоидного ряда, приведет к существенному снижению эффективности профилактических программ, так как она будет рассматриваться начинающими потребителями наркотиков как способ избежать медицинских и социальных осложнений от их потребления в перспективе».

Подобный тезис представляется малообоснованным. Размышляя в русле предложенной парадигмы, любое эффективное лечение от наркомании следует признать нежелательным, поскольку это может рассматриваться как «способ избежать медицинских и социальных осложнений от их потребления в перспективе». Получается, что создание и применение новых эффективных психофармакологических средств, психотерапевтических или социальных программ для больных наркоманией не является важным и принципиальным, т.к., если найдется способ полного излечения от зависимости от ПАВ, то подростки перестанут испытывать страх перед «неминуемым концом».

Нередко противники ЗТН указывают на то, что основное используемое средство (например, метадон) может появиться на «черном рынке» и вызвать волну наркозависимости. Данный аргумент выходит за рамки научного, т.к. априори признает, что любое вещество, к которому может возникнуть зависимость, по причине недобросовестности медицинских работников может быть использовано в корыстных целях с криминальными последствиями. Продолжая данную логику, можно предположить, что тогда есть все основания запретить врачам использовать бензодиазепины, транквилизаторы, применяемые в психиатрии и наркотические вещества, используемые в анестезиологии и онкологии.

Сторонники заместительной терапии [6] согласны с тем, что метадоновая программа не лишена недостатков, к которым следует отнести следующие: 1) лечение метадоном не уничтожает зависимости; 2) появляется вероятность проникновения метадона на «черный рынок»; 3) сосредоточение пациентов вокруг лечебного учреждения; 4) не полный отказ от нелегальных наркотиков лиц, проходящих заместительную терапию. Перечисленные недостатки несомненно влияют на вероятность принятия той или иной страной решения о внедрении ЗТ. Следует обратить внимание на тот факт, что признание недостатков позволяет принять упреждающие меры по борьбе с ними. Так, одним из важных способов противостоять нелегальному распространению метадона является изготовление его жидкой формы, которая пользуется малым спросом на черном рынке.

Таким образом, приведенный анализ аргументов доказывает, что существуют медицинские и медико-психологические аспекты внедрения заместительной терапии, где преобладающими остаются политические и идеологические, хронического труднокурабельного заболевания.

Список литературы:

1. Бабаян Э.А. О применении метадона. /<http://www.medinternet.ru/>.
2. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. - М.: Нолидж, 2000. – 448 с.

3. Надеждин А.В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией. / http://www.narkotiki.ru/expert_3069.html.
4. Шевченко Ю.Л. Интервью информационно-публицистическому сайту «НЕТ НАРКОТИКАМ». 2001.
5. Субата Э. Заместительная терапия метадонем. Вильнюс, 2001. 32 с.
6. Субата Э. Заместительное лечение в Восточной Европе и Центральной Азии. // Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии», Казань, 2003. – с.173-179.
7. Ball J.A., Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. – N.Y.: Springer-Verlag, 1991.
8. Byrne A., Newman R. Methadone – myths and mystery. // Heroin Crisis. Bookman Press. Melbourne. – 1999. – P. 141-150.
9. Des Jarlais Don C. Prospects for Public Health Perspective on Psychoactive Drug Use. // Amer. J. of Public Health. – 2000. – Vol.90. – N.3. – P.335-337.
10. Novick D.M. et al. Methadone disposition in patients with chronic liver disease. // Clin. Pharmacol. Ther. – 1981. – Vol. 30. – P. 353-362.
11. Payte J.T. A brief history methadone in the treatment of opioid dependence: a personal perspective. // J. Psychoactive Drugs. – 1991. – Vol. 23. – P. 103-107.
12. Dolan K.A., Wodak A.D., Hall W.D. Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. // Drug and Alcohol Review. – 1998. – Vol.17. – N.2. – P.153-158.
13. Gibson D.R., Flynn N.M., McCarthy J.J. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. //AIDS. – 1999. – Vol.13. – P. 1807-1818.
14. Менделевич В.Д. Заместительная терапия наркозависимых в России: перспективы и реальность. – Казань: ЗАО «Новый век», 2003. – 51 с.
15. Мошкова А. Заместительная терапия с позиции международной программы снижения вреда (МПСВ). // Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии», Казань, 2003. – с.232-235.
16. Prochaska J.O., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change: applications to addictive behaviors. // Am. Psychol. J. – 1992. – Vol. 47. – P. 1102-1114.
17. SanchezM. Versunepsichiatriedesaddictions. /Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии», Казань, 2003. – с.158-160.
18. Матюшкин В.Н. Заместительное лечение метадонем с точки зрения потребителей инъекционных наркотиков. // Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии», Казань, 2003. – с.102-104.
19. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.
20. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.
21. Dale A., Jones S.S. The Methadone Experience: The Consumer View. – London: The Centre for Research, 1992.
22. Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Development Panel of Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. // JAMA. – 1998.- Vol.280. – P.1936-1943.
23. Jasinski D, Cowan A, Lewis J. Treating opiate dependence with unique opioid. Baltimore, London: Williams&Wilkins, 1994.

24. Joseph H., Stancliff S., Landgrood J. Methadone Maintenance Treatment: A Review of Historical and Clinical Issues. // The Mount Sinai Journal of Medicine. – 2000. – Vol.67. – N. 5-6.
25. The Lindesmith Center. Methadone maintenance treatment. N.Y.: Open Society Institute. 1997.
26. Liappas J.A., Jenner F.A., Vincente B. Literature on methadone maintenance clinics. // Int. J. Addict. – 1988. – Vol. 23. P. 927-940.
27. Lowenstein W, Gourarier L, Coppel A, Lebeau S, Hefez S. La methadone et les produits de substitution. Suivi du toxicomane par le medicine generaliste. Paris: Doin, 1995.
28. Newman R.G: What's so special about methadone maintenance? // Drug Alcohol. Rev, 1994; 10: 225-232.
29. Newman R.S., Whitehill W.B. Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong. // Lancet. – 1979. – N. 8. – P. 485-488.
30. Okruhlica L., Timulakova K., Mihalekova A., Klepova D. Methadone Maintenance Treatment in Slovakia. – Euro-Metwork. – 2000. – N.18. – P.11-12.
31. Paxton R., Mullin P., Beattie J. The effects of methadone maintenance with opioid takers: a review and findings from one British city. // Br. J. Psychiatry. – 1978. – Vol. 132. – P. 473-481.
32. Payte J.T. A brief history methadone in the treatment of opioid dependence: a personal perspective. // J. Psychoactive Drugs. – 1991. – Vol. 23. – P. 103-107.
33. Renner J.A.Jr. Methadone maintenance: past, present and future. // Adv. Alcohol Subst. Abuse. – 1984. – N.3. – P.75-90.
34. Ward J., Mattick R., Hall W. Key Issues in methadone Maintenance Treatment. – New South Wales: New South Wales University Press, 1992.
35. Weber R., Ledergerber B., Poravil M. et al. Progression of HIV infection in misuses of injected drugs who stop injecting or follow programmer of maintenance treatment with methadone. // Br. Med. J. – 1990. – Vol. 301. – P. 1362-1365.
36. Yancovitz S.R., Des Jarlais D.C., Peyser N.P. et al. A randomized trial of an interim methadone clinic. // Am. J. Public Health. – 1991. – Vol. 81. – P. 1185-1191.
37. Zveben J.E., Payte J.T. Methadone maintenance in the treatment of opiate dependence – a current perspective. In: Addiction Medicine and the Primary Care Physician. // West J.Med. – 1990. – Vol.152. – P.588-599.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПО КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Тютенова Ж.А., Сапиева А.Н.

КГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Резюме

В основу стратегии ППМР положены рекомендации ВОЗ и являются приоритетам государственной политики.

Ежегодно беременность наступает примерно у 1,5млн. инфицированных вирусом иммунодефицита, в свою очередь это приводит к тому, что почти 600000 детей будут инфицированный в результате передачи этого вируса от матери ребенку – или свыше 1600 ежедневно. Около 7% больных СПИДом – женщины в репродуктивном возрасте, и их количество непрерывно растет.

По целому ряду причин – биологических и социальных - женщины в развивающихся странах подвержены более высокому риску ВИЧ-инфицирования, чем их

партнеры-мужчины. Среди биологических факторов следует отметить, что частота передачи ВИЧ от мужчины женщине в 2-3 раза выше, чем от женщины мужчине.

Социально-культурными факторами, влияющими на более высокий риск ВИЧ-инфицирования женщин, являются неравенство, бедность, худшие шансы на получения образования и отсутствие возможности трудоустройства. Все это толкает многих женщин в сферу коммерческого секса, где риск инфицирования для них очень высок. Большая часть женщин, напротив, моногамны, однако подвергаются высокому риску из-за поведения своих партнеров-мужчин.

Чаще у ВИЧ-инфицированных женщин возникают инфекционные осложнения в послеродовом периоде. В частности, кесарево сечение связывают с повышенной заболеваемостью инфекционными болезнями, особенно у женщин с низким количеством CD4+, а также с повышенной смертностью.

Несмотря на тот факт, что ВИЧ-инфицированная женщина может родить здорового ребенка, на самом деле это происходит далеко не всегда. ВИЧ-инфицированные женщины часто передают ВИЧ более чем одному ребенку. Поэтому к любой ВИЧ-инфицированной беременной женщине надо относиться как к вероятному источнику инфекции для своего будущего ребенка. Кроме того, известно, что у женщин с клинически выраженной ВИЧ-инфекции, с наличием тяжелых оппортунистических инфекции, более вероятны и тяжелые последствия для будущего новорожденного. С целью предотвращения этих последствий за рубежом предложен скрининг по ведению и лечению таких пациентов (D. Nanda, 1990).

Рост количества женщин среди людей, живущих с ВИЧ инфекцией, является тревожной тенденцией.

С 1993г. по 01.12.2012г. в Костанайской области зарегистрировано 1231- ВИЧ-инфицированных, из них женщин – 406(33%). На момент выявления ВИЧ- инфекции находились в репродуктивном возрасте (15-49)- 385(94,9%) женщин. По Костанайской области с нарастающим итогом зарегистрировано 1220 случая ВИЧ инфекции, из них 404 случая выявлено среди женщин, в т.ч. 145 случая среди беременных женщин.

Всего от ВИЧ инфицированных матерей родилось-111 детей, в том числе с диагнозом ВИЧ инфекция-7; диагноз ВИЧ инфекция снят у 75 детей; умерло детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей до 1 года-6, в том числе 1 ребенок от СПИДа в возрасте 3 лет.

Клинические проявления ВИЧ у детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей, проявляются на 1-2-м году жизни. Увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки, как правило, имеют место уже с рождения, в возрасте 0-1 месяца нередко развиваются инфекционные заболевания. Клиническими признаками являются потеря массы тела, задержка физического развития, анемия, хроническая диарея, интерстициальная пневмония. Большинство больных детей умирают к 36 месяцам; 50% детей умирают уже в течение первых 2 лет жизни. Признано, что все ВИЧ - серопозитивные женщины не должны кормить грудью своих детей.

Для своевременного выявления ВИЧ инфекции и назначения профилактического курса противовирусных препаратов все беременные женщины обследуются на ВИЧ инфекцию дважды- при первичном обращении в женскую консультацию по поводу беременности и в третьем триместре беременности, если инфицирование не было выявлено при первом тестировании. Женщины, не обследованные на ВИЧ во время беременности или обследованные один раз, обследуются в роддоме экспресс- методом.

Все возможные способы снижения риска передачи инфекции ребенку, имеют своей целью снизить вирусную нагрузку матери и свести к минимуму возможный контакт ребенка с инфицированными биологическими жидкостями матери, такими, как секреторные выделения из шейки матки или влагалища, кровь, грудное молоко. Если женщина принимает все эти меры предосторожности, возможно, снизить риск в значительной степени. На увеличение риска заражения ребенка влияют многие факторы:

общее состояние здоровья матери, количество вируса в крови матери, употребление наркотиков, наличие инфекций, передающихся половым путем.

Инфицирование плода от ВИЧ инфицированной матери может произойти тремя способами:

- во время нахождения плода в утробе матери,
- в процессе родов (при контакте ребенка с инфицированными биологическими жидкостями матери)
- через грудное молоко при кормлении ребенка.

Вероятность заражения ребенка от ВИЧ инфицированной матери составляет в среднем от 25 до 35%

Риск рождения ребенка с ВИЧ можно максимально снизить, сочетая:

- назначение специфического профилактического лечения антиретровирусными препаратами беременной и новорожденному.
- своевременное лечение инфекций родовых путей.
- выбор оптимального метода родоразрешения (кесарево сечение до начала родов)

Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР), в области внедрена с 2003г., что и позволило в большинстве случаев предотвратить инфицирование детей. Для оценки эффективности проводимых мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку, проведем анализ ведения беременных и исхода родов за 2011год с учетом того, что ВИЧ статус детей рожденных в 2011году уже известен и поэтому с большей долей вероятности можно говорить о результатах ППМР.

Всего за 2011год выявлено 119 случаев ВИЧ- инфекции, из них 30(25,2%) женщины, из них в возрасте от 15 до 49 лет – 30 (100%).

За 12 месяцев 2011года выявлено 24 беременности у ВИЧ- инфицированных женщин, среди них впервые выявленные с ВИЧ инфекцией-17 беременных женщин. Исходы беременностей: родов-20, аборт – 4. Курс АРВ- профилактики получили 20 ВИЧ- инфицированных беременных женщин (в т.ч. 2 женщины, которые к моменту наступления беременности получали АРТ) и 20 новорожденных. Все женщины своевременно, с 24-28 недель беременности, в соответствии с действующим на тот момент приказом МЗ РК №699 от 29.12.2012г. «О профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку в Республике Казахстан» начали АРВ-профилактику. В 10 случаях (50%), роды завершились операцией кесарево сечение, из них в 3-х случаях (33,3%) по рекомендации врача- инфекциониста центра СПИД, с целью снижения риска вертикальной трансмиссии ВИЧ, при наличии у беременной к концу беременности высоких показателей вирусной нагрузки. В 4-х случаях (20%) беременность завершилась преждевременными родами. Все дети живы, однако к году диспансерного наблюдения 1-му ребенку, из 20 родившихся в 2011году, выставлен диагноз ВИЧ-инфекция.

Список литературы:

1. Малый В.П. ВИЧ СПИД Новейший медицинский справочник г. Москва, 2009г.
2. Кожемякин Л.А., И, Г. Бондаренко, А.А. Тяпкин. СПИД (пособие для врачей) г. Ленинград, 1990г.
3. Покровский В.В. «Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД» М.:«Медицина» 1996 г.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012 ГОД

Хамзин М.Х.

Резюме

Приоритетным направлением проведения профилактических программ с ПИН по профилактике ВИЧ является разнообразные программы медицинского и социального сопровождения, основанные на технологии индивидуального ведения случая.

Распространенность инъекционного наркопотребления в РК составляет – 0,95% от численности населения от 15 лет и старше, и варьирует от 0,3% до 2,4%. В Костанайской области этот показатель равен – 0,6%. На учете в наркослужбе по инъекционному наркопотреблению состоят 2457 человека, в т.ч. 334 – женщины. Оценочная численность потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в 2012г по Костанайской области составляет – 5100 ПИН. (Данные быстрой оценки ситуации (далее-БОС) за 2012 год. За отчетный период в области было выявлено 23 случая ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (далее-ПИН), что составляет 15,1% от общего числа выявленных случаев ВИЧ – инфекции в 2012 году (152), из них 11 (47,8%) были выявлены в пунктах доверия из числа вновь привлеченных ПИН в профилактические программы.

При проведении оценки эффективности профилактических программ ПИН, наиболее важными показателями являются охват ПИН профилактическими программами, систематический охват ПИН профилактическими программами, % самостоятельно обратившихся ПИН в пункты доверия, % ПИН, обслуживаемых через аутрич-работников, а также показатели конечного результата работы с ПИН: количество ПИН, охваченных качественным психо-социальным консультированием; % ПИН, тестированных на ВИЧ-инфекцию; количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН, вовлеченных в профилактические программы, а также доступность для ПИН шприцев и презервативов.

За 2012 года 80% от БОС (3180 ПИН) были охвачены профилактическими программами (2011 г.- 96,4% от БОС (3856 ПИН, средний показатель по РК - 55,7%). Снижение областного показателя связано с сокращением неправительственных организаций, проводивших программы «Снижение вреда» среди ПИН. Вместе с тем, систематический охват ПИН (посещение, обслуживание не реже одного раза в месяц) остается на уровне прошлого года и составляет 39% от БОС и 49% от проф.охвата в 2012г (в 2011г – 38% от БОС и 39% от проф.охвата.) В 2011 году в области функционировало 10 пунктов доверия (ПД) -8 стационарных (СПД), 2 передвижных (ППД). В 2012 году был открыт дополнительно 1 стационарный пункт доверия при Качарской городской больнице.

В 2012 году в ПД самостоятельно обратились 531 ПИН, что составляет 16,7 % от числа ПИН, привлеченных в профпрограммы и 13,2% ПИН от БОС (в 2011г – 659 ПИН – 17% от проф.программ, 16,4% от БОС). Сокращение ПИН, самостоятельно посещающих ПД, связано с закрытием трех СПД при ОФ «Помощь».

Большая часть ПИН, охваченных программами профилактики, обсуживаются через аутрич – работников. В 2012 году -2408 (76% от проф. охвата и 60,2% от БОС), в 2011 году этот показатель был в 1,2 раза выше (3057ПИН через аутрич 76% от БОС). За 2012 год было привлечено 14 аутрич – работников, 8 -из них из числа наркозависимых, 6-созависимых (в 2011 году - 32 аутрич – работника, из них 27 ПИН).

За 2012 год 1300 из 3180 ПИН по БОС (41%) были охвачены услугами психо-социального консультирования (ПСК). Из 1300 ПИН-1137 ПИН (87,4%) были охвачены ПСК и обследованы на ВИЧ-инфекцию, из них было выявлено 11 ВИЧ – инфицированных (в 2011г – 11 чел). Все выявленные ПИН - новые клиенты профилактических программ. Реабилитацию в наркологическом центре прошли 139 ПИН (в 2011г.-107 ПИН).

За отчетный период было роздано – 643979 шприцев (599239шт – 2011г - 155шприцев на 1 ПИН), на 1 ПИН в среднем пришлось - 202 шприца (при

среднереспубликанском обеспеченности 147 шт.), 190638 презервативов (169346шт - 2011г). Процент возвращенных шприцев остается на прежнем уровне - 76%.

Выводы

1.Прямой охват ПИН профилактическими программами в Костанайской области за 2012 год составил 80% при среднереспубликанском показателе -55,7%.

2.% ПИН, охваченных программами профилактики через аутрич – работников является одним из наиболее важных показателей работы с ПИН, т.к. большая часть ПИН обслуживается через аутрич-работников и составил за 2012 г.- 76% от ПИН, привлеченных в профилактические программы.

3. ПИН, привлеченные в профилактические программы, были удовлетворительно охвачены услугами качественного психо-социального консультирования и тестированы на ВИЧ-инфекцию- 87,4% (1137 из 1300).

4. В 2012 году 11 случаев ВИЧ-инфекции выявлены среди новых клиентов профилактических программ в среде ПИН, что составило 47,8% от всех выявленных случаев ВИЧ среди ПИН по области, что подтверждает эффективность работы среди ПИН по программам «Снижения вреда» как по выявлению ВИЧ-инфекции, так и по формированию у ПИН практик безопасного инъекционного поведения при условии доступности шприцев и презервативов, а также правильно организованной и качественной работе пунктов доверия.

5.С целью увеличения систематического охвата ПИН профилактическими программами, важно не допускать текучести аутрич – работников, волонтеров и мотивировать их к работе через обучение и повышение самооценки, а также через привлечение к участию в общественной жизни коллективов центров СПИД как важных партнеров.

Список литературы:

1. Des Jarlais Don C. Prospects for Public Health Perspective on Psychoactive Drug Use. // Amer. J. of Public Health. – 2000. – Vol.90. – N.3. – P.335-337.
2. Prochaska J.O., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change: applications to addictive behaviors. // Am. Psychol. J. – 1992. – Vol. 47. – P. 1102-1114.
3. Sanchez M. Versunepsichiatriedesaddictions. /Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии», Казань, 2003. – с.158-160.
4. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г.РУДНЫЙ

Хамзин М.Х.

КГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Резюме

Актуальность проблемы ВИЧ инфекции в Казахстане не вызывает сомнений. Огромный рост количества ВИЧ инфицированных обусловлен по большей части неосведомленностью ПИН о риске совместного использования инъекционного оборудования; второй ведущей причиной является половой путь передачи – через «Незащищенные сексуальные контакты».

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции на 01.01.2013 года в Костанайской области находится в концентрированной стадии, т.е. распространяется преимущественно среди уязвимых групп населения без укоренения в общей популяции населения и не превышает 1%.

Показатель распространенности ВИЧ инфекции по области на 01.01.2013г. составил 118,0 (1240) на 100 тыс.населения, в т.ч среди детей до 14 лет –7,9 (13) (по РК-94,1 на 100 тыс.населения (19748), в т.ч среди детей до 14 лет 9,0(400).Область занимает пятое место в Республике Казахстан по распространенности ВИЧ-инфекции.

За 2012 год по области отмечается рост показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 1,3 раза: 17,3 (152) на 100 тыс.населения (2011г.-13,5(119) на 100 тыс.населения, в т.ч по г. Рудный –в 1,5 раза (32,4 (41) против 22,4 (28) на 100 тыс.населения).

Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией по области в 2012 году обусловлен 3 причинами:

1) увеличением скрининга населения на ВИЧ-инфекцию в 1,1 раза (+10591)

2) целенаправленной работой среди уязвимых групп населения: увеличением как обследованных, так и выявленных случаев ВИЧ-инфекции;

3)наибольший рост заболеваемости по области зарегистрирован по г. Рудный –в 1,5 раза (41) и обусловлен тем, что впервые в 2012 г. ДЭН был проведен среди ПИН г.Рудный, что дало рост количества вновь выявленных случаев ВИЧ.

По г. Рудный показатель распространенности ВИЧ-инфекции на 01.01.2013г.превышает среднеобластной показатель в 1,5 раза и составляет 173,9 (259) 100 тыс. населения; удельный вес выявленных случаев ВИЧ-инфекции по г.Рудный составляет 22,1% ; 2 место по области по уровню распространенности ВИЧ-инфекции в области после г. Костанай.

Ведущий путь передачи- парентеральный, связанный с употреблением наркотиков-70,7 % (183), половой путь- 26,3% (68), вертикальный – 1,9 % (5), неустановленный – 1,5% (4). За 2012 год зарегистрирован 41 случай, в т.ч парентеральный -68,3% (28), половой -29,3% (12), вертикальный - 2,4 % (1). В сравнении с 2011г. отмечается рост случаев выявления парентерального пути передачи в 1,6 раза (28 против 18), полового пути – в 1,3 раза (12 против 9).

По социально-демографическим показателям: распространенность ВИЧ-инфекции среди выше среди неработающих в 2,2 раза -44,4 % (115), среди работающих –20,5 % (53). Из числа работающих, случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы среди работников промышленных предприятий – 26, в сфере обслуживания - 12, предприятий торговли – 9, предпринимательства -3, учреждений образования-1, предприятия автотранспорта -1, медицинском учреждении-1. Кроме того, случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы среди студентов – 1,6 % (3) и учащийся школы –0,5 % (1). 97 % (251) лиц на момент выявления ВИЧ+ статуса находились в возрасте 15-49 лет.

Среди ВИЧ-инфицированных лица с высшим и незаконченным высшим образованием –4,2 % (11);средним и средне- специальным образованием -73% (188).

За 2011 год увеличен скрининг населения г.Рудный (+1392) : протестировано 15,7 % населения (19905), (2011 г – 14,8% (18513) при областном показателе 13,8% (121431), плановый показатель-10%. Также улучшился скрининг на ВИЧ среди уязвимых групп: контактных с ВИЧ-инфицированными в 1,4 раза (38/30), лиц с инфекциями, передающимися половым путем (далее-ИППП) в 1,2 раза (1083/886), ПИН в 1,1 раза (247/220), а также обследованных по клиническим показаниям в 1,4 раза (1255/899), иностранцев в 1,1 раза (1186/1118).Количество анонимно тестированных остается на прежнем уровне (33/34), из года в год плохо обследуются дети по клиническим показаниям (8/5).

Учитывая, что распространение ВИЧ-инфекции по г.Рудный в основном происходит в среде потребителей инъекционных наркотиков (далее- ПИН) -68,3% по данным за 2012 год, 70,7% -по кумулятивным данным, очевидно, что превентивные мероприятия в среде ПИН является наиболее важными.

По данным дозорного эпидемиологического надзора (далее- ДЭН), проведенным среди ПИН г.Рудный за 2012 год, уровень распространенности ВИЧ среди ПИН г.Рудный самый высокий по области и составляет 10% (по области-7,3%, по г.Костанай-6%).

Основным наркотиком в среде ПИН является героин, его употребляют 96 % опрошенных ПИН. Доля ПИН, употребляющих наркотики не менее 1 раза в день составила 73%. Доля ПИН, употребляющих наркотические средства с половым партнером составила 27,3%, с незнакомыми людьми (41%). На учете у нарколога состояли 44,7 % опрошенных ПИН.

Имеют место рискованные практики при инъекционном употреблении наркотических средств: набирали раствор наркотика из общей посуды – 68% ;перекачивали наркотик из одного шприца в другой – 33%;использовали общую воду для промывания шприца и игл – 44%; пользовались наркотиком, заправленным в шприц кем-то другим – 18%, пускали шприц по кругу – 5%.

Таким образом, основываясь на данные эпидемиологического надзора и данные ДЭН, ситуация в среде ПИН по г.Рудный осложнена тремя серьезными факторами:

1)10% ПИН, употребляющих наркотики, являются ВИЧ-инфицированными;

2)45 % ПИН, являющихся потенциальными источниками распространения инфекции, не тестированы и не знают о своем ВИЧ-статусе и продолжают заражать контактных как половым, так и парентеральным путем, на учете у нарколога состоят 44,3% ПИН (данные ДЭН). Не на должном уровне находится обязательное тестирование ПИН, состоящих на учете в наркологической службе и составляет 42,4% .

3) 97 % ВИЧ-инфицированных по г. Рудный находятся в фертильном возрасте от 15 до 49 лет.

В среде ПИН, несмотря на хорошую информированность о рискованных практиках потребления наркотиков и связанных с ними рисками передачи ВИЧ-инфекции, большинство продолжают использовать данные практики, а также незащищенные половые контакты. Нежелание ПИН обращаться в пункты доверия, приводит к тому, что не все ПИН имеют возможность получать необходимую литературу, дезинфицирующие средства, обменивать шприцы и иглы, обучение и психосоциальное консультирование через волонтеров и аутрич-работников. Нежелание ПИН проходить тестирование можно объяснить отсутствием необходимой мотивации.

Учитывая данную ситуацию среди ПИН , в сентябре 2012 г. дополнительно открыт 1 ПД при Качарской городской больнице. Таким образом, по г.Рудный функционирует 3 стационарных пункта доверия (далее-ПД). К работе с ПИН привлечено 3 аутрич – работника, 2 из которых являются ПИН, 1 из созависимой группы. Нагрузка на 1 аутрич-работника в среднем составляет 53 ПИН (при норме – 50 ПИН).

В 2012 г. в ПД г. Рудного обратилось 262 ПИН (2010г.-206, 2011г.-318), из них тестировано на ВИЧ -56,4% (148), (2010г.-50%(103), 2011г.-76% (241). В 2012 г. прямой охват ПИН профилактическими программами за 2012 снизился в 1,2 раза, что связано с уходом с занимаемой должности одного аутрич-работника . Вместе с тем, увеличился охват постоянных клиентов ПД за счет перехода нерегулярных клиентов в систематические. На должном уровне ведется оказание психосоциального консультирования ПИН: охвачено 93,5% привлеченных в профилактические программы ПИН. За 2012 г. ПИН было роздано 44579 шприцев, что составляет 170 шт.шприцев на одного ПИН (план-200).

Для сдерживания и недопущения ухудшения эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфицированности среди жителей г Рудный, необходимо:

1. Усилить противоэпидемическую и профилактическую работу с уязвимыми группами населения, особенно ПИН и расширению доступа и охвата профилактическими услугами: повышению информированности в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции, обучению безопасному инъекционному и половому поведению, доступу к шприцам и презервативам, мотивировать ПИН к правильной утилизации использованных шприцев.

2. Усилить межведомственное взаимодействие с ДВД, так как одной из причин отказа от участия в программе по снижению вреда являются репрессивные действия сотрудников полиции.

3. Охватить профилактической работой молодежь, особенно не занятую, организовать обучение населения в возрасте 15 – 49 лет востребованным на территории г. Рудный профессиям, вести систематическую работу по созданию рабочих мест и мониторинг обеспеченности работой населения .

4. Учитывая высокую частоту выявления ВИЧ-инфицированных среди рабочих промышленных предприятий, а также предприятиях торговли и сферы обслуживания, организовать и провести бизнес-семинары на предприятиях г. Рудный

5. Усилить информационно-разъяснительную работу с населением через местных СМИ по предоставлению достоверной и эффективной информации о мерах профилактики ВИЧ-инфекции.

Список литературы:

1. Sanchez M. Versunepsichiatriedesaddictions. /Материалы международной научно-практической конференции «Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии», Казань, 2003. – с.158-160.
2. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.
3. Des Jarlais Don C. Prospects for Public Health Perspective on Psychoactive Drug Use. // Amer. J. of Public Health. – 2000. – Vol.90. – N.3. – P.335-337.
4. Prochaska J.O., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change: applications to addictive behaviors. // Am. Psychol. J. – 1992. – Vol. 47. – P. 1102-1114.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Руди С.Н.

КГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Резюме

Вопрос об оптимальном времени начала АРТ терапии у детей, является одним из основных вопросов, стоящих на повестке дня врачей, и является дискуссионным.

ВИЧ- инфекция у детей на сегодняшний день является одной из актуальных проблем, что обусловлено рядом причин:

Эпидемиологическая ситуация в целом в Республике Казахстан и Костанайской области остается неблагоприятной. С нарастающим итогом (с 2000г.) на 01.01.2013 г. в Республике Казахстан зарегистрировано 19748 ВИЧ- инфицированных, в том числе 400 детей.

В Костанайской области зарегистрировано 1240 случаев ВИЧ-инфекции, из них ВИЧ-инфицированных женщин – 410, детей-13. На момент выявления ВИЧ-инфекции находились в репродуктивном возрасте (15-49 лет) – 389 (94,9%). Удельный вес женщин из числа всех ВИЧ-инфицированных по области составил 33,1%. Всего за 2012 г. выявлено 152 случая ВИЧ-инфекции, из них 56 (36,8%) женщины, из них в возрасте от 15 до 49 лет – 53 (94,6%).

Подавляющее большинство случаев заражения детей происходит перинатальным путем от инфицированной матери.

Течение ВИЧ- инфекции у взрослых и детей имеет большие отличия.

Без антиретровирусной терапии ВИЧ- инфекция у детей быстро прогрессирует.

Целями антиретровирусной терапии у ВИЧ- инфицированных является:

Клинические: продление жизни и улучшение ее качества; иммунологические: предотвращение разрушения и/или восстановление иммунной системы;

вирусологические: угнетение репродукции вируса и достижение неопределяемого уровня вирусной нагрузки; эпидемические: предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции, в том числе у детей.

Назначается антиретровирусная терапия (АРТ) согласно приказа МЗ РК № 8 от 05.01.2011 г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа». АРТ начинают, руководствуясь клинической стадией инфекции по педиатрической классификации ВОЗ и иммунологическими критериям. Так как прогнозировать течение болезни у детей по уровню вирусной нагрузки и результатам иммунограммы трудно, особенно у детей первых двух лет жизни, при этом дополнительно учитывается возраст детей. Начинают АРТ уже при умеренной иммуносупрессии, с учетом замедления или утраты параметров нервно-психического и физического развития. Есть достоверные, что эффективность АРТ зависит от возраста на момент начала АРТ и глубины иммунодефицита. При этом обоснованна тактика раннего начала АРТ, что позволяет в более короткие сроки добиться клинического, вирусологического и иммунологического успеха. Выбор схемы АРТ происходит согласно общепринятых педиатрических рекомендаций. Стартовые схемы: два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы и один ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (2НИОТ + 1 ННИОТ). С учетом раннего возраста детей чаще применяется невирапин, при выявлении туберкулеза у детей старше 3-х лет – эфаверенц.

Оценка эффективности антиретровирусной терапии проводится с включением клинического и лабораторного мониторинга, а также с оценкой режима приема препаратов с кратностью проведения не реже чем 1 раз в месяц, уделяя особое внимание основным критериям: физическое развитие, психомоторное развитие, неврологические симптомы, а также тип и частота оппортунистических инфекций. Лабораторный мониторинг (определение вирусной нагрузки и уровня СД4 лимфоцитов) проводится 1 раз в 3 месяца.

Мониторинг соблюдения режима приема АРВ-препаратов особенно необходим, так как от приверженности к лечению зависит клиническая, вирусологическая и иммунологическая эффективность лечения.

Антиретровирусную терапию у ВИЧ-инфицированных в Республике Казахстан стали применять с 2004г., в Костанайской области с мая 2005 года. На 01.01.2013 г. состоит 11 ВИЧ-инфицированных детей все они получают АРТ.

Стадии ВИЧ-инфекции у детей, получающих АРТ:

- Первая – 2 (19%)
- Вторая – 4 (36%)
- Третья – 5 (45%).

Возраст детей:

- До 1 года -1 ребенок, до 2 лет- 1 ребенок, 3 года- 1 ребенок,
- 6 лет-1 ребенок, 7 лет- 2 детей, 8 лет-3 детей, 9 лет-2 детей.

Частота побочных эффектов АРВ препаратов у детей не превысила 9 % (у одного ребенка). При возникновении у него аллергических проявлений в виде сыпи, отека Квинке, лихорадки, конъюнктивита проведена замена одного препарата на другой (невирапина на эфаверенц).

Подавляющая часть детей с ВИЧ-инфекцией (10 человек) на начало 2013г. находится на терапии 1 линии (90,9%).

Средняя продолжительность лечения у детей - 20 месяцев (1г 8м).

Максимальная продолжительность лечения 96 месяцев (8 лет)- ребенок, прибывший из РФ.

Минимальная продолжительность лечения 6 месяцев (3 детей).

Эффективность АРТ: Предварительные результаты показали, что в процессе лечения практически у всех больных улучшилось самочувствие, дети стали активнее, улучшился аппетит, отмечается прибавка в весе и росте, улучшились общеклинические лабораторные показатели. При определении вирусной нагрузки через 3 месяца от начала АРТ снижение

произошло в 35% случаев, однако уже через 6 месяцев по результатам вирусной нагрузки у 82% детей был достигнут неопределяемый результат, свидетельствующий о значительной эффективности терапии. В сравнении с исходным уровнем вирусная нагрузка у двух детей значительно снизилась, но неопределяемый уровень не достигнут, так как исходный ее уровень был очень высоким, а также имеет место нарушение приема АРВ-препаратов. Проводится работа по приверженности к АРТ.

Выводы

Фактором, способствующими прогрессированию ВИЧ-инфекции у детей является - ранний возраст (преимущественно до двух лет), наличие тяжелой фоновой, у части детей сочетанной патологии,

ВИЧ-инфекция у детей имеет свои отличия в клиническом течении, что необходимо учитывать при определении показаний к началу АРТ,

Назначение АРТ по предложенным схемам доказало свою эффективность: клиническая - 100%, иммунологическая –72,7%, вирусологическая – 82%;

Лишь у 1ребенок из 11, из-за неэффективности терапии переведен на терапию 2 ряда (9%).

Показатель выживаемости- «Процент ВИЧ-инфицированных детей, которые спустя 12 месяцев после начала АРТ продолжают жить и проходят курс лечения» - составляет 100%.

Список литературы:

1. «Лечение и помощь при ВИЧ-инфекции у детей»
2. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2012 г.)
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года №8 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа»

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ ПО РАЙОНАМ ГОРОДА АЛМАТЫ ЗА 2012 ГОД

Сеитова Г.С.

Центр о профилактике и борьбе со СПИД города Алматы

Ключевые слова: тестирование на ВИЧ, группы населения, добровольное консультирование и тестирование.

Резюме

На основе анализа охвата тестированием населения районов города можно сделать следующие выводы: в городе Алматы обеспечивается выполнение условий по сдерживанию распространенности эпидемии ВИЧ и обеспечивается охват населения тестированием на ВИЧ в пределах не менее 10% и составляет 13,7%; каждое тестирование сопровождается психосоциальным консультированием; медицинские организации города обеспечивают тестированием 8,6% населения.

Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) на ВИЧ общепризнано в мировой практике как отправная точка эффективной профилактики распространения эпидемии ВИЧ-инфекции. [1] ДКТ дает возможность клиенту в конфиденциальной обстановке обсудить с консультантом индивидуальные факторы риска в отношении заражения ВИЧ и выработать личные навыки безопасного социального поведения.

Исследования показали, что ДКТ может стать относительно экономичным средством вмешательства с целью профилактики передачи ВИЧ. [2]

Одним из важнейших мероприятий по сдерживанию распространения эпидемии в нашей стране, согласно «Государственной программе по развитию здравоохранения Республики Казахстан», является обеспечение охвата тестированием граждан РК не менее 10% от общего населения. [3]

Цель исследования: провести анализ выполнения пункта Государственной программы по охвату населения тестированием на ВИЧ и доступности ДКТ населения по районам города Алматы за 2012 год.

Материалы и методы

Анализ отчетных форм №4 о результатах лабораторного исследования ИФА на ВИЧ за 2012 год, отчеты лечебных учреждений по психосоциальному консультированию (ПСК) за 2012 год.

Обсуждение

В городе Алматы работают 40 кабинетов ПСК (таблица 1). Один из них расположен в Центре по профилактике и борьбе со СПИД, 2 в следственных изоляторах, 12 в специализированных лечебных учреждениях и 25 в медицинских организациях (МО) общего профиля.

Таблица 1-Работа кабинетов ПСК по городу Алматы за 2012 год.

Перечень кабинетов ПСК	Всего кабинетов	% от общего числа кабинетов	Всего проведено ПСК	% от всех получивших ПСК	% охвата от общего населения города
Центр СПИД	1	2,5	49027	24,7	3,4
ЛПО общего профиля	25	62,5	124634	62,6	8,6
Спец ЛПО	12	30,0	16632	8,4	1,1
Другие организации	2	5,0	8583	4,3	0,6
Всего	40	100	198876	100	13,7

В МО общего профиля удельный вес кабинетов 62,5%, протестировано 62,6% от числа всех обследованных за 2012 год. Кабинет ПСК Центра СПИД (удельный вес среди всех кабинетов ПСК 2,5%) обеспечил тестирование 24,7% от числа всех обследованных за 2012 год. Невысокий охват ДКТ обеспечили МО специального назначения.

Согласно предоставленным лечебными учреждениями отчетам по проведению ПСК каждое тестирование на ВИЧ в обязательном порядке сопровождается дотестовым ПСК. Объем исследований в МО по городу Алматы наиболее высокий в Алмалинском районе и составляет 14% от численности прикрепленного населения (таблица 2, рисунок 1).

Таблица 2 - Абсолютное и относительное число лиц, протестированных на ВИЧ в МО, по районам города за 2012 год.

Административная область	Число МО	% от общего числа МО	Число лиц охваченных ДКТ	% от числа всех обследованных	% охвата населения всего района
Алатауский район	4	6,3	9915	8,0	5,9
Алмалинский район	13	20,6	27383	22,0	14,0
Ауэзовский район	11	17,5	26363	16,2	8,7
Бостандыкский район	13	20,6	20229	16,2	7,2
Жетысуйский район	4	6,3	8799	7,1	6,2

Медеуский район	11	20,6	14594	11,7	8,4
Турксибский район	8	8,1	17351	13,9	9,2
Всего по МО	63		124634		8,6

Среднегородской показатель охвата услугами ДКТ ВИЧ для МО 8,6%. Ниже среднегородского показателя охвата тестированием на ВИЧ процентные данные Алатауского, Жетысуйского, Бостандыкского районов. Причем, если в Жетысуйском и Алатауском районах всего по 4 МО, нагрузка на 1 МО примерно 39 тысяч человек, то для Бостандыкского района, где примерная нагрузка около 22 тысяч человек на 1 МО, охват тестированием неоправданно низкий. Тем более, что ряд МО имеют статус городских и обслуживают все население города (ГОД, ЦПЗ, ГКИБ, ГДКИБ, ДГКБ №1, ГЦНХиДК). Необходимо усилить работу по внедрению ДКТ ВИЧ в данных организациях.

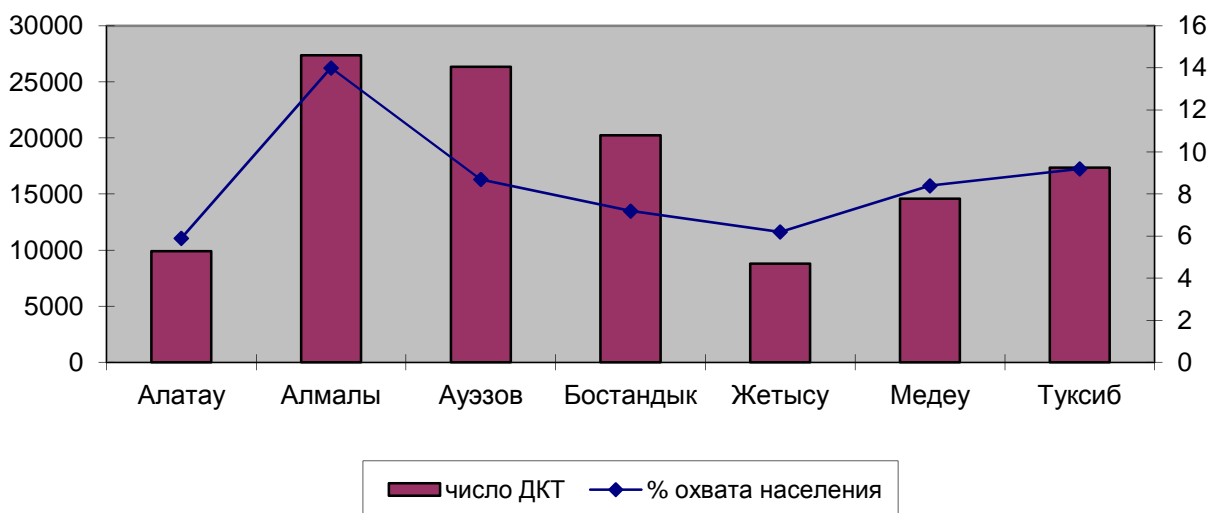


Рисунок 1-Абсолютное число проведенных ДКТ и процент охвата населения районов города Алматы тестированием на ВИЧ за 2012 год.

На основе анализа охвата тестированием населения районов города можно сделать следующие выводы:

В городе Алматы обеспечивается выполнение условий по сдерживанию распространенности эпидемии ВИЧ и обеспечивается охват населения тестированием на ВИЧ в пределах не менее 10% и составляет 13,7%;

Каждое тестирование сопровождается психосоциальным консультированием;

Медицинские организации города обеспечивают тестированием 8,6% населения, наиболее высокий процент охвата ДКТ в Алмалинском районе.

Список литературы:

1. Abstracts of European Congress of Clin Microbiology and Infectious Diseases // Helsinki, Finland, 16-19 May 2009
2. Инструкция по составлению отчета «Отчет о результатах лабораторного исследования крови методом иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека», утвержденная приказом МЗ РК №742 от 22.09.2010г.
3. Национальные показатели, характеризующие воздействие программ снижения распространенности ВИЧ, утверждены приказом МЗ РК №45 от 05.02.2008г.
4. Дж.Бартлетт, Дж.Галлант, П.Фам. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 490 стр.

ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ

Руди С.Н., Перова И.А., Ищанова Г.К.
КГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»

Резюме

Посокантактная профилактика является актуальной проблемой на сегодняшний день, так как количество ВИЧ инфицированных растет, проблемы стигматизации остаются нерешенными в силу социальных и юридических аспектов.

Актуальность данной проблемы состоит в том, что количество ВИЧ-инфицированных пациентов растёт, однако проблемы стигматизации остаются нерешенными, вследствие чего пациенты скрывают свой статус. С этим и связана проблема постконтактной профилактики(ПКП) – не каждый пациент даёт согласие на тестирование на ВИЧ. При всей очевидности существующей проблемы этот вопрос, к сожалению, пока не имеет рационального решения. Аварийные ситуации в лечебно-профилактических учреждениях могут стать причиной профессионального заражения и внутрибольничного распространения ВИЧ-инфекции. Постконтактная профилактика – это медицинская мера, направленная на предупреждение развития инфекции после вероятного контакта с патогенным микроорганизмом. В отношении ВИЧ ПКП означает предоставление широкого набора услуг для профилактики ВИЧ-инфекции после контакта с данным возбудителем. Эти услуги включают первую помощь, консультирование и оценку риска, тестирование на ВИЧ после получения информированного согласия и, в зависимости от степени оцененного риска, предоставление короткого курса (28 дней) антиретровирусной терапии (АРТ) с оказанием поддержки и последующим наблюдением.

Чаще всего риск профессионального заражения медработников связан с уколom иглой шприца, трансфузионной системы или забора крови. Наиболее частыми причинами таких травм являются надевание колпачка на использованную иглу, а так же неправильный процесс сбора и утилизации острых медицинских отходов. Большинство случаев опасных контактов с кровью в ЛПУ предотвратимо, а эффективные технологии защиты медработников достаточно просты. ВИЧ-инфекция является инфекционным заболеванием с достаточно ограниченным числом возможных путей передачи, из знания которых и надо исходить при работе с больными. Факторами передачи ВИЧ-инфекции являются: кровь, отдельные компоненты крови, сперма, вагинальный секрет, грудное молоко. В отношении цереброспинальной, плевральной, перитонеальной, перикардиальной, синовиальной и амниотической жидкостей степень опасности передачи ВИЧ пока не установлена, они являются потенциально инфицированными.

В медицинских учреждениях все пациенты, а так же биологические жидкости, должны рассматриваться как потенциально инфицированные, поэтому при оказании медицинской помощи необходимо постоянно: использовать латексные перчатки в случаях, когда ожидается контакт с кровью или другими биологическими жидкостями организма, со слизистыми оболочками и поврежденной кожей.

Предупредительные мероприятия при аварийной ситуации:

Наиболее реальная опасность заражения возникает при разрывах и проколах перчаток, что может привести к попаданию зараженного материала на кожу, возможно имеющую микротравмы, и особенно при уколах и порезах. Для снижения вероятности заражения в таких случаях рекомендуется: Немедленно вымыть руки проточной водой с мылом, при попадании на слизистые оболочки – сразу промыть их водой.

Тактика предоставления постконтактной профилактики:

Необходимо провести тестирование на ВИЧ, ВГВ, ВГС медицинского работника и пациента сразу после возникновения аварийной ситуации. Если результат ИФА нельзя получить в течение 24-48 часов, лучше провести экспресс-тестирование на ВИЧ.

После парентерального контакта с контаминированным биологическим материалом решение о начале специфической терапии принимается врачом-инфекционистом, в его отсутствие – доверенным врачом, с учетом всех особенностей конкретного случая.

Проводится оценка степени риска заражения:

- высокий риск заражения - при глубоком колющем (иглой) или резаном (скальпель и т.д.) поражении, сопровождающимся кровотечением;

- умеренный риск заражения - при неглубоких поражениях с "капельным" отделением крови;

- минимальный риск заражения - при поверхностной травматизации кожи и слизистых или попадании биологических жидкостей на неповрежденные слизистые.

В ЛПУ должен проводиться строгий учёт аварийных ситуаций.. В процедурных кабинетах, перевязочных и операционных должны быть «Журналы аварийных ситуаций», правила заполнения которых изложены в «Клиническом руководстве по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ- инфекции и СПИДе.» О каждой аварийной ситуации следует срочно поставить в известность заведующего подразделением, главного врача ЛПУ.

Во всех случаях обязательно проводится оценка риска заражения врачом – инфекционистом и врачом эпидемиологом, и назначается профилактическое лечение.

Основная схема при высоком и среднем риске заражения:

Терапия должна начинаться в течение 24 часов после контакта. Наибольшая эффективность достигается, если профилактика начата в первые два часа после контакта с ВИЧ-вирусом. Назначение терапии после 72 часов с момента контакта считается нецелесообразным.

Постконтактная профилактика антиретровирусными препаратами проводится в течение 28 дней. В лечебных учреждениях должен быть неприкосновенный запас комбивира для ПКП.

Всем контактировавшим сразу после контакта необходимо предоставить консультирование, провести тестирование на ВИЧ при условии их информированного согласия и общего медицинского обследования.

Тестирование на ВИЧ (с помощью ИФА) проводят сразу после контакта, а затем через 1 месяц, 3 месяца после контакта, даже если ПКП решено не проводить. Пострадавшему необходимо рекомендовать на период наблюдения: избегать половых контактов или использовать презервативы, использовать методы контрацепции, не становиться донором крови, прекратить кормление грудью.

В ЛПУ Костанайской области за 12 месяцев 2012 года зарегистрировано 18 случаев аварийных ситуаций медицинского характера. Из них: 33,3% - 6 случаев - укол иглой во время проведения инъекций; 11,1% - 2 случая - укол шовной иглой во время операций; 50,0% - 9 случаев - при утилизации медицинских отходов укол иглой укол разбитой пипеткой и пр., 5,6% - 1 случай – забрызгивание слизистой глаз и полости рта околоплодными водами.

В 6 случаях из 12 проводилась ПКП. При ретроспективном анализе аварийных ситуаций, связанных с оказанием медработниками лечебно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам в Костанайской области случаев профессионального заражения не зарегистрировано.

Список литературы:

1. М. Тукеев, Н. Петрова, С. Докожаева, Ж. Трумова., В. Селедцов и соавторы- «Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ- инфекции и СПИДе» Алматы, 2010 год.
2. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2012 г.)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ВИЧ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА 2010-2012 ГОДЫ

Ахметова Г.М., Сеитова Г.С., Абдумананова М.К., Курмангалиева Г.С.,
Есеналиев М.К.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, тестирование на ВИЧ, профилактика перинатальной передачи ВИЧ.

Резюме

Мероприятия по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) могут быть эффективными лишь при успешном взаимодействии нескольких служб здравоохранения – акушерской и гинекологической, инфекционной, педиатрической – для своевременного выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин.

Двукратное тестирование беременных обосновано, 7,1% женщин с ВИЧ-инфекцией выявляются во время повторного тестирования. Необходимо продолжать политику тестирования беременных в родильных домах, 16,7% беременных выявляются во время родов. Несмотря на сохраняющийся уровень охвата обследованием на ВИЧ беременных, готовящихся на прерывание беременности, отмечена тенденция по снижению выявления ВИЧ-инфекции среди данной категории населения, что свидетельствует о стабилизации эпидемии ВИЧ в Алматы.

За прошедшие годы в мире целом и нашем регионе были достигнуты немалые успехи в профилактике, диагностике и лечении ВИЧ-инфекции, позволившие сохранить сотни тысяч жизней и приостановить быстрый рост эпидемии во многих странах. [1]

На современном этапе накопились знания и понимание путей минимизации перинатального заражения детей за счет комплексной профилактики и терапии женщин, правильного ведения родов, послеродового периода, отказа от кормления грудным молоком и других сопутствующих мер. Все эти мероприятия могут быть эффективными лишь при успешном взаимодействии нескольких служб здравоохранения – акушерской и гинекологической, инфекционной, педиатрической. Основная цель взаимодействия данных служб – своевременное выявление ВИЧ-инфекции среди беременных женщин для эффективного проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). [1, 2] В этих учреждениях процедура тестирования и консультирования должна быть стандартизована, и предлагаться всем пациентам в рамках ППМР. [2, 3]

Цель исследования: оценить эффективность обследования беременных методом иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека (ИФА ВИЧ) за 2010-2012 годы по городу Алматы.

Методы

Анализ отчетной формы №4 о результатах лабораторного исследования крови методом ИФА ВИЧ за 2010-2012 годы различных категорий населения.

Обсуждение

Последние годы неуклонно растет абсолютное число людей, обследованных на ВИЧ, и процент охвата населения добровольным тестированием и консультированием (ДКТ).

Из общего количества обследованных, основную группу составляют беременные, удельный вес которых составляет 37,2% (86834 человека) (таблица 1). В структуре обследованных беременных выделяются следующие коды: 109.1 – обследование беременных при постановке на учет в женской консультации; 109.2 – повторное обследование беременных в третьем триместре, при сроке 28-30 недель; 109.3 –

обследование беременных, поступивших в родильный дом на роды без обследования;
109.4 – обследование женщин, готовящихся к прерыванию беременности.

Таблица 1- Абсолютное и относительное число обследованных беременных на ИФА ВИЧ и положительных результатов за 2010-2012 года по городу Алматы.

Код	Расшифровка	2010 год				2011 год				2012 год			
		обследовано		ВИЧ +		обследовано		ВИЧ +		обследовано		ВИЧ +	
		Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
09.1	Беременные тест	40985	49,0	19	59,4	41998	51,3	22	71,0	41931	48,3	24	57,1
109.2	Беременные тест	35204	42,1	1	3,0	32280	39,4	1	3,2	34905	40,2	3	7,1
109.3	Беременные в родах	2201	2,6	2	6,3	2108	2,6	2	6,4	4294	6,8	7	16,7
109.4	Прерывание беременности	5242	6,3	10	31,3	5516	6,7	6	19,4	5407	4,7	8	19,1
109	Итого беременные	83632	41,17	32	8,6	81901	38,1	31	8,7	86834	37,2	42	11,3
	Всего обследованных лиц	203150		372		214612		353		233591		371	

Уровень выявления ВИЧ среди беременных возрастает, за 2012 год выявлено 42 беременные женщины, что составляет 11,3% от числа всех выявленных людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Как видно на рисунке 1, почти половина из обследованных беременных приходится на женщин в момент постановки на учет по беременности (код 109.1). При данном обследовании выявлено 57,1% от числа всех ВИЧ позитивных беременных. Своевременное выявление ВИЧ-инфекции у данной категории позволяет провести полный курс профилактического лечения для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку.

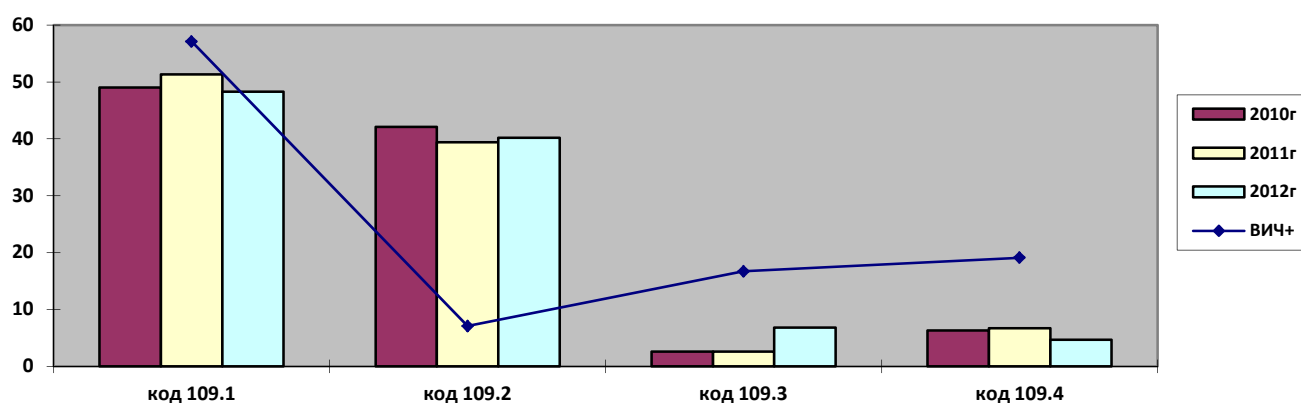


Рисунок 1- Относительное число беременных обследованных и положительных результатов по кодам за 2010-2012 годы по г.Алматы.

Доля повторно обследованных беременных (код 109.2) составила 40,2%, выявлены 3 (7,1%) ВИЧ-позитивные беременные, которым был назначен ускоренный курс профилактического лечения для блокирования перинатальной трансмиссии ВИЧ.

Остается актуальным тестирование в родильных домах, т.к. 6,8% женщин поступили на роды без обследования на ВИЧ (код 109.3). Выявление ВИЧ-инфекции у 7 рожениц позволило провести родовспоможение и послеродовый период по оптимально

безопасному для новорожденного сценарию, а также провести курс профилактического лечения новорожденному для максимального снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

Не менее важно обследование женщин, готовящихся к прерыванию беременности (109.4). Обследование по данному коду 4,7% от числа всех беременных позволило выявить 8 (19,1%) женщин с ВИЧ-инфекцией. Эти женщины получили возможность взять под контроль заболевание, своевременно начать антиретровирусную терапию и профилактику вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции. В 2011-2012 годах отмечается тенденция по снижению выявления ВИЧ по данному коду.

В результате анализа эффективности скрининга беременных на ВИЧ по г.Алматы за 2010-2012 годы можно сделать следующие выводы:

- Двукратное тестирование беременных обосновано, 7,1% женщин с ВИЧ-инфекцией выявляются во время повторного тестирования;
- Необходимо продолжать политику тестирования беременных в родильных домах, 16,7% беременных выявляются во время родов;
- Несмотря на сохраняющийся уровень охвата обследованием беременных, готовящихся на прерывание беременности, отмечена тенденция по снижению выявления ВИЧ среди данной категории населения, что свидетельствует о стабилизации эпидемии ВИЧ в Алматы.

Список литературы:

1. Белякова Н.А., Рахманина Н.Ю., Рахманова А.Г. Женщина, ребенок и ВИЧ., С-Петербург, Вашингтон, 2012г., 601 стр.
2. Использование антиретровирусных препаратов для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев: рекомендации ВОЗ 2009 года.
3. Дж.Бартлетт, Дж.Галлант, П.Фам.Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 490 стр.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ДОСТУПНОСТИ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ К ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА 2010-2012 ГОДЫ

Ахметова Г.М., Сеитова Г.С., Есеналиев М.К.,
Абдумананова М.К., Курмангалиева Г.С.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

Ключевые слова: тестирование на ВИЧ, группы населения с высоким риском заражения ВИЧ, коды населения.

Резюме

Сдерживание распространения ВИЧ-инфекции и ее социально-экономических последствий является приоритетной задачей государства в области охраны здоровья населения. Последние годы отмечается стабилизация уровня выявления людей с ВИЧ-инфекцией при сохраняющемся высоком охвате населения тестированием на ВИЧ.

Улучшилась профилактическая работа по тестированию на ВИЧ среди реципиентов, как в стационарах, так и на первичном медико-санитарном уровне. Улучшилась противоэпидемическая работа среди контактных лиц, потребителей инъекционных наркотиков.

Необходимо активизировать профилактическую работу по тестированию на ВИЧ среди уязвимых групп населения (работниц секса, лиц с симптомами инфекций, предающихся половым путем), в уголовно-исправительной системе.

Согласно последним данным эпидемия ВИЧ в Республике Казахстан находится в концентрированной стадии. Сдерживание распространения ВИЧ-инфекции и ее социально-экономических последствий является приоритетной задачей государства в области охраны здоровья населения [1]. Особенно важны профилактические мероприятия среди определенных групп населения с высоким риском заражения ВИЧ [2]. Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) доказало свою роль как в профилактике ВИЧ, так и в качестве отправной точки для оказания медицинской помощи людям, инфицированным ВИЧ. Исследования показали, что ДКТ может стать относительно экономичным средством вмешательства с целью профилактики передачи ВИЧ. [3]

Цель исследования: оценить профилактическую эффективность и доступность населения с высоким риском заражения ВИЧ к обследованию методом иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека (ИФА ВИЧ) за 2010-2012 годы по городу Алматы.

Методы

Анализ отчетной формы №4 о результатах лабораторного исследования крови методом ИФА ВИЧ за 2010-2012 годы различных категорий населения.

Обсуждение

Последние годы отмечается неуклонный рост абсолютного числа людей, обследованных на ВИЧ, и процента охвата населения услугами ДКТ. При сохраняющемся высоком охвате населения тестированием число выявленных с ВИЧ-инфекцией остается стабильным (таблица 1).

Таблица 1- Абсолютное и относительное число обследованных лиц на ИФА ВИЧ и положительных результатов за 2010-2012 года по городу Алматы.

Код	Расшифровка	2010 год				2011 год				2012 год			
		обследовано		ВИЧ +		обследовано		ВИЧ +		обследовано		ВИЧ +	
		Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
101.1	Половой контакт	295	1,6	31	16,4	272	1,4	29	19,0	315	1,6	34	22,5
101.2	Совместное введение наркотиков	9	0,04	0	0	8	0,04	2	1,3	16	0,08	6	4,0
102	Инъекционный наркопотребитель	1858	10,3	53	28,0	1619	8,5	57	37,3	2335	12,0	51	33,8
103	Мужчины, имеющие секс с мужчинами	165	0,9	3	1,6	199	1,0	4	2,6	167	0,9	3	2,0
104	Больные ИППП	2344	13,0	8	4,2	1932	10,1	7	4,6	2131	10,9	13	8,6
105	Работницы секса	1051	5,8	6	3,2	871	4,6	3	2,0	480	2,5	0	
106	Обследованные по эпидпоказаниям	43	0,2	0	0	117	0,6	1	0,7	417	2,1	2	1,3

107	Аварийные ситуации	92	0,5	0	0	93	0,5	0	0	83	0,4	0	0
110.1	Реципиенты до гемотрансфузии	3545	19,7	4	2,1	4493	23,6	9	5,9	4850	24,9	7	4,6
110.2	Реципиенты после гемотрансфузии	3043	16,9	3	1,6	4816	25,2	1	0,7	4745	24,4	0	0
112	Лица, содержащиеся в МЛС	5580	31,0	81	42,9	4654	24,4	40	26,1	3941	20,2	35	23,2
	Итого по данным группам населения	18025	8,9	189	50,8	19074	8,9	153	43,3	19480	8,3	151	40,7
	Всего	203150		372		214612		353		233591		371	

Обследование на ВИЧ-инфекцию важно проводить среди групп населения с высоким риском заражения ВИЧ. К данной категории относятся люди, практикующие рискованные формы поведения: потребители инъекционных наркотиков (ПИН) (код 102), работницы секса (РС) (код 105), мужчины имеющие секс с мужчинами (МСМ) (код 103), заключенные (код 112). Кроме того, к группам с высоким риском заражения ВИЧ нами отнесены следующие категории населения: лица, являющиеся половыми партнерами людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) (код 101.1) или совместно потреблявшими наркотики с ЛЖВ (код 101.2); больные инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) (код 104); люди, обследованные по эпидемиологическим показаниям (код 106); медработники, попавшие в аварийные ситуации при выполнении профессиональных обязанностей (код 107); реципиенты, обследованные до (код 110.1) и после гемотрансфузии (код 110.2).

Выбранные нами группы населения составили около 8% от числа всех обследованных и обеспечили более 40% из числа всех выявленных с ВИЧ-инфекцией (таблица 1).

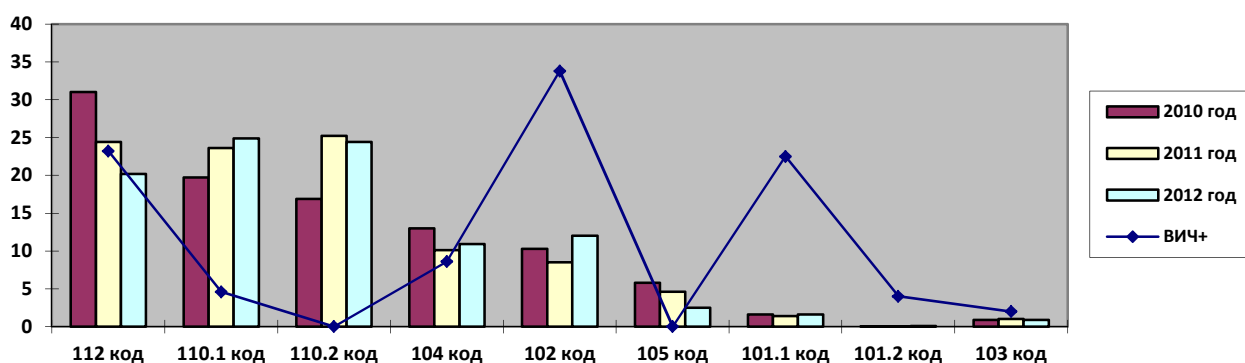


Рисунок 1- Доля обследованных на ВИЧ и процент выявленных пациентов с ВИЧ-инфекцией по группам населения за 2010-2012 годы в городе Алматы.

Как видно на рисунке 1 в результате анализа скрининга населения по обследованию на ВИЧ по г.Алматы за 2010-2012 годы определяются следующие тенденции:

- Объем тестируемых лиц на ВИЧ увеличивается последние 3 года.
- Наибольшее число и доля выявленных с ВИЧ – инфекцией определяются в группе ПИН – 33,8%, среди заключенных – 23,2% и среди половых партнеров ЛЖВ – 22,5%.
- Отмечено улучшение противоэпидемических мероприятий – увеличение случаев обследования по эпидемиологическим расследованиям в 3,7 раза.
- Последние годы отмечается уменьшение объема тестирования в уголовно-исправительной системе на 18%; среди РС на 50%,

Таким образом, при анализе скринингового обследования на ВИЧ групп населения с высоким риском заражения ВИЧ в городе Алматы за 2010-2012 годы можно сделать следующие выводы:

1. Отмечается стабилизация уровня выявления людей с ВИЧ-инфекцией при сохраняющемся высоком охвате населения тестированием на ВИЧ.
2. Улучшилась профилактическая работа по тестированию на ВИЧ среди реципиентов, как в стационарах, так и на первичном медико-санитарном уровне.
3. Улучшилась противоэпидемическая работа среди контактных лиц, ПИН.
4. Необходимо активизировать профилактическую работу по тестированию на ВИЧ среди уязвимых групп населения (РС, лиц с ИППП), в системе КУИС.

Список литературы:

1. Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. Согласовано на основании решения Экспертного Совета при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан по вопросам стандартизации, оценке медицинских технологий и развитию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи
2. протокол заседания №21 от 15.11.2010 года.
3. Кристиан Хоффман, Юрген К. Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 648 стр.
4. Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 490 стр.