

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Международная конференция и съезд терапевтов Казахстана посвященные 25-летию Алма-Атинской Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

К 25 летию Международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи
М.К.Кульжанов, Ф.С.Шынгысова, М.М.Усатаев

Академическое Обучение по Политике, Планированию и Практике Здравоохранения, Институт Открытого Общества/Ассоциация Школ Общественного Здравоохранения Европейского Региона.
Леон Эпштейн.

Профилактика карантинных и зоонозных инфекций - важное звено охраны здоровья населения в Казахстане.
Атшабар Б.Б., Айкимбаев А.М., Сулейменов Б.М., Сагымбек У.А., Аубакиров С.А., Мека-Меченко Т.В., Денисов Г.И..

Новые подходы к обеспечению здоровья населения в сельских районах Кыргызстана.
Кадыркулова Г.Д., Токтомаев Н.Т.

Роль экономических механизмов в оптимизации медицинской помощи
Каратаев М.М., Кадыркулова Г.Д., Токтомаев Н.Т.

Эпидемиологическая характеристика бронхолегочных заболеваний и бронхиальной астмы у детей южного региона Казахстана.
Байжанова М.М.

Роль экспертизы в процессах лицензирования и аккредитации.
Каирбекова С.З.

Финансирование здравоохранения Казахстана: проблемы и перспективы.

Токежанов Б.Т.

Медико-организационные механизмы внедрения общеврачебной практики в систему первичной медико-санитарной помощи

Мустафаев С.У.

К оценке эффективности реформы здравоохранения в Таджикистане

А.Г. Гаибов

Некоторые аспекты проблемы – достижение здоровья для всех в Республике Таджикистан.

А.Г.Гаибов, М.Г.Гаибова, Д.М.Гулакова, Х.Х.Гаибов.

ОБЗОРЫ

Мужская сверхсмертность: миф или реальность.

Хайрушев А.Е.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Международная конференция и съезд терапевтов Казахстана посвященные 25-летию Алма-Атинской Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи

Организаторы конференции:

Правительство Республики Казахстан при поддержке ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮСАИД и других международных донорских организаций.

Даты конференции:

23-24 октября, 2003 года.

Место проведения:

Алматы, Казахстан – место, где в 1978 году была принята Алма-Атинская Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ по ПМСП.

Участники и гости конференции.

Всего 200 участников и наблюдателей:

1. Доктор Джонг-Ук Ли, Новоизбранный генеральный директор Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ);

2. Господин Кул Гаутам – Заместитель исполнительного директора ЮНИСЕФ;
3. Доктор Марк Данзон – Директор Европейского регионального бюро ВОЗ;
4. Доктор Халфдан Малер – бывший Генеральный директор ВОЗ (1971 – 1982), председатель Алма-Атинской конференции 1978 года;
5. Доктор Джо Асвалл, бывший Директор Европейского бюро ВОЗ;
6. Господин Имангали Тасмагамбетов, Государственный секретарь Республики Казахстан;
7. Министры здравоохранения СНГ и стран Балтики;
8. Другие представители правительств Центральноазиатских стран;
9. Представители международных донорских организаций расквартированных в Алматы: UNDP, UNICEF, WHO, USAID, DFID, JICA, KfW, SIDA, и др.;
10. Представители международных организаций, оказывающих техническую помощь в Центральной Азии: CDC, MSF, Soros Foundation, Abt Associates, АИНА, и др.;
11. Международная федерация ассоциаций здравоохранения и представители национальных ассоциаций здравоохранения центральноазиатских и других стран;
12. Научные работники и представители образования, работающие в сфере общественного здравоохранения;
13. Представители неправительственных организаций из 5 центральноазиатских стран;
14. Представители областных департаментов здравоохранения из всех областей Казахстана и ряда областей других Центральноазиатских стран;
15. Наблюдатели: участники Съезда терапевтов Казахстана. Представители прессы.

Общая информация

В сентябре 1978 года Всемирная Организация Здравоохранения и ЮНИСЕФ провели историческую Международную конференцию по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате – столице Казахстана. Конференция приняла Алма-Атинскую Декларацию и стратегию «Здоровье для Всех», которая призывает к созданию систем здравоохранения, основанных на первичной медико-санитарной помощи, гарантирующих равный доступ к медицинскому обслуживанию для всех граждан (см. Алма-Атинская Декларация).

Ожидается, что такие системы должны предусматривать местно-контролируемые и общественно значимые программы со следующими основными характеристиками:

- Внутрисекторальные и межсекторальные;
- С профилактической и лечебной направленностью;
- Общественно-ориентированные и индивидуально-направленные.

Сразу же после Алма-Атинской Конференции многие развитые и развивающиеся страны мира приняли национальные стратегии, отражающие фундаментальные принципы Алма-Атинской Декларации. Указанные стратегии до сих пор составляют базис здравоохранения многих стран, функционируя на основе философии Алма-Атинской Декларации.

В связи с политическими и социальными изменениями последних десятилетий принципы Алма-Атинской Декларации потребовали серьезного пересмотра. Многие страны мира пересмотрели свои национальные стратегии в контексте с новой исторической ситуацией в мире. В частности, серьезного пересмотра потребовали такие принципы здравоохранения, как межсекторальный подход, вовлеченность местных сообществ, региональные взаимоотношения. Все это, несмотря на то, что философские принципы Алма-Атинской Декларации до сих пор рассматриваются в качестве фундаментальной основы систем здравоохранения многих государств мира.

В своей речи на 56-й Ассамблее Всемирной Организации Здравоохранения, проходившей в Женеве 19 – 25 мая 2003 года, новоизбранный Генеральный директор ВОЗ доктор Джонг-Ук Ли отметил, что: «Мы не можем повернуть время вспять, но мы должны обновить фундаментальные обязательства равноправия, принятые в Алма-Ате в рамках стратегии «Здоровье для Всех». ВОЗ должна работать над тем, чтобы превратить этот идеал в реальные результаты посредством взаимоотношений нового типа со Странами Участниками».

Во время 56-й Ассамблеи ВОЗ страны участницы приняли решение поддержать инициативу ВОЗ отметить 25-ю годовщину Алма-Атинской Декларации и призвали к обсуждению принципов Декларации на основе широких дискуссий о том, как эти принципы могут быть применены в условиях современного мира. ВОЗ принял решение о проведении нескольких региональных конференций в 2003 году – в Бразилии для Панамериканского

региона; Испании – для Европейского региона и Алматы – месте, где в 1978 году была проведена историческая Алма-Атинская Конференция.

Целью настоящего документа является обсуждение целей, рамок и ожидаемых результатов предстоящей конференции в Алматы.

Основные цели конференции и ожидаемые результаты

Целью предстоящей международной конференции будет являться объединение лидеров здравоохранения стран СНГ и Балтики для обсуждения принципов Алма-Атинской Декларации, их применения к современной ситуации в регионе, принятие совместной резолюции (см. Проект резолюции), в которой обсуждался бы исторический контекст, новые взгляды на здравоохранение и перспективные направления пересмотренной Стратегии “Здоровье для Всех в 21 Веке” по следующим аспектам:

- Право на здоровье и улучшение доступа к медицинскому обслуживанию;
- Необходимость сдерживания роста стоимости на медицинское обслуживание;
- Необходимость усиления общественной роли и индивидуальной ориентации медицинского обслуживания;
- Усиление роли первичной-медико-санитарной помощи;
- Приоритезация и рационализация использования ресурсов здравоохранения;
- Потребности в улучшении здравоохранения в Центральной Азии;
- Сильные стороны: идентификация преимущественных характеристик здравоохранения в отдельных странах Центральной Азии;
- Потребности в помощи: потенциальные проблемы, требующие решения путем сотрудничества и помощи региону.

Ожидается, что, благодаря такому диалогу и совместному обсуждению общих для стран Центральной Азии проблем здравоохранения, будут созданы условия для возрождения духа регионального сотрудничества.

АЛМА-АТИНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

Принята на Международной конференции по Первичной-медико-санитарной помощи Алма-Ата, Казахстан 1978 г

Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи на своем заседании в Алма-Ате 12 дня сентября месяца тысяча девятьсот семьдесят восьмого года, указывая на необходимость незамедлительных мер со стороны всех правительств, всех работников в сфере здравоохранения и развития и всей мировой общественности в целях охраны и укрепления здоровья всех народов мира, принимает следующую Декларацию.

I

Конференция вновь решительно подтверждает, что здоровье как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов является одним из основных прав человека и что достижение возможно высшего уровня здоровья составляет важнейшую всемирную социальную задачу, для выполнения которой необходимы совместные усилия многих социальных и экономических секторов общества в дополнение к сектору здравоохранения.

II

Существующее огромное неравенство в уровне здоровья людей, особенно между развитыми и развивающимися странами, а также в самих странах, является политически, социально и экономически неприемлемым и поэтому составляет предмет общей заботы для всех стран.

III

Экономическое и социальное развитие на основе Нового международного экономического порядка является важнейшим условием для достижения всеми людьми наивысшего уровня здоровья и сокращения разрыва в состоянии здоровья людей в развитых и развивающихся странах. Охрана и укрепление здоровья народа являются существенной частью неуклонного экономического и

социального развития, способствуют повышению качества жизни и служат всеобщему миру.

IV

Люди имеют право и обязанность участвовать на индивидуальной и коллективной основе в планировании и осуществлении медико-санитарного обслуживания.

V

Правительства несут ответственность за здоровье своих народов, которое может быть обеспечено лишь путем осуществления соответствующих медико-санитарных и социальных мероприятий. Одной из основных социальных задач правительств, международных организаций и всей мировой общественности в предстоящие десятилетия должно быть достижение всеми народами мира к 2000 г. такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Первичная медико-санитарная помощь является основным инструментом в решении данной задачи, составляющей часть развития в духе социальной справедливости.

VI

Первичная медико-санитарная помощь включает основные медико-санитарные мероприятия, повсеместно доступные отдельным лицам и семьям в общине и осуществляемые при их всемерном участии на основе практически применимых, научно обоснованных и социально приемлемых методов и технологии и при затратах в пределах материальных возможностей общины и страны в целом на каждом этапе их развития в соответствии с принципом самообеспечения и самоопределения. Первичная помощь составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всего процесса социально-экономического развития общества. Она является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа.

VII Первичная медико-санитарная помощь:

1) отражает и развивается в соответствии с экономическими условиями и характерными социально-культурными и политическими чертами страны и ее общин на основе применения результатов социальных, медико-биологических исследований и исследований в области организации медико-санитарных служб, а также опыта общественного здравоохранения;

2) нацелена на решение основных медико-санитарных проблем в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации;

3) включает как минимум: просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и разрешения; содействие снабжению пищевыми продуктами и рациональному питанию, доброкачественному водоснабжению и проведению основных санитарных мер; охрану здоровья матери и ребенка, в том числе планирование семьи; иммунизацию против основных инфекционных заболеваний; профилактику эндемических в данном районе болезней и борьбу с ними; соответствующее лечение распространенных заболеваний и травм; обеспечение основными лекарственными средствами;

4) охватывает, помимо здравоохранения, все другие смежные секторы и аспекты развития на национальном и общинном уровне, в частности сельское хозяйство, животноводство, обеспечение продовольствием, промышленность, образование, жилищное строительство, общественные работы и средства связи, и требует координации деятельности всех этих секторов;

5) требует максимальной самообеспеченности общины и отдельных лиц, способствует этому, обеспечивая их участие в планировании, организации, осуществлении и контроле за медико-санитарной помощью при наиболее полном использовании местных, национальных и других ресурсов; для этого развивает путем соответствующего просвещения навыки участия населения в этой работе;

6) должна поддерживаться интегрированными, функциональными и взаимосвязанными системами консультативной помощи, направленными на прогрессивное улучшение всеобъемлющего медико-

санитарного обеспечения всех людей с уделением первоочередного внимания наиболее нуждающимся группам населения;

7) опирается на местном и более высоких уровнях на работников здравоохранения, включая, где это возможно, врачей, медицинских сестер, акушерок, вспомогательный персонал и общественных работников, а также при необходимости на традиционных лекарей, соответственно подготовленных с социальной и профессиональной точек зрения для работы в составе бригады здравоохранения и для удовлетворения медико-санитарных нужд населения.

VIII

Все правительства должны разрабатывать национальную политику, стратегии и планы действий для организации и развития первичной медико-санитарной помощи как части всеобъемлющей национальной системы здравоохранения и при координации с другими секторами. Для этого необходимо проявлять политическую решимость, мобилизовать ресурсы страны в интересах национального развития и рационально использовать внешние ресурсы.

IX

Все страны должны сотрудничать в духе взаимопонимания с тем, чтобы обеспечить первичную медико-санитарную помощь всем людям, поскольку достижение здоровья народом каждой страны непосредственно касается и способствует благополучию любой другой страны. В связи с этим совместный доклад ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи представляет собой прочную основу для дальнейшего развития и осуществления первичной медико-санитарной помощи во всем мире.

X

Приемлемый уровень здоровья может быть достигнут для народов всего мира к 2000 г. при более полном и эффективном использовании мировых ресурсов, значительная часть которых ныне расходуется на вооружение и военные конфликты. Подлинная политика независимости, мира, международной разрядки и разоружения может и должна содействовать высвобождению дополнительных ресурсов для использования в мирных целях и, в частности, для ускорения социально-экономического развития, существенный элемент которого составляет первичная медико-санитарная помощь.

XI

Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи призывает к неотложным и эффективным международным и национальным действиям в целях развития и осуществления первичной медико-санитарной помощи во всем мире и особенно в развивающихся странах в духе технического сотрудничества и в соответствии с Новым международным экономическим порядком. Конференция призывает правительства, ВОЗ и ЮНИСЕФ и другие международные организации, а также учреждения, осуществляющие сотрудничество на многосторонней основе, неправительственные организации, финансирующие агентства, всех работников здравоохранения и всю мировую общественность поддерживать национальные и международные обязательства в области первичной медико-санитарной помощи и оказывать ей все большую техническую и финансовую поддержку, особенно в развивающихся странах. Конференция обращается с призывом ко всем упомянутым выше сотрудничать в деле организации, развития и обеспечения первичной медико-санитарной помощи, действуя в соответствии с духом и положениями настоящей Декларации.

**Проект резолюции Международной конференции, посвященной
25-летию Алма-Атинской Декларации, Алматы, Казахстан,
Октябрь 2003 года**

**ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ В 21 ВЕКЕ:
НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ СТРАН ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

**Алма-Атинская Декларация и Стратегия Здоровье для Всех:
Исторический контекст**

Основатели Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) дали следующее определение здоровью: «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболевания или слабости». Конституция ВОЗ провозгласила то, что здоровье всех людей является фундаментальным для достижения мира и безопасности и зависит от полного сотрудничества граждан и Стран. Это являлось видением, разделяемым Странами Членами ВОЗ в конце 1940-х годов. Опыт работы, накопленный ВОЗ по всему миру показал увеличение потребности перевода этого видения в концептуальную структуру, стратегию и принципы действия.

Концептуальная структура Здоровья Для Всех была впервые провозглашена в 1978 году во время проведения исторической Международной Конференции по Первичной Медико-Санитарной Помощи, спонсированной и организованной совместно ВОЗ и ЮНИСЕФ. Стратегия Здоровье Для Всех определяет основные социальные цели правительств и ВОЗ на предстоящие десятилетия, как достижение к 2000 году всеми гражданами мира уровня здоровья, который позволит им вести социально и экономически продуктивную жизнь. Декларация Алма-Аты, принятая во время проведения Алма-Атинской Конференции, гласит, что Первичная Медико-Санитарная Помощь (ПМСП) является ключом к достижению здоровья для всех, что является частью всеобщего развития.

Конференция определила ПМСП, как «основные медицинские услуги, являющиеся полностью доступными гражданам и семьям в сообществе, предоставляемые приемлемыми для них путями, через их полное участие и по стоимости, которую сообщество и страна может

себе позволить». Алма-Атинская Декларация гласит, что ПМСП должна включать, по крайней мере, следующие элементы: санитарное просвещение, относящееся к преобладающим проблемам здравоохранения и методам их профилактики и контроля; продвижение снабжения пищевыми продуктами и соответствующего питания; обеспечение адекватного снабжения безопасной водой и базовых санитарных условий; охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи; программы вакцинации против основных инфекционных заболеваний; профилактика и контроль местных эндемических заболеваний; правильное лечение распространенных заболеваний и травм; и обеспечение жизненно важными медикаментами. Конференция отметила, что каждая страна должна интерпретировать и адаптировать ПМСП в своем социальном, политическом и развивающем контексте. Они должны развивать всеобъемлющие национальные системы здравоохранения, важной составной частью которых должна являться ПМСП.

После Алма-Атинской Конференции Всемирная Организация Здравоохранения пригласила Страны Члены ВОЗ к индивидуальному рассмотрению настоящего документа в качестве основы для формулирования национальных стратегий и планов действий, и коллективному рассмотрению в качестве основы для формулирования региональных и глобальных стратегий для достижения приемлемого уровня здоровья для всех. Ожидалось, что все страны будут иметь схожее общее понимание термина здоровье для всех, как означающего, что каждый гражданин должен иметь доступ к ПМСП и через нее ко всем уровням всеобъемлющей системы здравоохранения, с целью постоянного улучшения здоровья всего населения.

Здоровье Для Всех: Новое Видение

Но оказалось, что концептуальная и практическая интерпретация здоровья для всех отличается от страны к стране и среди групп стран в свете их социальных и экономических характеристик, состояния здоровья и характеристик заболеваемости населения, а также состояния развития их систем здравоохранения. Впоследствии, ожидалось значительные различия в интерпретации того, что является приемлемым уровнем здоровья.

ВОЗ выделила, что очень разные подходы могут использоваться для обеспечения здоровья для всех. Некоторые страны, например, могут обеспечить полный ряд требуемых услуг, начиная от наиболее нуждающихся людей, и прогрессивно достигая всего населения. Другие могут предоставить ограниченное количество услуг всему населению в начале, затем прогрессивно расширять спектр этих услуг. ВОЗ также выделила, что планирование и осуществление стратегии здоровье для всех на национальном, региональном и глобальном уровнях является долговременным процессом, который должен расширяться прогрессивно, и в географическом охвате, и в содержании, до тех пор, пока не будет охвачено все население, и выполнены все основные компоненты. В дополнение, было особенно отмечено, что приемлемый уровень здоровья не может быть достигнут сектором здравоохранения в одиночку. Он может быть достигнут только через государственную политическую волю, обязательства и координированные усилия всех секторов общества. Таким образом, фундаментальной необходимостью для Здоровья для Всех был и остается призыв к социальной справедливости. Стратегия Здоровье для Всех является социальным ответом, который признает единство в многообразии и потребность в социальной солидарности. Она является стратегическим процессом, ведущим к прогрессивному улучшению здоровья граждан, а не является единственной ограниченной целью. Здоровье для Всех к 2000 году являлось только начальным этапом этого процесса.

В течение двух последних десятилетий, правительства, международные межправительственные организации все больше принимают Стратегию Здоровье Для Всех в качестве концептуальной структуры для улучшения здоровья. Тем не менее, прошел длительный период, до того, как адекватные кадровые и финансовые ресурсы были переориентированы на ПМСП. Доступ к элементам ПМСП постепенно увеличился, хотя и с широким спектром различий между странами. ПМСП, наряду с экономическими, образовательными и технологическими усовершенствованиями внесла свой вклад в расширение инфраструктуры здравоохранения, увеличение уровня грамотности, повышение дохода, а также улучшение питания, санитарных условий, образования и возможностей, особенно для женщин. Количество новых случаев инфекционных заболеваний снизилось во многих странах, а оспа была уничтожена. Контроль и профилактика таких заболеваний, как корь, полиомиелит и дифтерия

значительно снизили детскую заболеваемость и смертность. Миллионы детей выжили и прожили до взрослого возраста в результате ранних вмешательств. Наиболее значительным достижением международного здравоохранения является тот факт, что сегодня люди живут дольше: средняя продолжительность жизни увеличилась, и разрыв между продолжительностью жизни бедных и богатых стран сократился.

Но несмотря на эти улучшения здоровья прогресс в сторону Стратегии Здоровье Для Всех был во многих странах затруднен рядом факторов, как например, медленное экономическое развитие, недостаточная политическая приверженность, неспособность достичь равенства в доступе к элементам ПМСП, неприемлемое использование и распределение ресурсов на высоко затратные технологии, трудности при достижении меж секторального взаимодействия для здоровья, несбалансированное распределение и слабая поддержка кадровых ресурсов, а также низкий статус женщин.

Стратегия Здоровье Для Всех: Новые Проблемы в 21 веке

Кризис иностранного долга 1980-х и мировой экономической кризис середины 1990-х способствовал снижению поддержки социальных и медицинских служб во многих странах. Драматические политические изменения 1990-х, зачастую сопровождаемые гражданскими волнениями, серьезно подорвали развитие здравоохранения и экономики. В некоторых странах, особенно странах бывшего Советского Союза, предыдущие достижения в области продолжительности жизни и стандартов здоровья были отброшены в противоположном направлении. Сектор здравоохранения наиболее пострадал в тех странах, где экономика была неспособна обеспечить адекватный доход для всех, где были разрушены социальные системы, а ресурсы окружающей среды были неадекватно или неправильно управляемыми. Более того, ресурсы на финансирование затрат здравоохранения в странах бывшего Советского Союза стали очень ограниченными.

В результате, страны Советского Союза, особенно Центральной Азии, унаследовали системы здравоохранения, находящиеся в состоянии хронического беспорядка. Подобная неспособность поддержать основные системы здравоохранения привела к ухудшению состояния

здоровья населения, особенно перед лицом новых и возрождающихся заболеваний, таких, как туберкулез, ВИЧ/СПИД и малярия.

Несостоятельность управляемых государством систем здравоохранения вынудила людей обращаться в растущий строй частных услуг здравоохранения, которые, в большинстве случаев, доступны через оплату наличными деньгами. В результате, картина, возникающая в странах Центральной Азии состоит из двойной системы: старая государственная структура, страдающая от хронического недофинансирования, и вторая, слабо регулируемая частная схема/механизм, предлагающая рынок и конкурентное решение. Быстрый рост частного здравоохранения в странах Центральной Азии по-разному воздействовал на службы государственного сектора здравоохранения. В большинстве случаев, частные и государственные поставщики медицинских услуг не установили эффективного партнерства. В некоторых случаях, этот быстрый рост повлиял на постоянное увеличение стоимости, неэффективность медицинских услуг, и неравный доступ к здравоохранению.

Стратегия Здоровье Для Всех остается краеугольным камнем исходного видения ВОЗ. Но в новой исторической ситуации становится более ясно, что эта концептуальная структура должна быть пересмотрена и обновлена для того, чтобы ответить на новые задачи социально экономической, технологической и эпидемиологической реальности, вызванные глубокими изменениями глобального масштаба.

Обновление Стратегии Здоровье Для Всех

Конференция, посвященная 25-ти летию Алма-Атинской Декларации, созывается в Алматы с целью предприятия необходимых шагов для обновления Стратегии Здоровье Для Всех вместе с ее показателями через развитие новой глобальной политики, основанной на концепциях равенства и солидарности, подчеркивая ответственность граждан, семей и сообществ за здоровье, и помещая здравоохранение в структуру всеобщего развития, и далее, развивать новые государственные политики здравоохранения, на основе результатов процессов консультаций.

Здоровье Для Всех в 21 веке для Центральной Азии означает широкий и включающий процесс консультаций в и между странами Центральной Азии, который должен включать следующие элементы:

- Право на здоровье
- Акцент на первичной медико-санитарной помощи
- Обязательное сдерживание стоимости здравоохранения
- Необходимость в медицине, ориентированной на население.

Право на Здоровье: Перефразируя Алма-Атинскую Декларацию, все граждане должны иметь равный доступ к разумному уровню услуг здравоохранения, вне зависимости от платежеспособности. Мы убеждены, что здравоохранение должно быть правом равно используемым каждым. Это право нелегко перевести в реальность, особенно при рыночной экономике, инфильтрирующей системы здравоохранения. Право на здравоохранение требует учреждения сети учреждений здравоохранения, предоставляющих каждому равный доступ, а также методов финансирования этих учреждений, который позволяет каждому получить необходимые услуги вне зависимости от платежеспособности.

Акцент на Первичной Медико-Санитарной Помощи. Как указано в Алма-Атинской Декларации, ПМСП формирует важную составную часть и системы здравоохранения страны, центральной функцией и основным фокусом которой она является, и общее социальное и экономическое развитие сообщества. Она является первым уровнем контакта граждан, семей и сообществ с системой здравоохранения страны, максимально приближая здравоохранение к местам работы и проживания граждан, и составляет первый элемент непрерывного процесса здравоохранения. Мы убеждены, что акцент должен быть поставлен на усилении учреждений ПМСП с целью обеспечения равного доступа к адекватным услугам здравоохранения.

Необходимость в медицине, ориентированной на население. Большинство врачей и медсестер обучены обеспечивать клинический уход гражданам, в то время, как клинический уход не является единственным решающим фактором состояния здоровья; стандарт жизни и единицы измерения общественного здравоохранения могут иметь даже более важное влияние на здоровье населения. Здравоохранение должно также иметь и другое измерение:

беспокойство о населении в целом, что называется общественное здравоохранение.

Обязательное сдерживание стоимости здравоохранения. Должны быть введены ограничения на стоимость услуг здравоохранения, и контроль стоимости должен быть представлен в виде способа, наносящего относительно небольшой ущерб здоровью населения. Быстрый рост стоимости услуг здравоохранения частично создается научными достижениями, которые генерируют новые экстенсивные технологии. Некоторые из этих технологий действительно важны для здравоохранения, некоторые имеют небольшую ценность, а некоторые полезны отдельным пациентам, но неправильно применяются к другим, и не приносят никакой пользы. Уничтожение медицинских услуг, не производящих пользы пациенту является одним из «безболезненных» способов контроля стоимости. Сокращение быстро растущей стоимости управления услугами здравоохранения является другим путем безболезненного сдерживания стоимости.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

К 25 летию Международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи

М.К.Кульжанов, Ф.С.Шынгысова, М.М.Усатаев

Исполнилось 25 лет Международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи, проходившей в Алма-Ате с 6 по 12 сентября 1978 г. в соответствии с резолюцией XXX Всемирной Ассамблеи здравоохранения и решением 59-й сессии Исполкома ВОЗ и Исполкома ЮНИСЕФ.

В работе Алма-Атинской конференции принимали участие представители 146 стран, 2 национально-освободительных движений, 12 специализированных учреждений ООН, 49 международных неправительственных организаций, находящихся в официальных отношениях с ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Участие в работе конференции членов правительств – министров здравоохранения, крупных государственных и общественных деятелей, представителей международных организаций, практических врачей, инженеров, работников системы просвещения, социального обеспечения и т.д., свидетельствует о громадной актуальности рассмотренных на конференции вопросов.

Основной целью конференции являлось обсуждение одной из актуальных проблем человечества – проблемы реального обеспечения права человека на жизнь и охрану здоровья. Были рассмотрены вопросы, касающиеся места первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в национальных службах здравоохранения, принципов и конкретных форм организаций её, а также перспектив международного сотрудничества в этой области.

ПМСП была определена как основное средство осуществления стратегии и программы деятельности Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ещё в 70-годы XX века с целью «Достижения здоровья для всех к 2000 году».

На конференции было принято, что «первичная медико-санитарная помощь – это не только оказание первой помощи пострадавшему и больному, она также включает «просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и

разрешения; содействие снабжению пищевыми продуктами и рациональному питанию; доброкачественному водоснабжению и проведению основных санитарных мер; охрану здоровья матери и ребенка, в т.ч. планирование семьи; иммунизацию против основных инфекционных заболеваний; профилактику эпидемических в данном районе заболеваний и борьбу с ними; соответствующее лечение распространенных болезней и травм; обеспечение основными лекарственными средствами». Только в таком определении она является одним из основных методов, обеспечивающих повышение уровня здоровья населения.

Участники конференции подчеркнули значение социально-экономического развития и политической независимости для всего дела здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи в частности, указали на особую ответственность перед народом в обеспечении права каждого человека на охрану и улучшение здоровья. Пункт V Алма-Атинской Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по ПМСП гласит: «Правительства несут ответственность за здоровье своих народов, которое может быть обеспечено лишь путем осуществления соответствующих медико-санитарных и социальных мероприятий», единодушно высказались за неразрывность здоровья и мира на земле.

За всю историю существования Всемирной Организации Здравоохранения не созывалось подобных представительных конференций и этот форум стал событием большого международного и политического значения, на котором триумфом явилось принятие Алма-Атинской декларации конференции, известной в мире как «Великая хартия здравоохранения XX века».

В проведении Алма-Атинской конференции ВОЗ по ПМСП велика заслуга Т.Ш.Шарманова – министра здравоохранения КазССР, который являлся инициатором и организатором ее. В период его руководства здравоохранение Казахстана добилось больших успехов, как заявил Генеральный директор ВОЗ Х.Малер «Меня многое приятно поразило». По инициативе МЗ СССР и КазССР по согласованию с ВОЗ в целях реализации положений Алма-Атинской декларации и других итоговых документов конференции в 1979 г. в Алма-Ате был открыт первый в мире Международный Сотрудничающий с ВОЗ центр по ПМСП на базе отдела социальной гигиены организации здравоохранения и истории медицины НИИ краевой патологии МЗ КазССР.

Руководителем его был назначен видный организатор здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор П.П.Петров,

один из инициаторов и организаторов проведения этой Международной конференции.

В Алма-Атинский международный центр входили четыре научных подразделения НИИ краевой патологии: отделение социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. – кмн Т.К.Калжеков); отделение экономики здравоохранения (зав. – кмн В.А.Корзун); отделение зарубежного здравоохранения (зав. – кмн Э.М.Курлеутов); отделение истории медицины (зав. – кмн Б.У.Абдукаримов, он же одновременно – директор музея истории медицины и здравоохранения КазССР).

Кроме того, в структуру Центра были включены свыше 40 учреждений практического здравоохранения в городах и сельской местности, Музей истории медицины и здравоохранения Казахстана, Республиканский дом санитарного просвещения.

Для координации научных исследований при МЗ КазССР создается постоянно действующий научно-консультативный орган – рабочая группа по проблемам ПМСП, членами которой являются ведущие специалисты страны и республики в области международного здравоохранения, социальной гигиены и организации здравоохранения.

Основными задачами Центра в рамках ВОЗ были:

- научные исследования по различным аспектам ПМСП;
- обмен опытом и установление контактов с заинтересованными между-народными центрами и учреждениями по данной проблеме;
- проведение международных региональных и межрегиональных курсов, семинаров по организации, планированию и управлению ПМСП.

В соответствии с поставленными задачами в 1980-1985 гг. научные подразделения Центра осуществили выполнение 9 научно-исследовательских программ по вопросам организации, планирования управления ПМСП.

- Объем и нормативы потребности сельского населения в ПМСП на различных этапах её организации;
- Медицинская и экономическая эффективность использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений Казахстана;
- Оценка различных форм участия общественности и межсекторальная координация в организации, управлении и планировании ПМСП населению;
- Народная медицина как вид ПМСП в дореволюционном Казахстане.

Одновременно Центр принимает активное участие в международных сравнительных исследованиях ВОЗ: «Участие населения в

здравоохранении» и «Управление здравоохранением», проводившихся под эгидой ЕРБ (Европейского регионального бюро) ВОЗ.

В 1983-1985 гг. после обсуждения на совещаниях рабочей группы по проблемам ПМСП, на совместных совещаниях Центра и представителей ЕРБ ВОЗ были утверждены программы ещё 5 НИР:

- 1) Изучение организации, планирования и управления сельскими врачебными амбулаториями, как важнейшего звена системы ПМСП сельскому населению;
- 2) Индикаторы социальной, медицинской и экономической оценки служб ПМСП;
- 3) Межотраслевое сотрудничество здравоохранения и других служб в обеспечении ПМСП различных групп населения;
- 4) Разработка рекомендаций по межсекторальному подходу при организации, управлении и использовании водных ресурсов, системы водоснабжения и удаления отходов;
- 5) Роль и значение акушерки в перинатальной технологии.

Эти комплексные программы Центр выполнял совместно с республиканскими Министерствами сельского хозяйства и просвещения, ЦК общества Красного Креста Казахстана, НИИ педиатрии и детской хирургии, НИИ акушерства и гинекологии, с НИИ ветеринарии, НИИ охраны труда в сельском хозяйстве, НИИ растениеводства, с кафедрами КазГУ, Алма-Атинской высшей партийной школой и др.

Учреждениями исследования проводились при активном участии руководителей и сотрудников лечебно-профилактических учреждений, оказывающих ПМСП, с учетом мнения общественности.

Важной составной частью деятельности Центра ВОЗ являлось проведение международных курсов по различным проблемам ПМСП. Центром под руководством профессора П.П.Петрова были разработаны типовые учебные программы этих курсов, которые обобщали опыт советского и зарубежного здравоохранения, результаты научных исследований, проведенных Центром, и послужили основой проведения в Алма-Ате международных курсов совместно с ЕРБ с участием зарубежных и советских специалистов в 1983 г. по проблеме «Международное сотрудничество и участие населения в организации, планировании и управлении ПМСП».

Научная и практическая деятельность этого центра несомненно внесла значительный вклад в разработку проблем организации, планирования, управления ПМСП, международного сотрудничества в этой области.

И сегодня спустя 25 лет, приходится сознавать, что принципы первичной медико-санитарной помощи, сформулированные на Алма-Атинской конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ, получили огромный резонанс в мировом масштабе, составили основу стратегии достижения целей «здоровье для всех» на многие десятилетия.

**Академическое Обучение по Политике, Планированию и Практике
Здравоохранения, Институт Открытого Общества/Ассоциация
Школ Общественного Здравоохранения Европейского Региона.**

Леон Эпштейн.

**Еврейский Университет Хадасса – Школа Общественного
Здравоохранения им. Брауна, Иерусалим, Израиль**

Данная статья представляет концепцию академической подготовки на уровне Магистров Общественного Здравоохранения, а также рассматривает обучающие программы в контексте требований Института Открытого Общества/Ассоциации Школ Общественного Здравоохранения Европейского Региона. Необходимо отметить, что современные программы по общественному здравоохранению должны включать основные принципы общественной ответственности за здоровье всего населения с необходимыми знаниями и навыками современной практики менеджмента на всех уровнях системы здравоохранения. Данное направление является основой всех программ ИОО/АШОЗЕР.

Коротко о программе. Институт Открытого Общества, Нью-Йорк (ИОО), зная о ситуации в секторе здравоохранения постсоветских стран, совместно с АШОЗЕР в 2001 году, инициировал программу по усовершенствованию и расширению обучающих программ по общественному здравоохранению в данном регионе. Основопологающей идеей было объединить существующий опыт и экспертизу Европейских стран в области общественного здравоохранения, с институциональным развитием в странах

Восточной Европы и Центральной Азии, с целью существенного улучшения практики преподавания.

Программа была нацелена на улучшение качества обучающих программ по двум основным направлениям. Первое направление – семь успешно развивающихся школ (Армения, Болгария, Эстония, Венгрия, Литва, Казахстан и Польша), в которых основной целью было «Усиление и развитие образовательных программ по общественному здравоохранению». Второе направление определило пять создающихся и развивающихся школ и программ (Албания, Латвия, Румыния, Украина, Узбекистан), с целью «Создания образовательных программ по общественному здравоохранению».

Продолжительность программы три академических года 2001-2004. Как учебное заведение призванное осуществлять обучение по общественному здравоохранению и оказывать консультативную помощь вышеназванным Школам и программам, мы несем ответственность за подготовку высококвалифицированных специалистов, способных решать актуальные вопросы. Три приоритетных направления, которым должно быть уделено внимание:

- А. Отвечать на изменяющиеся потребности населения.
- В. Достигнуть вышеназванную цель в условиях быстроменяющихся структурных и функциональных изменений.
- С. Рассмотрение реформ в секторе общественного здравоохранения в контексте социоэкономических изменений в обществе

В случае успешной реализации Программы имеется высокая вероятность, что наши выпускники будут способны усовершенствовать образовательную деятельность и воплотить в жизнь принципы общественного здравоохранения.

Профилактика карантинных и зоонозных инфекций - важное звено охраны здоровья населения в Казахстане.*

Атшабар Б.Б., Айкимбаев А.М., Сулейменов Б.М., Сагымбек У.А.,

Аубакиров С.А.,

Мека-Меченко Т.В., Денисов Г.И..

Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций
им. М. Айкимбаева.

Особо опасные инфекции - заболевания, которые могут возникать среди населения в виде отдельных случаев, эпидемий и даже пандемий, часто являясь следствием чрезвычайных ситуаций (стихийные бедствия, войны и т.п.). К их числу, в первую очередь, относятся чума, холера. В последнее время актуализировалась проблема биотерроризма с использованием возбудителей особо опасных инфекций. Возникновение карантинных инфекций по масштабам подразделяется на эпидемии и чрезвычайные ситуации (Дональд Дж. Дансмор «Меры безопасности при вспышках инфекционных болезней», ВОЗ, Женева, 1990).

Значительная часть территории Казахстана, более 39%, является энзоотичной по чуме. Основными, естественными носителями чумного микроба на очаговых территориях являются сурки, суслики, большая и малая песчанки, основными переносчиками – блохи, паразитирующие на этих грызунах. Ежегодно на территории в 10-40 тыс. кв. км. регистрируются острые эпизоотии чумы с изоляцией от 300 до 900 высоковирулентных штаммов чумного микроба. В течение последних 3-5 лет регистрируется активизация эпизоотического процесса в автономных очагах чумы на территории Алматинской, Атырауской, Актюбинской, Кзылординской, Западно-Казахстанской и Мангистауской областей.

Эпидемический потенциал очаговой по чуме территории резко возрастает из-за повышения интенсивности хозяйственного освоения этих территорий и антропогенного изменения ландшафта. Освоение новых участков земли под посевы, животноводство, разработку месторождений полезных ископаемых приводит к увеличению вероятности контакта человека с носителями и переносчиками чумного микроба и, следовательно, заражения инфекцией. Ежегодно на территории Казахстана регистрируются случаи заболевания чумой людей и нередко - верблюдов. Существует реальная опасность возникновения серьезных эпидемических осложнений. Только благодаря постоянно функционирующей системе эпидемиологического

надзора за чумой в стране сохраняется стабильная ситуация, ограничивающаяся спорадическими случаями чумы у людей.

Существующая система эпидемиологического надзора за чумой складывается из следующих разделов плановой работы противочумных учреждений, санитарно-эпидемиологических станций и лечебных учреждений:

1. *Наблюдение за здоровьем населения.* На энзоотичной по чуме территории оно включает в себя регистрацию, клинический, лабораторный и эпидемиологический анализы всех случаев заболевания людей, подозрительных на чуму. Анализу подвергаются все случаи скоропостижной смерти людей. При каждом подозрительном на чуму случае начинает функционировать специальная система информации и мероприятий, запланированная для каждой административной единицы республики. В таких планах учтены все аспекты работы в очагах опасных инфекционных болезней.
2. *Эпизоотологический контроль за природными очагами чумы.* Контроль за природным эпизоотическим процессом постоянно осуществляют 10 противочумных станций, 13 противочумных отделений и 30-36 временных противоэпидемических отрядов. Под постоянным контролем находится численность грызунов и блох в поле и населенных пунктах, границы и интенсивность эпизоотий чумы среди грызунов, направление движения эпизоотического процесса, характер свойств возбудителя чумы. При необходимости проводится регуляция численности грызунов и блох-паразитов на границе с населенными пунктами и уничтожение их в самих населенных пунктах.

* Доложена на Международной научно- практической конференции «Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан», секция «Укрепление здоровья и профилактика болезней». Алматы, 2003г.

- 3 *Вакцинация населения.* Вакцинация населения проводится ежегодно на наиболее опасных участках природных очагов. При этом заранее определяются конкретные группы риска среди временно и постоянно проживающих контингентов населения в данном регионе. Вакцинацию проводят медицинские работники, ежегодно прошедшие специальную подготовку и сертификацию.
- 4 *Наблюдение за верблюдами.* Верблюды находятся в постоянном контакте с дикой природой и большой чумой верблюдов опасен, т.к. в

случае бесконтрольного его забоя весьма вероятно групповая вспышка заболевания чумой людей. В случае поступления информации о больном (с подозрением на чуму) или павшем верблюде, специалисты противочумных учреждений в обязательном порядке проводят лабораторное исследование, а при подтверждении диагноза чумы - забой и уничтожение трупа верблюда.

5 *Подготовка медицинских работников.* Медицинские работники всех уровней – от ФАП до городских клиник проходят обязательную ежегодную подготовку по диагностике, клинике, лечению и проведению противоэпидемических мероприятий в очаге чумы. Такая подготовка обеспечивает своевременную информацию и проведение комплекса мероприятий для спасения жизни больного и локализации очага чумы.

6 *Санитарно-просветительная работа среди населения.* Санитарно-просветительная работа среди населения является важной составной частью профилактической работы в очагах чумы. Разъяснение механизмов заражения, основ профилактики, поднятие уровня санитарной культуры населения представляет собой необходимый раздел всей профилактической работы среди населения, проживающего непосредственно в зоне природных очагов чумы.

Вся система эпидемиологического надзора за чумой должна постоянно совершенствоваться на основе новых научных и практических достижений, информационного и технического прогресса с учетом конкретной специфики каждого региона Казахстана.

Продолжается седьмая пандемия холеры. Ежегодно во многих странах мира регистрируются сотни тысяч больных холерой.

Как показывает эпидемиологический анализ, за последние 9 лет холера проникла на территорию нашей страны из сопредельных стран, а также из Пакистана, Индии, Турции и Индонезии. При этом наиболее интенсивные вспышки холеры отмечены в 1993, 1997 и 2001 годы, причем эпидемия 1997 г. приобрела экстенсивный характер с последующим заносом инфекции в другие регионы республики.

В 2002 году завозных случаев холеры на территории республики не было. Регистрировались заболевания людей вибриозами, вызванные *V.cholerae non O1*. В течение года выявлено 30 больных вибриозами и 4 носителя.

В 2002 году из объектов окружающей среды выделено 30 штаммов холерного вибриона O1. Из 30 штаммов *V.cholerae* 27 гемолизположительные, а 3 штамма, выделенные из р. Урал, были гемолизнегативными, холерогенными, то есть эпидемически опасными.

Анализ заболеваемости холерой показывает, что завоз в современных условиях неизбежен, несмотря на наличие контроля, и соответствующих профилактических мероприятий. Санитарно-карантинные пункты (СКП) могут выявлять больных холерой только с выраженными клиническими проявлениями, а легкие формы, вибрионосители и больные, находящиеся в инкубационном периоде не выявляются. И поэтому в настоящее время актуальным является своевременное выявление, лабораторное подтверждение первых случаев холеры и проведение противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации очага холеры.

В связи с этим, особую значимость приобретают мероприятия по осуществлению эпидемиологического надзора за холерой на территории Республики Казахстан, санитарно-просветительной работе среди населения и обеспечению готовности медицинских учреждений на случай выявления больного холерой. Большое внимание следует обратить на подготовку специалистов общей медицинской сети по вопросам диагностики, клиники, лечения больных холерой.

Для предотвращения эпидемических осложнений по холере на территории обязательным является проведение всего комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, в том числе строгий контроль за качеством питьевой воды, улучшение водоснабжения, контроль за обеззараживанием сточных вод, удалению нечистот и другие санитарно-гигиенические мероприятия.

Эпизоотическая и эпидемическая обстановка в Казахстане по сибирской язве, бруцеллезу и другим зоонозам остается неблагополучной.

Сибирская язва все еще приносит большой экономический ущерб. В 2000-2001 году сибирской язвой в Республике Казахстан заболело 50 человек, из них три случая окончились летальным исходом. Стационарность этой инфекции в Казахстане связана с наличием неблагополучных по сибирской язве пунктов, почва которых контаминирована сибирезязвенным микробом. В Казахстане насчитывается более 3500 неблагополучных по сибирской язве пунктов, где в разные годы регистрировали заболевания людей или сельскохозяйственных животных сибирской язвой. Они периодически проявляют активность, выражающуюся в новых заболеваниях людей и сельскохозяйственных животных.

Существование энзоотии туляремии в Казахстане обусловлено ландшафтно-географическими особенностями республики,

способствующими укоренению возбудителя этой инфекции в природных условиях. Природные очаги туляремии установлены на территории 1,3 млн. кв. км, что составляет 54% от общей площади республики и эти очаги с достаточно высоким эпидемиологическим потенциалом.

В настоящее время на территории РК регистрируются единичные случаи заболевания людей туляремией. Такой успех был достигнут благодаря массовой иммунизации декретированного населения туляремийной вакциной. Однако следует отметить, что в связи с отсутствием зарегистрированной вакцины для иммунизации людей, в ближайшей перспективе следует ожидать рост заболеваемости этой инфекцией.

Наиболее значимой инфекцией для нашей республики в социально-экономическом отношении остается бруцеллез, в связи с высокой заболеваемостью, как сельскохозяйственных животных, так и людей. Зарегистрирован рост заболеваемости людей бруцеллезом, в 82% случаев заболевания людей связаны с мелким рогатым скотом. Ежегодно в Республике регистрируют 1800-1900 случаев заболеваний. В 2002 году в республике зарегистрировано 2371 случаев впервые диагностированного бруцеллеза среди населения (показатель заболеваемости на 100 тысяч населения 15,8), против 2222 случаев в 2001 году (показатель - 14,8). Отмечается рост заболеваемости людей бруцеллёзом на 6,8 % по сравнению с 2001 годом. Основной причиной роста заболеваемости населения бруцеллёзом остается несвоевременное выявление больного бруцеллёзом скота, особенно индивидуального сектора.

Исследования последних лет свидетельствуют о широком распространении в республике иерсиниозов и листериоза.

Заболевания людей, обусловленные *Y. pseudotuberculosis*, *Y. kristensenii*, *Y. enterocolitica* в настоящее время регистрируются практически во всех странах мира. В 1979 году это заболевание впервые было обнаружено у людей в Алматы, а позже и в других городах республики. В Казахстане в последнее десятилетие зарегистрировано 5219 больных. Возбудители выделялись не только от людей, но также от диких и синантропных грызунов, сельскохозяйственных животных. Возбудители иерсиниозов относятся к психрофильным и прототрофным микроорганизмам, что обеспечивает их жизнеспособность и широкое распространение во внешней среде. Листерии были найдены у синантропных грызунов в Алматинской, Атырауской, Актюбинской, Западно-Казахстанской, Кызылординской, Восточно-Казахстанской

областей. В регионах Казахстана, где регистрировался листериоз среди грызунов, его наблюдали и среди сельскохозяйственных животных.

Как известно, особенно часто заражение человека происходит либо в результате соприкосновения с большими домашними животными, либо при употреблении в пищу мяса в недостаточно термически обработанном виде, а также молока, овощей. Только в г. Алматы, в лаборатории зоонозных инфекций Казахского научного центра карантинных и зоонозных инфекций им. М.Айкимбаева (КНЦКЗИ), за период 1993-2002 г. выявлено более 300 больных листериозом.

Значительный удельный вес зоонозов в инфекционной патологии человека и животных в Казахстане определяет необходимость разработки и совершенствования методов диагностики, внедрение в практику высокочувствительных и специфичных иммунобиологических препаратов, в которых испытывает острый недостаток лабораторная служба республики. В комплексе профилактических мероприятий лабораторная диагностика является этиологическим обоснованием к их проведению. В КНЦКЗИ ведется разработка новых иммунобиологических препаратов для диагностики инфекционных заболеваний, оценки напряженности иммунитета, а также препаратов для специфической профилактики инфекционных заболеваний. В частности, разработаны оптимальные условия технологии производства эритроцитарных антигенных, сибиреязвенного, листериозного и иерсиниозного (*Yersinia kristensenii*) диагностикумов для выявления специфических антител. Изучена их активность и специфичность в лабораторных и полевых условиях.

Специалистами КНЦКЗИ проводится мониторинг биологических свойств свежевыделенных и музейных штаммов возбудителей зоонозных инфекций, определена их эпидемическая значимость. Изучена чувствительность к антибиотикам возбудителей некоторых зоонозных инфекций, составлен перечень рекомендуемых для применения в клинике антибиотиков, проводится изучение активности новых антибактериальных препаратов.

Проводится изучение бактерицидной и спороцидной активности новых дезинфицирующих средств, разрабатываются обоснования к их использованию в лабораторной практике. Противочумной службе рекомендованы к применению в лабораторной практике новые дезинфицирующие средства, зарегистрированные в РК.

Приоритетным направлением в профилактике туляремии является разработка живых туляремийных вакцин для иммунизации людей. Известно, что вакцинация туляремийной вакциной создает длительный,

иногда пожизненный иммунитет. Для профилактики туляремии у людей предпочтительнее использовать вакцины, соответствующие по антигенной структуре возбудителю, циркулирующему в данном типе очага. В связи с этим, а также ввиду высокой реактогенности применяемой в настоящее время вакцины, в КНЦКЗИ ведутся поиски новых вариантов туляремийного микроба для применения их в качестве вакцинных штаммов. Специалистами КНЦКЗИ была проведена работа по аттенуации и испытанию иммуногенных свойств аттенуированного штамма туляремийного микроба среднеазиатского подвида, предлагаемого в качестве вакцинного.

Таким образом, разработка и внедрение в практику новых иммунобиологических препаратов позволит составить полное представление о распространенности инфекции, объективно оценить и спрогнозировать эпизоотическую и эпидемическую ситуацию и иметь необходимую информацию для обоснования рациональной системы профилактических мероприятий.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ КЫРГЫЗСТАНА

Кадыркулова Г. Д., Токтоматов Н.Т.

**Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации Министерства
здравоохранения Кыргызской Республики**

В Кыргызстане, как и во всех странах с переходной экономикой, изменениям подверглись практически все сферы жизни и деятельности. Экономически рост в республике удалось возобновить, начиная с 1996 года. Темпы экономического роста в республике в период 1996-2001 гг. составили в среднем 5,6% в год, что является одним из лучших показателей переходного периода (Кудабаев З.И., Ибрагимова Ш., 2002). Однако финансовый кризис в России в 1998 году негативно отразился на развитии экономики Кыргызстана. В результате темп роста ВВП, достигший в 1997 г 109,9%, 1998 г снизился почти на 8% и составил только 102,1%. В последующие годы экономика начинает возрастать, но темпы прироста ВВП остаются незначительными, а в

2001 году даже проявилась тенденция снижения. Из этих данных видно, что Кыргызская Республика, несмотря на предпринимаемые меры, продолжает находиться под мощным финансовым прессом.

Таблица 1

Изменение темпов роста ВВП, 1996-2000 г.
(в процентах к предыдущему году)

Год	% прироста
1991	92,2
1992	86,1
1993	84,5
1994	79,9
1995	94,6
1996	105,6
1997	109,9
1998	102,1
1999	103,7



Источник: 1991-1995 гг. Современный этап перехода к рыночной экономике // Национальный отчет Кыргызской Республики по человеческому развитию за 1997 год. Бишкек. 1997. – с. 3-10;

Уровень жизни населения. Главной целью проводимых экономических реформ является повышение уровня жизни населения. Как видно из табл. 2 в последние годы численность населения, проживающего за чертой бедности, с 1999 г начало сокращаться. В 2001 г. уровень бедности снизился на 4,6%. К сожалению, чуть менее половины населения (47,5%) продолжают оставаться в категории бедных, а свыше 13% населения находится за чертой крайней бедности.

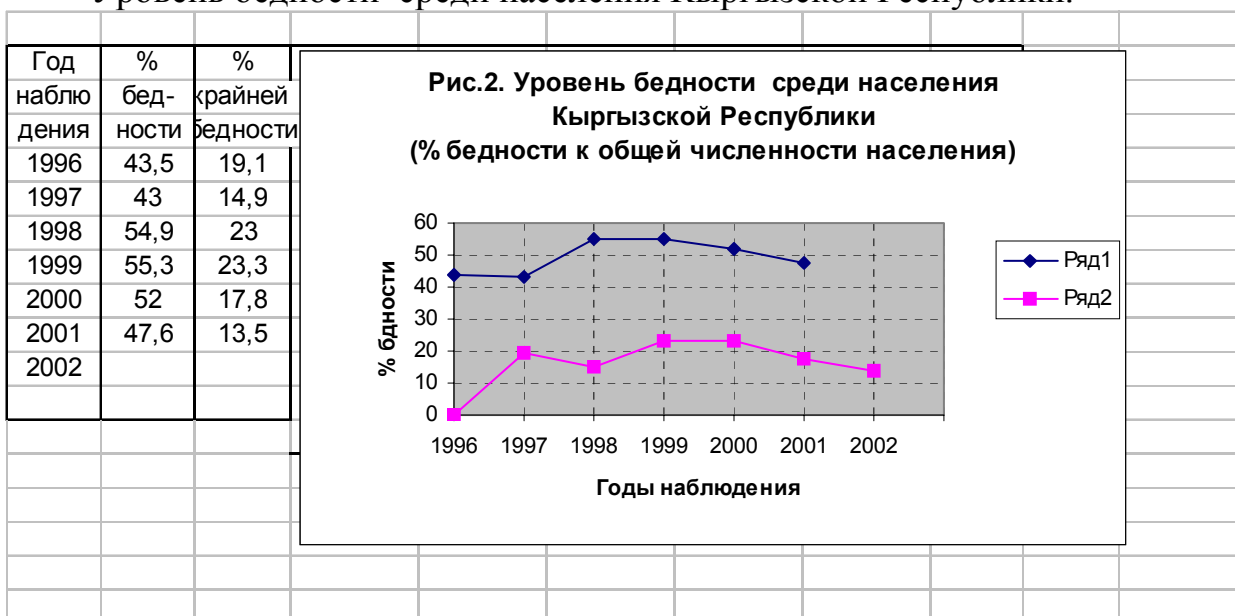
Из этих данных видно, что в Кыргызской Республике, несмотря на улучшение экономической ситуации, неравенство сохраняется. Если расходы на душу населения в целом по республике составляют 9560 сомов (2001 г), то у 47,6% они ниже 4510 сомов.(Кудабаев З.И.,

Ибрагимова Ш.,2002). Это при условии, что в 2001 г. была повышена заработная плата для служащих и сотрудников занятых в государственных структурах, а также пенсии на 20%.

Эти данные указывают на то, что большая часть населения Кыргызской Республики, не имеет возможности пользоваться платными медицинскими услугами, в том числе и стоматологическими. В этой связи низкооплачиваемым слоям населения государство вынуждено выплачивать дотации.

Таблица 2

Уровень бедности среди населения Кыргызской Республики.



Социальные расходы (пособия). Государственные пособия в целом по республике в 1999 г. получали 15,6% населения. Пособия в структуре доходов семьи составляют 8-11%, а в семьях крестьян до 23%. В числе социальных расходов на пособия, значатся пособия по болезни (Закон “О государственных пособиях в Кыргызской Республике”. 1998 г.). Медицинские услуги, оплачиваемые службой социального страхования, в 1993 году составили 26,0%, в 1994 7,9%, в 1995 7,9%, в последующие годы практически сведены к нулю.

Рождаемость и старение. Общеизвестно, что нагрузка на стоматологические учреждения определяется уровнем рождаемости и темпами старения. Как видно из табл. 4 рождаемость в Кыргызской Республике за последние 10 лет интенсивно сокращается, хотя продолжает оставаться относительно высокой (19,7 на 1000 населения).

Ожидаемая продолжительность жизни в Кыргызской Республике в первые годы независимости сократилась почти на три года и составила в 1995 году 65 лет. В последующие пять лет прослеживается тенденция роста. На данный период ожидаемая продолжительность жизни населения республики составляет 68,5 года, что почти на 10 лет меньше, чем в странах Европейского Сообщества (Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках: Информационный Центр ВОЗ по здоровью для ЦАР).

Таблица 3.
Рождаемость и старение населения Кыргызской Республики.

Год наблюдения	Рождаемость на 1000 населения	Продолжительность жизни
1990		
1991	29,1	72,7
1992	28,6	68,3
1993	26,1	67,3
1994	24,6	65,9
1995	26	65,9
1996	23,6	66,6
1997	22	66,7
1998	22	67,1
1999	21,4	68,7
2000	19,7	68,5



В демографическом отношении население Кыргызстана молодое: 38% составляют дети и подростки, 53% -лица трудоспособного возраста и около 9% старше трудоспособного. Старение населения идет медленными темпами. Удельный вес лиц в возрасте 65 лет и старше держится на уровне 5,0- 5,6 , тогда как в экономически развитых странах Европы их 16%, в России -15% (Здоровье населения

и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках: Информационный Центр ВОЗ по здоровью для ЦАР 2002). Основываясь на этих данных, можно предположить, что в Кыргызстане нагрузка на стоматологические учреждения в перспективе будет повышаться, так как рождаемость сокращается, а ожидаемая продолжительность жизни увеличивается.

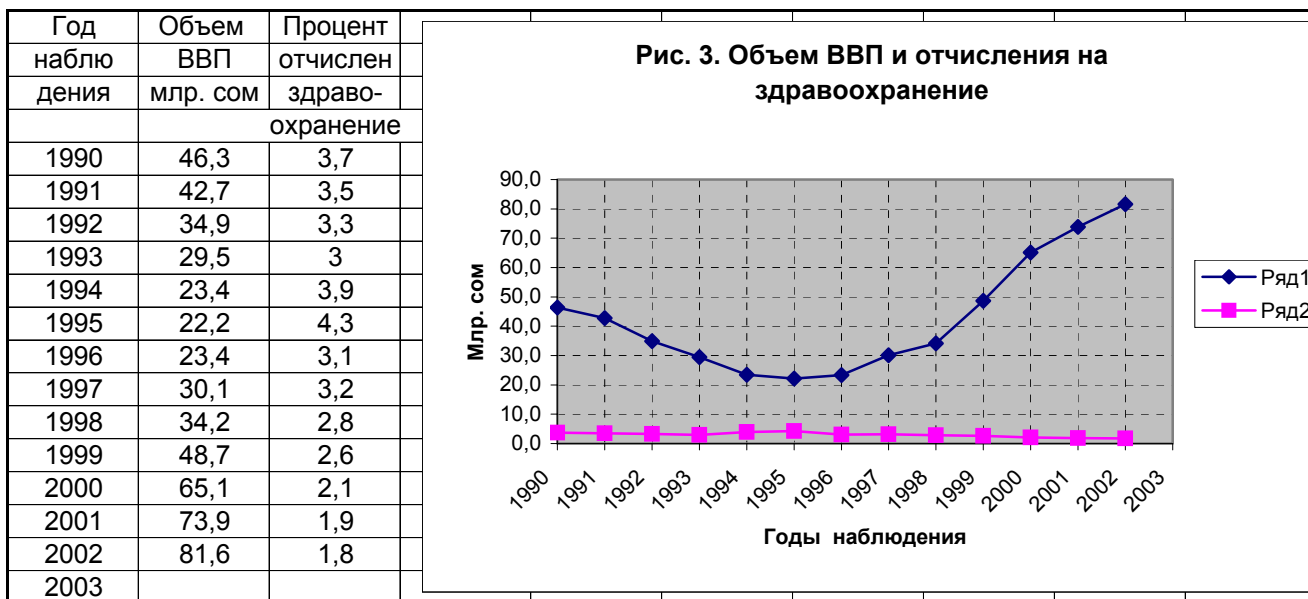
Расходы на здравоохранение (табл.4). До 1995 года Правительство Кыргызской Республики пыталось увеличить отчисления на здравоохранение, несмотря на спад экономики. С 1996 года ВВП стал стабильно повышаться, но отчисления на здравоохранение стали заметно сокращаться. За период с 1995 г по 2002 г. процент отчислений на здравоохранение сократился с 4,3% до 1,8%. В соответствии с международными стандартами отчисления должны составлять не менее 6%, так как более низкий уровень приводит к разрушению системы здравоохранения.

С целью изучения доступности и качества услуг здравоохранения и выяснения мнений населения о различных способах обеспечения здоровья и об уровне медицинского обслуживания проведено настоящее исследование.

Объектом исследования выступили два населенных пункта с разным количеством населения и в различной степени удаленных от областных и районных центров, отличающихся уровнем обеспечения медицинскими услугами. Кроме того, проведено единовременное выборочное обследование состояния материально-технической базы медицинских учреждений, которым было охвачено 432 медицинских учреждения, из них 119 – поликлиник, 90 – стационаров, 223 – фельдшерско-акушерских пункта во всех областях республики, на вопросы анкеты отвечали руководители учреждений.

Таблица 4.

Общие расходы на охрану здоровья (в % от ВВП).



В работе использованы методы как количественного анализа (социологический опрос, анкетирование) так и качественный анализ.

Результаты исследования. Как показали результаты обследования, в числе основных причин, осложняющих работу медицинских учреждений, названы прежде всего плохая обеспеченность медикаментами и лекарствами (84,7% опрошенных учреждений), низкая заработная плата медицинского персонала (74,8%), а также нерегулярное финансирование из бюджета и плохая материально-техническая база (по 66%), недостаточная обеспеченность медицинской (63,9 %) и компьютерной техникой (35,4 %), не укомплектованность врачами (16,9%), плохая обеспеченность донорской кровью (16,2%), изъятие в бюджет 50-процентов специальных средств, полученных от платных услуг (14,1%), не укомплектованность средним медицинским персоналом (9,5%).

Из числа обследованных в среднем 46,1% зданий требуют текущего ремонта, их них 52,9% - фельдшерско-акушерские пункты, 43,7% - поликлиники, 32,2% - стационары; около 4% зданий требуется реконструкция и 34,5% - капитальный ремонт. По мнению руководителей 8 зданий подлежат сносу, их них 2 – фельдшерско-акушерских пункта в Жалал-Абадской области, 4 – фельдшерско-акушерских пункта в Ошской, 1- поликлиника и 1- фельдшерско-акушерский пункт в Таласской области. Во многих медицинских учреждениях, из числа обследованных отсутствуют элементарные удобства: нет водопровода в 27,7% зданиях поликлиник и в 15,6%

стационаров; канализации, соответственно, в 35,3%, и 31,1; горячего водоснабжения – в 63,0% и 68,9%, центрального отопления – в 35,3%, и 22,2%, телефонной связи – в 31,1%, и 1,4%. Особенно низок уровень благоустройства фельдшерско-акушерских пунктов: 69,5% из них не имеют водопроводов и 79,8% - телефонной связи.

Посещаемость амбулаторно-поликлинических учреждений в течение последнего года их руководителями оценена неоднозначно: в 28,9% учреждений она возросла, в 32,2% осталась на уровне прошлого года и сократилась – в 38,9% учреждений. Подобная ситуация отмечается и в отношении стационаров: 27,6% учреждений отметили рост числа госпитализированных больных по сравнению с предыдущим годом, 37,9% заявили о снижении, 34,5% считают, что ситуация практически не изменилась.

Большие проблемы имеются у медицинских учреждений в части обеспечения медицинской техникой: 56,9% - испытывают недостаток в рентгенодиагностическом оборудовании, 51,4% - рентгенотерапевтическом и электрокардиографическом, 56,7% – флюорографическом, 68,1% – лабораторном оборудовании, 60,2% - физиотерапевтическом, 53% - лазерном и стоматологическом, 50,7% - эндоскопическом оборудовании. К тому же имеющееся оборудование в большинстве медицинских учреждений давно превысило нормативные сроки службы. Оборудование, превысившее сроки эксплуатации на 10 лет и более, имеют 52,8% из числа обследованных медицинских учреждений, на 5-10 лет – 29,4%, на 3-5 лет – 18,1%, на 1 год – 8,8%, и лишь в 19% организаций сроки службы оборудования отвечали нормам. Большинство обследованных медицинских учреждений (88,7%) отметили неудовлетворенность потребности в транспорте, кроме того, 89,1% медицинских учреждений, имеющих транспортные средства, указали, что не обеспечены бензином в достаточной степени. А 10,9% из числа обследованных медицинских учреждений, отметивших удовлетворительную обеспеченность бензином, указали, что делают это за счет платных услуг – 89,7% и бюджетных ассигнований – 17,2%.

При проведении социологического опроса в двух населенных пунктах Иссык-Кульской области было опрошено 115 человек (87 женщин и 28 мужчин), в Жалал-Абадской области – 88 человек (72 женщины и 16 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет.

Субъективная оценка состояния своего здоровья в течение последнего времени оказалась очень сходной во всех обследованных населенных пунктах. Среди причин ухудшения здоровья большинство опрошенных

называет отсутствие работы, указывая на то, что когда есть работа, самочувствие становится удовлетворительным. Улучшение состояния здоровья чаще всего связывают с увеличением доходов в семье и ростом благосостояния, указывая не только на то, что семья стала лучше питаться, но и на то, что у всех поднялось настроение, появилась надежда на будущее. Это говорит о том, что во многом оценка людьми своего здоровья – а возможно и его объективное состояние – зависит от психологических факторов.

В настоящее время люди обращаются к врачу только в случае острой необходимости. Если в Иссык-Кульской области из количества поводов обращения к врачу только 58,2 % взрослых обратились к врачам ГСВ, то у детей этот показатель значительно выше, который составил – 70,5 %, а в Жалал-Абадской области соответственно 71,9 и 75,0 %.

По нашим данным причиной уменьшения количества обращений к врачу явились следующие факторы:

- снижение доступности медицинских услуг, особенно со стороны врачей специалистов (дороговизна, отсутствие специалиста ближе, чем в районном или областном ЛПУ);
- ухудшение качества врачебной помощи (недостаток препаратов, низкая, по мнению жителей квалификация врачей);
- снижение доверия к врачам, работающим на местах и другие.

Анализ обращаемости за медицинской помощью показал, что возможности выбора врача или лечебного учреждения, серьезно зависят от места проживания респондентов. В двух обследованных селах Иссык-Кульской области, которые находятся в удаленных и труднодоступных районах, в подавляющем большинстве случаев люди обращаются в местные больницы или ФАПы, и только 7,0 % опрошенных выезжают для получения медицинской помощи за пределы своей области. В то же время, в Жалал-Абадской области люди значительно чаще выезжают за пределы села для посещения врача в районный или областной центр.

По данным социологического опроса профилактическое поведение беременных женщин, в целом, соответствует требованиям врачей. Все опрошенные респонденты отметили, что наблюдение за беременными женщинами влияет на здоровье будущего ребенка. Это одна из немногих позиций, по которой уровень информированности не отличается от поведения, то есть женщина знает, что нужно наблюдаться у врача, и она наблюдается. Поведение женщин во время

беременности не имеет отличий ни по областям, ни по принадлежности к профессии.

Можно отметить тенденцию, что с каждым последующим ребенком женщина несколько позже становится на учет во время беременности. Во время первой беременности средний срок постановки на учет- 2,5 месяца, во время четвертой – 3,1 месяца. Однако, это увеличение срока нельзя считать опасным в отношении несвоевременной профилактики. Во многом благополучная ситуация с наблюдением беременных существует, как за счет устойчивого воспроизведения определенной нормы поведения, так и благодаря постоянным усилиям медицинских работников на участках ГСВ и в фельдшерско-акушерских пунктах, которые совершают подворные обходы, проводят занятия с беременными женщинами.

Главным препятствием в организации взаимодействия населения и медицинских служб является отсутствие готовности к партнерству, как со стороны самого населения, так и со стороны работников здравоохранения. Например, уже сегодня обсуждалось, как вполне реальное, взаимодействие ФОМС, населения и местных властей для организации аптек по продаже препаратов по льготным ценам, в соответствии с требованиями текущей реформы. Таких аптек на местах не хватает и сегодняшние ресурсы ФОМС не позволяют развернуть их работу в полном объеме. При этом необходимо только, чтобы айыл окмоту (сельская управа) выделил помещение, а организованная группа населения оформила соответствующую лицензию и приняла на работу медицинского работника, как минимум, со средним специальным образованием для работы в аптеке.

Выводы:

1. Субъективная оценка состояния своего здоровья в течение последнего времени оказалась очень сходной во всех обследованных населенных пунктах. В целом, большинство оценок свидетельствуют о том, что ситуация со здоровьем не стала хуже, а по мнению четверти опрошенных даже улучшилась.
2. Профилактическое поведение беременных женщин в целом, соответствует требованиям врачей. Средняя продолжительность грудного вскармливания составляет 14 -15 месяцев. При определении информированности респондентов о том, как можно регулировать рождение детей, было установлено, что большинство опрошенных знают, в основном, два метода контрацепции: внутриматочные спирали (75,4 %) и презерватив

(59,5 %). Не имеют представления о методах контрацепции 8,7 % респондентов.

3. Главным препятствием в организации взаимодействия населения и медицинских служб является отсутствие готовности к партнерству, как со стороны самого населения, так и со стороны работников здравоохранения. Если прилагаемые государством усилия будут поддержаны организованным населением на местах, эффективность системы здравоохранения может быть увеличена в очень короткие сроки. Главным преимуществом такой системы стала бы ориентация на постоянное повышение эффективности, основанное на взаимной заинтересованности сторон и гарантированное финансовым участием населения в работе медицинских служб.

Литература:

1. Кудабаяев З.И., Ибрагимова Ш., Стратегия роста и сокращения бедности в Кыргызской Республике // Научно-информационный журнал “Экономика и статистика”.- Бишкек: Национальный статистический комитет Кыргызской Республики.- 2002, № 3.- С. 2-16.

2. Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках: Информационный Центр ВОЗ по здоровью для ЦАР- Бишкек, 2002. – С. 19-23.

РОЛЬ ЭКОНОМИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Каратаев М.М., Кадыркулова Г.Д., Токтомаатов Н.Т.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

В настоящее время, когда идет реформирование учреждений здравоохранения, совершенствуется система обязательного медицинского страхования, внедряются элементы рыночной экономики, формируются новые экономические отношения в отрасли, важной задачей является рациональное использование ограниченных ресурсов здравоохранения. Выполнение этой задачи возможно на

основе широкого применения экономических механизмов в управлении здравоохранением (Щепин О.П., 1999; Кучеренко В.З., Шамшурина Н.Г., Кобяцкая Е.Е., 1999; Каратаев М.М., 2000; Кульжанов М.К., Захаров И.С., Кисикова С., 2002)

Современное состояние общественного здоровья населения и системы его охраны можно охарактеризовать следующим образом:

- состояние здоровья населения не отвечает социальным и экономическим целям общества;
- отмечается несоответствие между декларированным правом человека на охрану его здоровья, бесплатную медицинскую помощь, с одной стороны, - и объемами финансирования, их обеспечивающими, с другой;
- среди социальных приоритетов вопросы сохранения здоровья занимают далеко не первое место;
- почти отсутствует экономическая ответственность общества, трудовых коллективов, каждого человека в сохранении здоровья;
- не преодолена до конца тенденция использования экстенсивных путей развития здравоохранения;
- в хозяйственном механизме здравоохранения недостаточное внимание уделяется критериям оценки эффективности, качества и стимулирования труда в отрасли.

С целью изучения роли экономических механизмов в реформировании системы здравоохранения по оптимизации медицинской помощи населению проведено исследование.

Объектом изучения были дневные стационары в поликлиниках, стационары дневного пребывания при больницах, стационары на дому. При проведении исследования использованы социологический, статистический и аналитические методы. Анкетированием было охвачено 755 жителей села и 469 горожан.

Для определения уровня здоровья населения трудно переоценить значение самооценки состояния здоровья. При опросе выяснилось, что 26,6% мужчин и 12,5% женщин оценивают свое здоровье как хорошее. Удовлетворительным назвали свое здоровье 57,4% мужчин и 70,8% женщин. Плохое самочувствие отмечают у себя 13,1% мужчин и 15,0% женщин.

Если рассмотреть возрастной состав респондентов, то окажется, что у женщин самый большой удельный вес лиц, отметивших у себя хорошее здоровье, приходится на возрастную группу 20-29 лет (37,0%), среди тех, кто отметил удовлетворительное здоровье, преобладают

лица в возрасте 30-39 (33,0%), удивительно, что плохое самочувствие преобладает в возрастной группе 40-49 лет (26,7%).

У мужчин самые здоровые оказались в возрастной группе 15-19 лет (32,5%). Больше всего мужчин с удовлетворительным здоровьем оказалось в возрастной группе 40-49 лет (29,0%).

Прежде всего, нас интересовало, куда обращаются респонденты, когда у них возникают острые заболевания или обостряются хронические. Оказалось, что в поликлинику по месту жительства обращаются 75,6% мужчин и 76,6% женщин. Частные медицинские учреждения посещают 3,2% мужчин и 1,7% женщин. Тревожным является тот факт, что 12,2% респондентов – мужчин и 10,7% - женщин ответили, что заболев, никуда не обращаются, а лечатся самостоятельно.

Со слов опрошенных, у 83,0% мужчин и 81,4% женщин госпитализация была обусловлена острыми заболеваниями, 13,7% мужчин и 16,1% женщин находились в стационаре по поводу обострения хронических заболеваний.

Недостаточное финансирование учреждений здравоохранения делает необходимым использование личных средств пациентов для различных нужд. По данным анкетирования 85,0% респондентов, находясь в стационарах, использовали свои личные средства для покупки медикаментов и предметов медицинского назначения.

Предварительная оплата за госпитализацию в 66 случаях производилась в приемном покое, 17,6% лиц платили в кассу больницы и 16,4% - непосредственно медицинскому персоналу. При этом 23,6% лиц получили квитанцию об оплате за полную сумму, 54,9% - записаны в журнал и 20,8% больных не имели никаких документов о произведенной оплате. 15,3% больных оплачивали госпитализацию в период пребывания в больнице. При этом 64,8% их платили в кассу, 13,8% - в приемном покое и 20,3% - медперсоналу. Две трети пациентов получили квитанции об оплате за полную сумму.

Реформирование медицинского обслуживания предусматривает введение предварительной оплаты за все виды медицинских услуг, полученных за период пребывания в больнице (сооплата).

В 2001 году экспериментально сооплата была введена на территории Чуйской и Иссык-Кульской областей Республики. Как показали материалы обследования из числа госпитализированных и плативших за медицинские услуги 96,5 % больных в Иссык-Кульской области и 60,6 % - в Чуйской платили по программе сооплаты. В Иссык-Кульской области у 76,6 % больных сооплата составила 570 сомов и у 23,3 % - 1140 сомов. Наименьшая величина сооплаты преобладала в

хирургическом и родильном отделениях, где больные в 74-96 случаях платили 570 сомов. В терапевтическом отделении две трети лиц платили по 570 и одна треть – 1140 сомов. В Чуйской области во всех отделениях 83-95 % больных оплачивали минимум.

Введение сооплаты сократило количество несанкционированных оплат за медицинские услуги. У двух третьих лиц, предварительно оплативших за медицинские услуги, за период пребывания в больнице больше не было расходов (не считая питания). Из числа пациентов, которые заплатив сооплату, имели дополнительные расходы, оплачивали услуги медперсонала по их просьбе в Иссык-Кульской области 17,2 % лиц, в Чуйской области – 59 %.

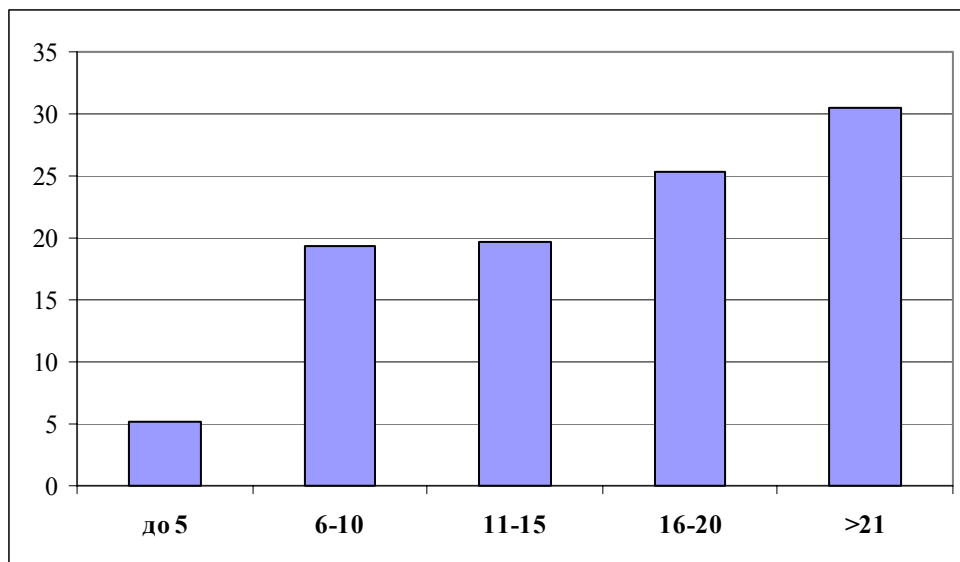
В других областях, где не была введена сооплата, оплата за госпитализацию колебалась в следующих интервалах (график 1).

По прежнему сохраняется зависимость стоимости за госпитализацию от уровня больницы и ее территориального расположения. Чем выше уровень больницы, тем выше величина оплаты. Средняя стоимость госпитализации одного пациента в районной больнице (без Чуйской и Иссык-Кульской областей) составляла 18 сомов, в областной – 29 сомов, в республиканской – 309 сомов.

По территории республики средняя оплата колебалась от 18 сомов в Таласской области до 33 сомов в Джалал-Абадской. В городских больницах города Бишкек она составляла в среднем 230 сомов.

Из числа обследованных 64% лиц не платили за госпитализацию по причине наличия страховки ФОМС (28,4%), экстренного случая госпитализации (25%), наличия льгот (9,3%) или больница не требовала оплаты (31%). В 97 случаях пациенты не могли платить, но были госпитализированы. При этом не требуют оплаты за госпитализацию или госпитализируют в случаях, когда пациент не может платить, в основном районные больницы.

График 1.



Расходы больных за период пребывания в больнице.

Введение рыночных отношений в систему здравоохранения потребовало от населения принятие на себя обеспечения больных, находящихся на лечении в больницах.

В период пребывания в больнице родственники обеспечивали питанием 96,4% больных, расходными материалами – 59,7%, бельем – 71,6%. У каждого десятого больного дежурили у постели, кормили и сопровождали в туалет.

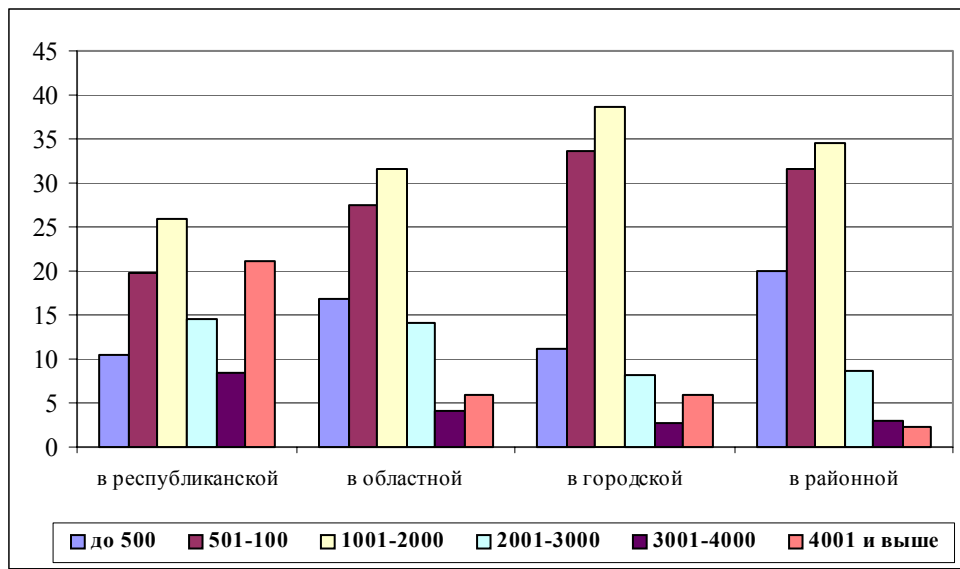
Эти услуги характерны для всех видов отделений и типов больниц, однако наихудшее положение сложилось в городских больницах. В них доля пациентов, которые вынуждены покупать медикаменты и перевязочные материалы на 18-20 % выше, чем в других больницах. Наибольшее число случаев, когда больные покупали лекарства, характерны для терапевтического и хирургического отделений.

По территории республики сложное положение с обеспечением лекарствами сложилось в Ошской и Джалал-Абадской областях, в которых население в 95 и 83 случаях, соответственно, вынуждены были сами покупать лекарства. Значительно выше среднереспубликанского уровня доля больных, обеспечивающих себя расходными материалами, в Нарынской и южных областях Республики.

Несмотря на введение сооплаты дополнительные расходы на приобретение лекарств наблюдались у 7,3% больных в Иссык-Кульской области и у 52,4% - в Чуйской. Расходные материалы дополнительно приобрели соответственно 5% и 40,8% лиц.

Почти все пациенты (99,3%) имели расходы, связанные с их пребыванием в больнице. Общая сумма этих расходов составила 5,6 млн. сомов. В общей сумме затрат населения 10% занимают транспортные расходы и 90% - расходы непосредственно связанные со стационарным лечением. Средняя стоимость пребывания больного в стационаре составила 1361 сом. В пересчете на всех больных, которые в июне 2001 года проходили лечение в больницах республики, это достигло 87,6 млн. сом. Средняя величина стоимости медицинских услуг колебалась от 1235 сомов в районной больнице до 2695 сомов в республиканской.

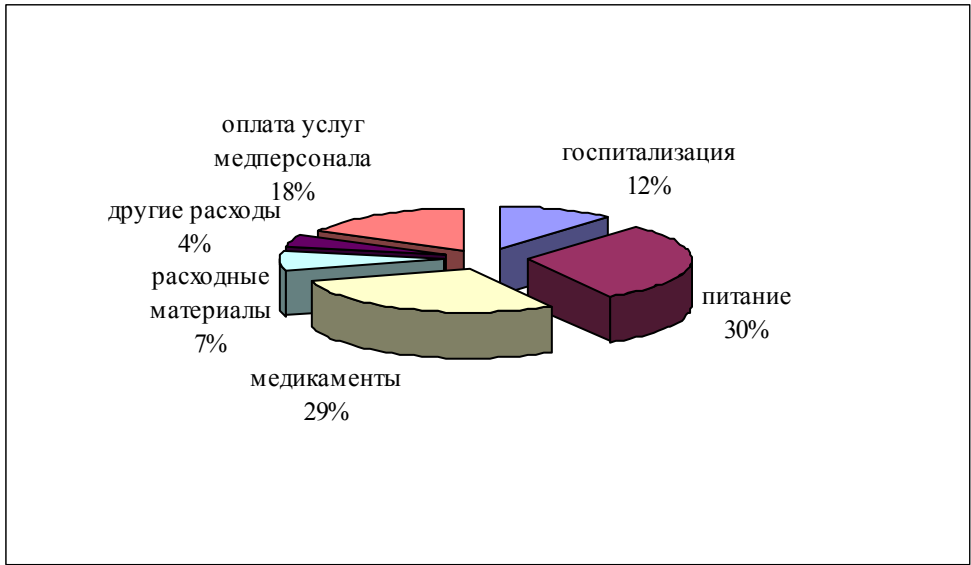
График 2. Распределение расходов пациентов по типу больниц.



По территории республики расходы больных на их содержание в больницах также неоднозначны и составляли в Таласской области 1010 сомов на больного, в Баткенской – 1108, в Иссык-Кульской – 1133, в Джалал-Абадской – 1265, в Нарынской – 1499, в Чуйской 2013 и в г. Бишкек – 2787 сомов.

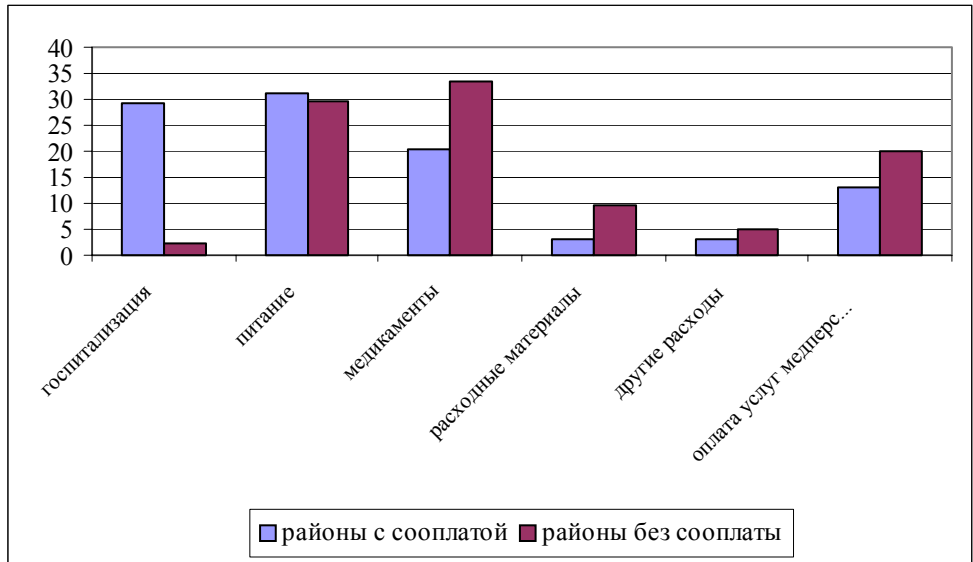
Основными статьями расходов по-прежнему остаются затраты на питание, лекарства и оплату услуг медицинских работников.

График 3. Структура расходов больных за стационарное лечение.



Введение сооплаты изменило общую структуру расходов на стационарное лечение, выделив три основные статьи: питание, госпитализация и медикаменты.

График 4.



Особенно значительно изменилась структура расходов у населения Иссык-Кульской области, где две трети больных при госпитализации предварительно оплачивали все виды услуг за свое лечение. В структуре расходов этих пациентов 48% составляла сооплата, 34% - питание и 18% - все остальные расходы.

Средняя величина расходов на медикаменты составила на одного больного, покупавшего лекарства, 600 сомов, в республиканских больницах – 1052 сома, в областных – 769 сомов. Высокая стоимость лекарств наблюдалась в городских больницах города Бишкек – 1189 сомов, в областных больницах Чуйской (1762 сома) и Нарынской (898 сомов) областей.

В июне 2001 года 60% больных, проходивших стационарное лечение, оплачивали услуги медицинского персонала по официальным расценкам, по неофициальным и в виде подарков.

В общей сложности населением было выплачено около 15 млн. сомов. Средняя сумма оплаты колебалась от 258 сомов в районной больнице до 1000 сомов в республиканской и составляла в среднем на одного платившего больного 378 сомов. У каждого десятого больного общая сумма расходов на оплату услуг варьировалась в пределах от одной до двух тысяч сомов, у 4 % лиц – от 2000 до 4000 сомов и в 26 случаях эта сумма превысила 4100 сомов.

Четвертая часть обследованных, проходивших лечение в областных, городских и районных больницах, оплатила услуги медперсонала в пределах до 50 сомов. У 35 % больных эти выплаты колебались от 50 до 190 сомов, и 23-28 % лиц заплатили от 190 сомов до 570 сомов. В республиканских больницах оплата услуг медперсонала была выше: одна треть больных платила от 190 до 570 сомов и 35,3 % - свыше 570 сомов, причем свыше 1891 сома платило 20,9 лиц.

Неоднозначна оплата медицинских услуг и по территории республики. Половина больных в Нарынской, Иссык-Кульской и Баткенской областях оплачивали услуги в пределах до 100 сомов.

Таблица. Распределение пациентов по общей сумме оплаты услуг медперсонала.

	средняя сумма оплаты, сомов					
	до 50	51-100	101-190	191-570	571-1140	1141 и выше

Всего обследованных пациентов, которые платили	24,1	17,7	17,3	25,9	8,4	6,7
из них лечились в больницах областей:						
Баткенской	27,7	21,6	18,2	25,5	6,1	0,8
Джалал-Абадской	22,2	14,8	17,3	26,8	13,5	5,2
Иссык-Кульской	25,9	26,6	17,7	20,9	4,4	4,5
Нарынской	37,8	23,9	14,0	15,8	5,0	3,7
Ошской	27,1	16,7	18,2	24,7	10,2	3,1
Таласской	20,5	15,7	24,5	33,2	5,7	0,4
Чуйской	23,4	16,6	16,3	27,1	5,1	11,6
г. Бишкек	8,1	12,6	12,2	31,5	9,9	25,7

В 80 случаях оплата услуг проводилась наличными и только пятая часть больных оплачивала натурой. Наибольшее распространение натуральной оплаты услуг медперсонала получило в Нарынской и Таласской областей, в которых почти каждый второй пациент оплачивал натурой.

По прежнему, самыми дорогими являются услуги хирурга. Ему платили в 24 случаях из 100, средняя сумма оплаты составила 978 сомов и колебалась от 618 сомов в районной больнице до 1562 сомов в республиканской. У каждого седьмого пациента оплата превышала 1890 сомов. Самая высокая ставка составила 14 тыс. сомов.

Средняя стоимость услуг анестезиолога оценивалась в 246 сомов, однако в 8 случаях оплата превышала 570 сомов. Максимальная оплата составила 2000 сомов.

Услуги лечащего врача оплачивал каждый пятый больной. В пределах до 100 сомов платило 35,1% больных, от 115 до 300 сомов – 39,3%, от 320 до 900 сомов – 18,2% и в 27 случаях сумма оплаты превышала 1000 сомов и достигала 5000 сомов. В 80 случаях суммы оплаты преподносились в качестве подарка.

Услуги медицинских сестер оплачивали 11,7% больных в среднем до 100 сомов, в 42 случаях оплата проводилась натурой.

Плата за инструментальное обследование колебалась в пределах от 5 до 60 сомов, за курс физиотерапии – от 5 до 100 сомов. В 25 случаях оплата физиотерапевтических процедур была от 117 до 1000 сомов. Инструментальное обследование оплатил каждый пятый больной, за курс физиотерапии – только 5% лиц.

Почти четверть (23,3%) больных платили за медицинские анализы в среднем по 33 сома. У 8% больных сумма оплаты колебалась от 51 до 100 сомов, и у 4 % - свыше 100 сомов. Самая большая сумма, которую

заплатил больной работнику лаборатории, составила 670 сомов. Часть больных (15%) делали подарки другому персоналу больницы. Величина их в основном не превышала 570 сомов, однако в отдельных случаях достигала 4800 сомов.

Назрела необходимость создания нормативной базы, в которой должны быть предусмотрены ответы на следующие вопросы:

- как организовать более эффективную и ресурсосберегающую медицинскую помощь;
- как осуществить приоритетное финансирование создаваемых структур;
- какие медицинские технологии могут с большим эффектом в них применяться, как осуществлять контроль качества медицинской помощи.

Стационарзамещающие виды медицинской помощи внедряются в течение последних 12 лет, которые представлены дневными стационарами в поликлинике, стационарами дневного пребывания в стационаре, стационарами на дому. Средняя стоимость лечения в стационарах дневного пребывания составляет 37,3% от стоимости лечения в круглосуточном стационаре, в дневных стационарах – 24,7%. С использованием стационарзамещающих технологий пролечено 17,0% от всех пролеченных в стационарах.

Таким образом, можно сделать вывод, что планирование является частью рыночного процесса отбора наиболее эффективных звеньев оказания медицинской помощи. Очень важно обеспечить участие рациональных покупателей медицинской помощи. Схематично порядок финансового планирования можно представить следующим образом:

- расчет ожидаемых финансовых ресурсов из всех источников поступлений;
- анализ объемов и структуры оказания медицинской помощи, выявление зон неэффективности;
- разработка рекомендаций по объемам помощи;
- планирование помощи первичным звеном;
- разработка региональных и местных планов реструктуризации, включая планы переобучения и трудоустройства кадров;
- формирование территориальных заказов на оказание медицинской помощи;

Литература:

1. Каратаев М.М. Реформа системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях (на примере Кыргызстана)// Экономика здравоохранения. – 2000. №2/3. - с. 18-20
2. Кульжанов М.К., Захаров И.С., Кисикова С. Платные медицинские услуги с точки зрения медицинского работника // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – 2002. № 2. – с. 45-48
3. Кучеренко В.З., Шамшурина Н.Г., Кобяцкая Е.Е. Особенности финансового планирования в учреждениях здравоохранения города Москвы: практика сегодняшнего дня и поиск внутренних резервов // Здравоохранение. – 1999. - №12. – с. 44-53
4. Щепин О.П. Современный этап реформы здравоохранения обеспечения доступности медицинской помощи в Российской Федерации// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. №3. – с.7-10

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ЮЖНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

Байжанова М.М.

Научный центр педиатрии и детской хирургии.

По данным официальной статистики распространенность болезней органов дыхания за 2002 год в Казахстане составляет 47,7% от общей заболеваемости детей. Это соответственно приводит к большому числу больных с хроническим течением болезни. Высокая летальность при данной патологии ставит эту проблему в число актуальных.

Продолжающийся рост аллергических заболеваний у детей приводит к тому, что болезни бронхолегочной системы сопровождаются синдромом бронхиальной обструкции, которая ассоциируется прежде всего с бронхиальной астмой, где он является ведущим и определяющим все течение заболевания (Linney W., 1997).

Заболеваемость БА в Республике Казахстан в основном изучалась по обращаемости и составила 1-1,3 на 1000 населения на юге республики и 1,5-3,7 - на севере. В г. Алматы – 1,5 обращений на 1000 населения (Иманбаева Т.М., 1999).

Противоречивость эпидемиологических показателей БА связана с рядом факторов, среди которых следует выделить отсутствие единых критериев в оценке распространенности и нечеткие критерии постановки диагнозов (Якушенко М.Н., Кочубей А.В. и др., 1999; Магарадзе Д.Ш., Сепиашвили Р.И., 2000).

Практически все эпидемиологические исследования в зарубежных странах ведутся на основе международной программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood). Единообразие проведения работы позволяет сравнивать данные внутри региона, страны, а также между странами и получить базовые данные для прогноза распространенности и тяжести этих заболеваний (Asher M.I., Anderson H.R., Stewart A.W., 1998).

Разработка комплексного плана борьбы с бронхолегочными заболеваниями и бронхиальной астмой у детей возможна только на основе результатов массовых эпидемиологических исследований, позволяющих получить достоверные, не зависящие от качества здравоохранения данные о распространенности болезни в различные возрастные периоды, распределение ее по степени тяжести, выяснить провоцирующие и производящие факторы заболевания и установить

основные причины ее поздней диагностики. Только на этом основании можно разработать наиболее оптимальные подходы к профилактике этой патологии в детском возрасте.

Целью исследования было определение истинных показателей распространенности хронических заболеваний легких и бронхиальной астмы у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Распространенность неспецифических бронхолегочных заболеваний у детей изучалась в двух регионах Казахстана: Алматинской обл. Талдыкурганский район и Кзылординской обл. Аральский и Жанакорганский районы.

Использовался стандартизированный метод эпидемиологического исследования. Обследование избранных популяций проводилось по специально разработанной карте для выявления детских болезней и факторов риска их возникновения. Исследование проводилось в 2 этапа. На 1 этапе проводились массовые профилактические осмотры детей в исследуемых регионах. 2 этап включал в себя клиническое обследование выявленных больных для уточнения диагноза и лечения.

В трех населенных пунктах Талдыкурганского района (с. Алмалы, с. Большой Шиган и 1 участок г. Жаркент) осмотрено всего 3607 детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет (таблица 1).

Дети обследовались в детских учреждениях и на амбулаторном приеме. Проводился клинический осмотр, изучение анамнестических сведений, с целью изучения функционального состояния бронхолегочной системы проводилось исследование функции внешнего дыхания методом спирометрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение детей, участвующих в эпидемиологическом обследовании, представлено в таблице 1.

Анализ 2 этапа исследования показал, что распространенность хронических бронхолегочных заболеваний (бронхоэктатическая болезнь, пневмосклероз, врожденная патология бронхолегочной системы, муковисцидоз) у детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет в условиях Талдыкурганского района составила 6,1 на 1000 детского населения. По статистическим данным за период исследования в этом районе распространенность хронической патологии легких у детей

составила 0,3 на 100 детского населения. Таким образом, эпидемиологическое исследование свидетельствовало о несоответствии официальной статистике и значительной распространенности хронической бронхиальной патологии у детей.

Таблица 1

Распределение детей по возрасту и полу, участвовавших в эпидемиологическом обследовании в Талдыкурганском районе

Возраст	Пол				Итого	
	Мальчики		Девочки			
	n	%	n	%	n	%
От 1 мес. до 3 лет	470	13,0	450	12,5	920	25,5
С 4 лет до 7 лет	510	14,1	647	18,0	1157	32,1
С 8 лет до 14 лет	772	21,4	758	21,0	1530	42,4
Итого	1752	48,5	1855	51,5	3607	100

Аналогичные эпидемиологические исследования также были проведены в 2 районах Кызылординской области.

Таблица 2

Распределение детей по возрасту и полу, участвовавших в эпидемиологическом обследовании в Кызылординской области

Возраст	Пол				Итого	
	Мальчики		Девочки			
	n	%	n	%	n	%
От 1 мес. до 3 лет	372	12,3	408	13,5	780	25,8
С 4 лет до 7 лет	511	16,9	542	17,9	1053	34,9
С 8 лет до 14 лет	555	18,2	630	20,9	1185	39,1
Итого	1438	47,6	1580	52,4	3018	100

В таблице 2 представлен результат распределения детей по возрасту и полу, участвовавших в эпидемиологическом исследовании в Кызылординской области.

На 2 этапе исследования после клинического обследования выявленных больных оказалось, что распространенность хронических заболеваний бронхолегочной системы (бронхоэктатическая болезнь, врожденная патология бронхолегочной системы, синдром Хаман-Рича, пневмосклероз) у детей в возрасте от 1 мес. до 14 лет в исследуемых районах Кзылординской области составила 9,1 на 1000 детского населения. По статистическим данным в период исследования в этом регионе распространенность хронических бронхолегочных заболеваний у детей составила 0,4 на 1000 детского населения. По результату исследования очевидно, что истинная распространенность этой патологии значительно превышает статистические данные.

Распространенность БА у детей изучалась по программе ISAAC, в которой за основу анализа берутся, в первую очередь, распространение симптомов болезни, а не уже установленные диагнозы.

На 1 этапе было осуществлено изучение распространенности симптомов БА у школьников г. Алматы по международной программе ISAAC со строгим соблюдением требований протокола. Согласно последнему предусматривается проведение опроса школьников 2 возрастных групп (7-8 и 13-14 лет) с помощью специально разработанной анкеты ISAAC.

Исследования проводились в 24 школах города одновременно (в период с сентября 1997г. по февраль 1998г.). Скрининг анкетирование было проведено среди 3771 детей, которые распределились по возрасту и полу следующим образом (Таблица 3).

Таблица 3

Распределение детей по возрасту и полу,
участвующих в эпидемиологическом обследовании

Возраст	Пол		Итого
	Мальчики	Девочки	
7-8 лет	819	780	1599
13-14 лет	1048	1124	2172
Итого	1867	1904	3771

Дети обследовались в произвольно отобранных коллективах, что отвечало принципу рандомизации, а число обследованных (свыше 3000) обеспечило достаточную репрезентативность выборочной совокупности, предусмотренную протоколом. Обработка данных

проводилась на персональном компьютере с помощью программы Microsoft Access.

На 2 этапе исследования включалось углубленное комплексное обследование детей, давших положительные ответы на вопросы анкеты. Их количество составило 369 человек и все они в течение 12 месяцев, предшествовавших анкетированию, отмечали симптомы БА, но при этом не имели установленного диагноза БА.

Помимо клинического осмотра и изучения анамнестических сведений, с целью изучения функционального состояния бронхолегочной системы, проводилось исследование функции внешнего дыхания методом спирометрии (1 этап).

Как показало проведенное исследование, симптомы БА в обследуемой популяции выявляются довольно часто. Так, 799 из 3771 опрошенных школьников (21,2%) отмечали хоть один раз приступы затрудненного или свистящего дыхания. Почти половина из них (369 детей) регистрировали такие приступы за последний год, предшествующий времени проведения исследования. Причем в 142 случаях обследованные указывали на симптомы ночного удушья.

Характеризуя выявленные симптомы БА у детей в возрастном аспекте следует указать, что по ряду из них не определялись каких-либо значимых различий (таблица 2). Это, прежде всего, относилось к случаям общей регистрации у школьников наличия затрудненного свистящего дыхания в анамнезе и в последние 12 месяцев перед проведением анкетирования. Здесь же нужно отметить отсутствие статистически подтвержденной разницы между показателями частоты рецидивирования симптомов БА в сравниваемых возрастных группах. Причем у большинства детей она не превышала 3 эпизодов за последний год (84,2% у детей 7-8 лет и 82,8% - у старших школьников).

Более значимая возрастная разница наблюдалась в отношении фиксации данного симптома при физической нагрузке (21,1% в старшей группе против 7,9% у младших школьников) и во время сна (2,7% и 5,3% соответственно). Отдельно нужно выделить эпизоды регистрации изолированного ночного кашля, не связанного с простудой, которые чаще наблюдались в старшей возрастной группе (12,1%) по сравнению с младшей (7,5%). Большая частота удушья в ночное время у детей младшего возраста определялась лишь за счет большого выявления ($P < 0,05\%$). В общей популяции младших школьников в этой группе данная патология встречалась в единичных случаях ($3,8 \pm 0,5\%$) по сравнению с аналогичной группой детей старшего возраста ($1,8 \pm 0,3\%$). Тогда как при оценке этих различий,

используя структурную характеристику, они практически нивелировались и не показывали статистически значимой разницы ($P > 0,05$).

Таким образом, по результатам анкетирования наличие БА можно было предполагать у 9,8% детей. В структуре тяжести БА легкие формы составили 83,5%, среднетяжелые регистрировались в 10,5%, тяжелые – в 6,0% случаев.

Таблица 4

Частота астмоподобных симптомов по анкете ISAAC в зависимости от возраста

Симптомы БА	Возраст обследуемых						Всего		
	7-8 лет (1599 детей)			13-14 лет (2172 ребенка)			(3771 ребенок)		
	n	%	m	n	%	m	n	%	m
Наличие затрудненного свистящего дыхания когда-либо	345	21,6	1,0	454	20,9	0,9	799	21,2	0,7
Наличие затрудненного свистящего дыхания последние 12 мес.	171	10,7	0,7	198	9,1	0,6	369	9,8	0,5
Частота приступов затрудненного дыхания за последние 12 мес.:									
1-3	144	9,0	0,7	164	7,6	0,6	308	8,2	0,4
4-12	21	1,3	0,3	18	0,8	0,2	39	1,0	0,2
более 12	6	0,4	0,2	16	0,7	0,2	22	0,6	0,1
Симптомы ночного удушья за последние 12 мес.	84	5,3*	0,6	58	2,7	0,4	142	3,8	0,3
Изолированный ночной кашель с последние 12 мес.	120	7,5*	0,7	262	12,1	0,7	382	10,1	0,5
Жалобы на затрудненное дыхание, ограничивающее речь ребенка	27	1,7	0,3	48	2,2	0,3	75	2,1	0,2
Появление свистящего	120	7,5*	0,7	458	21,1	0,9	584	15,4	0,6

дыхания при физической нагрузке									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* - достоверные ($P < 0,05$) различия показателей в исследуемых группах детей.

Если сопоставить эти данные со статистической отчетностью лечебно-профилактических учреждений, по которой в период исследования распространенность БА составляла 62,4 на 100 тыс., то становится очевидным, что в официальной статистике фигурируют только тяжелые формы БА с частыми приступами (таблица 5).

Таблица 5

Распространенность бронхиальной астмы среди детей по данным эпидемиологического исследования в сравнении с показателями статистической отчетности

Структура тяжести БА	Распространенность БА (в случаях на 10 тыс.)	
	Эпидемиологическое исследование	Показатели статистической отчетности
Легкая степень	816,9	--
Среднетяжелая степень	103,4	--
Тяжелая степень	58,3	--
Всего	978,5	6,2

Таким образом, результаты исследования, полученные с использованием анкеты ISAAC, свидетельствуют о достаточно высокой распространенности симптомов бронхиальной астмы в обеих возрастных группах и на несколько порядков отличаются от официальной статистики. Сопоставление показателей распространенности симптомов и частоты ранее установленных диагнозов БА, полученных с помощью анкетного скрининга, свидетельствуют об их выраженном несоответствии, то есть в учреждениях практического здравоохранения имеет место гиподиагностика БА, преимущественно ее легких форм и около 10% школьников можно отнести к «группе риска» по данной патологии.

Необходимость детального изучения влияния воздействия вредных факторов среды, как внешней, так и внутренней, приведет к успешному решению задач по профилактике и раннему выявлению БА у детей. В нашем исследовании был проведен факторный анализ у больных БА, но результаты его мало отличались от общеизвестных: предрасполагающие (атопия, наследственность, гиперреактивность), причинные или сенсibiliзирующие (различные виды аллергенов), способствующие (респираторная вирусная инфекция, воздушные поллютанты и т.д.), обостряющие течение астмы (физическая нагрузка, метеоусловия, запахи и др.).

Таким образом, эпидемиологические исследования с целью определения истинной распространенности бронхиальной астмы и хронических заболеваний бронхолегочной системы показали, что ее цифры резко отличаются от официальной статистики. Большая распространенность данной патологии у детей служит поводом для пересмотра программы профилактических мероприятий.

Литература

1. Linney W. The Burden of pediatric asthma // *Pediatric Pulmonology*. – 1997. – Suppl. 15. – P. 13-16.
2. Иманбаев Т.М. Бронхиальная астма у детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах Казахстана // Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Алматы. – 1999. – 33 с.
3. Якушенко М.Н., Кочубей А.В., Керимов М.Б. Определение распространенности бронхиальной астмы у детей школьного возраста // *Казанский мед. журнал*. – 1999. - №3. – С. 184-186.
4. Магарадзе Д.Ш., Сепиашвили Р.И. Эпидемиология бронхиальной астмы у детей по данным литературы и программы ISAAC // *Астма*. – 2000. – Т. 1. - №1. – С. 44-51.
5. Asher M.I., Anderson H.R., Stewart A.W. et al. Worldwide variations in prevalence of asthma symptoms. The International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC) // *Eur. Respir. J.* – 1998. - №12. – P. 315-335.

РОЛЬ ЭКСПЕРТИЗЫ В ПРОЦЕССАХ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ И АККРЕДИТАЦИИ

**Каирбекова С.З.
Министерство здравоохранения РК**

В целях обеспечения доверия потребителей (заказчиков) к деятельности по выполнению работ и услуг, указанных в государственной лицензии, а в последующем и в аккредитационном сертификате, проводятся лицензирование и аккредитация. Данные механизмы позволяют эффективно воздействовать на качество медицинской помощи.(1,2).

Особое значение при лицензировании и аккредитации занимает экспертиза видов медицинской деятельности, которые осуществляются хозяйствующим субъектом.

Критериями аккредитации и лицензирования является совокупность требований, которым должен удовлетворять субъект лицензирования и аккредитации для того, чтобы быть признанным компетентным выполнять конкретные работы, указанные в государственной лицензии и аккредитационном сертификате.

Решение о соответствии хозяйствующего субъекта данным требованиям как на этапе выдачи государственной лицензии или сертификата, так и в последующем при инспекционном контроле принимается государственным органом на основании выводов комиссии по результатам экспертного заключения. В случае выдачи государственной лицензии лицензиар может осуществлять проверку соответствия заявителя квалификационным требованиям с выездом на место расположения заявителя. Если речь идет об аккредитации, группа экспертов проводит осмотр всех функциональных подразделений и проводит экспертную оценку представленной документации. По завершению аккредитационной экспертизы эксперты представляют отчет с подробным изложением результатов экспертизы организации здравоохранения и предложения по устранению выявленных несоответствий стандартам аккредитации.

Подтверждение соответствия предъявляемым квалификационным требованиям и профессиональным стандартам - деятельность, результатом которой является документальное свидетельство, дающее уверенность в том, что процесс или услуга соответствует установленным требованиям.

Процесс экспертизы складывается из экспертизы структуры, технологии и результатов медицинской деятельности. Существует три подхода в системе оценки качества и эффективности медицинской помощи. Это структурный, профессиональный и качественный. Структурный подход реализуется в лицензировании и аккредитации организаций здравоохранения. Сущность данного подхода в том, что организация, медикаменты, материалы и оборудование, специалисты обеспечивают высококачественные медицинские услуги. Структурный подход учитывается при анализе факторов, влияющих на выбор медицинских технологий. К таким факторам относятся обеспеченность ресурсами, состояние объекта, организационные формы и т.д.

Таким образом, при лицензировании экспертиза видов медицинской и врачебной деятельности, заявляемых или осуществляемых хозяйствующими субъектами, включает в себя оценку:

- соответствия организации медицинской деятельности на объекте требованиям нормативных актов, регламентирующих осуществляемые виды деятельности;
- уровня профессиональной подготовки врачебного и среднего медицинского состава, укомплектованности штатного расписания согласно номенклатуры специальностей, соответствия занимаемых должностей и специализаций;
- соответствия производственных помещений требованиям санитарных и строительных норм и правил, пожарной безопасности, охраны труда;
- уровня соответствия специального оборудования, техники, инструментария, аппаратуры, специальной одежды, средств для обеспечения и соблюдения условий их хранения в соответствии с законодательством РК;
- наличия лечебных препаратов для оказания неотложной медицинской помощи по списку, утвержденному уполномоченным органом РК, осуществляющим руководство в области охраны здоровья граждан;

Нами проанализирован материал лицензионных дел по отказу в выдаче государственной лицензии на уровне МЗ РК за период 2002 года. Управлением лицензирования Минздрава РК было выдано государственных лицензий на 6492 объекта. Из них на медицинскую, врачебную деятельность и деятельность по изготовлению, производству, переработке и оптовой реализации средств и препаратов

дезинфекции, дезинсекции, дератизации, а также видов и работ, связанных с их использованием – 1758, на фармацевтическую деятельность - 4069 и деятельность, связанную с оборотом наркотических средств – 665. В среднем отказы в выдаче государственной лицензии на медицинскую деятельность составляют на сегодняшний день около 36 %.

Решение об отказе в выдаче лицензии на медицинскую деятельность основывалось на заключениях экспертов. Критериями отказа в выдаче лицензии являлись следующие:

- несоответствие зданий и помещений требованиям санитарных и строительных правил и норм, отвечающим требованиям пожарной безопасности, охраны труда;
- отсутствие необходимого медицинского оборудования, аппаратуры;
- недостаточное количество медицинского инструментария;
- неуполномоченность штатного расписания необходимыми специалистами и средними медицинскими работниками;
- несоответствие профессиональной подготовки врачей и средних медицинских работников, невыполнение программы повышения квалификации персонала;

При проведении экспертизы соответствия организации здравоохранения стандартам аккредитации помимо вышеуказанных критериев экспертами должны оцениваться правильность выбора медицинских технологий и соблюдения выбранных требований при оказании медицинской помощи, соответствия медицинских технологий установленным стандартам. Кроме того, необходимо учитывать уровень обеспечения и контроля качества лечения и степень удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.

При оценке качества оказываемой медицинской помощи эксперт должен дать заключение о полноте и своевременности объемов диагностических, лечебно-профилактических, в том числе реабилитационных мероприятий.

При этом эксперт несет ответственность за соответствие выполнения медицинской технологии по лицензируемому виду деятельности.

Таким образом, использование критериев принятия решений позволило выработать единые подходы в принятии решений о выдаче или отказе в выдаче лицензии на медицинскую деятельность.

Формирование системы критериев принятия решения - первый шаг в стандартизации работы по выдаче государственных лицензий.

Литература

1. Найговизина Н.Б., Ластовицкий А.Г. Качество медицинской помощи и его экспертиза. – Экономика здравоохранения. 1998 № 1. С. 7-14.
2. Donaldson В. Accreditation for health care organisation. Health Manager. 1997. N 6. P. 10-23.

Финансирование здравоохранения Казахстана: проблемы и перспективы.

Токежанов Б.Т.

Восточно-Казахстанский областной Информационно-медицинский центр.

Здравоохранение является одной из самых важных отраслей экономики, так как хорошее здоровье является фундаментом экономического роста.

За последние годы система здравоохранения Казахстана претерпела значительные изменения. Экономика страны перешла на рыночные отношения. Появилась новая дисциплина и специальность - экономика здравоохранения.

С получением независимости нашей республики система здравоохранения находится в упадке, что связано с экономическим состоянием страны. Кризис экономики привел к резкому снижению уровня государственного финансирования здравоохранения.

В мировой практике существует четыре основных источника средств для финансирования медицинского обслуживания: *налогообложение, взносы в систему социального страхования, взносы на добровольное медицинское страхование и прямые платежи населения.*

Многие системы здравоохранения в мире опираются на сочетание всех четырех источников.

Наша Республика с 1996 года по 1998 год относилась к группе стран, у которых имеются эти механизмы финансирования, т.е. смешанное финансирование.

В республике с 1996 года начала внедряться система обязательного медицинского страхования. Но, к большому сожалению, в связи с принятыми политическими решениями она не могла существовать дальше. Роль ФОМС, как движущей силы реформ, была ограничена во многом из-за его зависимости от местных администраций в плане финансирования и отсутствия полномочий на введение широкомасштабных перемен. Роль ФОМС в этом плане была также ослаблена хроническим недостаточным финансированием, что ставило его в положение должника перед ЛПУ. Кроме того, возможности ФОМС конкретизировать контакты с ЛПУ и, следовательно, инициировать рационализацию системы обеспечения услуг, также ограничивались местными администрациями, которые хотели давать соответствующие полномочия, ослабляя тем самым позицию местных

управлений здравоохранения, находившихся в прямом подчинении местных администраций.

Однако, несмотря даже на такие ограничения, система ОМС постепенно стала изменять роли и взаимоотношения между государством, поставщиками и пациентами в системе здравоохранения. Инновационные системы финансирования поставщиков услуг, компьютеризованные информационные системы, система обеспечения качества, в основном, осуществлялись усилиями ФОМС и, в меньшей мере, Минздравом в период между 1995 и 1998 гг. Кроме того, возможности, которые имелись у ФОМС в силу его статуса внебюджетного фонда, по крайней мере, поставили на повестку дня вопросы об аккумулировании ресурсов и безстатейного финансирования. Казахстанский Фонд ОМС оживил систему здравоохранения, открыл дискуссию о разделении покупателя и поставщика медицинских услуг. Поэтому, как движущая сила реформ, Фонд ОМС начинал играть важную роль и внес очень важный вклад в развитие сектора здравоохранения.

В период существования Фонда ОМС параллельно существовало бюджетное финансирование. МинФин через Минздрав осуществлял финансирование гарантированного объема медицинской помощи. При этом программа этого объема несколько раз пересматривалась за трехлетний период существования ОМС с целью выяснения взаимоотношений между двумя программами. В результате пострадали ЛПУ, которые финансировались по фиксированному бюджету, в итоге происходило сокращение финансирования общего объема финансирования.

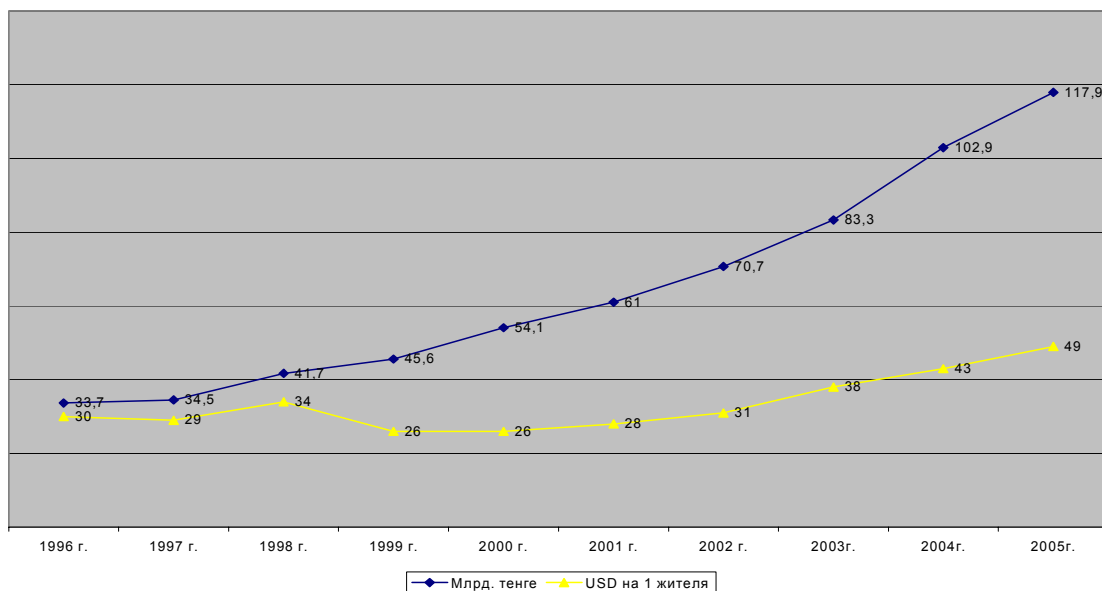
Добровольное медицинское страхование в республике на начальной стадии. Население не в состоянии оплачивать услуги сверх гарантированного объема медицинской помощи.

Платные услуги, утвержденные уполномоченными органами здравоохранения, определены на дорогостоящие виды медицинской помощи, которые не в полной мере доступны для всего населения и их удельный вес в составе финансирования здравоохранения республики занимает не более 5-6%.

Основным источником финансирования на современном этапе являются средства государственного бюджета. К сожалению, сегодня финансовые средства, предусмотренные для здравоохранения, не отражают реальных потребностей отрасли, а определяются экономическими возможностями страны.

В динамике расходы на здравоохранение по данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан имеют тенденцию к росту, начиная с 1996 года в абсолютных цифрах, и в расчете на 1 жителя (в USD). Это означает стабильный рост бюджетных средств на здравоохранение.

Расходы на здравоохранение Республики Казахстан



В соответствии с решением Правительства Республики Казахстан расходы на здравоохранение Казахстана на период с 2003 по 2005 годы должны быть увеличены на 40 млрд.тенге, которые будут направлены на выравнивание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Однако, данное решение не сможет повлиять на уровень финансирования, выраженного в процентном отношении к ВВП в Казахстане. Об этом свидетельствует данные о финансировании расходов здравоохранения (см.график).

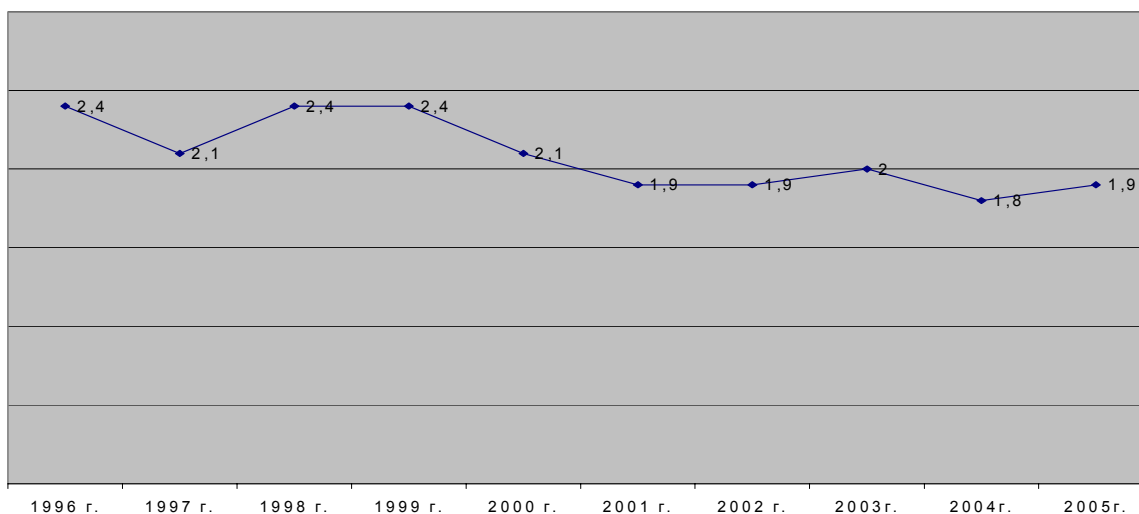
Как и в других странах региона с переходной экономикой, наша Республика имеет серьезные диспропорции между имеющимися ресурсами для здравоохранения и затратами на функционирование существующей системы, чтобы она удовлетворяла как пациентов, так и медицинский персонал.

Ключевой проблемой нашей системы здравоохранения является значительный разрыв между гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением.

На примере Восточно-Казахстанской области расходы на здравоохранение в 2002 году покрыли всего 61,4 % потребности. В целом по сектору здравоохранения расходы на одного жителя

составили 26,96 USD (4173 тенге), в том числе по обеспечению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи 22,4 USD или 3464тенге (рост с 2001 г.- на 14%). На 2003 год предусмотрены расходы на здравоохранение на одного жителя в целом в размере 31,56 USD (5081 тенге), в т.ч. по ГОБМП 25,43 USD или 4094 тенге, что выше по сравнению с предыдущим годом на 21%.

Финансирование здравоохранения в % от ВВП



Недостаточность государственного финансирования здравоохранения восполняется средствами самих пациентов.

Одной из актуальных проблем финансирования здравоохранения является децентрализация бюджета на уровне области. На уровне области нет полной самостоятельности бюджетов разных уровней, неотработана система взаимоувязки вертикального и горизонтального финансирования.

Децентрализация финансовых потоков привела к большим административным расходам, сложности в управлении системой, ограничению доступности для пациентов, неравным экономическим условиям для ЛПО, нерациональному распределению средств.

В этой связи возникает острая необходимость консолидации бюджета здравоохранения на уровне области. Это и предусматривает концепция разграничения межбюджетных отношений.

Консолидация бюджета здравоохранения не ниже областного уровня дает возможность самостоятельно управлять ресурсами здравоохранения, при этом эффективно их распределять между приоритетами и рационально их использовать. Проводить единую

организационно-методическую работу, создать единую систему планирования и финансирования, путем выравнивания тарифов.

Однако, необходимо знать отрицательные моменты консолидации, которые могут сдерживать этот механизм при реализации, таких как ответственность местных исполнительных органов за здравоохранение территорий и принятия самостоятельных решений в оперативных ситуациях.

Проблемой является и то, что в здравоохранении существует множество бюджетных программ, из-за чего отсутствует единая базовая ставка, нарушена экономическая основа системы оплаты, отсутствует мотивация к экономии средств и в итоге ограниченная оперативность в перераспределении ресурсов между программами.

Для решения данной проблемы необходимо проведение программной (вертикальной) консолидации бюджета здравоохранения, которая предполагает укрупнение и/или объединение бюджетных программ единой бюджетной классификации по здравоохранению.

Это позволит оперативно перераспределять ресурсы отрасли здравоохранения, что также создаст предпосылки к внедрению эффективных методов финансирования. При этом можно будет установить единые базовые тарифы финансирования на оказание медицинской помощи населению, что расширит конкурентную среду и позволит внедрить ресурсосберегающие технологии. Все это обеспечит справедливость при распределении ресурсов здравоохранения и улучшит доступность населения к получению медицинской помощи вне места проживания, что предусматривает принцип свободного выбора пациента и принципа «деньги следуют за пациентом».

Исходя из сложившейся ситуации в Казахстане существует два выхода:

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи необходимо сократить на сумму недостатка средств, либо увеличить финансовые ресурсы на ту же величину.

Для этого необходимо, чтобы модель финансирования здравоохранения была основана на налогообложении и страховании.

Процедуры определения уровня финансирования сектора здравоохранения и механизмы его распределения должны быть стандартизированы и прозрачны.

Необходимо создать непрерывный процесс мониторинга и совершенствования системы управления качеством, определение потребности принятия и соответствия международным нормам и стандартам.

Наиболее оптимальным подходом представляется:

- 1) внедрение государственной системы обязательного медицинского страхования с ее ролью в развитии новых информационных систем и с демонстрацией новой системы оплаты, приемлемой для казахстанской экономики здравоохранения, с поэтапным охватом населения и их персонификацией;
- 2) определение минимальных государственных гарантий по бесплатному обеспечению медицинской помощи населению;
- 3) развитие иных источников финансирования;
- 4) внедрение методов эффективного распределения ресурсов здравоохранения;
- 5) решение проблем ограниченности ресурсов;
- 6) поэтапное планирование развития системы здравоохранения;
- 7) интеграция политики здравоохранения в общую социально-экономическую политику;
- 8) эффективность предоставления медицинской помощи;
- 9) применение механизма реинвестирования средств внутри отрасли;
- 10) законодательно закрепить размер средств отрасли в % от доходов областного бюджета на местном уровне, или в количестве средств на душу населения. Это позволит реализовать внутренние резервы экономии и защитить интересы отрасли от произвола ряда местных исполнительных органов;
- 11) осуществить на законодательной основе консолидацию бюджета здравоохранения и бюджетных программ бюджетной классификации.

Развитие системы здравоохранения осуществится при правильном планировании, эффективном распределении и грамотном управлении медицинской помощи.

Медико-организационные механизмы внедрения общеврачебной практики в систему первичной медико-санитарной помощи

Мустафаев С.У.

Высшая школа общественного здравоохранения

Одним из приоритетных направлений регулирования является совершенствование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). При переходе на оказание ПМСП силами врачей общей практики (ВОП) следует исходить из того, что сложившаяся система оказания амбулаторно-поликлинической помощи имеет немало положительных сторон и весомых недостатков, которые являются основанием выбора внедрения Института врача общей практики в систему здравоохранения.

Целью данной статьи является обсуждение медико-организационных механизмов внедрения общеврачебной практики в здравоохранение Илийского района Алматинской области в условиях организационного эксперимента.

Данные литературы и личный опыт, полученный в экспериментальных условиях Илийского района показывают, что функция врача общей практики значительно шире обязанностей участкового терапевта, педиатра и включает часть услуг оказываемых врачами-специалистами. С приоритетным развитием ПМСП и введением врача общей практики связано совершенствование медицинской помощи населению Республики Казахстан.

Функции врача общей практики:

- обеспечение объема и качества предоставляемой населению амбулаторно-поликлинической, лечебной и профилактической помощи;

- повышение доступности наиболее частых услуг, входящих в структуру специализированной помощи;

- изучение условий и образа жизни членов семьи;

Врачи общей практики обязаны осуществлять медико-социальную помощь и динамическое наблюдение за членами семьи прикрепленного населения, своевременно проводить профилактические мероприятия, независимо от возраста и пола.

До 87,5% врачей и пациентов высказались за целесообразность лечения всех членов семьи одним и тем же врачом, считая

деятельность такого врача более эффективной по сравнению с работой участкового врача.

Без сомнения, врач общей практики сталкивается в своей практике с заболеваниями, которые относятся к разным специальностям. Поэтому он обязан уметь соединять элементы этих специальностей в своей деятельности. Однако, специальность Общей медицины составляет ничто иное, всеобъемлющее, т.е. соматическое, психическое и социально-культурное обслуживание людей, как больных, так и здоровых, для которых посещение ВОП является первым контактом с системой здравоохранения.

При работе врача общей практики уменьшается число направлений на консультации к врачам других специальностей и число обследований. Повышается внимание к здоровью всех членов семьи, экономится время.

Здравоохранение Республики Казахстан располагает широкой сетью поликлиник и есть основания для их использования на всех этапах развития службы общей врачебной практики. В основном, это собственность муниципальная и устранение трудностей размещения в поликлиниках врачей общей практики предстоит решать на уровне местных органов власти.

Проведение форм децентрализации может иметь место только при соответствующем законодательном обеспечении этой деятельности, до появления этой возможности врач общей практики может получить статус фондодержателя, что позволит ему быть организационно независимым, иметь свой расчетный счет. При этом он может работать в государственном медицинском учреждении и иметь прямую связь со страховыми медицинскими организациями, определив с ними свои отношения условиями договора. В настоящее время приватизация учреждений ПМСП не разрешена законом, в силу этого врач общей практики не может приватизировать ту часть поликлиники, которая функционирует как служба общей практики.

Местные органы власти передают врачам отдельные помещения поликлиники в аренду или в оперативное хозяйственное управление, в связи с чем решается организационный вопрос о степени их независимости во всех проявлениях врачебной деятельности. При этом необходимо обособленное помещение для проведения общеврачебной деятельности в течение суток. В условиях поликлиники это может быть объединение 2-3 врачей на одной площади поликлиники с некоторыми общими для этих врачей функциональными подразделениями, такие как комната ожидания, регистратура, комната для персонала,

процедурная, санитарно-гигиенический блок. Внутренние взаимоотношения в пределах этой площади определяют сами врачи. Все они состоят в договорных отношениях с администрацией поликлиники или с местными органами власти, если происходит отчуждение этой части поликлиники для размещения врачей общей практики.

В последующем может быть решен вопрос и о передаче этой части поликлиники в собственность врачей общей практики вместе с предметами оснащения и оборудования. В процессе эксплуатации этих предметов исчерпываются предельные сроки их использования, они восстанавливаются или заменяются за счет врачей и в конечном итоге становятся их собственностью. Преимущества размещения врачей в поликлинике заключаются в сохранении потенциала лечебно-диагностического оборудования, который окажет значительную поддержку начинающему самостоятельную работу врачу.

Реализация такой схемы использования врачами помещения поликлиники во многом будет затрудняться сравнительно распространенным мнением о том, что не следует торопиться менять привычную, по мнению многих, и неплохо работающую систему участкового врача-терапевта с работающей на этом участке бригадой специалистов. В этой связи, не исключаются и соответствующие аргументы главных врачей поликлиник, их нежелание разделения цельного по характеру медицинского учреждения. Хотя уже сегодня многие из секций поликлиник переданы коммерческим структурам. Поэтому в настоящее время в основном руководству местных органов власти и органов здравоохранения предстоит решать, с каким ускорением будет проходить преобразование участковой в службу врача общей практики.

Поликлиника, как первичное звено контакта пациента с участковым врачом-терапевтом, а также с врачами узких специальностей, за долгие годы своего существования стало местом сосредоточения многих функций по решению задач оказания ПМСП.

Эти функции изменятся после внедрения ВОП в структуру поликлиники, так как врач общей практики возьмет на себя основной объем ПМСП, а оставшиеся отделения поликлиники должны будут обеспечивать потребность населения в проведении дополнительных диагностических исследований, в осуществлении ряда профилактических мероприятий, восстановительного лечения, а также в проведении консультаций.

При переходе на ОВП всей поликлиники, отделения, как таковые, могут быть упразднены. Функции и штатное расписание параклинических служб не должны претерпеть кардинальных изменений. Учитывая возросший объем ПМСП, соответственно уменьшится нагрузка на врачей-специалистов в структуре поликлиники и произойдет передача их функций в консультативно-диагностический центр или в стационарные условия.

В процессе развития ОВП у врача появится необходимость в консультации более высокого уровня и высвобождаемые помещения поликлиник могут быть использованы для этих целей. Важно, чтобы консультантами врача общей практики стали не прежние специалисты амбулаторного уровня, а лишь наиболее квалифицированные из них. Кроме того, часть высвобождаемых помещений может быть передана в аренду различным организациям третичной профилактики.

**К оценке эффективности реформы здравоохранения в
Таджикистане.**

А.Г. Гаиров

**Кафедра общей гигиены и экологии ТГМУ им.Абуали ибн Сино
(Таджикистан).
(Зав. кафедрой профессор Бабаев А.Б.)**

После приобретения в 1991 году независимости Республика Таджикистан стала на путь радикальных социально-экономических реформ во всех сферах жизнедеятельности. Переход от централизованно планируемой и управляемой экономики к рыночным отношениям оказался наиболее трудным в связи с необходимостью восстановления экономики, пострадавшей от гражданской войны. Политическая и социально-экономическая нестабильность страны, неустойчивость национальной валюты, негативные демографические процессы оказали решающее влияние на состояние здоровья населения.

Вследствие этого большинство соответствующих показателей резко ухудшились, свидетельствуя об уровне здравоохранения Таджикистана, как о более низком, чем в других странах со средним уровнем дохода. В частности, негативные тенденции в самой системе здравоохранения, были обусловлены влиянием таких важнейших факторов, как отсутствие концепции развития в реальных условиях, дефицит финансовых ресурсов, низкий уровень планирования и управления, усиление структурных диспропорций, неподготовленность медицинских кадров, финансирование по остаточному принципу (1).

Определенное отрицательное влияние на здоровье населения Таджикистана оказывают климато-географические (гипоксия, высокие температуры воздуха) и антропогенные факторы (пестициды, минеральные удобрения и промышленные выбросы). Безусловно, такие факторы, как неадекватное финансирование, нерациональное использование имеющихся ресурсов, отсутствие адаптированных к новым экономическим условиям нормативно-директивных документов, неразвитость информационной базы данных, ухудшение доступности населению медико-санитарной помощи, текучесть медицинских кадров стали необходимым и неотвратимым импульсом реформирования сектора здравоохранения. В связи с этим со всей остротой встала проблема научного обоснования путей реорганизации и дальнейшего

развития, в частности, системы последипломной подготовки врачей-специалистов высокой квалификации (2).

К настоящему времени многие страны ближнего и дальнего зарубежья приступили или продолжают реформу здравоохранения, в результате которой предполагалось уменьшить расходы, улучшить качество и расширить спектр услуг. При этом на первый план выдвигаются различные организационные мероприятия по оптимизации физической инфраструктуры, оплаты и стимулированию персонала в зависимости от качества работы, созданию надежной информационной базы данных.

Следует отметить, что реформа сектора по некоторым характерным действиям в Республике Таджикистан была начата ещё в 1993 г. с его реструктуризации и с намерением оптимизировать медицинское обслуживание бедных слоев населения в первичном здравоохранении. При этом ожидалось осуществление перехода от системы бюджетных норм к перераспределению ресурсов в пользу Первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), намечалось устранение монополизма в здравоохранении, улучшение кадровой политики и медицинского образования (3).

Основные вышеназванные направления деятельности, включая реструктуризацию коечного фонда и развитие института семейных врачей Министерством здравоохранения, были зафиксированы в разработанной им в 1996 г. в среднесрочной «Программе реформ сектора здравоохранения Таджикистана до 2001 года».

Затем, год спустя, была подготовлена Национальная программа «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья на период до 2005 года», при составлении которой использован метод структурного подхода к анализу проблем, с соответствующей идентификацией целей и приоритетов. При этом, как главное, декларировались профилактика заболеваемости и межсекторальное сотрудничество. Однако, уже к 2002 году этот документ, как не отвечающий реальным условиям жизнедеятельности, был отменен и с учетом новых задач ВОЗ по достижению «Здоровья для всех в 21-м веке» принята уже новая «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года» (4).

В годы независимости Республики Таджикистан значительно расширились ее международные связи, улучшилось сотрудничество с международными правительственными и неправительственными организациями, такими, как ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮСАИД, ЮНФПА, АКТЕД, Фармацевты без границ и другие. Тем самым оказывалась

поддержка в клинико-эпидемиологической диагностике, стабилизации и ликвидации вспышек инфекционных и социально значимых заболеваний, а также процессу реформ в секторе здравоохранения.

При международном содействии разработаны десятки национальных и отраслевых программ по профилактике и борьбе с туберкулёзом, йододефицитными, диаррейными, тропическими болезнями, болезнями передающимися половым путём (БППП/СПИД), гепатитом «В», железодефицитными анемиями, в их числе программы по репродуктивному здоровью и репродуктивному праву и т.д. Все они вносят определённую лепту в область охраны здоровья населения, предусматривают стандартизированные подходы к профилактике и лечению болезней.

Значимость принятых программ несомненна. Поставленные в них цели и задачи отвечают всемирной практике, в связи с чем финансируются международными организациями и странами донорами. Тем не менее, их выполнение в целом остается недостаточным, вследствие чего результативность пока соответственно минимальная и не оправдывает возлагаемых надежд.

Как известно, в связи с определением приоритетов реформа здравоохранения в системе ПМСП стала осуществляться пилотным методом в 5 районах республики (Бохтарский, Дангаринский, Варзобский, Ленинский и Кулябский). В Дангаринском и Варзобском районах за счёт кредита Всемирного Банка, в других – согласно совместному проекту ВОЗ и Министерства здравоохранения, финансируемого Гуманитарным Офисом Европейского Союза ЕСНО. В последующем, после своеобразного эксперимента, показав свою эффективность, она должна будет проводиться по всей республике.

Несмотря на принимаемые меры, сектор здравоохранения не обеспечил улучшения деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в новых экономических условиях. Более того, доступ населения, особенно его бедных слоёв, к услугам медико-санитарной помощи уменьшился в десятки раз.

Следовательно, продолжающийся в секторе здравоохранения кризис не позволяет ему охватить медицинскими услугами не менее 2-2.5 млн. граждан Республики Таджикистан.

Отметим, что бедность в республике, охватывающая более 80% ее жителей, - это, в основном, сельское явление, ставшее главной причиной плохого здоровья населения. Так, из-за этого на высоком уровне держится заболеваемость респираторными и острыми

кишечными инфекциями (включая дизентерию, брюшной тиф, вирусные гепатиты), паразитарными болезнями (гельминтозы, малярия), туберкулёзом, сибирской язвой, бруцеллёзом, болезнями передающимися половым путём (трихомониаз, гонорея, сифилис) и т.д. Однако, по данным социологических исследований 2001 г., медицинское обслуживание доступно в Согдийской области лишь 22.5, в районах республиканского подчинения (РРП) – 20, в Хатлонской области – 57% населения.

Это связано с тем, что в силу неудовлетворительной работы информационной системы и отсутствия данных о реальном медико-санитарном состоянии населения, об эффективности работы ЛПУ, а также без учета объемов выделяемых финансовых средств на развитие различных служб здравоохранения, часто принимались ошибочные управленческие решения. Следуя различным сомнительным рекомендациям и моделям, не соответствующим региональным особенностям и экономической ситуации, реформирование сектора затянулось на долгие годы. Естественно, был нанесён трудно подсчитываемый огромный медико-социальный ущерб, т.к. вследствие этого, доступность к качественным медицинским услугам значительно ухудшилась, стала почти недостижимой для широких слоев населения.

Что же касается основных медико-демографических показателей то, будучи отраженными ведомственной статистикой, они не вызывают особой тревоги. В то же время при сопоставлении с соответствующими материалами исследований, проведенными различными фокусными группами, становится очевидной настоятельная необходимость выведения отрасли здравоохранения из глубокого кризиса. Это прежде всего относится к роли, отведенной службе ПМСП, проблема которой затрагивает непосредственно сельское население, и является одной из самых актуальных при решении организационных и медико-социальных задач современного здравоохранения.

В нашей республике, с учётом сложившейся экономической ситуации и того, что 74% ее жителей проживают на селе, учреждения ПМСП должны стать фундаментом первостепенной важности всей системы здравоохранения, где службы вторичной и третичной помощи функционируют в качестве её вспомогательных звеньев.

Сегодня, как известно, от общего объема выделяемых на здравоохранение финансов учреждениям ПМСП достается лишь

около 16%, санитарно-эпидемиологическим учреждениям - в 2 раза меньше.

В связи с этим в поддержку ПМСП организованы различные центры, финансируемые республиканским госбюджетом, международными и неправительственными организациями.

При этом структурные изменения, финансовая и техническая их поддержка призваны способствовать улучшению деятельности учреждений здравоохранения, особенно в сельской местности.

В отрасли здравоохранения управленческие структуры неоднократно реорганизовывались. Это делалось без серьезного изучения проблемы, анализа ситуации и прогнозирования последствий. Такой подход с использованием часто сомнительной и недостоверной информации не обеспечил реализацию многочисленных программ по укреплению здоровья населения и не способствовал достижению целей реформирования. Напротив, стал серьезным сдерживающим механизмом действительного развития всего сектора здравоохранения.

Даже в условиях недостаточного ресурсного обеспечения в отрасли отмечается неразбериха с финансовыми вложениями и низкая эффективность их использования.

Прежняя ориентация только на государственное здравоохранение без ожидаемого развития других форм медицинской помощи не обеспечила надлежащего функционирования отрасли в целом.

Следует также отметить, что медработники многих сельских районов испытывают недостаток информации, научной литературы, методических рекомендаций, трудности с повышением своей квалификации. Так, в системе здравоохранения лишь 19% врачей и провизоров, 5,4% средних медработников и фармацевтов имеют квалификационные категории. За последние пять лет только 8,5% врачей и средних медработников прошли курсы усовершенствования и соответствующую переподготовку.

Для учреждений ПМСП эти показатели намного ниже из-за инертности Минздрава в организации регулярных выездных циклов в регионах и оплаты за прохождение курсов УСО при Таджикском Институте последипломной подготовки медицинских кадров.

На отсутствие целеустремленной профилактической работы и низкую квалификацию специалистов указывает, например, тот факт, что дети родившиеся с проявлением родовых травм,

внутриматочной гипоксией и асфиксией в родах, составляют около 70% , а среди умерших детей в 49,6% случаев смерть наступила дома, причём 77,2% из них были предотвратимы. Установлено, что в 39% случаев детям с низкой массой тела (до 2500г) реанимационные мероприятия не проводились вообще или были неполными (5). Несмотря на развитую сеть акушерско-гинекологических учреждений, число домашних родов с каждым годом растет - их удельный вес в 2000 году достиг 42,1%. При отсутствии активного патронажа и неудовлетворительного учета значительная часть детского населения остается неиммунизированной против ряда опасных заболеваний, включая туберкулез, причем даже в столице республики, где в среднем доля подлежащих прививкам не превышает 50.7% (6). Наряду с этим, за последние годы соответственно выросла младенческая и материнская смертность. Ее показатели в несколько раз превышают данные официальной отчетности используемой в управленческих решениях (7).

Долгосрочная политика сектора согласно недавно принятой «Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан до 2010 г.», должна способствовать созданию новых независимых структур и пересмотру нормативно-правовых актов, разработке механизмов индивидуального финансирования пациентов, улучшению доступности населения к медицинским услугам.

В Ы В О Д Ы:

1. Социально-экономическая нестабильность Республики Таджикистан и ухудшение состояния здоровья ее населения побудили в 1993 году начало реформ в системе здравоохранения.

2. Разработаны многочисленные программы на национальном и отраслевом уровне по профилактике и борьбе с социально значимыми заболеваниями, обозначившие приоритетные направления.

3. Эффективность выполнения программ, финансируемых международными донорами, низкая и установленные цели не достигнуты, что привело к слабому развитию служб первичного звена здравоохранения.

4. Стабильный системный кризис требует научного обоснования путей выхода из него и дальнейшего развития здравоохранения.

Р Е З Ю М Е :

Обосновывается необходимость и дается оценка эффективности реформирования сектора здравоохранения, последовавшая вслед за социально-экономической нестабильностью в стране. Соответственно разработаны многочисленные отраслевые и национальные программы, отвечающие требованиям мировой практики. Слабость кадрового потенциала и неадекватность финансирования, низкий уровень информационного обеспечения и качества мероприятий привели к минимальной их результативности.

Л И Т Е Р А Т У Р А:

1. Ахмедов А.А. О реформах в здравоохранении Республики Таджикистан. Материалы Республиканской научно-практической конференции посвященной 10-летию независимости Республики Таджикистан, 70-летию со дня образования Таджикского НИИ профилактической медицины, Душанбе 2001, с. 35-42.

2. Ахмедов А.А., Мирзоева З.А., Одинаев Ф.И. Здравоохранение Таджикистана на современном этапе и основные направления его совершенствования. Душанбе, 2002, с. 202.

3. Концепция реформы здравоохранения Республики Таджикистан до 2010 года. Постановление Правительства Республики Таджикистан №94 от 04.03.2002 г.

4. Об утверждении «Стратегии Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года», постановление Правительства Республики Таджикистан № 436 от 5 ноября 2002 года.

5. Саидмурадова Р.Х., Солиева Л.М. Влияние медико-организационных факторов на выживаемость детей с низкой массой тела. 49-я научно-практическая конференция ТГМУ «Адаптация, стресс, здоровье». Душанбе, 2001, с. 547-551.

6. Решение коллегии Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «О результатах оценки достоверности иммунизации детей, в возрасте 12-24 месяцев жизни против управляемых детских инфекций в г. Душанбе, г. Нуреке Хатлонской области, Варзобском, Гиссарском, Шахринавском районах районов республиканского подчинения», от 9 июля 2001 г. протокол № 14-1.

7. Положение женщин и детей: Таджикистан, Мульти-Индикаторное Кластерное Исследование (МИКИ), ЮНИСЕФ, 2000, с. 90.

8. Быстрая оценка текущего состояния репродуктивного здравоохранения в Республике Таджикистан. Душанбе 2000, с. 95.

9. Мирзоева З.А., Социально-гигиеническое обоснование приоритетных направлений совершенствования системы охраны здоровья населения Республики Таджикистан. Автореферат дис. док. мед. наук, Душанбе, 2002, с. 46.

10. Зарипов С.З. Совершенствование организации последиplomной подготовки врачей в условиях реформирования системы здравоохранения Республики Таджикистан Автореферат дис. д.м.н. СПб, 1998, с. 39.

11. Зараковский Г.М., Нашумова Н.Ф., Степанов Г.Р. Психофизиологические эффекты глобальных изменений среды и климата» (прогнозная гипотеза) / Физиология человека, Москва, 1992, № 10, с. 15-19.

Достижение здоровья для всех в Республике Таджикистан: некоторые аспекты проблемы

А.Г.Гаибов, М.Г.Гаибова, Д.М.Гулакова, Х.Х.Гаибов

**Кафедра общей гигиены и экологии ТГМУ им Абуали ибн Сино
(Таджикистан).
(зав. кафедрой, профессор Бабаев А.Б.).**

Переход к рыночной экономике и проведение социально-экономических реформ, неустойчивость национальной валюты и другие негативные процессы оказали решающее влияние на динамику и характер бедности, в том числе показатели здоровья населения и санитарно-эпидемиологическое благополучие страны.

Переходный период в республике отмечен спадом производства, сокращением рабочих мест, безработицей. Уровень последней в 2000 году составил 2.7%. Простои производства привели к росту неполной занятости, с учетом которой уровень скрытой безработицы оценивается в пределах 11-15%, а в период сокращения объемов сезонных работ - до 30%. Бедность в Республике - это в основном сельское явление, охватывающее более 80% ее жителей, ее состояние является главной причиной плохого здоровья, особенно в сельской местности (1,2).

Как известно, Таджикистан является беднейшей страной мира. Его индекс развития человеческого фактора один из самых низких в мире - 112 место из 174 (по данным ПРООН), включая даже Центрально-Азиатский регион (1.3).

В то же время, первичной медико-санитарной помощи, наиболее приближенной к населению, уделялось мало внимания. Так, расходы на медицинские дома (МД) составили чуть более 2% от отчислений бюджета здравоохранения, а доля финансирования сельских врачебных амбулаторий была практически нулевой. Более того, в отдельные годы местные расходы на дезинфекционные станции, Центры здоровья и санитарное образование вообще не планировались. Это привело к тому, что более 50% больных занимались самолечением или нетрадиционным лечением. Более 30% из них главной причиной этого считают недоступность лечения из-за его стоимости. Недостаток в средствах у значительной части населения затрудняет им доступ к медицинскому обслуживанию. При этом уменьшился кадровый состав медицинских работников в сфере первичной медико-санитарной помощи.

Значительная безработица и многодетность отягощают экономическое положение семьи, отрицательно отражаются на здоровье ее членов, особенно женщин и детей, в целом представляющих большинство населения республики. Именно этот контингент, инвалиды и престарелые люди в социальном отношении слабо защищены и при наметившейся тенденции роста платных медицинских услуг больше всего страдают в случаях заболевания и от его последствий. Так, до 60% бедных женщин считают непреодолимым препятствием оплату стационарного лечения. Больным приходится платить за все – за осмотр, консультации, лекарства, уход. Многие люди все реже обращаются в ЛПУ, хотя большинство детей нуждаются в лечении острых респираторных и кишечных заболеваний.

Реальная рыночная стоимость лечения, лекарств значительно превышает возможности бедного населения ими пользоваться. При этом бюджетные ассигнования на медицинское обслуживание не растут, его улучшение требует вложения значительных ресурсов. В 2001 году по бюджету здравоохранения на душу населения выделяется 3.44 сомони в год.

Налицо и крайне низкий уровень зарплаты медицинских работников, которые порой вынужденно требуют оплаты за свои профессиональные услуги, тем самым, создав актуальнейшую проблему доступа бедного населения к квалифицированной медицинской помощи. Отсюда очевидно, что общая стратегия снижения бедности в неотложном порядке должна включать заботу о здоровье. Здесь на первый план выступает борьба не только с йододефицитной и инфекционной заболеваемостью, но причинами и условиями высокой детской и материнской смертности, планирования семьи и репродуктивного здоровья населения, а также обеспечение доступности медицинских услуг в первичном звене здравоохранения.

В 80% случаев именно к нему обращаются беднейшие группы населения. Крайне необходимо повысить квалификацию медицинских работников, чтобы улучшить доступность и качество медицинских услуг.

Однако учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) сельских районов в настоящее время не готовы к полному выполнению своих функций. В частности, более половины из них не отвечают санитарным нормам, а укомплектованность их специалистами далеко не полная – в 2 с лишним раза меньше, чем в городе. Следует отметить, что из общих ассигнований на больничные

учреждения лишь 28% из них распределяются по учреждениям ПМСП (4).

В нашей республике с учетом сложившейся экономической ситуацией и того, что 74% населения проживает на селе, ПМСП должна стать ядром всей системы здравоохранения. Что касается вторичной и третичной помощи, то они должны выступать в качестве ее вспомогательных звеньев.

Здоровье населения и развитие подрастающего поколения во многом связано с питанием. В ситуации с недостаточным питанием находятся 47% населения. Среди детей из-за хронического недоедания наблюдается задержка в развитии (5).

В республике у 34.4% детей в возрасте от 0-4 года, т.е. у каждого третьего ребенка, отмечено общее отставание в росте для своего возраста. За период 1990-1999 года потребление населением мясных и молочных продуктов снизилось в 3.3 раза, яиц – в 9 раз, доля углеводов в питании семей составляет более 70%. Всего лишь около 20% населения использует в пищу йодированную соль, недостаток йода испытывает 80% населения. Как известно, недостаток йода в рационе является единственной, самой распространенной в мире, причиной возникновения задержки умственных способностей.

В 2000 году население республики было обеспечено питьевой водой из централизованных источников на 46%, в городской местности – на 87%, в сельской – на 35%. Почти 40% населения используют для питья воду из открытых водоемов, только 8% - имеют доступ к канализации.(5,7).

Следовательно, все это является одной из причин высокого уровня заболеваемости в республике острыми кишечными заболеваниями (диарея, дизентерия, брюшной тиф, вирусный гепатиты и т.д.

Однако в последнее десятилетие профилактическое направление в медицине республики испытывает спад. В свое время подверглись сокращению, как «ненужные», структуры сектора - санэпидстанции, соответствующие научные подразделения, дома санитарного просвещения, которым в системе здравоохранения отводилась второстепенная роль. Соответственно, уменьшилось до 19% число кадров, занимавшихся непосредственно профилактикой инфекционных и неинфекционных болезней и проведением противоэпидемиологических мероприятий, в частности текущего и предупредительного санитарно-эпидемиологического надзора.

В настоящее время оказался серьезно затруднен доступ населения к лекарственным средствам из-за их высокой стоимости в частных аптеках, причем потребность в них мало изучена, поскольку нет реальной картины и структуры заболеваний. В то же время медицинские работники часто озабочены недостаточным наличием лекарственных препаратов для лечения туберкулеза, онкологических, эндокринологических заболеваний и средств для наркоза.

Программы реструктуризации здравоохранения в определенной степени поддерживаются рядом международных, правительственных и неправительственных организаций. При этом доля бюджета здравоохранения из года в год падает, выделяемые государственные средства используются нерационально, тем самым снижается и возможность предоставления населению эффективной и доступной медицинской помощи. Третий уровень медобслуживания едва ли доступен бедному населению, так как теневая оплата ему не по карману, вследствие чего больные откладывают время обращения к врачу, подвергая свое здоровье и жизнь серьезной опасности.

Исправление допущенных ошибок в проведении реформы может привести к созданию для бедных оптимальных условий для пользования врачебной помощью. В связи с этим предоставление им широкого доступа к нормированным медицинским услугам должно составлять главную цель практического здравоохранения, достижение которой обусловлено, прежде всего, гарантированным экономическим развитием государства. Для этого, очевидно, потребуются достаточно полные представления об основных закономерностях развития бедности, ее различиях в городской и сельской среде.

Процесс снижения бедности может пойти более эффективно, если использовать знания и опыт разных слоев общества, включая социально-уязвимых, особенно женщин.

Стратегия и разработка направленных на сокращение бедности программ являются внутренним делом нашей страны. Однако надо иметь в виду, что качество их выполнения определяют условия для льготного кредитования Всемирным банком и Международным валютным фондом развития всех секторов народного хозяйства, в т.ч. здравоохранения, приоритетом которых являются меры по сохранению и улучшению здоровья бедных слоев населения.

При этом важным аспектом работы становится: выявление причин и условий возникновения заболеваний и разработка мер по снижению уровня их показателей, улучшение планирования и распределения бюджетных средств по службам здравоохранения, проведение

переквалификации медработников, расширение программ и учебных курсов по семейной медицине в учебных заведениях отрасли.

Дополнительные источники финансирования для пропаганды Здорового образа жизни (ЗОЖ) могут появиться за счет общих или особых налогов на товары, приносящих вред здоровью населения (табак и алкоголь), а также за счет оплаты пациентом услуг за основные лекарства по легализованной системе, а в будущем - за счет средств страховых компаний и т.д.

Новые подходы к решению вопросов оказания медицинской помощи, повышения ее эффективности предполагают организацию первичного уровня здравоохранения по принципу семейного врача, обладающего юридическим правом оказывать первичные многопрофильные медико-санитарные услуги пациентам независимо от их возраста, пола и доходов.

Таким образом, на данном этапе своей деятельности сектор здравоохранения Таджикистана не сможет без поддержки международных организаций и стран доноров решить медико-санитарные проблемы и способствовать достижению устойчивого развития страны.

В Ы В О Д Ы:

1. Подавляющее количество населения Республики Таджикистан относится к беднейшим, социально-незащищенным слоям и нуждается в улучшении состояния здоровья за счет энергичного развития первичного звена здравоохранения.

2. Увеличение бюджетных ассигнований в сфере здравоохранения и повышение эффективности адресного их использования являются важнейшими мерами в стратегии сокращения бедности.

3. Реализация принципа семейной медицины лечебно-профилактическими учреждениями требует активного поиска дополнительных источников финансирования, адекватного управления кадровыми и материальными ресурсами.

РЕЗЮМЕ:

В статье указывается на слабость материально-технической базы и кадрового потенциала ПМСП, в услугах которой нуждается большинство населения республики. В условиях социально-

экономического неблагополучия страны отмечается необходимость в рациональном распределении кадров и средств бюджета здравоохранения. Сектор здравоохранения при поддержке всех источников своего финансирования должен сосредоточить усилия на достижение широкого доступа населения к нормированным медицинским услугам за счет эффективного использования ресурсов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. «Об утверждении документа Стратегии сокращения бедности». Постановление Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли Республики Таджикистан, Душанбе, 2002, № 666.
2. «Об утверждении Стратегии Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года», постановление Правительства Республики Таджикистан, № 436 от 5 ноября 2002 г.
3. Здоровье и народонаселение, Ежегодный научно-популярный журнал, 2001г., вып. 2, с. 125 (Комиссия по народонаселению и развитию при Правительстве Республики Таджикистан.
4. «Концепция реформы здравоохранения Республики Таджикистан». Постановление Правительства Республики Таджикистан, Душанбе, № 94 от 4 марта 2002г.
5. Положение женщин и детей: Таджикистан, Мульти-Индикаторное Кластерное Исследование, ЮНИСЕФ, 2000 г., с. 90.
6. Национальная программа Республики Таджикистан «Репродуктивное здоровье и репродуктивное право до 2003 г». Постановление Правительства Республики Таджикистан, № 483 от декабря 1999 г.
7. Таджикистан, Отчет по человеческому развитию Представительство Программы развития Организации Объединенных Наций в Таджикистане. 2000 г., с. 122.
8. Доклад о развитии человека за 2002 г., Душанбе, Программа развития ООН (ПРООН). Газеты «Бизнес и Политика» № 37 от 31.10.2002 г.

ОБЗОРЫ

Мужская сверхсмертность: миф или реальность

Хайрушев А.Е.

Высшая Школа Общественного Здравоохранения.

Резюме

Представленная работа посвящена выявлению предполагаемого феномена мужской сверхсмертности (МС) в Казахстане на основании данных за 2000 год, а также исследованию его причин. Автором определены общие показатели смертности мужской и женской частей населения и установлена достоверность их разницы. Проведён расчёт и сопоставление по возрастным показателям смертности мужчин и женщин, а также возрастной структуры обеих частей населения.

С целью сравнения уровней смертности была выполнена стандартизация прямым и косвенным методами, вычислены соответствующие показатели. Автором рассчитаны и сопоставлены пропорциональные показатели смертности мужской и женской частей населения. Для определения причин сравнительно высокого уровня смертности мужчин была осуществлена стандартизация показателей по всем группам болезней и патологических состояний, вычислен относительный риск смерти лиц мужского пола. В результате был выделен ряд групп причин смерти, характеризующийся многократным превышением уровня смертности мужчин. Автором установлены основные группы причин, формирующие выявленную разницу общих показателей смертности мужской и женской частей населения.

Ключевые слова

Общие показатели смертности, по возрастным показателям смертности, стандартизованные показатели смертности, отношение

стандартизированной смертности, возрастная структура населения, структура причин смерти, относительный риск смерти.

Введение

В последние годы в статьях и устных выступлениях всё чаще можно встретить упоминание о феномене МС. В одной из работ (1) указывалось, что в РК «существует значительная дифференциация продолжительности жизни по половому признаку, называемая проблемой МС». Здесь же отмечалось, что высокие показатели смертности от несчастных случаев, отравлений и травм являются «одним из проявлений» МС. Указывается также, что средняя ожидаемая продолжительность жизни (СОПЖ) тесно связана со смертностью: снижение смертности по некоторым из основных её причин обуславливает увеличение СОПЖ. Как следует из данного утверждения, уровень смертности – определяющий фактор показателя СОПЖ.

Вместе с тем, в доступной нам литературе не встречалось описание качественного и количественного анализа проблемы МС, в том числе её причин. В связи с тем, что нам недоступны фактические данные, позволяющие рассчитать СОПЖ, а также учитывая упомянутую обратную связь между этим показателем и смертностью, мы решили изучить уровни и структуру последней, так как это позволило бы определить характеристику предполагаемого явления МС. Таким образом, целью представленной работы стало выявление многократного превосходства показателей смертности мужской части населения над показателями женской популяции, а также причин этого превосходства.

Методы

Поскольку сбор сведений о случаях смерти до 2001 года проводился на периодической основе, а также ввиду того, что большинство национальных программ использует информацию «веховых» или «переломных» лет, для анализа нами были выбраны данные РК за 2000 год. Из Агентства РК по статистике (АРКС) были получены сведения о случаях смерти по её причинам, возрастным группам и половой принадлежности умерших. Информация о численности населения по полу и возрасту была предоставлена также АРКС, однако ввиду отсутствия данных о среднегодовой численности,

в качестве знаменателя использовались данные на 01.01.2001 г. Это представлялось допустимым, так как полученные данные отличались от среднегодовых лишь на 0,17% для женской и на 0,19% для мужской части населения, что практически не отразилось на величинах рассчитываемых показателей, и, тем более, никоим образом не повлияло на соотношение показателей сравниваемых популяций.

Показатели смертности, достоверность их разницы, а также необходимые числа наблюдений рассчитывались по общепринятым формулам (2, 3). Показатели по причинам смерти ввиду небольших значений определялись на 100 тысяч человек населения. Стандартизованные показатели, предельные ошибки показателей, доверительные интервалы, относительный риск, коэффициенты линейной корреляции вычислялись по обычным методикам, описанным в учебниках и руководствах (4, 5, 6, 7, 8). Расчёт отношения стандартизованной смертности, пропорционального показателя смертности, а также процедура стандартизации прямым и косвенным способами выполнялись по схемам, изложенным в учебнике Лиленфельда и Столли (5). В качестве стандарта была выбрана структура всего населения РК в 2000 году.

Полученная нами информация была упорядочена в таблицы, содержащие данные по 15 возрастным группам, а также 50 сформированным автором группам причин смерти для женской части населения и 47 – для мужской. Разница была обусловлена группами злокачественных новообразований молочной железы женщин, беременности с абортивным исходом (искусственным), а также непосредственных акушерских причин (отёков; протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности, родов и послеродового периода; осложнений родов и родоразрешения; осложнений, связанных преимущественно с послеродовым периодом).

Результаты

Общий показатель смертности для женской части населения составил 8,5438; а для мужской – 11,6280 случая на 1000 человек населения соответствующей группы. Поскольку данное исследование выборочное, был определён необходимый объём выборочной совокупности, обеспечивающий репрезентативность показателей при заданных максимальной ошибке $\leq 1\%$ и доверительной вероятности $\geq 0,99$ (т.е. доверительном коэффициенте $\approx 2,58$). Для того, чтобы интервал, в пределах которого находится истинная величина

показателя смертности мужчин, составлял $11,628 \pm 0,11628$, необходимо иметь совокупность в 657900 человек, тогда как имеющаяся совокупность (7148969) в 10,9 раза превышает необходимую. Чтобы интервал истинной величины показателя смертности женской части населения был равен $8,5438 \pm 0,085438$, выборка должна составлять не менее 659953 человека, что меньше имеющейся (7692973) совокупности в 11,7 раза. Как видим, общие показатели мужской и женской части населения действительно отличны – максимальное значение для женщин составляет 8,6292, а минимальное для мужчин – 11,5117 на 1000 человек населения.

Для определения степени точности наблюдения была определена величина ошибки репрезентативности. Для мужской части населения она составила 0,040. Таким образом, тест t оказался равен 290,7. Для определения надёжности результата вычисления выборочного показателя использовалась доверительная вероятность $\geq 0,99$ и доверительный коэффициент $\approx 2,58$. Далее устанавливалась точность вычисления показателя. Предельная ошибка (Δ) была равна $\pm 0,104$. Таким образом, доверительный интервал находился в пределах от 11,524 до 11,732. Для женской части населения ошибка показателя составила 0,033. Тест t , соответственно, равен 258,9. При тех же параметрах предельная ошибка оказалась равна $\pm 0,0858$. Доверительный интервал имел пределы от 8,4580 до 8,6296.

Для установления достоверности разницы выборочных показателей была вычислена средняя ошибка разности показателей, которая составила 0,0518. Разница показателей была равна 3,0842. Тест точности разницы составил 59,5. Таким образом, разница показателей не случайна.

Известно, что показатели смертности в различных возрастных группах населения неодинаковы, ввиду чего нами были вычислены и повозрастные показатели с предельными ошибками при 99%-ом уровне доверительной вероятности (табл. 1, рис. 1).

Как видим, смертность мужчин во всех возрастных группах выше смертности женщин в 1,2 - 3,6 раза, - в среднем в 1,4 раза. Доверительные интервалы отчасти совпадали лишь для одной группы (1-4 года). Двукратное и более превосходство отмечается в возрасте с 10-14-летнего по 60-64-летний периоды, в отношении которого можно говорить о явлении сверхсмертности. В группах 20-24 гг. - 40-44 гг. показатели смертности мужчин оказались выше показателей женской части населения в 3 – 4 раза. Тест t для разницы показателей свидетельствует, что она не случайна.

Возраст является основной детерминантой смертности. В связи с этим можно допустить, что на выявленной разнице показателей могло сказаться несоответствие возрастных структур мужской и женской частей населения. В целом отличия в структуре не представляются разительными, - коэффициент $r \geq 0,69$; $t_{расч.} = 9,2$ при $t_{табл.} = 3,7$. Тем не менее, общеизвестно, что в младших возрастных группах численность мальчиков стабильно превосходит численность девочек, тогда как в старших возрастных группах (примерно с 35-летнего возраста) удельный вес женщин начинает преобладать над долей мужчин в совокупном населении, и эта разница с возрастом продолжает увеличиваться. Ввиду этого обстоятельства следует сопоставить возрастные структуры обеих частей населения (рис. 2). Ввиду ограниченности пространства публикации интервалы групп были укрупнены.

Как предполагалось, сравнение удельного веса численности различных возрастных групп в общей структуре показывает, что обе части населения, мужская и женская, имеют различную характеристику возрастного распределения. В связи с этим целесообразнее вычислить и сравнить не только общие и повозрастные, но и стандартизованные показатели смертности мужской и женской частей населения.

В данном случае был использован прямой метод стандартизации (процедура из-за большого объёма опущена). В результате ожидаемый показатель смертности для мужской части населения составил 13,854, а для женской – 7,203 случая на 1000 человек соответствующей группы. Таким образом, если допустить, что сравниваемые части населения имеют одинаковую возрастную структуру, то общий показатель смертности мужчин составит 13,854, что превосходит аналогичный показатель женщин (7,203) в 1,923 раза. При этом общий показатель совокупного населения РК составляет 10,029 случая смерти на 1000 человек.

Для определения отношения стандартизованной смертности (ОСС) мы провели стандартизацию показателей косвенным методом, предварительно рассчитав повозрастные показатели совокупного населения. В результате для мужской части населения ОСС составило 139,74%, а для женской – 73,55%. Как видим, полученные величины значительно отличаются друг от друга. Оценивая значения ОСС, можно утверждать, что смертность мужской части населения выше ожидаемой, тогда как смертность женщин – напротив, ниже таковой.

Применение методов стандартизации показало, что первоначальную разницу фактических уровней смертности мужчин и

женщин объяснить разницей в возрастной структуре этих частей населения невозможно. Показатели смертности, стандартизованные по возрасту прямым методом, различаются между собой в 1,923 раза. Кроме того, неодинаковы и ОСС, свидетельствуя, что уровни смертности мужской и женской частей населения отличаются после корректирования разницы в возрастной структуре населения мужчин и женщин.

Очевидно, соотношение причин смерти в сравниваемых группах населения неодинаково. Ввиду биологических и некоторых других обстоятельств, мужчины и женщины могут переносить различные заболевания и страдать разными патологическими состояниями. Вследствие этого они могут и умирать по различным причинам. Во всяком случае, нам следовало изучить структуру причин смертности мужской и женской частей населения с тем, чтобы определить, имеются ли в этом спектре какие-либо серьёзные отличия.

С этой целью мы определили удельный вес случаев смерти в результате всех групп причин смерти (за рубежом известный как пропорциональный показатель смертности, - ППС) по отдельности для мужчин и женщин. Связь между рядами была существенной - $r \geq 0,73$, $t_{расч.} = 11,8$ при $t_{табл.} = 2,9$. Ввиду ограниченности пространства публикации ППС и их ранги в виде таблицы представить не удалось. На рисунке 3 мы приводим показатели по 21 основной группе причин смертности, - на них приходится 93,1% случаев смерти мужчин и 89,3% всей структуры смертности женщин. Как свидетельствуют расчёты, действительно, женщины умирают по причинам, отличающимся от причин смерти мужчин, - лишь четыре группы патологии – ишемическая болезнь сердца (ИБС); цереброваскулярные болезни (ЦБ); отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (ОСВП); болезни нервной системы (БНС), – стоят на одинаковых местах в этиологической структуре смертности обеих групп населения.

Перед нами встаёт следующий вопрос: какая группа (или группы) причин смерти характеризуются значительным превышением уровня смертности мужской части населения над уровнем смертности женщин? На него можно ответить, сравнив показатели смертности мужчин и женщин, рассчитанные по каждой группе причин. В таблице 2 представлены некоторые из показателей смертности с наибольшими значениями относительного риска (ОР), рассчитанных по причинам смерти мужчин и женщин, а также соответствующие стандартизованные показатели и результаты их сравнения.

Фактические показатели смертности оказались выше для женской части населения по 7 группам причин. В результате элиминации различий в возрастной структуре методом стандартизации обратный результат был выявлен по болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением (БХПКД); ЦБ; другим болезням системы кровообращения (ДБСК); симптомам, признакам и отклонениям от нормы, выявленным при клинических и лабораторных исследованиях (в т.ч. «старости» или «физическому износу организма», прочим неточно обозначенным и неизвестным причинам смерти) (СПОН); болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани. Таким образом, и фактические, и стандартизованные показатели смертности женщин оказались выше только по болезням эндокринной системы и нарушениям обмена веществ ($OR=0,79$), а также острой ревматической лихорадке и хроническим ревматическим болезням сердца ($OR=0,97$). При сравнении мы исключили, помимо указанных выше трёх сугубо «женских» групп причин, ещё две – злокачественные новообразования половых органов и болезни половых органов мужчин и женщин, - ввиду их несопоставимости по биологическим характеристикам. Таким образом, по 43 из 45 групп сравнения стандартизованные показатели смертности лиц мужского пола оказались выше показателей женщин.

В то же время пятнадцать групп причин смерти охарактеризовались многократным (2-х и более) преобладанием уровня смертности мужской части населения, - от 2,04 по причине недостаточности питания (НП) (к этой группе относятся, помимо прочих причин, отказы в кормлении младенцев и оставление родителями детей младшего возраста без заботы) до 7,06 по причине злокачественных новообразований органов дыхания и грудной клетки (ЗНОДГК) (графа 6 таблицы 2). Как следует из представленных в таблице данных, по причине преднамеренных самоповреждений (ПС) (т.е. самоубийств) риск смерти мужчин превышает риск смерти женщин в 5,7 раза; от злокачественных новообразований губы, полости рта и глотки (ЗНГПРГ) – в 5,1 раза; в результате воздействия неживых механических сил; случайных утоплений и погружений в воду; других несчастных случаев с угрозой дыханию; несчастных случаев, вызванных воздействием электрического тока, излучения и крайних значений уровней температуры окружающей среды или атмосферного давления (ВНМС) – в 4,9 раза. Вследствие повреждений с неопределёнными намерениями (ПНН) (т.е. насильственных без уточнения их случайного или преднамеренного характера);

туберкулёза (Т); случайных отравлений и воздействий ядовитых веществ (СОВЯВ) смертность мужчин превосходит показатели женской части населения в 4,4 – 4,0 раза. Уровни риска смерти лиц мужского пола превышают таковые для женщин от злокачественных новообразований мочевых путей (ЗНМП) – в 3,8 раза; в результате нападений (Н) (т.е. убийств), а также транспортных несчастных случаев (ТНС) – в 3,6 раза; вследствие падений (П) (случайного характера) – в 3,2 раза. Относительный риск смерти мужчин составил: в результате воздействия дыма, огня и пламени (ВДОП) – 3,1; психических расстройств и расстройств поведения (ПРПП) (в т.ч. передозировки алкоголя и наркотических средств) – 2,9; других болезней органов дыхания (ДБОД) (в т.ч. пневмонии, гриппа, бронхита, бронхоэктазов, пневмокониозов и пр.) – 2,8.

Выделив из 45 групп указанные 15, мы в состоянии определить круг проблем здравоохранения, которые могут рассматриваться как специфичные для популяции лиц мужского пола. Однако вышеназванные группы причин характеризуются лишь явным превышением показателей смертности мужчин над показателями женщин, что может создать о них ложное впечатление, как о «факторах мужской сверхсмертности». Вместе с тем, показатели данных групп могут быть невелики по значению, то есть иметь небольшой «вес» в формировании превосходства общего показателя смертности мужчин. Так, например, при весьма значительной величине относительного риска смерти мужчин по ЗНГПРГ (5,06), ЗНМП (3,78), П (3,22), ВДОП (3,10), а также ПРПП (2,89), фактические показатели смертности незначительны, - от 1,5 до 7,3 случая на 100 тысяч человек соответствующей группы населения. Таким образом, при существенной разнице показателей мужчин и женщин вклад этих групп причин в формирование самого явления смертности относительно невелик.

Ввиду этого обстоятельства необходимо было вычислить разницу показателей по группам причин, определив те из них, которые имеют наибольший «вес» в создании разницы показателей смертности мужчин и женщин. В результате оказалось, что более 94% этой разницы приходится на 15 групп причин смерти (графа 9 таблицы 2). Наибольший «вклад» в формирование разницы показателей принадлежит ИБС, более чем вдвое меньший – ДБОД, ещё на четверть меньший – СОВЯВ и ЗНОДГК. Далее по нисходящей следуют ПС, злокачественные новообразования органов пищеварения (ЗНОП), Т, ЦБ, лёгочное сердце и нарушения лёгочного кровообращения

(ЛСНЛК), болезни органов пищеварения (БОП), ВНМС, ПНН, Н, ТНС, СПОН. Таким образом, указанные группы болезней и патологических состояний, несмотря на то, что 6 из них не характеризуются значительной величиной ОР, являются основными причинами превышения уровня смертности мужской части населения над показателями лиц женского пола.

Именно эти группы причин и создают абсолютное превышение числа случаев смерти мужской части населения. В то же время, при весьма значительной величине относительного риска смерти мужчин по некоторым группам причин (например, по ЗНГПРГ (5,06); ЗНМП (3,78); П (3,22); ВДОП (3,10); а также ПРРП (2,89)), фактические показатели смертности невелики, - от 1,5 до 7,3 случаев на 100 тысяч человек соответствующей группы населения. Таким образом, несмотря на существенную разницу в отношении риска смерти мужчин и женщин, вклад этих групп причин в формирование самого явления преобладания смертности мужской части населения относительно невелик.

Обсуждение

Целью настоящей работы было освещение вопроса наличия и причин явления «мужской сверхсмертности». Анализ данных позволил заключить, что ни общим, ни стандартизованным показателям смертности мужской части населения многократное превышение аналогичных показателей лиц женского пола не характерно. На наш взгляд, это обстоятельство делает не вполне корректным использование вышеуказанного термина по отношению к наблюдаемой разнице показателей, которая, однако, статистически вполне достоверна.

О «мужской сверхсмертности» можно говорить лишь применительно к значительно отличающимся уровням смертности по некоторым из её причин, а также в некоторых возрастных группах населения. Так, риск смерти от ЗНОДГК у лиц мужского пола выше такового для женской части населения в 7,1; от ПС – в 5,7; от ЗНГПРГ – в 5,1; от ВНМС – в 4,9; от ПНН и Т – в 4,5; от СОВЯВ – в 4 раза и т.д. В отношении возраста следует особо выделить промежуток между группами 20-24 гг. и 40-44 гг., когда риск смерти мужчин превосходит показатели женщин более чем в 3 раза. Тем не менее, не все причины смерти, характеризующиеся высокими значениями ОР, имеют большое значение в формировании разницы показателей смертности лиц

мужского и женского пола. Главную роль в этом играет ИБС, и далее, в порядке убывания, ДБОД, СОВЯВ, ЗНОДГК, ПС, ЗНОП, Т и т.д.

Приведённые результаты позволяют определить как основные целевые объекты для разработки мероприятий оздоровительного и профилактического характера в отношении лиц мужского пола, так и важные направления эпидемиологических исследований по установлению причин многократного превосходства уровней смертности мужчин по некоторым группам болезней и патологических состояний. В дальнейшем будут необходимы подобные исследования, проводимые по отдельности для каждой возрастной группы (детей, подростков, лиц трудоспособного возраста, пожилых людей), - для определения их основных причин смертности. В каждой возрастной группе причина разницы показателей может быть специфична, следовательно, может понадобиться более углублённое изучение причин и их значения в формировании смертности по возрастным группам населения. С другой стороны, «узких» специалистов (например, онкологов, психологов, травматологов, наркологов и др.) должны заинтересовать отличия показателей мужчин и женщин разных возрастных групп по причинам смерти, - с тем, чтобы начать исследования по выявлению факторов, способствующих возникновению такой разницы. В этом отношении, оценивая результат сравнения стандартизованных показателей, обращает на себя внимание превышение уровня смертности женщин над уровнем смертности мужчин по двум группам патологии, - болезням эндокринной системы и нарушениям обмена веществ, а также острой ревматической лихорадке и хроническим ревматическим болезням сердца. Относительный риск составил для них, соответственно, 0,79 и 0,97. Таким образом, эти две группы патологии, не учитывая указанные выше пять групп (непосредственно связанные с половой принадлежностью населения), могут рассматриваться как проблема здравоохранения, специфическая для популяции лиц женского пола. Учитывая общеизвестную тесную связь табакокурения и ЗНОДГК, в частности, рака лёгкого, встаёт вопрос причины преобладания показателей мужской части населения, что потребует в дальнейшем проведения специального сравнительного эпидемиологического исследования по определению распространённости и оценке интенсивности привычки табакокурения в мужской и женской частях населения.

К сожалению, не представляется возможным сравнить все наши показатели смертности с данными, приводившимися в некоторых

работах (1, 9, 10, 11), - из-за более детального рассмотрения нами групп причин смерти. Тем не менее, соотношения показателей младенческой смертности оказались сходными ранее опубликованным (1, 11), хотя их величины, по известным причинам, различались. По сравнению с данными 1998 г. соотношение показателей мужчин и женщин трудоспособного возраста сократилось с 3,6 до 2,7 (1). Кроме того, изменился и удельный вес случаев, приходящихся на этот возраст, - с 38% до 33,7%, что можно рассматривать как сокращение величины преждевременной смертности. Положительным в этом отношении является и уменьшение доли случаев смерти, наступающих до пенсионного периода – с 52,5% до 40% (10). В то же время, по сравнению с данными 1993 г., увеличился удельный вес смертей младенцев от болезней органов дыхания, - с 20 до 27% (11). В целом, однако, структура причин младенческой смертности продолжает характеризоваться стабильным соотношением её основных составляющих (12).

В отношении причин и факторов сравнительно высокого уровня смертности мужчин по-прежнему много неопределённого. В работе Германюк Т.А. (1998) указывается, что разница показателей мужчин и женщин обуславливается «не биологическими факторами, а сравнительно более частыми случаями смерти мужчин от травм, отравлений, несчастных случаев (что отличается от наших результатов), а также бóльшим воздействием таких факторов риска, как злоупотребление алкоголем, курение, малоподвижный образ жизни, стрессы» (13). Автор ссылается на результаты исследования, свидетельствующие о бóльших межполовых различиях в ожидаемой продолжительности жизни в тех сообществах, где ниже уровень дохода, качество жизни, образовательный уровень населения (14, цит. по 13). В другой работе (1) отмечается, что «основными причинами высокого уровня смертности ... являются тяжёлые социально-экономические условия и ухудшение экологической ситуации». В отношении смертности детской части населения указывалось (12), что в большинстве случаев «летальному исходу способствовали нарушения питания и анемия». Журнал «Таймс» (2002 г.) опубликовал сообщение о последних результатах изучения причин высокой смертности мужчин: по приведённым данным, половой гормон тестостерон снижает напряжённость иммунитета, вследствие чего мужчинам свойственна более высокая заболеваемость инфекционными и онкологическими болезнями. Здесь же указывается, что мужчинам характерны в среднем бóльшие, чем у женщин, размеры тела, тогда как

последние и для мужчин, и для женщин являются фактором риска смерти. В литературе имеются указания на то, что разница показателей объяснима биологическими особенностями (например, смертность женской части населения отчасти обусловлена случаями смерти в результате беременности, родов или послеродового периода), а также поведенческими (например, убийства чаще бывают причиной смерти мужчин) и социальными факторами (примером тому служит более высокий уровень смертности мужчин в результате дорожно-транспортных несчастных случаев) (5, 15). Принято считать, что наблюдаемые различия уровней смертности объяснимы, отчасти, тенденцией мужчин к «присутствию на территориях распространения типов поведения с применением насилия» и работе в отраслях хозяйства, связанных с профессиональными факторами риска смерти. В частности, в отношении смертности в результате дорожно-транспортных несчастных случаев отмечалось, что с показателями смертности мужчин и женщин может быть связано соблюдение правил безопасности вождения (использование ремней безопасности, ограничение скорости передвижения и продолжительности вождения, а также предупреждение управления транспортным средством в состоянии интоксикации).

К сожалению, в некоторых работах (1, 12) вопросы изучения смертности рассматриваются в отдельности от показателей здоровья населения. По-видимому, отчасти это связано с тем, что явление смертности изучается специалистами АРКС (с экономическим и инженерным образованием), что коренным образом расходится с общепринятой в Мировой практике деятельностью служб здравоохранения. Тем не менее, смерть, как правило, - исход заболевания или патологического состояния. Цель врача в этом контексте – изучить причины и факторы риска смерти с тем, чтобы «отодвинуть» возраст её наступления, что позволит увеличить и средний возраст жителя, и среднюю ожидаемую продолжительность жизни населения, а также показатель индекса человеческого развития в РК.

Очевидно, что комплексный подход к изучению здоровья населения должен предусматривать не только слежение за уровнями показателей заболеваемости, но и проведение исследований в сфере т.н. «санитарной демографии», в т.ч. явления смертности. Полученные результаты должны будут использоваться при разработке и совершенствовании программ оздоровительных и профилактических

мероприятий в отношении социально-значимых болезней и патологических состояний.

Список литературы

1. Казахстан 1998. Отчёт о человеческом развитии. - Алматы, ПРООН, 1999.
2. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика (пособие для врачей). Ленинград, «Медицина», 1974. – 384 с.
3. Программа обработки и анализа статистической информации годового отчёта в управлении лечебно-профилактическими учреждениями (методические рекомендации). - Алма-Ата, АГИУВ, 1989. – 52 с.
4. Теория статистики: Учебник / Под. ред. Г.Л.Громыко. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 414 с.
5. Lilienfeld, D.E., and Stolley, P.D. 1994. Foundations of epidemiology. - 3rd ed. New York: Oxford University Press.
6. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 256 с.
7. Kohler, H. 1988. Statistics for business and economics. – 2nd ed. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company.
8. Kahn, H.A., and Sempos, C.T. 1989. Statistical methods in epidemiology. New York: Oxford University Press.
9. Состояние здоровья населения и система здравоохранения Республики Казахстан. 1991-2000 годы (статистический сборник). - Астана, Агентство РК по делам здравоохранения, 2001.
10. Девятко В.Н., Аканов А.А. Здоровье народа и здравоохранение Казахстана в переходный период: опыт, уроки, проблемы. - Алматы, 1999. – 108 с.
11. Медико-демографическое исследование здоровья матерей и детей (отчёт). - Алматы, Казахский институт проблем питания, 1995.
12. К формированию здорового образа жизни / Под. ред. А.А.Аканова. – Алматы, 1998.
13. Германюк Т.А. Глобальное бремя болезней как интегральный индикатор состояния здоровья населения (методические рекомендации). - Алматы, НЦМЭПЗ, 1998. – 35 с.
14. Global comparative assessments in the health sector. Ed. by C.J.L. Murray & A.D. Lopez. WHO, Geneva, 1994.

15. Friis, R.H., and Sellers, T.A. 1999. Epidemiology for public health practice. - 2nd ed. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.

Таблицы

Таблица 1

Повозрастные показатели смертности населения РК в 2000 г.,
на 1000 человек соответствующей группы населения.

Возрастные группы, лет	Пол	Повозрастные показатели	ОР	Смежные пределы интервалов	Тест t для разницы показателей
< 1	муж.	22,2669±1,1578	1,37	21,1091	10,2
	жен.	16,2164±1,0135		17,2299	
1-4	муж.	1,7234±0,1625	1,18	1,5609	3,0
	жен.	1,4650±0,1534		1,6184	
5-9	муж.	0,6217±0,0772	1,70	0,5445	6,8
	жен.	0,3663±0,0603		0,4266	
10-14	муж.	0,6136±0,0720	1,87	0,5416	8,3
	жен.	0,3282±0,0530		0,3812	
15-19	муж.	1,6887±0,1253	2,33	1,5634	16,8
	жен.	0,7235±0,0822		0,8057	
20-24	муж.	3,4384±0,1890	3,02	3,2494	27,5
	жен.	1,1372±0,1079		1,2451	
25-29	муж.	5,0398±0,2395	3,57	4,8003	34,8
	жен.	1,4106±0,1279		1,5385	
30-34	муж.	5,9218±0,2704	3,09	5,6514	33,2
	жен.	1,9178±0,1596		2,0774	
35-39	муж.	7,6822±0,3050	3,15	7,3772	39,1
	жен.	2,4394±0,1685		2,6079	
40-44	муж.	10,2989±0,3611	3,02	9,9378	43,3
	жен.	3,4113±0,2020		3,6133	
45-49	муж.	14,5327±0,4815	2,87	14,0512	44,6
	жен.	5,0694±0,2704		5,3398	
50-54	муж.	19,7981±0,6412	2,67	19,1569	43,6
	жен.	7,4225±0,3656		7,7881	
55-59	муж.	32,7927±1,1136	2,42	31,6791	38,8
	жен.	13,5711±0,6503		14,2214	
60-64	муж.	43,8311±1,0330	2,38	42,7981	55,7
	жен.	18,3927±0,5858		18,9785	
≥ 65	муж.	91,9393±1,3164	1,48	90,6229	51,0
	жен.	62,0905±0,7636		62,8541	

Всё население	муж.	11,6280±0,1040	1,36	11,5240	59,5
	жен.	8,5438±0,0858		8,6296	

Таблица 2

Сравнение показателей смертности мужской и женской частей

населения по некоторым группам причин смерти, на 100 тысяч человек

населения

Группы причин смерти	Фактические показатели		Стандартизованные показатели		ОР	Ранг ОР	Разница показателей	Ранг разницы
	муж.	жен.	муж.	жен.				
ИБС	269,62	240,62	346,30	192,08	1,80	19	154,22	1
ДБОД	90,70	47,17	112,30	40,67	2,76	14	71,63	2
СОВЯВ	70,09	19,02	72,76	18,34	3,97	7	54,42	3
ЗНОДГК	49,13	10,17	61,10	8,65	7,06	1	52,45	4
ПС	51,80	9,72	53,29	9,42	5,66	2	43,87	5
ЗНОП	63,00	47,95	79,74	40,40	1,97	16	39,34	6
Т	43,40	10,35	45,35	10,14	4,47	6	35,21	7
ЦБ	130,65	169,62	170,19	136,73	1,24	39	33,46	8
ЛСНЛК	55,78	42,01	66,44	35,16	1,89	18	31,28	9
БОП	45,88	30,56	52,72	26,78	1,97	17	25,94	10
ВНМС	26,09	5,29	26,16	5,36	4,88	4	20,80	11
ПНН	24,88	6,10	26,03	5,74	4,53	5	20,29	12
Н	26,27	7,76	27,00	7,45	3,62	9	19,55	13
ТНС	21,18	6,07	21,45	5,95	3,61	10	15,50	14
СПОН	31,86	32,46	38,08	26,15	1,46	29	11,93	15
ЗНГПРГ	5,22	1,49	6,42	1,27	5,06	3	5,15	19
ЗНМП	7,37	2,90	9,34	2,47	3,78	8	6,87	16
П	4,49	1,52	4,64	1,44	3,22	11	3,20	26
ВДОП	5,54	2,00	5,89	1,90	3,10	12	3,99	22
ПРРП	4,76	1,82	5,06	1,75	2,89	13	3,31	24
НП	0,45	0,25	0,49	0,24	2,04	15	0,25	35

Рисунки

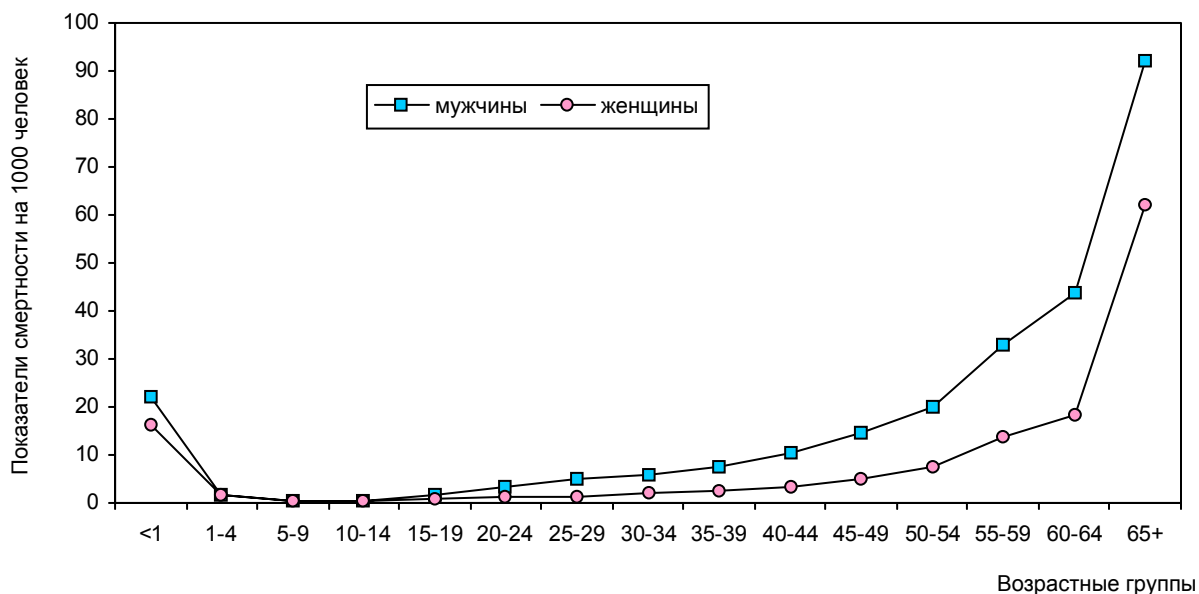


Рис. 1. Уровни смертности возрастных групп мужской и женской частей населения РК в 2000 г., на 1000 человек соответствующей группы

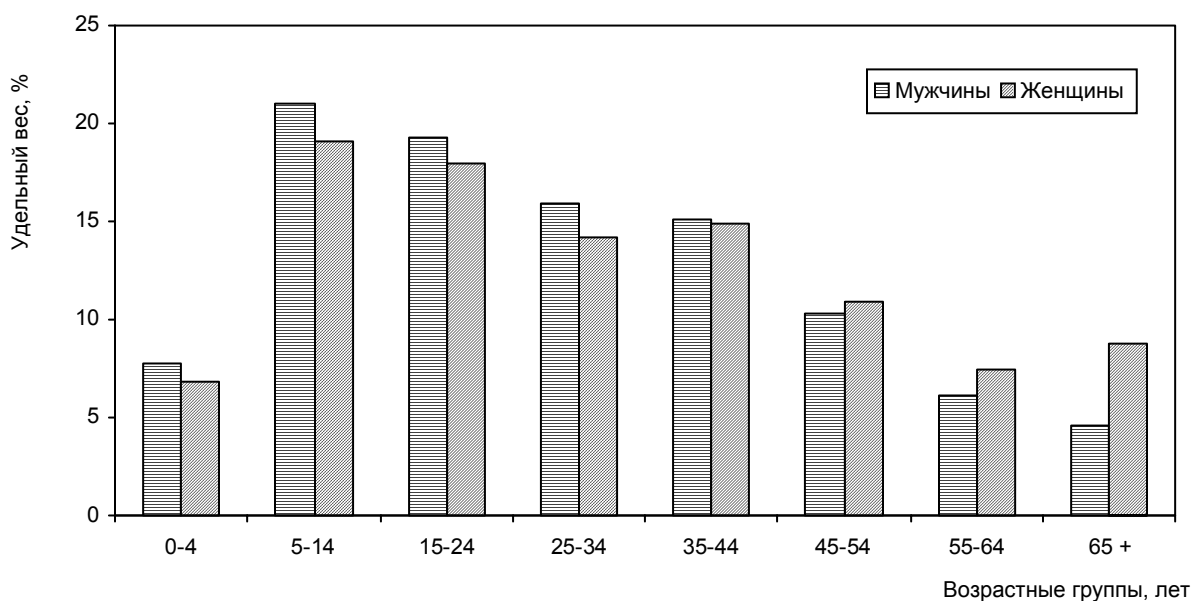


Рис. 2. Удельный вес возрастных групп в структуре мужской и женской частей населения РК в 2000 г.

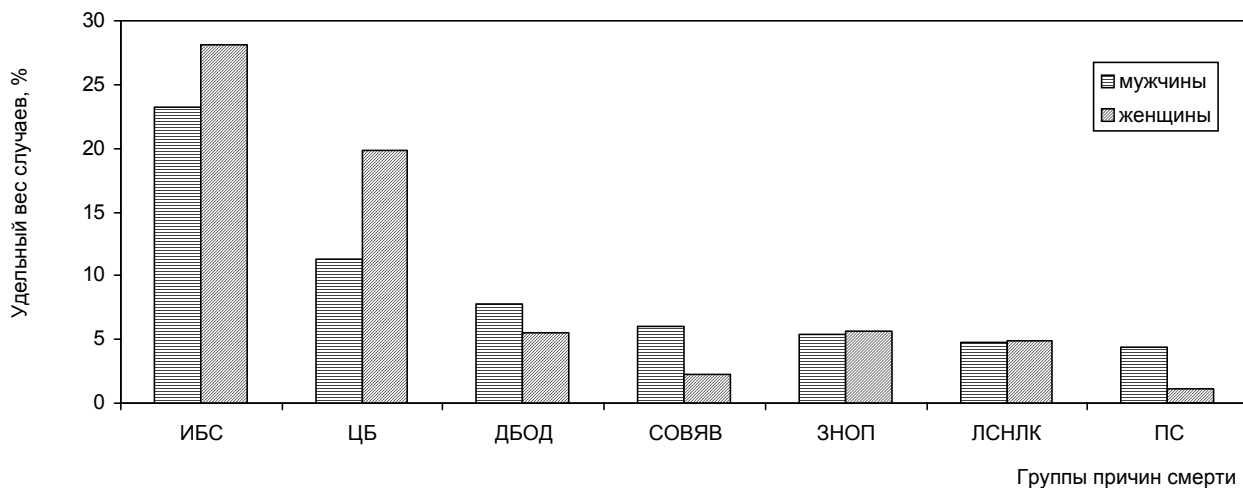


Рис. 3.1. Удельный вес 21 группы причин в структуре смертности в РК в 2000 г., в %

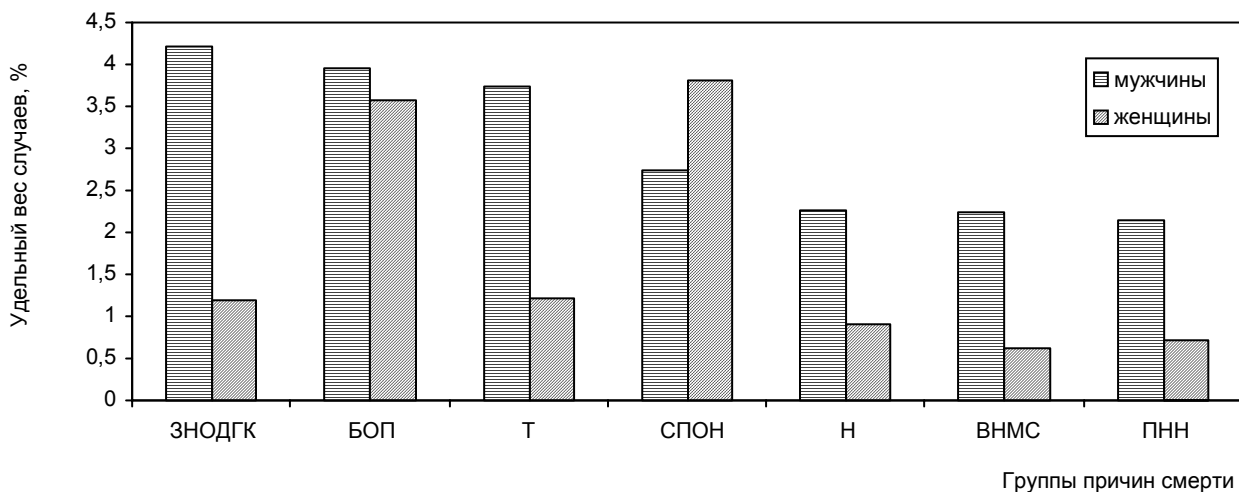


Рис. 3.2. Удельный вес 21 группы причин в структуре смертности в РК в 2000 г., в %

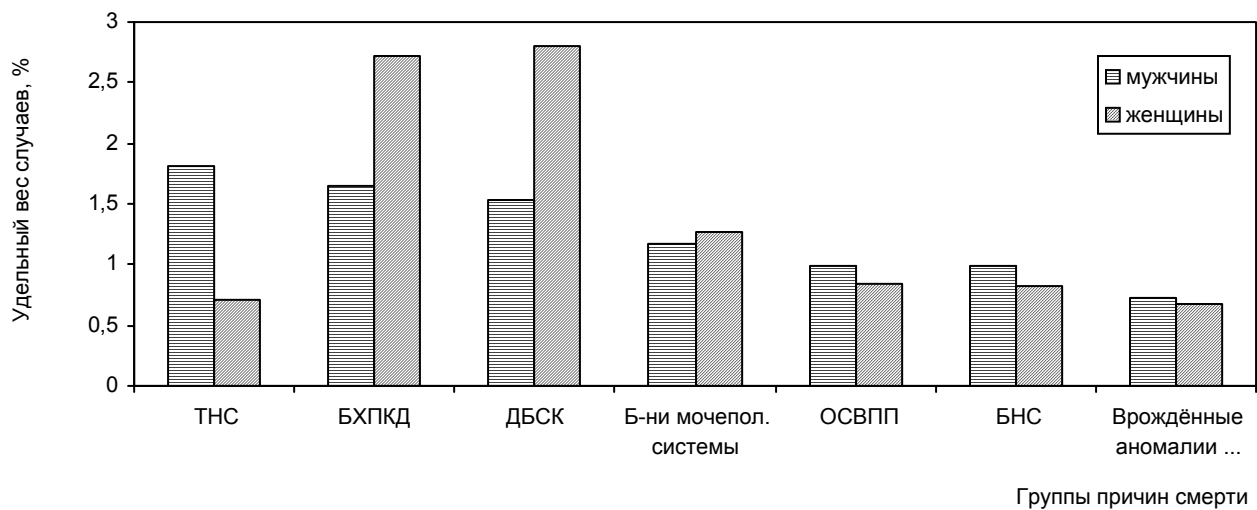


Рис. 3.3. Удельный вес 21 группы причин в структуре смертности в РК в 2000 г., в %