

## **СОДЕРЖАНИЕ**

**СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ПЕРЕХОДНОМ ПЕРИОДЕ. ОБЗОР СИТУАЦИИ**

**Кульжанов Максут, Рэчэл Бернд**

**СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ**

**Кульжанов М.К., Егеубаева С.А., Досмаилова А.М.**

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

**Попова Т.В.**

**К ВОПРОСУ О КАДРОВОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ.**

**Муратбекова С. К.**

**ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ КАЗАХСТАНА**

**Арингазина А.М., Таланова О.Д.**

**МЕСТО МЕХАНИЗМОВ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С ПАЦИЕНТАМИ В СИСТЕМЕ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Калажанов М.Б., Абдрахманова С.А.**

**ЗНАЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПРЕДПРИЯТИИ ПО ДОБЫЧЕ УГЛЯ ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ**

**Даришева М.А.**

**АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**Калматаева Ж.А.**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**Аубанова Г.К., Сыздыков С.В., Казбеков Б.К.**

**ОПРОС БОЛЬНЫХ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ВРАЧЕЙ**

**Нугманова А.Э.**

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА DALY В ОЦЕНКЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

**Слажнева Т.И., Попова Т.В.**

**СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ: ОБЗОР**

**Калажанов М.Б., Абдрахманова С.А.**

# **СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ПЕРЕХОДНОМ ПЕРИОДЕ.**

## **ОБЗОР СИТУАЦИИ**

**Кульжанов Максут, Рэчэл Бернд**

Развитие демократии и свободной рыночной экономики в Республике Казахстан создает возможность не просто реформировать, но и радикально преобразовать систему здравоохранения, которая должна вносить достойный вклад в развитие национальной экономики и укрепление социального сектора, а не быть чисто затратной статьей в государственном бюджете.

За период с 1991 года по настоящее время предпринимались неоднократные попытки реформирования здравоохранения Республики Казахстан. Изменялась система финансирования, ее источники. Внедрялись новые методы оплаты медицинских услуг, менялись отдельные элементы экономических отношений между субъектами здравоохранения, вводились рыночно-ориентированные технологии управления, проводилась оптимизация сети, кадров, уровней и объемов медицинской помощи.

Однако проводимые реформы не отличались последовательностью, системностью и научной обоснованностью, не имели соответствующей экономической базы и в конечном результате мало повлияли на показатели здоровья населения.

В настоящее время, когда в республике наметились положительные тенденции макроэкономической стабилизации, принципиально важно оценить прошлый опыт системы здравоохранения с целью выработки стратегии дальнейшего поступательного развития и реформирования отрасли, синхронизированной с темпами и направлениями общей социальной политики государства.

С этой целью нами проведен анализ демографических процессов, состояния здоровья населения, деятельности медицинских организаций, проблем управления, планирования, финансирования, кадровой политики, ресурсного обеспечения здравоохранения Республики Казахстан за последние годы суверенного развития. Здравоохранение Республики Казахстан за эти годы по пути изменений от системы Семашко к рыночной, от государственной к многоукладной, от бюджетной к смешанной.

Создана определенная законодательная база развития здравоохранения, основанная на межсекторальном подходе. Президентом РК Назарбаевым Н.А. утверждены ряд государственных программ, в том числе программа “Здоровье народа” «Развития здравоохранения на период 2005-2010 гг.».

Оценивая в целом состояние здоровья населения за эти годы, его можно характеризовать как сложное: снизилась средняя продолжительность предстоящей жизни, растут показатели заболеваемости ряда социально-обусловленных болезней, остаются высокими общая, материнская и младенческая смертности.

Финансирование отрасли продолжалось на низком уровне, ресурсы сектора здравоохранения использовались неэффективно и нерационально.

На всех уровнях оказания медицинской помощи отмечается снижение ее доступности, низкий уровень качества предоставляемых услуг. Продолжается ориентация системы на лечение, нежели на профилактику заболеваний. Условий для реализации права пациентов по свободному выбору врача и медицинского учреждения так и не создано.

Управление отраслью, в последние годы, значительно ухудшилось, снижены полномочия центрального исполнительного органа в лице Министерства здравоохранения. Учреждения ПМСП не получили приоритетного развития, отсутствуют механизмы реинвестирования ресурсов здравоохранения.

Действующий порядок оказания медицинской помощи не обеспечивает потребности населения в качественной медицинской помощи. В секторе здравоохранения сформировался теневой рынок.

## **Исторический обзор.**

Новейшая история здравоохранения Казахстана

Современное состояние и перспективы системы здравоохранения Казахстана характеризуется как часть общей системы государства и политики страны.

Сегодня система здравоохранения Казахстана это:

- Более 8 тыс. медицинских организаций, в том числе 1702 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений, 825 больниц;
- Более 99 тыс. больничных коек;
- 37,1 тыс. врачей, около 83 тыс. медсестер;
- свыше 6 тыс. аптечных учреждений;
- более 2 тыс. негосударственных учреждений здравоохранения.

Ежедневно в стране проводится около 2250 хирургических операций, 6,5 тыс. больным ежедневно оказывается стационарная помощь, около 220 тыс. человек имеют возможность получить ежедневную медицинскую помощь.

В системе здравоохранения страны разветвленная сеть научно-исследовательских институтов и научных центров, 6 высших учебных заведений и 23 медицинских колледжей, институт повышения квалификации врачей, 65 научно-производственных объединений медицинского характера, общественные медицинские академии.

Наиболее актуальные проблемы в Казахстане:

- переходный период вызвал невиданный рост социально зависимых болезней. Например, заболеваемость туберкулезом возрос более чем в 2 раза;
- возросли болезни, связанные с поведением людей: болезни, передаваемые половым путем (сифилис, гонорея возросли в десятки раз), тенденция роста числа больных ВИЧ/СПИД угрожающая, отмечены случаи неинъекционной передачи заболевания. Увеличились поведенческие факторы риска – курение (до 1/3 населения), употребления алкоголя (свыше 1/2 населения), наркомания (в несколько раз);
- остались до конца невыясненными последствия экологически неблагоприятных зон на здоровье населения (врожденные пороки, хромосомные аберрации и др.).

К сожалению, в течение последних 10 лет материально-техническая база системы здравоохранения не обновлялась, требует нововведений медицинское образование, наука. И, тем не менее, можно сказать, что государство в переходный период сохранило ядро и структуру прежней, советской модели здравоохранения.

Система здравоохранения, в целом, функционирует. Она сохранена и дает основание говорить, что при правильной организации способна оказать населению гарантированные Конституцией РК права человека на медицинскую помощь и охрану своего здоровья.

Важно провести анализ прошедших лет новейшей истории системы здравоохранения молодой страны:

Условно реорганизацию отрасли можно разделить на три этапа.

1-й этап: 1991-1994гг. Несмотря на сложное экономическое положение в стране, финансирование здравоохранения осуществлялось на бюджетной основе. По своей сути это было советское здравоохранение со своими достоинствами и недостатками. Но хроническое недофинансирование, связанное с экономическим кризисом, вынуждало

кардинально изменить основные принципы функционирования системы здравоохранения, что привело ко второму этапу.

2-й этап: 1995-1998гг. Переход от бюджетно-административно-командной системы к рыночной экономике основывался на введении системы обязательного медицинского страхования (ОМС) как двигателе активных рыночных механизмов в здравоохранении, формировании рынка лекарственных средств и фармацевтических услуг.

В 1996-1998 годах в условиях жесткого дефицита бюджетных средств, привлеченные страховые платежи работодателей за работающее население и лиц, самостоятельно застрахованных, стали дополнительным источником финансирования медицинской помощи. За три года были привлечены 24,5 млрд. тенге, в том числе в 1996 году – 5,8 млрд. тенге, в 1997 году – 9,8 млрд. тенге, в 1998 году – 8,9 млрд. тенге.

Реформы 1995-1998 годов коснулись и структуры здравоохранения, значительно сократилась сеть больничных учреждений, особенно в сельской местности. Закрылись сотни фельдшерских пунктов и врачебных амбулатории, отмечался значительный отток кадров в другие сектора. Основная направленность реформ на привлечение дополнительных внебюджетных средств, улучшения на основе введения правил ОМС качества медицинских услуг и увеличения заработной платы медработников дали свои результаты.

Отмена медицинского страхования в стране была обусловлена несколькими причинами:

1. Глобальный экономический кризис затронул Казахстан в 1998 г. и по рекомендации мировых экономических институтов (МВФ, Всемирный Банк), правительством Казахстана было принято решение об аннулировании всех внебюджетных фондов и проведение новой схемы бюджетной политики – программного финансирования. В связи с этим, были ликвидированы все внебюджетные фонды, в том числе и Фонд обязательного медицинского страхования.
2. Кроме того, существовало еще несколько внутренних проблем обязательного медицинского страхования. Одна из проблем заключалась в том, что местные исполнительные органы, решив, что финансирование здравоохранения теперь ложится на плечи Фонда, практически перестали перечислять в Фонд платежи за неработающую часть населения (пенсионеры, дети и т.д.), т.е. соучастие государства в бюджетно-страховой системе не осуществлялось, бюджетная часть выпала. Также были проблемы, связанные с руководством ФОМС, которые, нерационально используя собранные средства, дискредитировали систему ОМС. В целом, система еще не была готова перейти к экономическим методам управления,

жестким рациональным способам оптимизации и развития сети и структуры здравоохранения. За бортом ОМС оставалось до 20% населения, и это было в основном неработающее население. Фонду ОМС удавалось собрать лишь до 50% средств, и это соответствовало реалиям того времени. Несоответствие собранных средств затратам также вызывало скепсис общественности и недоверие со стороны населения.

В последние годы существования ОМС (особенно в 1998 г.) замедлились процессы мониторинга и коррекции этой, безусловно, интересной модели здравоохранения.

Тем не менее, обязательное медицинское страхование в Казахстане в период 1995-1998 гг. оставило глубокий положительный след в развитии системы здравоохранения, но, к сожалению, оно не было завершено и непродолжительно во времени. Многие его результаты не были систематизированы, проанализированы и до конца изучены.

3-й этап: 1998-2000гг. Период возврата к консолидированному бюджету здравоохранения, созданию системы программно-целевого финансирования, внедрения государственного заказа на конкурсной основе. Сегодня такой подход считается финансовыми структурами полностью оправданным и возможно, в условиях экономической нестабильности он был необходим, однако, уже сегодня видны его недостатки: жесткая, постатейная, нормированная схема финансирования не позволяет внедрять рыночные механизмы, загоняет в теневую экономику огромные суммы средств.

В настоящее время, в системе здравоохранения Казахстана отчетливо заметны остатки советской медицины, элементы страховой медицины (добровольное медицинское страхование), платные медицинские услуги и бюджетное программное финансирование. Основной причиной такого состояния отрасли стало несистемное, фрагментарное представление о реформах в системе здравоохранения в последние годы.

В 2001 году Казахстанской Школой Общественного здравоохранения был подготовлен проект развития системы здравоохранения на период 2002-2010 г.г. и организовано широкое обсуждение разработанного проекта на международной конференции с участием ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирного Банка, ЮСАИД, СДС, стран ЦАР. Более 200 участников в 14 секциях подробно рассмотрели представленный план и внесли ряд существенных предложений. В декабре 2002г. 2-й съезд врачей и провизоров Республики Казахстан одобрил данный проект и рекомендовал для утверждения Правительством РК. Но «Стратегия основных направлений развития здравоохранения в Республике Казахстан до 2010 года» так и не была утверждена.

Основная причина кризисной ситуации усугубляется также и другими сопутствующими факторами:

Продолжается слабое управление отраслью: потеряно общее единое управление отраслью. Снижены полномочия центрального исполнительного органа в лице Министерства здравоохранения. Этому способствовала частая смена приоритетов, лидеров, организационной структуры самого центрального органа управления здравоохранением. В 1997 году Министерство здравоохранения было ликвидировано и организован Комитет здравоохранения в составе объединенного Министерства образования, культуры и здравоохранения, через два года оно было преобразовано в Агентство РК по делам здравоохранения. И только в 2002 году восстановлено Министерство здравоохранения страны. За это время сменилось четыре руководителя отрасли, проявились и не были реализованы различные концепции реформирования.

Остается острой проблема недостаточного финансирования здравоохранения: сегодня финансирование составляет чуть больше 2% от ВВП, Признается проблема нетранспарентности финансовых потоков, отмечается неэффективное управление выделенными средствами, особенно на региональном уровне.

Существует также проблема нарастающего влияния теневого рынка в секторе здравоохранения. Сложности в законодательно-правовом поле, недостаточность государственного контроля, стали благоприятной почвой для формирования теневого рынка и коррупции в секторе здравоохранения.

Например, в Казахстане слабая, неэффективная государственная инспекция контроля за качеством поступаемых на рынок лекарств. Как признаются сами медицинские работники – до половины лекарств в страну поступают нелегально. А речь идет о фармацевтическом секторе, емкость которого составляет 300 млн. долл. США. Цены на лекарства сегодня слабо контролируются, а они превышают средние мировые цены в 2, а по некоторым лекарствам в 6 раз (16).

Продолжается ориентация системы больше на лечение, нежели на профилактическую медицину. Это обусловлено традиционным, еще со времен советской системы, стилем работы организаторов здравоохранения.

Разрушение сети ПСМП и снижение доступа к медицинской помощи населения способствует осложнениям болезней и вынужденному обращению больных прямо в стационар.

## **1. Анализ здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан за период 1991-2003 гг. (обзор)**

## 1.1. Демографические процессы

### Медико-демографическая ситуация и заболеваемость

В Казахстане за последние годы произошли определенные медико-демографические изменения. Численность населения в 2003 году сократилась в сравнении с 1991 годом на 1,3 млн. человек и составила 14,951 млн. человек.

Структура населения по основным возрастам представлена следующим образом: от 0 до 15 лет – 4737,8 тыс. человек (31,2%), в трудоспособном возрасте – 8656,3 тыс. человек 57%, старше трудоспособного возраста – 1794,5 тыс. человек (11,8%).

Мужчины составляют 48,2%, женщины 51,8%, доля городского населения - 56%, сельского – 44%.

Показатель рождаемости в 2003 году составил 17,2 на 1000 населения, и в сравнении с 1999 годом увеличился в 1,2 раза.

Естественный прирост населения с 1991 по 1999 годы снижался, а за последние 5 лет увеличился в 1,6 раза, составив в 2003 году 6,7 на 1000 человек населения.

С 1991 года показатель общей смертности оставался на достаточно высоком уровне, с 1995 года отмечается тенденция к стабилизации и некоторому снижению (9,6 на 1000 человек).

Смертность в Казахстане обусловлена высокими показателями смертности мужского населения, травмами, отравлениями, несчастными случаями в 4,9 раза, болезнями органов дыхания в 3,9 раза и системы кровообращения в 1,4 раза.

С 1999 года наблюдается незначительный рост коэффициента смертности населения, который составил в 2003 году 10,5 на 1000 человек населения против 9,7 в 1999 году. За последние 5 лет у мужчин и женщин наибольший возрастной коэффициент смертности приходится на возраст 70 лет и старше, в 2002 году он составлял 104,51 и 79,98 соответственно на 1000 человек соответствующей возрастной группы. В структуре смертности населения ведущее место занимают сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, травматизм.

Средняя продолжительность предполагаемой жизни населения республики в течение последних 5 лет стабилизировалась и на конец 2003 года составила 65,9 лет: 60,5 лет у мужчин и 71,5- у женщин.



Показатель общей заболеваемости населения Республики Казахстан в 2003 году в динамике возрос и составил 56413,9 на 100 тыс. человек населения против 47972,8 в 1999 году.

В структуре заболеваемости на 100 тыс. человек населения первое место занимают болезни органов дыхания (22160,6), второе - травмы и отравления (4003,7), третье - болезни мочеполовой системы (3948,6), четвертое - болезни кожи и подкожной клетчатки (3847,0), далее следуют болезни органов пищеварения (3688,7), глаза и его придаточного аппарата (2748,2), инфекционные и паразитарные заболевания (2482,1).

Показатель младенческой смертности в республике имеет тенденцию к снижению, но остается в целом достаточно высоким по сравнению со странами Европы и составляет 15,3 на 1000 живорожденных в 2003 году. При этом необходимо отметить, что данный показатель рассчитан без учета критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ.

Отмечается снижение показателя материнской смертности с 65,3 в 1999 году до 42,1 на 100 тыс. живорожденных в 2003 году. Одной из основных причин материнской смертности в республике является низкий индекс здоровья женщин, который составляет 20-30%.

Вызывает настороженность состояние здоровья детского населения. Проведение массовых профилактических осмотров детей показало, что каждый второй ребенок болен, и это требует организации профилактической работы, адекватных оздоровительных и реабилитационных мероприятий, в первую очередь на амбулаторно-поликлиническом уровне. В структуре заболеваемости детей до 14 лет наиболее частыми являются болезни органов дыхания (56,2%), болезни кожи и подкожной клетчатки (7,1%), инфекционные и паразитарные болезни (6,7%), болезни органов пищеварения (6,3%), травмы и отравления (4,8%) и болезни глаз (3,5%). Отмечается постоянное увеличение числа врожденных аномалий.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ большинство заболеваний у детей до 5-летнего возраста можно эффективно лечить в амбулаторных условиях, в то время как в Казахстане более 60% детей такого возраста поступают на стационарное лечение. Одной из причин госпитализации детей является низкая экономическая доступность лекарственных средств на амбулаторном уровне.

Остаются высокими показатели социально значимых заболеваний. Серьезными проблемами являются психические и наркологические расстройства, сахарный диабет, бронхолегочная, сердечно-сосудистая патология, туберкулез, инфекции, передаваемые преимущественно половым путем (далее - ИПППП), злокачественные новообразования.

По данным ВОЗ, по показателю заболеваемости туберкулезом Казахстан занимает первые позиции среди стран СНГ: 141,0 на 100 тыс. человек населения в 1999 году и 160,4 в 2003 году.

В связи с пандемией ВИЧ/СПИДа нарастает его распространение в Казахстане, в том числе в системе пенитенциарных учреждений. В связи с этим в республике принята и реализуется Программа противодействия эпидемии СПИДа на 2001-2005 годы. Однако принимаемые меры позволили пока лишь замедлить темпы эпидемии.

В целом причинами неудовлетворительного состояния здоровья казахстанцев явились слабая профилактическая активность системы здравоохранения, недостаточная ответственность к своему здоровью со стороны населения, неэффективное межсекторальное взаимодействие в вопросах охраны здоровья, а также социально-экономические проблемы переходного периода.

## **2. Организация системы здравоохранения**

За годы независимости Республики Казахстан предпринимались неоднократные попытки реформирования отрасли. Так, в 1996-1998 годах была внедрена бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, которая позволила создать два принципиально новых элемента: возникновение отношений покупателя и продавца и дифференцированную оплату труда в зависимости от объема и качества медицинской помощи. С 1999 года было введено программное финансирование, которое позволяло ориентироваться на конечный результат в зависимости от выделяемых средств. В то же время, как показывает анализ, реформы не были нацелены на существенные преобразования, доведены до логического завершения и не смогли коренным образом изменить ситуацию в системе здравоохранения.

Среди изменений, произошедших в последние годы, в структуре управления отраслью следует отметить восстановление Министерства здравоохранения Республики Казахстан, создание Комитета фармации, фармацевтической и медицинской промышленности и его территориальных подразделений, а также Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора с разделением службы на государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляющие контрольно-надзорные функции, и государственные организации, проводящие санитарно-эпидемиологическую экспертизу и лабораторные исследования.

В настоящее время система здравоохранения республики, включая все ведомства, представлена сетью из 886 больничных и 3463 амбулаторно-поликлинических

медицинских организаций. Сама система организации оказания медицинской помощи в регионах имеет различия по ряду параметров, таких, как:

*уровень консолидации функций финансирования и управления;*

*размер ресурсов, выделяемых на финансирование гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в расчете на одного жителя;*

*используемые методы финансирования;*

*структура ПМСП;*

*организационные формы медицинских организаций;*

*система контроля качества медицинской помощи.*

Подобное состояние дел значительно затрудняет проведение общегосударственной политики в области охраны здоровья граждан и получение ими государственных гарантий в равной степени.

Начиная с 2001 года наблюдается увеличение числа больничных организаций, которых в 2001 году насчитывалось 845, а в 2002 году - 860.

Число больничных коек республики с 1991 года по 1999 год сократилось в 2,1 раза и составило 108219. Сегодня показатель обеспеченности населения койками составляет 76,8 на 10 тыс. человек населения (общее количество коек - 114782). Это несколько выше средневропейского показателя, который, по данным ВОЗ, составляет 73,3 на 10 тыс. человек населения. Величина данного показателя даже в развитых странах (Германия, Франция, Япония и др.) существенно различается, а высокие показатели в основном объясняются большой долей лиц пожилого возраста, являющихся основными потребителями медицинских услуг.

С 1991 по 1999 годы на 16496 человек сократилась численность врачей (с 67056 в 1991 году до 50560 в 1999 году) в их числе 28,3% мужчин, в возрастном отношении преобладает группа лиц в возрасте 30-50 лет, 7% пенсионеров. Обеспеченность врачами на 10000 населения сократилась на 15,3% (с 40,0 до 33,9). Численность среднего медицинского персонала по сравнению с 1991 годом сократилась в 1,8 раза (на 84070 человек) и составила в 1999 году 110368 (74,1 на 10 тыс. населения).

На текущий момент количество врачей достигло 54,6 тыс. человек, средних медицинских работников – 115,0 тыс. человек, обеспеченность врачами составляет 36,5, средним медицинским персоналом – 76,9 на 10 000 тыс. человек населения. Несмотря на высокие усредненные показатели обеспеченности населения медицинским персоналом и

кочным фондом, система здравоохранения в Казахстане функционирует недостаточно эффективно, особенно на уровне ПМСП.

## **2.1.Сельское здравоохранение**

В настоящее время в республике имеется 6941 сельский населенный пункт с численностью населения 7,78 млн. человек. Первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) оказывают 4438 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), 1312 - семейных врачебных амбулаторий (СВА), 156 сельских участковых больниц (СУБ).

В 88 районах 8 областей республики в соответствии с постановлением Правительства созданы районные отделы здравоохранения. Однако, рекомендательный характер данного постановления органами территориального управления не только не привел к повышению эффективности управления сельским здравоохранением, но и дезинтегрировал отдельные его звенья и преемственность на этапах оказания медицинской помощи.

В сельской местности работают 10442 врачей.

В последние годы проводилась работа по восстановлению фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП и ФАП), однако сложившаяся на сегодня ситуация характеризуется недостаточным вниманием к развитию и укреплению ПМСП, недооценкой реальных возможностей ее первичного звена, финансированием по остаточному принципу и отсталостью в технологическом плане. У медицинских работников ПМСП нет экономической мотивации к улучшению результатов труда, снижен их престиж в обществе.

В настоящее время объекты ПМСП не укомплектованы квалифицированными кадрами. Материально-техническая база лечебно-профилактических организаций, особенно сельских, продолжает оставаться в неудовлетворительном состоянии. Анализ показывает, что число фактических посещений в смену амбулаторно-поликлинических организаций ряда регионов превышает нормативные показатели более чем в 1,5 раза.

Медицинские организации в основном размещены в приспособленных, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям помещениях (на селе - более 70%). Оснащенность современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом составляет менее 50%. Только 36% объектов ПМСП на селе телефонизированы. Не во всех объектах сельского здравоохранения организована реализация лекарственных средств. Отсутствует эффективная система сервисного обслуживания медицинского оборудования.

Системного увеличения затрат на ПМСП, исходя из потребностей на осуществление возложенных функций, не производилось, что сказывается на эффективности деятельности данного звена. В настоящее время государственные медицинские организации, включая ПМСП, получают бюджетные средства по трем направлениям – оплата услуг, капитальный ремонт и приобретение медицинского и немедицинского оборудования, а сам подушевой норматив на ПМСП, как правило, увеличивается пропорционально индексу потребительских цен и повышению заработной платы. В нынешнем виде подушевой норматив – это расходы на содержание старой сети ПМСП с учетом произведенной оптимизации. Действующая методика оплаты услуг значительно ограничивает конкурентоспособность частных медицинских организаций, так как они потенциально могут претендовать только на один источник – тариф, что сдерживает развитие данного сектора в системе здравоохранения. С учетом этого необходимо совершенствовать методику формирования тарифов (подушевой норматив, тарификатор, клинико-затратные группы (далее – КЗГ)).

## **2.2. Социальная помощь**

Нормативно-правовую базу существующей системы медико-социальной помощи в республике составляют Законы РК «Об охране здоровья в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 года, «О социальной защищенности инвалидов» от 21 июня 1991 года, «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 года.

Законодательство Республики Казахстан определяет понятие медико-социальной помощи как одного из видов медицинской помощи населению (п.1 статьи 15 Закона Республики Казахстан «Об охране здоровья в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 года (далее – Закон)).

Согласно п.5 статьи 15 данного Закона, «медико-социальная помощь включает систему мер по созданию и развитию сети организаций медико-социального типа, предоставлению жилищно-бытовых льгот, обеспечению работодателями медицинских рекомендаций по оздоровлению работающих, организации рационального режима труда и питания».

В соответствии со статьей 16 этого же Закона, медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых утверждается Правительством Республики Казахстан, оказывается бесплатно или на льготных условиях. Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающими

вышеуказанными заболеваниями, определяется уполномоченным центральным исполнительным органом Республики Казахстан, осуществляющим руководство в области охраны здоровья граждан.

Перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержден Постановлением Правительства РК от 30 марта 2000 года № 468. К социально значимым заболеваниям отнесены онкологические, онкогематологические, психические, наркологические заболевания, диабет (сахарный, несахарный), ревматизм, СКВ, локализованные болезни соединительной ткани, болезнь Бехтерева, ДЦП, наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц, демиелинизирующие заболевания нервной системы, эпилепсия, хронический гипокортицизм, Аддисонова болезнь, муковисцидоз, фенилкетонурия, псориаз, экзема мокнущая, врожденный ихтиоз, рахит, железодефицитная анемия, бронхиальная астма, инфаркт миокарда (первые 6 месяцев), состояние после операции на жизненно-важных органах. В перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, включены такие, как туберкулез, психические и венерические заболевания, лепра, СПИД, карантинные инфекции.

В Казахстане сохраняется высокая актуальность социально значимых заболеваний. Серьезной проблемой остается заболеваемость населения сахарным диабетом, бронхолегочной, сердечно-сосудистой патологией, туберкулезом, инфекциями, передаваемыми половым путем, злокачественными новообразованиями, часто в запущенной форме. По данным отчета ВОЗ, по заболеваемости туберкулезом Казахстан занимает первые позиции среди стран СНГ (показатель в 1999 году 141,0 на 100 тысяч населения, а в 2003 году – 160, 4). В связи с мировой пандемией нарастает распространение ВИЧ/СПИДа в Казахстане, в том числе в системе пенитенциарных учреждений. В этой связи в республике реализуется Программа противодействия эпидемии СПИДа на 2001-2005 годы. Однако принимаемые на республиканском и местных уровнях меры позволили пока лишь замедлить темпы эпидемии.

Важным направлением медико-социальной помощи и реабилитации является протезно-ортопедическая помощь.

В соответствии со статьями 36, 48 Закона Республики Казахстан «Об охране здоровья в Республике Казахстан», граждане имеют право на обеспечение по медицинским показаниям протезно-ортопедической помощью. Инвалиды имеют право на обеспечение протезно-ортопедическими изделиями, изготовленными на основе современных технологий. Все инвалиды обеспечиваются протезно-ортопедическими изделиями и обувью бесплатно или на льготных условиях, в соответствии с порядком,

устанавливаемым уполномоченным государственным органом Республики Казахстан. Категории лиц, подлежащих льготному обеспечению лекарственными препаратами, ортопедическими и протезными, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами лечебной физкультуры и специальными средствами передвижения, а также условия и порядок обеспечения ими устанавливается законодательством Республики Казахстан.

На 1 июля 2003 года численность инвалидов всех категорий в Казахстане составила 409,5 тыс. человек, или около 3% от всего населения. При этом каждый третий инвалид является лицом трудоспособного возраста. Снижается, но все еще остается довольно высоким, уровень первичной инвалидности (в 2002 году интенсивный показатель первичной инвалидности на 10000 населения составлял 31,2). Особую тревогу вызывает детская инвалидность - численность детей - инвалидов на 1 июля 2003 года составила 47,1 тыс. человек; на первом месте находится инвалидность от врожденных аномалий –26,4%, на втором – от болезней нервной системы – 20%, на третьем – от психических расстройств – 17,3%..

В настоящее время протезно-ортопедическая помощь предоставляется в соответствии с «Инструкцией о порядке предоставления населению РК протезно-ортопедической помощи», утвержденной Приказом Министерства труда и социальной защиты населения РК от 2 апреля 1998 года № 88-П.

В республике действуют три протезно-ортопедических центра: Алматинский, Петропавловский и Семипалатинский протезно-ортопедические центры, финансирование которых осуществляется из республиканского бюджета. Ежегодно государственными протезно-ортопедическими предприятиями предоставляется медико-социальная помощь более 30 тыс. больным и инвалидам. Однако не все протезно-ортопедические изделия изготовлены на основе современных технологий. На учете в протезно-ортопедических центрах состоят 31474 граждан, нуждающихся в протезно-ортопедической помощи. В 2003 году протезно-ортопедическую помощь получили свыше 15 тыс. инвалидов, в 2004 году получают более 16 тыс. инвалидов.

Изучение потребностей инвалидов позволило установить, что, несмотря на улучшение обеспечения лиц с ограниченными возможностями сурдотифлосредствами, в республике насчитывается более 94 тыс. инвалидов по слуху, нуждающихся в сурдосредствах и сурдопомощи, более 18 тыс. инвалидов по зрению, нуждающихся в тифлосредствах.

Постановлением Правительства от 5 мая 2000 года № 674 «О мерах по обеспечению лекарственными средствами по видам заболеваний и специализированными продуктами

детского и лечебного питания отдельных категорий населения» утвержден перечень видов заболеваний отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарства, специализированное детское и лечебное питание по рецептам врачей отпускается бесплатно. В перечень включены: 1. Виды заболеваний - онкологические, психические, гематологические (кроме железодефицитной анемии) заболевания, туберкулез, эпилепсия, сифилис, СПИД, СКВ, диабет (сахарный, несахарный), ДЦП и другие виды заболеваний; 2. Отдельные категории населения, обеспечиваемые специализированными продуктами детского и лечебного питания – это дети первого года жизни, находящиеся на раннем искусственном или смешанном вскармливании; а также дети первых трех лет жизни, нуждающиеся в лечебном питании по медицинским показаниям.

«Перечень медицинских показаний для обеспечения инвалидов средствами передвижения» утвержден Приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 1 августа 2002 года № 174-П «О мерах по реализации нормативных правовых актов по вопросам социального обеспечения инвалидов» в качестве Приложения 5.

За счет местных бюджетов осуществляется обеспечение инвалидов специальными средствами передвижения. В 2000 году приобретено 910, в 2001 – 950, в 2002 – 1798 кресел-колясок различной модификации. В то же время это не в полной мере определяет потребность.

Согласно ст. 55 Закона, дети с дефектами физического или психического развития имеют право на получение медико-социальной помощи в специализированных детских организациях. Перечень медицинских противопоказаний, препятствующих помещению указанных детей в дома ребенка и учебно-воспитательные организации общего назначения, утверждается уполномоченным центральным исполнительным органом РК, осуществляющим руководство в области охраны здоровья граждан.

В республике функционируют 75 домов-интернатов, являющихся медико-социальными учреждениями (в т.ч. 32 дома-интерната общего типа, 26-психоневрологических и 17 – детских, в т.ч. 1 для детей с физическими недостатками и 16 для умственно-отсталых детей). В них на полном государственном обеспечении находятся более 17 тысяч человек.

В настоящее время осуществляются обучение и воспитание детей-инвалидов на дому, (пособия получают 3448 детей-инвалидов), в специальных коррекционных организациях (в республике функционируют 103 коррекционные школы для детей с ограниченными возможностями в развитии, где обучаются более 19 тыс. детей), интернатах (в 16 детских домах и школах-интернатах проживают 3510 воспитанников).



Первые шаги инклюзивного образования проходят в комплексах детский сад и начальная школа городов Семипалатинска, Караганды.

Во всех областях, городах Алматы и Астаны открыты психолого-медико-педагогические консультации, действуют 7 кабинетов психолого-педагогической коррекции.

Для оказания эффективной медико-социальной помощи детям с дефектами в развитии и создания дефектологической службы в Казахстане уже более 10 лет работает республиканский научно-практический центр социальной адаптации и профессионально-трудовой реабилитации детей и подростков, имеющих недостатки в развитии (Центр САТР), который стал научной базой для развития специального образования.

Во многих регионах успешно работают неправительственные организации, которые усилиями родителей, воспитывающих детей с особыми потребностями, совместно с педагогами-дефектологами, медицинскими работниками, психологами оказывают медицинскую, социальную и педагогическую помощь детям данной категории (в 2004 году действовало около 38 НПО по работе с детьми-инвалидами, среди них – Специал Олимпикс Казахстана, Ассоциация родителей детей-инвалидов АРДИ, Центр поддержки глухих детей-инвалидов «Умит», центр социальной адаптации и трудовой реабилитации Кенес, Лига «Ак-бота» по опеке инвалидов и детей с нарушениями в психофизическом развитии и др.).

В Казахстане активно действуют общественные объединения инвалидов (Казахское общество глухих, Казахское общество слепых, Общество инвалидов войны в Афганистане, Добровольное общество инвалидов РК, Ассоциация женщин-инвалидов «Ширак», общество женщин-инвалидов, имеющих на иждивении детей «Биби ана», общественное объединение инвалидов, имеющих высшее образование «Намыс», Азиатское общество по правам инвалидов «Жан» и другие)

Вместе с тем, многие законодательные акты в области оказания медико-социальной помощи носят декларативный характер и не имеют достаточного финансового обеспечения.

Таким образом, на современном этапе в Республике Казахстан оказание медико-социальной помощи осуществляется в результате взаимодействия деятельности трех основных государственных ведомств: Министерства здравоохранения, Министерства труда и социальной защиты населения и Министерства образования. Медико-социальная помощь также оказывается и негосударственным сектором - неправительственными организациями и общественными объединениями.

### **2.3. Кадровые ресурсы Республики Казахстан и обучение медицинских работников.**

Концепцией развития образования в Республике Казахстан до 2015 года предусмотрено изменение принципиальных подходов к подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием и научных кадров.

В сфере медицинского образования, как части государственной образовательной системы, с 2003 года внедрены новые Государственные общеобязательные стандарты медицинского и фармацевтического образования, предполагающие преемственность между последовательными уровнями образования. В настоящее время в системе медицинского, фармацевтического образования и науки сформирован квалифицированный научно-педагогический потенциал, предпринимаются меры по созданию эффективно действующей системы профессионального образования и медицинской науки, направленной на удовлетворение долгосрочных стратегических потребностей отрасли здравоохранения, сохранение и улучшение здоровья людей.

Вместе с тем, существует проблема недостаточного качества подготовки и переподготовки медицинских кадров и уровня научных исследований в республике. Одной из причин этого является несовершенная нормативно-правовая база, регламентирующая условия приема, подготовки и контроля качества в системе медицинского и фармацевтического образования, при разработке которой не учитывается медицинская специфика, и в результате к подготовке будущих врачей применяется система общих подходов.

Сохраняется проблема обеспечения квалифицированными кадрами объектов ПМСП, особенно в отдаленных и сельских регионах. Во многом это связано с тем, что существующий дефицит медицинских работников не восполняется выпускниками – специалистами медицинских организаций образования. Несмотря на то, что прием в медицинские ВУЗы по государственному гранту и кредиту, начиная с 1999 года, ежегодно возрастает приблизительно на 10 %, а ежегодный выпуск составляет в среднем 2000 человек, потребность в кадрах сохраняется. В настоящее время потребность населения Республики Казахстан в медицинской помощи возросла. Из-за сокращения коечного фонда, число больничных учреждений уменьшилось почти вдвое. Количество врачебного и среднего медицинского персонала снизилось на 20-30%. (таб.1).

Таблица 1. Медицинское обслуживание населения Казахстана и стран Содружества.

|                     | Мощность<br>амбулаторно-<br>поликлинических<br>учреждений,<br>посещений в смену |      | Число<br>больничных<br>коек |      | Численность<br>врачей всех<br>специальностей |      | Численность<br>среднего<br>медицинского<br>персонала |      |
|---------------------|---|------|-----------------------------|------|--|------|--|------|
|                     | 1995  | 2003 | 1995                        | 2003 | 1995   | 2003 | 1995   | 2003 |
| Тысяч               |   |      |                             |      |  |      |  |      |
| Казахстан           | 333   | 250  | 193                         | 112  | 62.2   | 53.7 | 166  | 113  |
| Азербайджан         | 103   | 105  | 74.6                        | 69.0 | 29.2   | 29.5 | 67.0   | 59.1 |
| Армения             | 45.8  | 38.3 | 28.7                        | 14.0 | 12.7   | 11.5 | 31.3   | 19.3 |
| Беларусь            | 216   | 234  | 127                         | 119  | 42.7   | 44.8 | 118  | 123  |
| Грузия              | 112   | 98   | 35.8                        | 18.3 | 22.5   | 20.2 | 40.2   | 23.4 |
| Кыргызстан          | 63.6  | -    | 40.7                        | 29.9 | 15.0   | 13.7 | 42.4   | 32.7 |
| Молдова             | 90.8  | -    | 53.0                        | 24.4 | 17.2   | 12.8 | 45.0   | 27.5 |
| Россия              | 3458  | 3550 | 1850                        | 1619 | 654  | 682  | 1629   | 1557 |
| Таджикистан         | 59.4  | 63.4 | 47.0                        | 40.4 | 12.6   | 13.1 | 36.3   | 30.3 |
| Туркменистан        | 41.2  | 43.4 | 46.0                        | 28.2 | 14.2   | 14.0 | 44.5   | 39.3 |
| Узбекистан          | 315   | 403  | 178                         | 140  | 76.2   | 81.4 | 250  | 263  |
| Украина             | 966   | 980  | 639                         | 465  | 230  | 224  | 595  | 526  |
| На 10 000 населения |   |      |                             |      |  |      |  |      |
| Казахстан           | 212   | 168  | 123                         | 75,3 | 39,7   | 36,1 | 106  | 76,3 |
| Азербайджан         | 133   | 130  | 98,1                        | 85,0 | 38,6   | 36,5 | 88,1   | 73,1 |
| Армения             | 122   | 119  | 76,2                        | 43,5 | 33,6   | 35,8 | 83,1   | 59,9 |
| Беларусь            | 212   | 237  | 125                         | 120  | 42,0   | 45,3 | 115  | 125  |
| Грузия              | 208   | 226  | 66,7                        | 42,0 | 42,0   | 46,4 | 74,9   | 53,6 |
| Кыргызстан          | 140   | -    | 88,5                        | 58,1 | 32,6   | 27,4 | 92,2   | 67,1 |
| Молдова             | 210   | -    | 122                         | 67,6 | 39,6   | 35,4 | 104  | 76,1 |
| Россия              | 236   | 249  | 126                         | 114  | 44,5   | 47,9 | 111  | 109  |
| Таджикистан         | 111   | 97,5 | 80,2                        | 62,1 | 21,4   | 20,1 | 61,9   | 46,5 |
| Туркменистан        | 91,0  | 91,6 | 102                         | 59,6 | 31,4   | 29,5 | 98,4   | 83,0 |
| Узбекистан          | 138   | 160  | 77,5                        | 55,8 | 33,2   | 32,4 | 109  | 105  |
| Украина             | 189   | 205  | 125                         | 97,3 | 45,1   | 46,9 | 117  | 110  |

Источник: Агентство РК по статистике «Казахстан и страны СНГ» №1 2004, раздел «Здравоохранение».

Данные предыдущего обзора системы здравоохранения Казахстана и многочисленные исследования, проводимые, в стране по медицинским кадрам показали, что за 1991-2001 годы обеспеченность врачами понизилась с 38,5 до 34,6 на 10 тысяч населения (без стоматологов) включая все ведомства. В то же время по системе Министерства здравоохранения данный показатель также снизился с 35,4 до 29,2 на 10 тысяч населения. Отмечается резкое снижение численности среднего медицинского персонала почти вдвое – с 107, 9 до 54,8 на 10 тысяч населения.

### **Врачи.**

В системе здравоохранения Казахстана в 2001 году работали 44341 врач. 10,1 % из всего числа врачей работают в сельских местностях республики. Обеспеченность врачами в городах в 2001 году составила 50,5 на 10 тысяч населения и была в 4,13 раза выше, чем в сельских местностях (12,2 на 10 тысяч населения). Среди врачей 22,5 % приходится на специалистов терапевтического профиля, 11,3 % - хирургического, 6,9 % - на акушеров-гинекологов и 1,2 % на педиатров, включая неонатологов, на врачей узких специальностей приходится 58,1 %. В частных медицинских структурах трудятся 14,0 % от общего числа всех врачей. При этом ежегодно происходит рост численности врачей в негосударственном секторе здравоохранения. Так, только в течение 2000-2001 годов количество врачей в частных медицинских структурах увеличилось на 16,1 %.

По данным Европейского регионального бюро ВОЗ, количество врачей и медицинских сестер на 1000 населения по некоторым странам Западной и Восточной Европы в сравнении с Казахстаном следующие:

| Страны                | Врачи | медицинские сестры |
|-----------------------|-------|--------------------|
| Монако (1995, 1995)   | 6,6   | 16,2               |
| Австрия (2001, 2000)  | 3,2   | 5,8                |
| Бельгия (2001, 1996)  | 4,2   | 10,8               |
| Португалия (2000)     | 3,2   | 3,7                |
| Дания (1999)          | 3,2   | 13,5               |
| Финляндия (1999)      | 3,1   | 21,7               |
| Швеция (1999)         | 2,9   | 8,4                |
| Великобритания (1993) | 1,6   | -                  |
| Турция (2001, 2000)   | 1,2   | 2,4                |
| Греция (1999, 1992)   | 4,4   | 2,6                |

|                        |     |     |
|------------------------|-----|-----|
| Германия (2000)        | 3,6 | 9,5 |
| Венгрия (1999, 2000)   | 3,6 | 2,8 |
| Словакия (2001, 2000)  | 3,3 | 7,5 |
| Эстония (2001, 2000)   | 3,1 | 6,2 |
| Латвия (2001, 2000)    | 2,9 | 5,1 |
| Польша (2000, 1990)    | 2,2 | 5,3 |
| Югославия (1999, 1999) | 2,1 | 4,5 |

Высшее медицинское образование в Казахстане представлено относительно небольшим числом учебных заведений - один медицинский университет, пять медицинских академий и три частных медицинских института. Последипломное обучение осуществляется в вузах, научно-исследовательских институтах медицинского профиля, в клинической ординатуре, аспирантуре, а также в высшей школе общественного здравоохранения, созданной под эгидой ЕРБ ВОЗ и Министерством здравоохранения РК и на базе института усовершенствования врачей. Подготовка и переподготовка средних медицинских работников по всем специальностям осуществляется в 26 медицинских колледжах. В настоящее время для повышения качества подготовки выпускаемых специалистов восстанавливается одногодичная интернатура по шести основным базовым специальностям и предусмотрена резидентура по 80 и более узким специальностям, со сроками обучения от 2 до 4 лет по отдельным специальностям.

В здравоохранении Казахстана постоянно проводится анализ и прогноз количественного и качественного состава кадров. В связи с проводимыми реформами в стране здравоохранение потеряло значительное количество медицинских работников. Улучшение общеэкономической ситуации в стране дает положительный результат в обеспеченности населения медицинскими кадрами (таб.4).

Таблица 2. Обеспеченность населения РК врачами, статистические данные и прогноз (все ведомства, на 10 000 населения).

|             | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | до<br>2010 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| Казахстан   | 34,3 | 33,9 | 33,0 | 34,6 | 36,1 | 36,6 | 37,0 | 37,5 | 38,0       |
| Акмолинская | 27,8 | 26,7 | 26,6 | 30,6 | 29,4 | 29,8 | 30,2 | 30,6 | 31,0       |
| Актюбинская | 37,7 | 35,9 | 42,3 | 43,8 | 44,7 | 46,4 | 48,1 | 49,8 | 51,5       |
| Алматинская | 22,4 | 22,2 | 19,7 | 20,4 | 20,9 | 21,5 | 22,1 | 22,7 | 23,3       |

|                     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Атырауская          | 28,3 | 28,5 | 30,1 | 30,6 | 30,8 | 31,6 | 32,4 | 33,2 | 34,0 |
| В-Казахстанская     | 34,6 | 36,0 | 34,6 | 35,3 | 36,7 | 37,2 | 37,7 | 38,2 | 38,7 |
| Жамбылская          | 25,9 | 25,1 | 25,4 | 26,2 | 26,9 | 27,2 | 27,5 | 27,8 | 28,1 |
| З-Казахстанская     | 32,8 | 32,4 | 32,4 | 32,1 | 32,9 | 33,0 | 33,1 | 33,2 | 33,3 |
| Карагандинская      | 40,3 | 42,9 | 41,6 | 42,8 | 42,9 | 43,5 | 44,1 | 44,7 | 48,2 |
| Костанайская        | 24,3 | 24,4 | 23,9 | 24,7 | 24,7 | 24,9 | 25,1 | 25,3 | 25,5 |
| Кызылординская      | 27,8 | 29,5 | 30,8 | 31,5 | 32,4 | 33,6 | 34,8 | 36,0 | 37,2 |
| Мангыстауская       | 34,9 | 35,7 | 35,7 | 35,3 | 36,0 | 36,3 | 36,6 | 36,9 | 37,2 |
| Павлодарская        | 30,7 | 34,0 | 33,5 | 35,4 | 36,6 | 37,6 | 38,5 | 39,4 | 40,5 |
| С-Казахстанская     | 26,3 | 23,3 | 23,0 | 23,1 | 23,3 | 23,5 | 23,7 | 23,9 | 24,1 |
| Ю-<br>Казахстанская | 25,1 | 25,8 | 26,1 | 28,2 | 28,6 | 29,4 | 30,2 | 31,0 | 31,8 |
| Г.Алматы            | 89,3 | 72,6 | 61,7 | 72,8 | 84,1 | 85,0 | 85,9 | 86,8 | 87,7 |
| Г.Астана            | 65,8 | 67,3 | 67,8 | 47,6 | 54,4 | 55,0 | 55,1 | 55,2 | 56,0 |

Источник: Куралбаев Б.С., Гаврилов С.С., Кушанова З.С. Прогноз обеспеченности населения РК медицинскими кадрами на период 2003 - 2010гг.

Таблица 3. Численность врачей отдельных специальностей в ряде стран Содружества и Казахстан.

|             | Численность врачей<br>всех специальностей | Из них:   |         |          |             |
|-------------|---|-----------|---------|----------|-------------|
|             |   | терапевты | хирурги | педиатры | стоматологи |
|             | на 10 000 населения                       |           |         |          |             |
| Казахстан   |   |           |         |          |             |
| 1995        | 36,9                                      | 5,9       | 1,4     | 17,1     | 2,9         |
| 2002        | 36,1                                      | 4,6       | 1,1     | 16,4     | 2,5         |
| Азербайджан |   |           |         |          |             |
| 1995        | 38,6                                      | 9,9       | 3,9     | -        | 2,7         |
| 2002        | 36,5                                      | 10,3      | 4,2     | 18,8     | 2,5         |
| Армения     |   |           |         |          |             |
| 1995        | 33,6                                      | 8,5       | 3,6     | 17,3     | -           |
| 2001        | 30,3                                      | 8,0       | 3,7     | 17,8     | 1,8         |
| Беларусь    |   |           |         |          |             |

|            |      |      |     |      |     |
|------------|------|------|-----|------|-----|
| 1995       | 42,0 | 11,3 | 5,4 | 20,7 | 3,6 |
| 2002       | 45,3 | 12,0 | 6,2 | 24,4 | 4,4 |
| Грузия     |      |      |     |      |     |
| 1995       | 42,0 | 6,1  | 1,6 | -    | 2,7 |
| 2002       | 46,4 | -    | 2,8 | 22,6 | 2,9 |
| Кыргызстан |      |      |     |      |     |
| 1995       | 32,6 | 6,4  | 3,7 | -    | 2,7 |
| 2002       | 27,4 | -    | 4,0 | 9,2  | 2,1 |
| Россия     |      |      |     |      |     |
| 1995       | 44,5 | 10,5 | 5,8 | 24,6 | 3,3 |
| 2002       | 47,9 | 11,0 | 4,5 | 30,5 | 4,0 |
| Украина    |      |      |     |      |     |
| 1995       | 45,1 | -    | -   | -    | -   |
| 2002       | 46,9 | -    | 6,2 | 23,4 | 5,1 |

Источник: Агентство РК по статистике «Казахстан и страны СНГ» №1 2004, раздел «Здравоохранение».

### **Средний медицинский персонал.**

Общее число дипломированных медицинских сестер и акушерок, как и обеспеченность этими кадрами населения, в последние пять лет продолжает снижаться вследствие низкой заработной платы медицинских сестер. Обеспеченность среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений в городах на данный период составил 93,0 на 10 тысяч человек, что в 2,09 раза больше, чем в сельской местности. Среди квалифицированного медицинского персонала медицинские сестры занимают 76,3 %, фельдшера 13,7 %, на долю акушерок приходится 10,1 %. Соотношение врач: медицинская сестра по республике с 1991 по 2001 годы снизилось с 1:2,71 до 1:1,51.

Количество медицинских колледжей в Казахстане составляет 26 государственных, два из которых являются частными учебными заведениями. Диплом медицинской сестры выдается после успешного завершения двухлетней программы обучения, а для получения специализации необходимо учиться еще в течение года.

Главной задачей реформ в здравоохранении Казахстана, которые коснулись и сестринского дела является подготовка и переподготовка управленческих кадров, в том

числе медицинских сестер-менеджеров и первую очередь потому, что повышается роль первичной медико-санитарной помощи, именно на этом участке работы должны быть максимально привлечены медицинские сестры нового типа. Ни у кого не вызывает сомнения, что это экономически выгодно. На данный момент разработаны принципиальные конструктивные подходы в решении вопросов подготовки специалистов сестринского дела. Примером подготовки медицинских сестер – менеджеров является Алматинский медицинский колледж с четырехлетним курсом подготовки сестер – менеджеров. Многоуровневая подготовка специалистов по сестринскому делу в колледже предусматривает выпуск медицинских сестер общего профиля, медицинских сестер, специализированных в неотложной терапии и акушерстве и медицинских сестер – организаторов (менеджеров). Также, в Казахстане начато движение по созданию сестринских ассоциаций, основной целью которых являются решения социальных и профессиональных вопросов сестринского дела. Это объединение средних медицинских работников необходимо для успешного достижения целей и стратегий по сохранению и укреплению здоровья народа.

Таблица 4. Обеспеченность населения РК средними медработниками, статистические данные и прогноз (все ведомства, на 10 000 населения)

|                 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | до<br>2010 |
|-----------------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|------------|
| Казахстан       | 77,7 | 74,1 | 71,8 | 73,8 | 76,3  | 76,8  | 77,2  | 77,7  | 78,3       |
| Акмолинская     | 79,2 | 71,9 | 72,6 | 83,4 | 82,8  | 83,7  | 84,6  | 85,5  | 86,4       |
| Актюбинская     | 60,3 | 67,7 | 67,2 | 68,5 | 72,6  | 74,5  | 76,0  | 77,8  | 79,8       |
| Алматинская     | 67,1 | 59,5 | 46,7 | 48,9 | 52,2  | 53,3  | 54,5  | 55,6  | 57,0       |
| Атырауская      | 68,7 | 64,2 | 67,5 | 68,2 | 72,3  | 73,2  | 74,1  | 75,0  | 75,9       |
| В-Казахстанская | 77,1 | 74,7 | 71,5 | 73,8 | 74,2  | 74,6  | 75,0  | 75,4  | 76,0       |
| Жамбылская      | 70,3 | 65,4 | 65,4 | 68,8 | 77,5  | 78,8  | 80,3  | 81,6  | 82,9       |
| З-Казахстанская | 87,3 | 80,8 | 87,7 | 82,8 | 85,2  | 85,8  | 86,4  | 87,0  | 87,6       |
| Карагандинская  | 79,1 | 77,1 | 76,9 | 80,4 | 84,7  | 86,1  | 87,5  | 88,9  | 90,3       |
| Костанайская    | 68,8 | 63,0 | 62,9 | 64,9 | 67,6  | 68,0  | 68,4  | 69,0  | 71,0       |
| Кызылординская  | 96,8 | 95,8 | 94,4 | 94,5 | 100,8 | 101,8 | 102,8 | 104,0 | 105,0      |
| Мангыстауская   | 88,5 | 86,3 | 87,1 | 87,8 | 86,1  | 86,7  | 87,3  | 87,9  | 88,5       |
| Павлодарская    | 74,0 | 74,1 | 72,0 | 73,2 | 77,5  | 78,6  | 79,7  | 80,8  | 81,9       |
| С-Казахстанская | 77,8 | 75,4 | 74,1 | 75,7 | 77,3  | 78,4  | 79,5  | 80,6  | 81,7       |



|                     |       |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ю-<br>Казахстанская | 73,6  | 72,3 | 69,7 | 72,0 | 72,0 | 72,5 | 73,0 | 73,5 | 74,0 |
| Алматы              | 109,8 | 93,1 | 89,4 | 93,4 | 96,7 | 97,5 | 98,3 | 99,1 | 99,9 |
| Астана              | 88,2  | 98,7 | 89,9 | 74,2 | 68,0 | 69,5 | 71,0 | 72,5 | 73,0 |

Источник: Куралбаев Б.С., Гаврилов С.С., Кущанова З.С. Прогноз обеспеченности населения РК медицинскими кадрами на период 2003 - 2010гг.

#### **2.4. Фармация и оценка технологии медицинской помощи.**

За прошедшие годы экономических преобразований в Казахстане произошли коренные изменения в фармацевтическом секторе здравоохранения. Централизованная планово-распределительная система снабжения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения децентрализована и переориентирована на договорно-правовую основу.

На сегодня в стране функционируют 7001 аптечная организация, в том числе 3324 аптеки, 1401 аптечный пункт, 1683 аптечных киоска, 591 аптечный склад, где доля государственного сектора составляет лишь 3,6%.

Быстрый рост частного фармацевтического сектора привел к увеличению ассортимента лекарственных средств и изделий медицинского назначения до 4000 наименований.

В 2001 году зарегистрировано и разрешено к применению в Республике Казахстан: лекарственных средств – 996 наименований, из них отечественных – 313, бактериальных препаратов – 69 наименований, из них отечественных – 14, медицинской техники – 196 наименований, из них отечественных – 42. По отношению к 1991 году число зарегистрированных отечественных лекарственных препаратов возросло на 50 %, а медицинской техники и изделий медицинского назначения - на 33 %. Среди стран СНГ наибольшая доля зарегистрированных в Казахстане медицинских изделий приходится на производителей России.

Фармацевтический сектор Казахстана на 94% зависит от импорта лекарственных средств и около 300 млн. долларов США уходит из страны на их закупку. Полная приватизация, демонополизация импорта и стихийное ценообразование приводит к недоступности многих лекарственных средств для населения. Сфера распределения и продажи лекарственных средств в Казахстане в основном приватизирована. Количество

розничных аптечных организаций на 10 тыс. человек в 2003 году составила 4,67% на городское население и 3,20 % на жителей села (таб.3). Казахстан, как и раньше, испытывает острый недостаток лекарственных средств. Процент импорта лекарств остается высоким. Одним из важных аспектов, сдерживающих развитие казахстанской фармацевтической промышленности является отсутствие необходимой информации у казахстанских товаропроизводителей по современным стандартам качества при производстве лекарственных средств (стандарты GMP). Сейчас в Казахстане работает ряд иностранных организаций, в задачи которых входит ознакомление казахстанских специалистов с новыми западными технологиями: ГТЦ (Германия), ТАСИС (Европейский Союз), ЮСАИД (США), ВОЗ. Необходимо активно включать эти организации в процесс внедрения стандартов GMP на казахстанских фармацевтических предприятиях. Расходы на лекарственные средства составляют лишь малую долю от общего бюджета по сравнению с большинством стран Европейского союза. Многие пациенты еще вынуждены сами покупать лекарственные препараты, даже находясь в больнице.

На данный момент, в Казахстане существуют две крупные организации, занимающиеся вопросами фармации и лекарственных технологий - "Ассоциация представительств фармацевтических фирм в РК" и Ассоциация товаропроизводителей фармацевтической и медицинской продукции "Медфарм Казахстан".

"Ассоциация представительств фармацевтических фирм в РК" является некоммерческой организацией и представляет на казахстанском рынке профессиональные и деловые интересы международных фармацевтических компаний - производителей оригинальных лекарственных препаратов и медицинского оборудования. АПФФ была создана в марте 1999 года, и в настоящее время ее членами являются около 30 крупнейших фармацевтических компаний мира, официально аккредитованные в РК. Представляя интересы компаний, АПФФ считает своей первоочередной задачей сотрудничество с органами здравоохранения, а также с законодательными и исполнительными ветвями власти с целью разработки программы создания благоприятных условий для продажи продукции международных фармацевтических компаний на территории РК. Создание и поддержание условий для деятельности компаний-членов ассоциации, установление и поддержание контактов правительственными структурами и деловыми кругами, обмен информацией по вопросам здравоохранения с казахстанскими и международными научными и профессиональными организациями. Организация правовой и другой необходимой поддержки по защите интересов и прав членов ассоциации на территории РК, информирование обо всех значительных событиях, относящихся к сфере здравоохранения и медицинского бизнеса.

Ассоциация товаропроизводителей фармацевтической и медицинской продукции "Медфарм Казахстан" создана на Первом республиканском совещании руководителей предприятия, выпускающих фармацевтическую и медицинскую продукцию в конце 1997 года. Такое решение было принято в соответствии с Государственной программой развития фармацевтической и медицинской промышленности, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 20 августа 1997 года № 3621. На начало 2000 года в состав ассоциации входило 30 из 41 предприятия, имеющих лицензию на производство лекарственных средств и изделий медицинского назначения из различных регионов Казахстана. Основной целью работы ассоциации является защита интересов отечественных товаропроизводителей, координация их деятельности, привлечение потенциальных инвесторов и участие в работе по реализации Государственной программы развития фармацевтической и медицинской промышленности Республики Казахстан.

В 1997-1998 годах ежегодно в республике бюджетами разных уровней приобретались лекарственные средства и изделия медицинского назначения на сумму эквивалентную 40 миллионам долларов США. Причем доля лекарственных средств отечественного производства крайне низка и составила в 1997 году не более 2 %, а в 1998 - 4% от общего объема медицинских препаратов закупленных государственными учреждениями здравоохранения республики. Сейчас правительство Республики Казахстан через введение государственного заказа в действующий закон «О государственных закупках» поднимает долю отечественных лекарственных средств в общем количестве медикаментов и изделий медицинского назначения, закупаемых бюджетными учреждениями здравоохранения на тендерах различных уровней (республика, область, город, район) до 25%. Это позволит достичь роста объемов отечественного производства фармацевтической продукции на 100%. Таким образом, Казахстан в ближайшее время имеет реальную возможность развить отечественную фармацевтическую и медицинскую промышленность, до уровня выпуска лекарственных средств на сумму эквивалентную 100-120 млн. долларов США, т.е. 35-40% от потребности.

Таблица 5. Аптечная сеть в Республике Казахстан по состоянию на 01.01.03г.

| Наименование областей | Розничная аптечная сеть (аптеки, аптечные пункты, киоски) |       |      | Количество розничных аптечных организаций на 10 тыс. человек |       |      |
|-----------------------|---|-------|------|--|-------|------|
|                       | Всего   | город | село | всего  | город | село |
| Акмолинская           | 417   | 133   | 284  | 5,57   | 3,94  | 7,43 |
| Актюбинская           | 289   | 235   | 54   | 4,32   | 6,27  | 1,83 |

|                     |      |      |      |      |      |      |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| Алматинская         | 436  | 96   | 340  | 2,79 | 2,16 | 3,05 |
| Атырауская          | 176  | 102  | 74   | 3,89 | 3,88 | 3,94 |
| В-Казахстанская     | 589  | 386  | 203  | 4,02 | 4,42 | 3,31 |
| Жамбылская          | 360  | 240  | 120  | 3,68 | 5,40 | 2,24 |
| З-Казахстанская     | 185  | 110  | 75   | 3,07 | 4,38 | 2,13 |
| Карагандинская      | 575  | 475  | 100  | 4,31 | 4,25 | 4,28 |
| Костанайская        | 339  | 227  | 112  | 3,69 | 4,52 | 2,57 |
| Кызылординская      | 175  | 160  | 15   | 2,90 | 4,39 | 0,62 |
| Мангыстауская       | 131  | 114  | 17   | 3,87 | 4,34 | 2,44 |
| Павлодарская        | 343  | 284  | 59   | 4,57 | 5,82 | 2,16 |
| С-Казахстанская     | 396  | 138  | 258  | 5,81 | 5,28 | 6,00 |
| Ю-<br>Казахстанская | 586  | 220  | 366  | 2,78 | 2,99 | 2,80 |
| Г.Алматы            | 727  | 727  | 0    | 6,34 | 6,40 | -    |
| Г.Астана            | 253  | 253  | 0    | 5,04 | 5,13 | -    |
| Итого               | 5977 | 3900 | 2077 | 4,02 | 4,67 | 3,20 |

Источник: Сборник стат. материалов АРК по статистике за 2001-2002 гг. Раздел: «Фармация Казахстана».

### **Оценка технологий медицинской помощи.**

Ухудшение состояния здоровья населения Казахстана в целом и отдельных ее социальных групп привело к необходимости разработки социальных программ на государственном и региональном уровнях. Но в нынешних условиях, реальная их реализация невозможна без финансового, материального и кадрового обеспечения.

Увеличение бюджетного финансирования со стороны правительства, сегодня не решает всех проблем здравоохранения Казахстана. Необходимы коренные изменения внутри самой отрасли, пересмотр технологии управления и организации лечебно-профилактической помощи. Поэтому, из 83 млрд. тенге, выделенных здравоохранению в 2003 году, 2/3 предназначаются дорогостоящему стационарному звену. В Казахстане проблема оценки технологии медицинской помощи имеет следующие особенности:

1. Необходимо обновление медицинской техники и капитальный ремонт лечебных организаций. На это нужно в ближайшие годы около 27 млрд. тенге.

2. Необходимость разработки на уровне первичной помощи нормативно-методических документов и рекомендаций по внедрению и использованию стационарозамещающих технологий.
3. Кадровая подготовка – низкий уровень выпускников медицинских ВУЗов и отсутствие специалистов, способных работать на современном диагностическом оборудовании.
4. Лоббирование управленческих структур Казахстана в пользу стационарной помощи.

Несмотря на имеющиеся проблемы, имеется положительный опыт внедрения новых технологий в обеспечении медицинской помощью населения страны. В частности, на примере города Алматы, на станции скорой медицинской помощи внедрена автоматизированная система управления диспетчерской и аналитической служб. Технология управления работой станции строилась на основе сложившейся традиционной схемы управления процессом оказания экстренной медицинской помощи крупного города. За основу создания проекта было взято программное обеспечение «МИСС – Скорая» - медицинская информационная специализированная система для скорой медицинской помощи, разработанная в России. Для этого были использованы 21 персональный компьютер и современная телефонная связь. Оценка эффективности внедрения современной компьютерной информационной системы за короткое время дала высокую результативность. С применением новой технологии удалось сократить время вызова в 4-5 раз (не более 1 минуты), увеличилось число вызовов, улучшились показатели оперативности и качество работы скорой помощи. Также, планируется внедрение программы «Объединение в единую информационную сеть всех медицинских организаций города».

### **Заключение**

Новейшая история отечественного здравоохранения может быть представлена 3-мя этапами: бюджетного финансирования (1991-1995 гг.); бюджетно-страховой медицины (1996-1998 гг.); программного бюджетного финансирования (1999-2001 гг.). В целом развитие системы здравоохранения Казахстана отличалось бессистемностью и непоследовательностью, из-за частой смены приоритетов, задач и концепций, в том числе и лидеров отрасли.

Завершен первый этап реализации Государственной программы “Здоровье народа”, необходимо выработать меры последующих этапов развития здравоохранения страны в

21 столетии, которые должны быть частью общей политики государства в социальном секторе.

Разработка основных направлений развития здравоохранения в настоящем документе проведен с учетом стратегии Всемирной Организации Здравоохранения “Здоровье для всех в 21 веке” и Люблянской Хартии ВОЗ по реформированию систем здравоохранения.

Направления развития здравоохранения основаны на следующих принципах:

- здоровье является важнейшим правом человека;
- справедливость и солидарность в предоставлении медицинской помощи;
- этические ценности в основе политики здравоохранения;
- межсекторальный подход и участие в процессе реформ отдельных людей, групп населения, предприятий, учреждений и организаций.

Проведенный системный анализ состояния здоровья и развития здравоохранения за последние 10 лет позволил рекомендовать следующие стратегии:

1. Усиление управления здравоохранением:

- создание Министерства здравоохранения, расширение полномочий и ответственности;
- введение системы единого плательщика;
- совершенствование законодательства по здравоохранению, внесение изменений в Законы о бюджетной системе, о государственных закупках, о местном самоуправлении и др.

2. Увеличение уровня государственного финансирования, вовлечение обязательных целевых источников финансирования при участии самого человека и доведение общего уровня финансирования до 5% от ВВП и эффективное использование существующих финансовых ресурсов.

3. Экономика здравоохранения должна строиться на следующих законодательно закрепленных принципах:

- консолидация бюджета на уровне не ниже областных;
- введение прогрессивных форм финансирования, стимулирующих развитие ПМСП, профилактики и современных технологий;
- создание конкурентной среды между поставщиками медицинских услуг;
- гарантии реинвестиции внутри отрасли.

4. Усиление организационной структуры оказания медицинской помощи с развитием комплексной системы ПМСП, основанной на общей врачебной практике. Развитие

общественного здравоохранения с усилением профилактики заболеваний, здорового образа жизни и улучшение санитарно-эпидемиологической ситуации. Создание гибкого и стабильного больничного сектора.

5. Ведение рационального фармацевтического менеджмента, основанного на обязательном применении списка жизненно-важных лекарственных средств, эффективная система обеспечения лекарственных средств на амбулаторном уровне.

6. Улучшение качества медицинских услуг через внедрение новых технологий и протоколов лечения, основанных на доказательной медицине.

7. Обеспечение государством гарантированного объема медицинской помощи населению, четкое законодательное определение принципов сооплаты и платных услуг.

8. Реформирование системы медицинского образования, направленного на подготовку врачей общей практики, развитие системы обучения менеджеров здравоохранения, выработка адекватной кадровой политики и рациональной системы планирования медицинских специальностей.

9. Развитие медицинской науки в соответствии с приоритетами здоровья и здравоохранения. Особое развитие получают научные исследования по обоснованию, внедрению и сопровождению процесса реформ, внедрению новых технологий и протоколов лечения.

Система здравоохранения в современных условиях может развиваться по двум моделям:

1. Бюджетная. Имеет ряд достоинств и недостатков. При этой модели для реализации принципа адекватности финансирования необходимо дополнительно около 70 млрд. тенге.

2. Бюджетно-страховая. Принцип адекватности финансирования реализуется за счет смешанного солидарного финансирования. Внедряются экономические методы управления отраслью, повышается эффективность работы поставщиков медицинских услуг. Эта модель является наиболее предпочтительной для Казахстана.

Государство гарантирует предоставление, населению базового пакета медицинских услуг, предусматривая при этом и участие человека. Однако сооплата должна использоваться только как способ ограничения и необоснованного потребления медицинской помощи, а не как метод покрытия дефицита бюджета.

Система финансирования отрасли будет основана на принципе единого плательщика. Центральному органу управления - Министерству здравоохранения необходимо определить дополнительные функции и полномочия особенно в финансово-экономической сфере. Предполагается создание при Министерстве здравоохранения

нового юридического лица по управлению и распределению финансовыми ресурсами здравоохранения и покупке медицинских услуг.

В процессе реформирования будет создана модель здравоохранения преимущественно государственная, с системой обязательного медицинского страхования, основанная на принципах многоукладности и различных источников финансовых ресурсов. Приоритет будет предоставлен экономически эффективным видам медицинской помощи. Организация системы будет основана на первичном уровне на развитие общеврачебных практик, стационарный сектор - на развитие больниц общего профиля. Будет развито добровольное медицинское страхование. Форма собственности поставщиков медицинских услуг не принципиально.

Принятие основных направлений развития здравоохранения приведет к необходимости разработки комплексного и скоординированного мастер-плана для его реализации.

Разработка мастер-плана потребует выполнения ряда условий, таких как, создание специального Центра, включающего в себя необходимое количество специалистов, оснащенного необходимым оборудованием и материалами.

Центр разработает в течение года вышеуказанный мастер-план, а в дальнейшем обеспечит мониторинг и сопровождение хода реформ и его реализации. Необходимо заранее предусмотреть, что этап разработки мастер-плана и его дальнейшая реализация потребует значительных ресурсов, поэтому уже сейчас необходимо вести поиск возможных источников, включая международные организации и гранты, начать работу по их привлечению.

По ходу реализации мастер-плана программа реформирования все больше должна приобретать межсекторальный характер, что ведет к необходимости создания Национального совета по охране здоровья, имеющий надсекторальный статус.

Реализация подобной программы реформ в отрасли в новых экономических условиях создаст стимулы к повышению эффективности системы здравоохранения, улучшению управления, повышению качества медицинской помощи, укреплению здоровья, усилению межотраслевой интеграции в вопросах охраны здоровья населения.

## **СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ**

**Кульжанов М.К., Егеубаева С.А., Досмаилова А.М.**



## **Высшая школа общественного здравоохранения МЗ Республики Казахстан**

По данным ВОЗ создание системы паллиативной помощи онкологическим больным является одним из приоритетных направлений клинической онкологии большинства стран мира. Не является исключением и Республика Казахстан, где, несмотря на успехи в диагностике и совершенствовании методов лечения больных раком, проблема оказания паллиативной помощи пациентам с распространенными формами злокачественных новообразований требует принципиального решения.

В Казахстане, как и во многих других республиках бывшего Советского Союза, учреждение, которое во всем мире предпочитают называть одним словом - хоспис, появилось лишь в девяностых годах. Пока нет статистических данных о том, сколько людей нуждается в паллиативной помощи, то есть помощи безнадежно больным, однако необходимость существования такого учреждения очевидна. Об этом свидетельствуют статистические данные по республике. Высокий показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями, несмотря на некоторое снижение за последние пять лет. В структуре заболеваемости, в четверке лидирующих локализаций по стране находятся рак легкого, рак желудка, рак кожи и рак молочной железы. Показатель смертности за последние десять лет имеет стойкую тенденцию к снижению, при этом смертность от злокачественных новообразований остается на втором месте. Такой немаловажный показатель как показатель болезненности (распространенности злокачественных новообразований) из года в год растет, в среднем ежегодный прирост составляет 12 на 100 тыс. населения. Удельный вес зарегистрированных лиц с IV стадией заболевания за последние десять лет снизился на 7,3%. При всем при этом практически 1/5 часть пациентов с онкозаболеваниями – это пациенты со злокачественными новообразованиями IV стадии, нуждающиеся в соответствующей профессиональной медико-психологической помощи [9].

На сегодняшний день паллиативная служба Казахстана имеет разрозненную структуру и представляет собой функционирование специализированных учреждений в основном в Северном и Восточном регионах республики: хосписы действуют в шести городах республики - в Алматы, Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске, Семипалатинске и Костанаяе. ГККП «Центр паллиативной помощи» города Алматы (хоспис) - первый в стране хоспис, который был организован в 1999 году, приказом Акима и Департамента здравоохранения южной столицы. В таких учреждениях содержатся не только онкобольные, но также и больные пожилого и старческого возраста, нуждающиеся в поддерживающей терапии при терапевтической патологии.

Хосписы в Казахстане во многом отличаются от подобных учреждений развитых стран. Прежде всего, они финансируются государством, в то время как во многих странах до 80% бюджета хосписов составляют благотворительные взносы, пожертвования частных лиц и компаний, вклады государственных и негосударственных организаций и религиозных фондов [12].

Несмотря на то, что работники хосписов сталкиваются с множеством проблем - недостаточное финансирование, низкая информированность общества, дефицит профессиональных психологов и социальных работников, которым выгоднее пойти работать в частную клинику, где и работа спокойнее, и оплата выше, хоспис существует. Находятся добровольцы, согласные бесплатно ухаживать и заботиться о его обитателях. Огромную помощь по уходу за больными и их духовной поддержке оказывают религиозные организации, особенно прихожане православной церкви. Все волонтеры, оказывающие помощь в работе с пациентами, являются прихожанами православной церкви. Между тем, специфика существования хосписа в том, что больные нуждаются в усиленном питании, обеспечении особенно сильнодействующими медицинскими препаратами, постельном белье, которое в связи с тем, что меняется, стирается и кипятится ежедневно, быстро изнашивается. Хосписы испытывают нужду в необходимом инвентаре, продуктах питания, постельном белье, а также стройматериалах, так как средств на ремонт и обеспечение благоприятных условий проживания не хватает [7, 8, 13].

Существуют и проблемы, связанные с вопросами организации и управления онкологической службы. Так, по республике обеспеченность населения онкологическими койками составила 2,2 на 10 тыс. населения, что ниже установленного норматива в 3,0 на 10 тыс. населения согласно приказу МЗ РК № 206 от 26.05.1994. Более того, уже сегодня, по мнению врачей, только для Алматы необходимы как минимум четыре хосписа, чтобы удовлетворить потребность населения в паллиативной помощи.

Одна из основных проблем онкологической службы, в том числе и паллиативной помощи – кадровая.

Еще в 1981г. «право человека на смерть с достоинством» вошло в минимальный международный стандарт прав пациентов (Лиссабонская декларация о правах пациента, Всемирная медицинская ассоциация). А хоспис – это начало паллиативной медицины.

В Казахстане до сих пор нет закона о паллиативной медицине. Число штатных единиц районных онкологов и ЦРБ недостаточно для полного обслуживания постоянно проживающего населения. Более того, зачастую - это врачи совместители. Так, если в 2006г., в республике по штатному расписанию было выделено 215,75 единиц, то занято - всего 196, из них основные штатные единицы составили 124, совместители – 111.

Обеспеченность населения онкологами в 2006г. составила 0,24 на 10 тыс. населения, этот показатель остается на достаточно низком уровне вот уже на протяжении десяти лет. А такой номенклатурной медицинской специальности, как врач паллиативной медицины вовсе не существует, хотя во всех цивилизованных странах такая специальность предусмотрена [2].

То, что современное медицинское общество не в состоянии решить кадровую проблему хосписной службы, есть серьезная проблема всего государства, выходящая за пределы сектора здравоохранения. Чтобы организовать хосписную службу на должном уровне необходимо предусмотреть решение ближайших, мотивирующих задач [3]:

- солидное повышение бюджетных ставок оплаты труда медсестер и врачей хосписов;
- сокращение рабочего дня;
- снижение возрастной границы выхода на пенсию.

Одной из немаловажных задач является подготовка (обучение) специалистов паллиативной медицины. Для чего необходимы разработка соответствующих образовательных стандартов и документов и введение преподавания этой специальности в образовательных учреждениях страны на всех уровнях медицинского образования.

Считается, что хосписы экономически невыгодны, хотя более выгодного учреждения в нравственном аспекте не существует. По данным ВОЗ, каждого безнадежного онкобольного окружают десять – двенадцать близких: семья, коллеги, друзья, соседи. Без помощи хосписа, оказавшись один на один с проблемой умирающего больного, эти люди вынуждены бросать работу, испытывать бесконечные угрызения совести, чувство вины, боязнь заболеть раком. Суммируя эти факторы, приходишь к выводу, что хоспис – самое выгодное вложение капитала для государства, которое думает о своих гражданах и о том, чтобы они возвращали затраченное на них государством.

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, в главе «Реформирование и развитие системы организации медицинской помощи населению» отмечается: «...будут предусматриваться развитие службы реабилитации и паллиативной помощи (хосписы, больницы сестринского ухода и так далее) с привлечением заинтересованных министерств и ведомств, а также с участием международных и неправительственных организаций», что свидетельствует о заинтересованности государства в развитии паллиативной помощи в стране.

Сегодня в Казахстане действует только шесть хосписов. Однако в планах казахстанских специалистов паллиативной помощи - разработка Государственной

программы развития хосписов, а также необходимость открытия подобных учреждений во всех городах с населением, превышающим 100 тысяч человек [4].

Если все эти идеи воплотятся в жизнь, то у казахстанцев, страдающих от неизлечимых заболеваний, появится возможность провести последние свои дни в условиях надлежащего профессионального ухода, в окружении заботы и спокойствия.

Таким образом, оказание паллиативной помощи в Казахстане находится на стадии становления. Онкологическая служба Республики Казахстан характеризуется нехваткой медицинских кадров и специализированных коек, несмотря на высокие показатели заболеваемости. Паллиативная помощь, как неотъемлемая часть онкологической службы не имеет своей единой, стандартизированной правовой основы для деятельности. В связи с чем, необходима разработка единых подходов, организационных и экономических механизмов и стандартов для открытия специализированных учреждений подобного типа, а, кроме того, развитие холистического подхода, философии оказания паллиативной помощи населению Казахстана. С этих позиций развитие службы оказания медико-психологической помощи инкурабельным больным является одним из перспективных направлений общественного здравоохранения нашей страны.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Алферова Т.С., Кисилев А.Г., Потехина О.А. Реабилитация недееспособных за рубежом. Обзор литературы // Мед. рефер. жур. Геронт. 1990. - №9. - С.11
2. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Махатаева А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006г.// Статистические материалы, Алматы, 2007, С.50.
3. Беланова В.Г., Иванюшкин А.Я. Хоспис: помощь умирающим// Христианская ассоциация медиков, [www.medichrist.ru](http://www.medichrist.ru)
4. Братцев И. Специалисты уверены в необходимости открытия хосписов во всех городах Казахстана с населением более 100 тысяч человек// Gazeta.kz, 11.07.2005
5. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу// Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе, С-Пб., АОЗТ фирма <КЛИНТ>, 1995, С. 49.
6. Здоровье пожилых: доклад комитета экспертов ВОЗ/ ВОЗ, Женева, 1992.- С.57
7. Кабалова Л.П. О практике предоставления социально-медицинских услуг на дому и в полустационарных учреждениях государственного и муниципального секторов социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов// Мат.конс.межд.сем. - М.: МЗМП РФ, 1995. - С.110-111

8. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным// Том 1. - Под редакцией профессора Г.А. Новикова, академика РАМН, профессора В.И. Чиссова, профессора О.П. Модникова. - М.: 2004, С. 14.
9. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 1997-2006г.// Статистические материалы, Алматы.
10. Brocklehurst F. Geriatric Day Hospital // Age and Ageing. - 1995. - vol.24. - №2. - p.89
11. Stessman J., Ginsberg G. et al. Decreased Hospital Utilization By Older Adults Attributable to a Home Hospitalization Program //Jour.of The Amer.Geriat.Soc.- 1996.- vol.44.- №5.- p.591
12. Sundstrom G. Aging is riskier than it look //Age and Ageing.- 1995.- vol.24.- №5.- p.373
13. Tapper G.M. Strategic Positioning of Home Health Care Services in a Regional Integrated Delivery System //Home Health Care Management and Practice.- 1998.- vol.10.- №5.- p.30

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

**Попова Т.В.**

**Высшая школа общественного здравоохранения МЗ Республики Казахстан**

Проблема старения населения, затрагивающая все стороны деятельности государства и общества, на этапе реформирования экономики и устройства общества ставит перед Казахстаном ответственные задачи по пути к устойчивому социальному развитию, обеспечению коллективной безопасности граждан республики в течение всей жизни. Анализ современных тенденций возрастной структуры населения Казахстана свидетельствует о том, что Казахстан уже находится на пороге старения населения. Учитывая эти процессы, особый интерес вызывает целый ряд факторов, связанных со здоровьем, организацией медицинской помощи, социальной защиты пожилых людей в Казахстане.

Медико-социальная помощь лицам пожилого возраста осуществляется в результате интеграции медицинской и социальной систем обеспечения населения Республики Казахстан. Нормативно-правовую базу существующей системы медико-социальной помощи пожилым в республике составляют Законы Республики Казахстан «Об охране здоровья в Республике Казахстан» от 7 июля 2006 года, «О системе здравоохранения» от 4 июня 2003 года, «О социальной защите инвалидов Республики Казахстан» от 13 апреля 2005 года, Государственная программа реформирования и развития здравоохранения

Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года, Программа реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы от 6 января 2006 года.

Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и болезнями, представляющими опасность для окружающих, оказывается бесплатно или на льготных условиях. В список социально значимых заболеваний включены такие распространенные среди пожилых патологии, как онкологические, психические заболевания, сахарный диабет, инфаркт миокарда, состояние после операции на жизненно-важных органах, туберкулез и другие. Постановлением Правительства от 5 мая 2000 года утвержден перечень видов заболеваний (онкологические, психические заболевания, туберкулез, сахарный диабет и другие), при амбулаторном лечении которых лекарства по рецептам врачей отпускается бесплатно. Среди пожилых выявляется высокий уровень социально-значимых заболеваний: более 40 % больных со злокачественными новообразованиями, почти 60 % больных сахарным диабетом составляют лица старшего возраста. Высокие показатели заболеваемости и инвалидности населения старше 60 лет обуславливают уровень обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации (в 2 раза выше, чем среди других возрастных групп). Вместе с тем, объем стационарной помощи населению старше 60 лет остается на прежнем уровне и значительно ниже других возрастных групп. В Казахстане паллиативный уход наиболее развит в городе Алматы. Здесь базируется Республиканский госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны, Алматинский городской хоспис, Больница сестринского ухода. Организованы хосписы и в других городах – Караганде, Семипалатинске, Усть-Каменогорске и Павлодаре.

Важным направлением медико-социальной помощи и реабилитации пожилых и инвалидов является протезно-ортопедическая помощь и обеспечение техническими (компенсаторными) средствами. Все инвалиды, в том числе пожилого возраста, обеспечиваются протезно-ортопедическими изделиями и техническими (компенсаторными) средствами бесплатно или на льготных условиях. В республике действуют три протезно-ортопедических центра: Алматинский, Петропавловский и Семипалатинский, финансирование которых осуществляется из республиканского бюджета. Принимаются меры по улучшению обеспечения инвалидов, в том числе старшего возраста, с нарушением слуха и зрения, сурдо- и тифлосредствами. По медицинским показаниям за счет местных бюджетов осуществляется обеспечение инвалидов, в том числе пожилого возраста, кресло-колясками различной модификации.

Составной частью медико-социальной помощи и реабилитации пожилых и инвалидов является санаторно-курортное лечение. Среди лиц, улучшающих состояние

своего здоровья в санаториях Казахстана, 16% составляют лица пенсионного возраста. В республике функционируют 79 домов-интернатов, являющихся медико-социальными учреждениями, в них на полном государственном обеспечении находятся более 17 тысяч человек (из них 61 - дома-интернаты для престарелых и взрослых инвалидов). Появились частные дома-интернаты. Одним из видов социальной помощи и реабилитации является социальное обслуживание на дому, которое в республике предоставляется 339 отделениями социальной помощи и 7 Территориальными центрами, обслуживающими более 34 тыс. одиноких престарелых и инвалидов. В Алматы организованы Социальный жилой дом для одиноких пенсионеров и инвалидов, одиноких супружеских и семейных пар пенсионного возраста, Дом ветеранов.

В Казахстане Американский Международный Союз Здравоохранения успешно внедряет проект оказания первичной медико-санитарной помощи, ориентированный на сообщества. В рамках этого проекта в Астане в 2000 году был основан Центр семейной медицины «Демеу», в котором впервые в СНГ осуществляется интеграция медицинской и социальной помощи на уровне первичного звена, включая помощь уязвимым группам населения, в том числе населению пожилого возраста. Повышение качества медицинского обслуживания, подтвержденное улучшением индикаторов здоровья среди охваченного населения, вызвало необходимость распространения этой модели первичной медико-санитарной помощи на всю страну. С 2004 года аналогичный проект внедряется в Семипалатинске и Уральске, предполагается внедрение в городах Кокшетау и Алматы.

Схематически интеграция медицинской и социальной систем обеспечения при оказании медико-социальной помощи (МСП) пожилым, в том числе инвалидам в Республике Казахстан представлена на Рисунке 1.

Программой реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы предусматривается реорганизация сети учреждений социального обслуживания престарелых и инвалидов, в т.ч. структурное и организационное их преобразование, разработка Государственных стандартов социального обслуживания, создание сети домов-интернатов малой вместимости, обеспечение строительства и/или реконструкции домов-интернатов в областях и городах Алматы, Астаны, осуществление строительства хосписа в Костанайской области и другие мероприятия.

Во многих регионах успешно работают неправительственные организации, которые совместно с медицинскими работниками оказывают медицинскую и социальную помощь данной категории населения. В Казахстане активно действуют общественные объединения (Ветеранов ВОВ, «Поколение», «Ардагер», «Диабетическая ассоциация Республики Казахстан», Казахское общество глухих, Казахское общество слепых,

Добровольное общество инвалидов РК, Ассоциация женщин-инвалидов «Ширак», общественное объединение инвалидов, имеющих высшее образование «Намыс», Азиатское общество по правам инвалидов «Жан» и другие). Создан Общественный фонд «Содействие занятости и социальная защита малообеспеченных граждан», одним из главных направлений деятельности которого является проект «Забота» для оказания помощи нуждающимся из числа пенсионеров, инвалидов и других социально уязвимых слоев населения.

Вместе с тем, многие законодательные акты в области оказания медико-социальной помощи носят декларативный характер и не имеют достаточного финансового обеспечения, порой имеет место межведомственная разобщенность. В республике нет геронтологической службы, не ведется подготовка врачей-геронтологов.

Таким образом, на современном этапе в Республике Казахстан оказание медико-социальной помощи пожилым и инвалидам старшего возраста осуществляется в результате взаимодействия деятельности в основном двух государственных ведомств: Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты населения, осуществляющих интегрирование медицинской и социальной систем обеспечения пожилым лицам и инвалидам.

Медико-социальная помощь также оказывается и негосударственным сектором - неправительственными организациями и общественными объединениями.

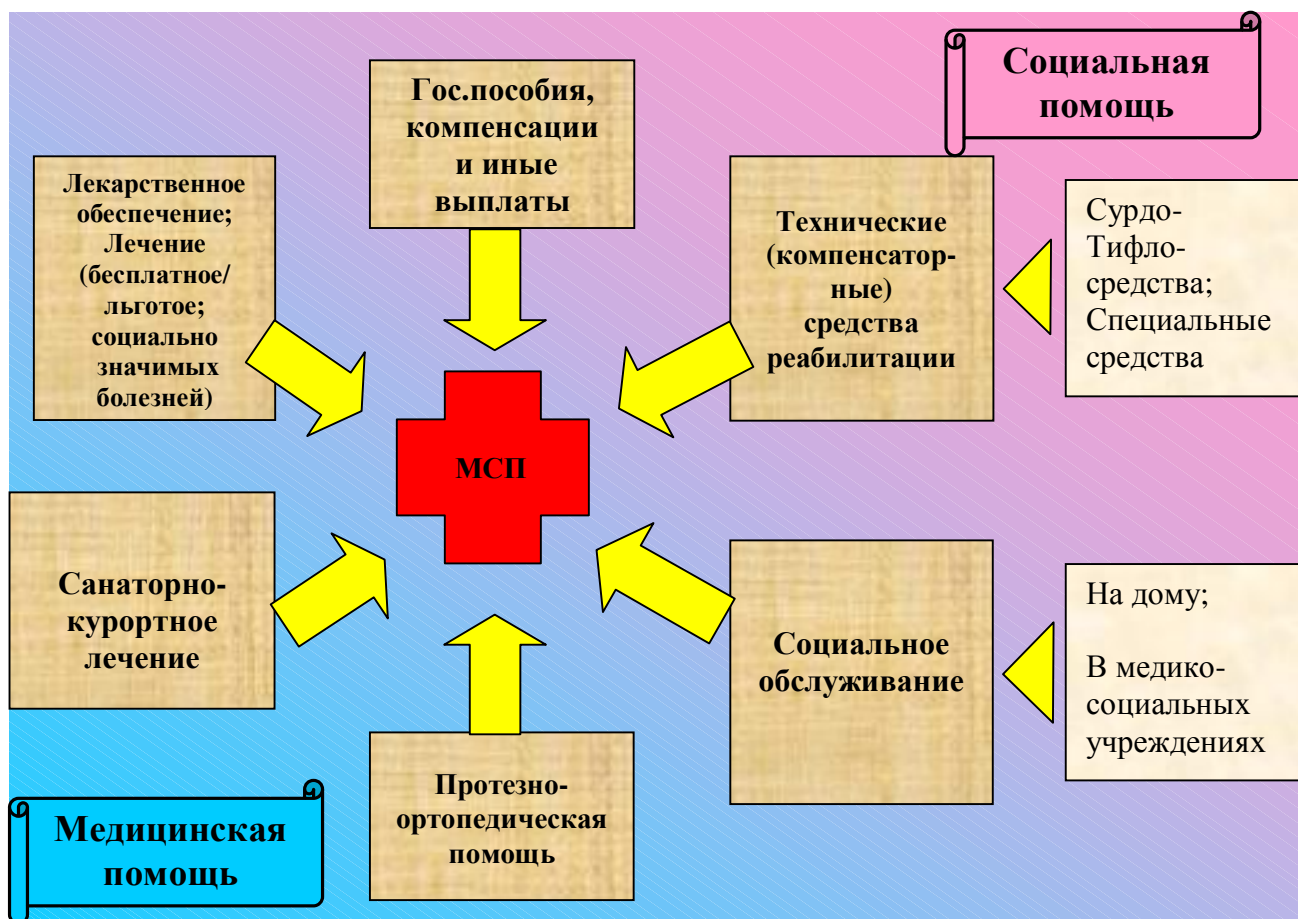
Следуя рекомендациям и принципам, изложенным в документах ООН по проблемам старения населения, и руководствуясь ими, необходимо сформировать и реализовать собственную государственную стратегию реагирования на новый вызов времени.

Факторы риска, препятствующие здоровому старению, и провоцирующие рост заболеваемости, инвалидизации и преждевременную смерть среди пожилых, носят системный характер и требуют комплексных решений, направленных на преодоление или существенное снижение их негативного влияния.

Комплексное решение проблем пожилых видится в применении в республике стратегии здорового старения - разработке и принятии Государственной программы «Здоровое старение».

## **Рисунок 1. Медико-социальная помощь лицам пожилого возраста в Республике Казахстан**





## К ВОПРОСУ О КАДРОВОМ МЕНЕДЖМЕНТЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ.

Муратбекова С. К.

Медицинский колледж, г. Кокшетау

Сестринское дело – составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи.(1) Процесс реформирования сестринского дела в Республике Казахстан идёт медленно и трудно по ряду причин, одной из которых является недостаточная активность самих медицинских сестёр. Находясь на вторых ролях в медицине, медицинские сёстры зачастую не стремятся проявлять инициативу. Однако без качественного сестринского ухода не может быть качественной медицинской помощи.

Проблема структурной перестройки отрасли требует новых подходов в решении сложных социально – психологических задач в сфере рационального использования

трудовых ресурсов. Основными направлениями оптимизации ресурсного обеспечения здравоохранения являются:

- устранения прямых потерь ресурсов за счёт устранения дублирования функций;
- перераспределение функций между врачами и средним медицинским персоналом, между средним и младшим медперсоналом;
- усиление позиций среднего медицинского персонала на всех уровнях медицинского обслуживания;
- увеличение доли средних медицинских работников в кадровой структуре отрасли;
- повышение их правового и материального статуса и др.

Сфера деятельности медицинских сестёр включает оказание широкого спектра услуг в рамках первичной медико–санитарной помощи и участие в проведении высокотехнологичных научных исследований. Специалистам в области планирования стало труднее описывать характер и масштабы медицинской практики, а соответственно, привести навыки и знания сестринского персонала на уровень потребностей населения без дублирования служб.

Анализ практики медицинских сестёр в регионах методом опроса свидетельствует о ряде факторов, препятствующих преобразованиям в сестринском деле, среди которых:

- правовые (отсутствие стандартов и законодательства о сестринской деятельности);
- организационно – управленческие (отсутствие комплексного подхода к реформированию отдельных звеньев системы здравоохранения, нехватка организаторов сестринского дела, владеющих современными методами менеджмента и маркетинга, способных проводить экспертизу качества и эффективности сестринской помощи);
- дефицит сестринских кадров и младшего медперсонала, отсутствие специалистов – организаторов сестринского дела с высшим образованием, высокий коэффициент совместительства.

Как и за рубежом, в республике Казахстан выделяют основные направления в работе сестёр для эффективной деятельности служб здравоохранения, включающие профилактическую, медико–социальную и медико–реабилитационную помощь населению.

Проведённые исследования подтверждают готовность медицинских сестёр к расширению самостоятельности при организации ухода за больными, увеличению количества выполняемых манипуляций. Для поддержания готовности к расширению объёма манипуляций по уходу за пациентом необходимы условия, включающие адекватную заработную плату, современное материально – техническое обеспечение рабочих мест, организацию труда с учётом новых технологий лечебно – диагностического

процесса, рост профессионального образования. Медицинские сестры выполняют в ряде случаев низко оплачиваемую часто сверхурочную работу, используют неудобные и в недостаточном количестве предметы для ухода за больными. До сих пор профессия – медицинская сестра не считается самостоятельной профессией. Низкий престиж профессии медицинской сестры в современном обществе, невозможность профессионального роста, отсутствие условий для выполнения научных исследований побуждал определённую часть опытного и квалифицированного сестринского персонала, как свидетельствует практика, получать профессию врача, диплом учителя биологии или химии с последующим устройством в медицинские учреждения на врачебные должности.

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала меняются в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением:

- развитие первичной медико–санитарной помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения, функционирование школ пациента;
- реструктуризация медицинских учреждений, обуславливающая оптимизацию сроков пребывания в стационаре;
- расширение объемов помощи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса;
- совершенствование системы, форм и этапов реабилитационных мероприятий;
- формирование больниц или отделений сестринского ухода;
- развитие системы хосписов и оказанием паллиативной помощи умирающим, базирующейся на единстве медицинской, социальной систем и духовных институтов общества.

Всё это требует совершенствования образовательной части системы подготовки и повышения квалификации специалистов сестринского дела. В развитых странах сестринское дело стремится создать собственную, уникальную структуру знаний. Однако в России в большинстве случаев медсестры выполняют работу статистиков, лаборантов, санитарок. На приёме у врача пациент сталкивается с тем, что медсестра, как правило, только выписывает рецепты по указанию врача, а в стационарах – раздаёт лекарственные препараты и выполняет «молча» предписанные процедуры и манипуляции. Всё это не способствует росту престижа и вовлечённости сестринского персонала, не использует в должной мере громадный профессиональный, интеллектуальный и человеческий потенциал медсестёр.

В то же время обеспечение качества медицинской помощи в регламенте современных международных стандартов возможно только в том случае, если значительную часть

работы с пациентом возложить на сестринский персонал. Например, медсестра может объяснить и расписать схему приёма назначенных врачом препаратов; предложить форму дневника пациента для самоконтроля; объяснить, как надо подготовиться к предстоящей процедуре; объяснить специфические трудности и сложности предстоящей процедуры; объяснить содержание и цель концепции постоянного совершенствования и т.д. Медсестра должна проводить работу с пациентом с учётом его состояния, менталитета, возраста, способностей, возможностей, желаний и интеллекта.

Школа здоровья для пациента, индивидуальная работа с пациентом обеспечивает помощь, ориентированную на пациента, когда он является объектом для всех элементов системы.

Целесообразно изучение зарубежного опыта оформления и ведения первичной документации и обновление технологий её ведения. Для реализации эффективной организационной деятельности сестринских кадров необходима подготовка главных медицинских сестёр в современной интерпретации – профессиональных менеджеров сестринских служб (2). Разнообразные функции медицинской сестры предусматривают большое количество профессиональных подходов, поэтому сестринский персонал трудится практически во всех направлениях здравоохранения. Хотя эти качества являются сильными сторонами сестринской работы, они иногда порождают конфликты между сёстрами и другим персоналом из-за недостаточно чёткого определения сферы компетенции, дублирования функции специалистов, отсутствия системных знаний по коммуникации, конфликтологии, низкого уровня психологической устойчивости против стрессов недостаточной общей культуры. Анализируя деятельность медицинских организаций, легко заметить, что при одинаковых кадровых и финансовых возможностях успехи отдельных коллективов разные. Проблема заключается не только в объективных условиях, но и в личности организатора. Изучение личности сестринского руководителя необходимо и для оценки его способности адаптации к условиям реформирования. Как известно, это сопровождается снижением работоспособности, повышением конфликтности, ухудшением состояния здоровья. При длительно воздействующих профессиональных стрессах возможно развитие соматических заболеваний у руководителей.

Согласно анкетированию выделены такие желательные личностные качества, как интеллект, доминантность, уверенность в себе, эмоциональная уравновешенность и стрессоустойчивость, креативность, предприимчивость, ответственность и надёжность, что частично соответствует идеальным качествам главной медсестры(3). Однако из имеющихся личностно-характерологических качеств отмечено иное: неуверенность в

своих силах, склонность к аффективным реакциям, ситуативная тревожность, излишняя агрессия и конфликтность как следствие заниженного уровня самооценки и затруднения в построении контактов с людьми. Таким образом, в личностном портрете сестринского руководителя, наряду с высокими профессиональными амбициями и исполнительской дисциплиной, имеет место заниженный уровень самооценки, нестабильная личная эмоциональная устойчивость, слабое знание основ коммуникации. Отсутствие механизмов реализации карьерных амбиций сестринского организатора усугубляет эти особенности. Сегодняшний уровень развития сестринского дела позволил подойти к необходимости создания его новой национальной модели, которая будет способствовать реформированию сестринской помощи. Границы компетенции медицинской сестры новой формации зависят от уровня её образования. Уровень образования – это важный фактор безопасности пациентов и качества ухода.[2]. Изучив системы подготовки сестёр США, Канады, стран Европы, Центрально–Азиатских стран и России, а также ранее действовавшие в нашей республике, с учётом перехода РК в 2008 году 12-летнее образование, на наш взгляд наиболее приемлемым является трехуровневая структура подготовки медицинских сестёр, как наиболее многочисленной группы среди специалистов среднего звена (удостоверение медицинской сестры по уходу, диплом медицинской сестры общей практики, диплом бакалавра сестринского дела). Учитывая выше изложенное, возникает необходимость в предпочтительности приёма для получения высшего сестринского образования лиц, завершивших II уровень образования. Ориентируясь на психологический портрет сестринского руководителя, преподаватели видят перспективы совершенствования последиplomной подготовки в том, чтобы увеличивать знания по лидерству, обучить умению противостоять профессиональному стрессу, поднять уровень навыков в решении деловых проблем.

Существуют причины, ухудшающие мотивацию труда главной медицинской сестры. Помимо этого в личностном портрете главной медсестры важное место занимает признание других людей, что требует морального поощрения их труда в глазах руководителей общества. Избегание конкуренции, как способа соревнования, подтверждает характерологическую особенность главных медицинских сестёр со средним специальным образованием; неуверенность в себе, своих силах, заниженная самооценка. В связи с этим воспитание и обучение специалиста на рабочем месте в виде наставничества остаётся актуальной формой повышения качества сестринской помощи.

Среди проблем здравоохранения в период реформ особо выделяется проблема качества медицинской помощи. В числе характеристик качества медицинской помощи следует особо отметить приемлемость помощи ожиданиям пациентов и их родственников,

справедливость и законное распределение обоснованной помощи населению, безопасность и своевременность, которые зависят от работы медицинских сестёр. В настоящее время необходимо определить проблемы, показатели оценки, методы работы, сроки. Педагогам и организаторам общественного здоровья следует реагировать на это расширение работы по созданию взаимопонимания, представления о качестве у пациента – врача – медсестры и инвестора, расширяя использование экономических и моральных стимулов, а также обучая методам «работы в команде»(4,8).

В конечной цели непрерывного сестринского образования – профессиональном росте и гарантии безопасности, компетентности и качества сестринского ухода – заинтересованы в равной степени и работодатель и работник. Первые заинтересованы в поддержании конкурентоспособности медицинского учреждения, что недостижимо силами неквалифицированного персонала. Сами работники стремятся быть максимально востребованными на рынке трудовых ресурсов, что заставляет их поддерживать свои знания, навыки в периоде последиplomной подготовки для сохранения профессиональной компетенции.(6)

Известно, что продвижение реформ невозможно без изменения отношения врача и общества к роли медицинской сестры. Уважение обществом врачей и восприятие медсестры как полноправного участника лечебного процесса возможно не только с изменением программ сестринского образования, но и законотворческих процессов по роли и месту медсестры.

В связи с начатой подготовкой менеджеров сестринского дела в нашей стране необходимо решить вопросы ведения в номенклатуру должностей штатной медсестры – менеджера ЛПО, заведующего приёмными отделениями, операционными блоками, информационно – аналитическими отделами клинических больниц, отделами маркетинговых исследований, директоров хосписных больниц, заведующих бригадами сестёр специалистов общей практики, паллиативной медико–социальной помощи хроническим больным и инвалидам, что позволит решить проблему востребованности, эффективного использования и достойной оплаты специалистов с высшим сестринским образованием.

Организаторам здравоохранения и сестринского дела (3,4,5) хорошо известны проблемы сестринской службы: трудоустройство медицинских сестёр с высшим образованием; отсутствие законодательной базы и узкая номенклатура сестринских должностей с высшим образованием; низкая моральная и материальная заинтересованность медицинских сестёр в совершенствовании профессиональных знаний и навыков; физически и эмоционально тяжёлый труд без возможности для релаксации и

разрядки; низкий уровень самооценки и престижа сестринской профессии; адаптация молодых специалистов на рабочем месте; синдромы эмоционального выгорания и хронической усталости; отсутствие нормативов нагрузки, стандартов качества.

Исходя из этого, сотрудничество организаторов общественного здравоохранения с творческими научными и педагогическими коллективами является путём их решения. Одной из педагогических задач является развитие мотивации к творчеству руководителя – наставника сестринского дела. Этому могут, на наш взгляд, служить:

- развитие в себе положительных эмоций, проявляемых при общении с коллегами и пациентами;
- творческая работа, дающая возможность самореализации;
- возможность карьерного продвижения и социальные гарантии.

В настоящее время существует кадровая диспропорция «сестринский персонал – врачи». Она характеризуется увеличением во врачебной деятельности доли тех видов медицинских услуг, которые должны осуществлять хорошо подготовленные медицинские сёстры, а с другой стороны сестринскому персоналу отводится роль технического персонала, не требующего специальной медицинской подготовки. Последнее обстоятельство оказывает отрицательное влияние на качество сестринской помощи, имидж и привлекательность профессии медицинская сестра(5). Увеличение численности врачей и уменьшение числа средних медицинских работников в Республике Казахстан следует признать нерациональным с точки зрения экономической эффективности подготовки и использования медицинских кадров. Наблюдаемые в настоящее время тенденции развития сестринского дела свидетельствуют о следующем:

- низкие соотношения врач – медсестра противоречит мировым тенденциям по этому показателю(1:4) (4), в РК в 2006 году соотношения врачей и среднего медицинского персонала составило 1:2,1;

- повышение объёма техногенных вмешательств увеличивает перегрузку врача сестринскими манипуляциями с одновременным сокращением объёма медицинских услуг при сестринском уходе;

- резкое сокращение численности младшего медицинского персонала привело к расширению объёма несвойственных вспомогательных технических функций, не требующих сестринской квалификации (6);

- подавляющее число врачей не признают вклад медсестры в лечебно – диагностический процесс, не умеют и не ориентированы на выстраивание равноправных партнёрских отношений с ними (4);

- наличие тенденции к развитию синдрома профессионального выгорания(7). Своевременным является обоснование и введение в штаты отдельных учреждений здравоохранения должности психолога, осуществляющего коррекцию имеющей место профессиональной психологической деформации личности медицинского работника;

- карьерные устремления сестринских руководителей не имеют юридического обеспечения, что не благоприятно сказывается на престиже этой профессии в нашей стране.

Имеющийся зарубежный опыт по этому вопросу (США, Япония, ФРГ и др.) свидетельствует об убедительном поощрении карьеры человека внутри одной специальности (горизонтальная модель продвижения карьеры). В то же время в управлении карьерой сестринских специалистов возможно использование вертикальной модели со сменой учреждения и узкой специализацией работника. Возрастные роли, самостоятельности и престижности работы медицинской сестры возможно путём создания стандартов профессиональной деятельности средних медицинских работников в различных сферах и совершенствованием имеющихся организационных форм труда медицинских сестёр.

Руководителям сестринского дела новой формации предстоит решать следующие актуальные задачи:

- Пересмотреть термин «медицинская сестра», что связано с расширением сферы деятельности и изменением потребностей в системах медико–санитарной помощи (3). Ключом к профессиональному совершенствованию в медсестринской практике служит образование.

- На государственном уровне следовало бы возобновить должность главного специалиста по сестринскому делу, сформировать отдел по медсестринской практике, что позволило бы сестринскому и акушерскому персоналу оказывать влияние на национальную политику в области здравоохранения.

- Поддерживать новаторские подходы к составлению учебных программ и разработке методов обучения и усвоения материала;

- Основанных на результатах анализа состояния труда врачей и медсестёр, на прогнозах национальных потребностей в области здравоохранения и сестринских служб, необходимых для их удовлетворения;

- Ориентированных на помощь в приоритетных направлениях развития сестринского дела и способствующих развитию навыков критического мышления и решения проблем у руководящего персонала;

- Основанных на концепции первичной медико-санитарной помощи;



- Соответствующих результатам современных исследований в области сестринской практики
- Приемлемых с точки зрения национальных обычаев;
- Многофункциональных, содействующих при необходимости обмену знаниями углублению взаимопонимания между представителями разных профессий;
- Необходимо рассмотреть требования, предъявляемые к абитуриентам, поскольку профессия медицинской сестры требует самоотдачи, зрелости, способности быстро и точно оценивать и обобщать большое количество информации.

Поддержка инициатив медицинских сестёр, стимулирование лидерства, совершенствование системы отбора и применение многообразных форм и уровней обучения благоприятно скажутся на будущем сестринского дела.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Иодковский К.М., Хильмончик Н.Е., Высшее сестринское образование в Республике Беларусь: состояние и перспективы развития // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.науч.работ.-Гродно,2002. С.68-70.
2. Туркина Н.В. Высшее сестринское образование в СПбГМА им. И.И.Мечникова. материалы международной научно – практической конференции «Высшее сестринское образование. Проблемы и перспективы.» 29 апреля 2004 года, Санкт – Петербург
3. Медсестринская практика. Доклад комитета экспертов ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1996.-51с.
4. Аканов А.А. Хамзина Н.К. Бурибаева Ж.К. «Сестринское дело в Казахстане» Астана 2005г.
5. Перфиьева Г.М. Сестринское дело в России (социально – гигиенический анализ и прогноз): автореф ..дисс.д-ра мед. Наук.- М.,1995.-46с.
6. Хейфец А.С. Обзор и анализ инновации в реформирование сестринского дела в лечебно–профилактических учреждениях России // Главн. Мед. Сестра 2002,2003. №№10-12, 1,3.
7. Матвейчик Т.В.Волченко В.Ф.Самодиагностика и профилактика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости // Учебно–практическое пособие, изд. Бель – МАПО2002.-23с.
8. К.Аяпов Мысли о реформе сестринского образования в РК. // Медицина №1,2006г – с 3-4.

9. Хенси Д, Хикс С. Идеальные качества главных медицинских сестёр в Европе // Медицинские знания. 2003. №2 С31- 32.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ КАЗАХСТАНА**

**Арингазина А.М., Таланова О.Д.**

**Высшая Школа Общественного Здравоохранения МЗ Республики Казахстан**

**Ключевые слова:** *Социально-экономический статус, общественное здоровье, социально-экономические детерминанты, здоровье школьников*

Социально-экономический статус лежит в основе неравенства и является важным предиктором здоровья в любом возрасте (1). Это составной критерий, объединяющий в себе экономическое положение (доход семьи), социальное положение (образование, состав семьи), положение в отношении работы (род занятий членов семьи). Исследованиями, проведенными в различных странах, выявлено, что различия социально-экономического статуса оказывают как непосредственное, так и косвенное воздействие на здоровье взрослых и детей (2,3,4). Так, уровень доходов семьи определяет различия в жизненных стандартах - количестве и качестве потребляемых товаров и услуг. От этого, в свою очередь, зависят калорийность, разнообразие и сбалансированность питания, защитные и санитарно-гигиенические свойства используемой одежды и обуви, удобство и комфорт микросреды обитания. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации, способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Неравенство в жизненных стандартах определяет неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями здоровья. С подобными механизмами "передачи" влияния социально-экономического неравенства на здоровье связана общая гипотеза исследований о том, что связь между показателями здоровья и социально-экономическим положением имеет форму зависимости "чем лучше экономическое положение, тем лучше здоровье"(1).

Вместе с тем, в последнее время обнаружены иные каналы существенного влияния неравенства на здоровье, в частности, установлено, что хронические стрессы, связанные с неудовлетворенностью занимаемым социально-экономическим положением, переживаемые подростками, могут приводить к изменению нейроэндокринного и

психологического функционирования организма и увеличивать риск заболеваний. Длительное состояние страха, неуверенности, низкая самооценка, социальная изоляция, невозможность принимать решения и контролировать ситуацию в школе и дома оказывают серьезное влияние на здоровье: вызывают депрессию, повышают предрасположенность к инфекционным заболеваниям, диабету, высокому уровню холестерина в крови, сердечно-сосудистым заболеваниям. Низкое социально-экономическое положение воздействует на здоровье непосредственно через депривацию и материальные лишения и через субъективное восприятие людьми своего "неравного" положения в обществе и связанные с этим оценки, отношения, переживания (5,6,7).

При изучении влияния социально-экономического неравенства на общественное здоровье в поле зрения должны находиться объективный социально-экономический статус и субъективный.

Даже в наиболее благополучных странах малоимущие люди живут существенно меньше и болеют значительно чаще, чем богатые. С одной стороны, эти различия в состоянии здоровья являются отражением недопустимой социальной несправедливости, с другой, они привлекли внимание ученых к некоторым важнейшим факторам или детерминантам, определяющим уровень здоровья в современном обществе. В частности, они привели к росту понимания тесной зависимости состояния здоровья от социальной окружающей среды и того, что сейчас часто определяется как социальные детерминанты или составляющие здоровья (6,7). Хотя медицинская помощь и может продлить жизнь людей и улучшить прогноз пациентов с рядом грозных болезней, более важными для здоровья населения, в целом, являются социально-экономические условия, под влиянием которых люди заболевают и начинают нуждаться в медицинской помощи. Особенно важно социально-экономическое благополучие в детском и подростковом возрасте, когда формируется основа как физического, так и психического здоровья, закладывается основа многолетних привычек и приверженности к определенному образу жизни. Всеобщая доступность медицинской помощи – одна из важнейших социальных составляющих здоровья. Сколь бы важна ни была наследственная предрасположенность к тем или иным болезням, общие причины нездоровья кроются в воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды: они приходят и уходят гораздо быстрее, чем медленные генетические изменения, поскольку отражают существующие изменения в нашей жизни.

Именно поэтому за последние несколько десятилетий столь значительно возросла ожидаемая продолжительность жизни; именно поэтому в некоторых европейских странах здоровье населения улучшилось, а в других – нет; и именно поэтому различия в здоровье

между различными социальными группами увеличились или уменьшились в зависимости от направления изменения социально-экономических условий (7).

Благодаря сочетанию подходов, характерных для экономики, социологии и психологии, с одной стороны, и нейробиологии и медицины, с другой, создается впечатление, что очень многое зависит от понимания взаимодействий между материальным неблагополучием и его социальными аспектами. Дело не просто в том, что плохие материальные условия оказывают вредное влияние на здоровье; важными факторами также являются социальные последствия, связанные с бедностью, безработицей, социальной отчужденностью или другими негативными и стигматизирующими факторами. Такие формы гигиенического поведения, как курение, несоблюдение диеты, низкая физическая активность и употребление алкоголя, напрямую связаны как с экономическим статусом, так и с последствиями для здоровья взрослых (8). Данные исследований-наблюдений и интервенционных исследований показывают, что основы здоровья взрослого человека закладываются в период внутриутробного развития, раннего детства, препубертатного и пубертатного периода. Неблагоприятные условия в раннем возрасте и замедленное развитие оказывают неблагоприятное воздействие на биологические системы в процессе развития и воздействуют на фундамент биологического капитала каждого человека, во многом определяющего состояние его здоровья на протяжении всей дальнейшей жизни.

В настоящее время взаимосвязь между социально-экономическим статусом и здоровьем в Казахстане привлекает все большее внимание, так как в последнее десятилетие изменилась структура экономического неравенства, увеличилось число людей, живущих в бедности. Разрыв между бедными и богатыми пришел на смену относительному равенству в уровне жизни и доступе к возможностям, которое существовало до 90-х годов прошлого века. Изменились условия жизни детей и подростков в семье. В последние годы варьирует и структура семей Казахстана. Дети чаще живут в семьях разнообразных структур: семьи с одним родителем, приемные семьи, семьи, которые живут вместе только часть времени из-за специфики работы родителей (работа вахтовым методом). Определенные типы семей чаще живут в бедности – одинокие родители, многодетные семьи (9).

Влияние социально-экономических детерминант здоровья школьников в Казахстане, является малоизученной проблемой, если связь между здоровьем, привычками и социально-экономическим положением взрослых является явной, то в отношении детей, эта связь менее очевидна. Целью работы является представление метода измерения неравенства у школьников, характеристика структуры социально-

экономических детерминант по возрасту и региону, выявление связи между социально-экономическим положением семьи и качеством жизни, а также субъективным восприятием здоровья. Планируется определение корреляции социально-экономического статуса с вредными привычками (курение, употребление алкоголя), дать заключение о социально-экономическом положении и его влиянии на здоровье, качество и образ жизни школьников Казахстана. Инструментом исследования является стандартный вопросник, разработанный на основе международного опроса ВОЗ (9,10). В целевой контингент вошли дети 11, 13, 15 лет городов Астана, Алматы, Шымкент, в каждой возрастной группе по 1500 школьников.

Особую актуальность данное исследование приобрело в связи с выпуском ВОЗ первых согласованных на международном уровне классификационных кодов для оценки здоровья детей и подростков в контексте стадий их развития и окружающей среды, в которой они живут. "Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков" (МКФ-ДП) подтверждает важность точных описаний состояния здоровья детей с помощью методологии, которая долгое время являлась стандартом для взрослых людей (11). МКФ-ДП применяет классификационные коды к сотням функций и структур организма, активности и участию, а также различным факторам окружающей среды, которые ограничивают или облегчают многочисленные повседневные действия молодых людей. Так в классификации есть разделы, позволяющие собрать данные о воздействии социального окружения (d910-d999), экономических факторов (d860-d879), трудовой занятости (d840-d859) (11).

Настоящее исследование посвящено изучению различий социально-экономического статуса, его связи со здоровьем, гигиеническим поведением и последствиями для здоровья у школьников различных регионов Казахстана с целью улучшения понимания влияния неравенства на здоровье и использования этих данных при разработке программ укрепления здоровья и повышения благополучия детей.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Wilkinson R., Marmot M. The solid facts. WHO. – 2004. 43 p.
2. Adler Ne et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994, 49:15 –24.
3. Rainwater L, Smeeding TM, Coder J. Child poverty across states, nations and continents. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001:33 –74.

4. Bradshaw J. Comparisons of child poverty and deprivation internationally. In: Bradshaw J, ed. The well-being of children in the UK .London, Save the Children, 2002: 17 –26.
5. Aringazina A. Linking health education with public health in Kazakhstan. 5<sup>th</sup> IUHPE European Conference on the Effectiveness and Quality of Health Promotion, 11-13 June 2002, London, United Kingdom. 2002, p.48.
6. *Poverty and exclusion among urban children*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2003, (Innocenti Digest, No. 10; <http://www.unicef-icdc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=342>, accessed 29 January 2004)
7. Dahlgren G., Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health. WHO, No.3, 2006.
8. Аканов А.А., Нурманов К.Д., Арингазина А.М., Байсеркин Б.С, Аимбетова Г.Е., Егеубаева С., Секербаяев А.Х., Индершиев А.М. Общественное здравоохранение: основные подходы и принципы определения и удовлетворения потребностей человека. Алматы-2007, Глава Социальное здоровье стр.77-94
9. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey .Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 ([http://www.hbsc.org/downloads/Protocol\\_Section1.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf), accessed 27 January 2004 г.
10. HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization collaborative cross-national study [web site]. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2002 (<http://www.hbsc.org/publications.html>, accessed 27 January 2004).
11. International Classification of Functioning, Disability and Health, current version Materials of Conference on Children Health, Disability and ICF-CY Venice, Italy, 25-26 October 2007.

## **МЕСТО МЕХАНИЗМОВ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С ПАЦИЕНТАМИ В СИСТЕМЕ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Калажанов М.Б., Абдрахманова С.А.**

Система рейтинга поставщиков медицинских услуг складывается путем введения определенного набора индикаторов, при сравнении которых выявляется уровень

соответствия медицинских провайдеров тем или иным требованиям, а также результативность лечебного процесса в данных лечебных учреждениях.

Многие страны стремятся определить свой набор совокупных показателей деятельности и данных о результатах в качестве объективной оценки качества оказания услуг.

Индикаторы выбираются с учетом стандартных требований к ним – то есть они должны быть исчисляемыми, доступными, не затратными, информативными, достоверными. Обычно индикаторы демонстрируют результативность медицинской помощи в данном учреждении и отражают, как правило, больничную летальность, наличие осложнений от лечения.

С 2005 года в системе здравоохранения функционирует государственный контрольный орган с региональными подразделениями, по результатам деятельности которого вполне может быть сформирован определенный рейтинг организаций здравоохранения.

Правила организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг, утвержденные приказом Министра здравоохранения РК от 26 апреля 2007 года № 254, содержат набор индикаторов из нескольких рядов. Индикаторы отражают состояние материально-технической базы и кадрового потенциала лечебного учреждения, частоту тактических и технических ошибок медицинских работников, данные о полноте оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, наличие жалоб пациентов, состояние профилактической деятельности организаций первичного звена. В соответствии с Правилами, качество медицинских услуг, предоставляемых медицинской организацией, оценивается по 5 уровням.

Однако прямая критика качества медицинской помощи и больничного обслуживания опасна в плане непредсказуемости силы общественного резонанса, который за этим неизбежно последует.

В этой связи, в условиях современного состояния здравоохранения, целесообразнее делать достоянием гласности не результаты деятельности, а усилия, прилагаемые руководством больниц для улучшения качества медицинской помощи, как это демонстрируется системой рейтинга на основе стандартов аккредитации.

Как правило, стандарты аккредитации касаются деятельности всех без исключения служб и подразделений медицинской организации, при этом основные требования устанавливаются не к состоянию материально-технической базы организации, а к применению наиболее эффективных организационных технологий. В этом смысле

стандарты аккредитации являются достаточно удобным и объективным критерием при формировании рейтинга медицинских организаций.

Информация потребителям может быть предложена в виде суммы баллов, полученных при прохождении аккредитации и соответствующего ранжирования организаций, либо полностью по каждому стандарту, включая работу вспомогательных служб и пр. В данном случае можно представить информацию графически в виде кривых, отображающих состояние дел в организации по тому или иному направлению деятельности.

Кроме указанных положительных моментов, система рейтинга на основе данных об аккредитации имеет ряд дополнительных преимуществ. Она предоставляет возможность продемонстрировать уровень развития в данной медицинской организации механизмов обратной связи с пациентами.

На уровне медицинской организации инструменты обратной связи с пациентами могут быть следующими:

- ящики для сбора анонимных обращений пациентов в случаях вымогательства, нарушения этики и деонтологии медицинскими работниками и пр.;

- систематическое анкетирование с применением анкет в различных вариациях на тему удовлетворенности качеством медицинской помощи и сервиса в больнице, выявления фактов привлечения денежных средств и медикаментов при оказании гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

- развитие службы консультаций по телефону, выполняемых медицинскими сестрами – куда обратиться, какие меры принять самому, каких не принимать и т.п. Консультации должны быть основаны на установленных стандартах и могут послужить одной из мер поэтапного расширения полномочий медицинских сестер и передачи несвойственных функций врачей среднему персоналу.

На уровне органа управления здравоохранением могут быть предложены следующие варианты:

- открытие сайта для приема предложений населения по улучшению качества медицинских услуг в организациях города, области;

- ведение форума на Интернет-сайте, где можно было бы обсудить в on-line режиме проблемы местного здравоохранения;

- создание при органе управления общественной комиссии, функцией которой можно было бы определить прием обращений граждан, статистический анализ жалоб и внесение предложений о приоритетности принятия мер реагирования;



- организация Call-центров для получения самой различной информации, отзывов, предложений, проведения рейтингового голосования и пр.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 апреля 2007 года № 254 «Об утверждении Правил организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг».
2. Формирование правовых основ в области защиты прав пациентов в Республике Казахстан, Центр развития менеджмента социальной сферы и здравоохранения, 2007, Астана.

### **ЗНАЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПРЕДПРИЯТИИ ПО ДОБЫЧЕ УГЛЯ ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ**

**Даришева М.А.**

**Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни**

*Ключевые слова: влияние курения на здоровье работающих, здоровье работающих на открытой угледобыче, степень табачной зависимости работающих*

Новые вызовы и проблемы социально-экономического развития Казахстана отразились на показателях состояния здоровья населения и выдвинули на первый план проблему социально-значимых заболеваний, в том числе профессиональных поражений. Эти приоритеты отражены в Государственной программе реформирования здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг.[1].

Сохранение и улучшение здоровья рабочих, эффективная организация лечебно-профилактических мероприятий возможны при наличии объективной информации о специфике формирования показателей здоровья. В связи с тем, что угледобывающая отрасль является одной из приоритетных в экономике Казахстана, исследование было выполнено на примере одного из крупнейших предприятий по добыче угля открытым способом - ТОО «Богатырь Аксес Комир», расположенного в г. Экибастузе, Павлодарской

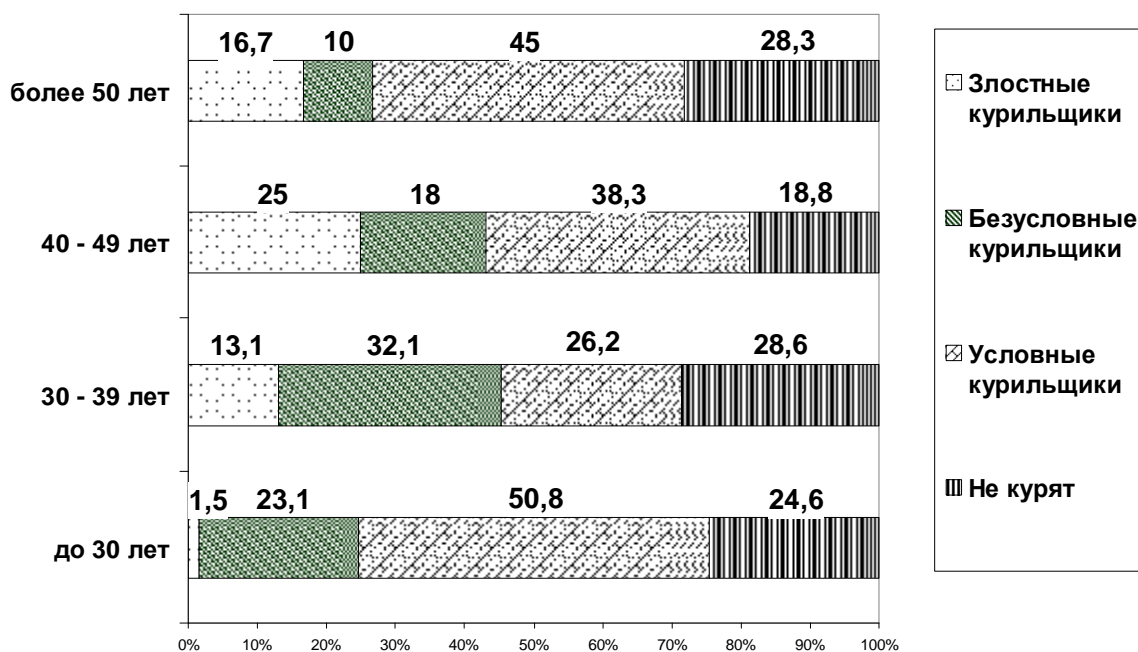
области. С целью оценки состояния здоровья проведен углубленный медицинский осмотр работающих, который включал пульмонологическое и неврологическое исследования. По специально разработанному опроснику собрана информация о поведенческих факторах риска и условиях труда работающих. В исследовании приняло участие 406 мужчин, из них 326 – работающие основных подразделений предприятия (УБР 1, УБР 2, ТБУ 1, УДР 1, УВОР 2, УОР) и 80 – контрольная группа (АТЦ).

Мощным фактором, провоцирующим заболевания органов дыхания, является курение. Особую значимость курение приобретает на угледобывающих предприятиях, поскольку органы дыхания работающих подвержены крайне негативному влиянию угольно-породной пыли. Оценка степени табачной зависимости проведена на основании расчета показателя «анамнеза курения». Анамнез курения оценивали в единицах «пачка-лет». Общее количество пачек/лет = количество выкуриваемых в день пачек умножали на число лет курения. В том случае, если этот показатель достигает значения 10 пачек/лет, то человек считается «безусловным курильщиком», если превышает 25 пачек/лет – «злостным курильщиком» [2,3].

Согласно результатам опроса, в целом по предприятию не курит 23,9% респондентов. Расчет анамнеза курения показал, что 21,1% респондентов являются «безусловными курильщиками» (умеренная степень табачной зависимости) и 15,7% – «злостными курильщиками» (выраженная степень зависимости от табака). При этом значительная доля респондентов (39,2%) относятся к «условным курильщикам» и имеют слабую степень зависимости от табака. Согласно авторам данной методики, эта категория курильщиков не имеют высокого риска развития никотин обусловленных заболеваний и способны самостоятельно отказаться от курения.

Анализ изменения степени табачной зависимости в различных возрастных группах показал, что наибольшее число лиц имеющих слабую табачную зависимость отмечается в возрасте до 30 лет (50,8%) и старше 50 лет (45%) (рисунок 1). Следует отметить, что значительный процент лиц с выраженной и умеренной степенью зависимости от табака отмечается в возрастных группах 30-39 лет и 40-49 лет. Среди работающих старше 50 лет наблюдается снижение числа лиц с выраженной и умеренной табачной зависимостью, что возможно, объясняется элиминацией работников с низкими показателями здоровья.

#### **Степень табачной зависимости в различных возрастных группах, (%)**

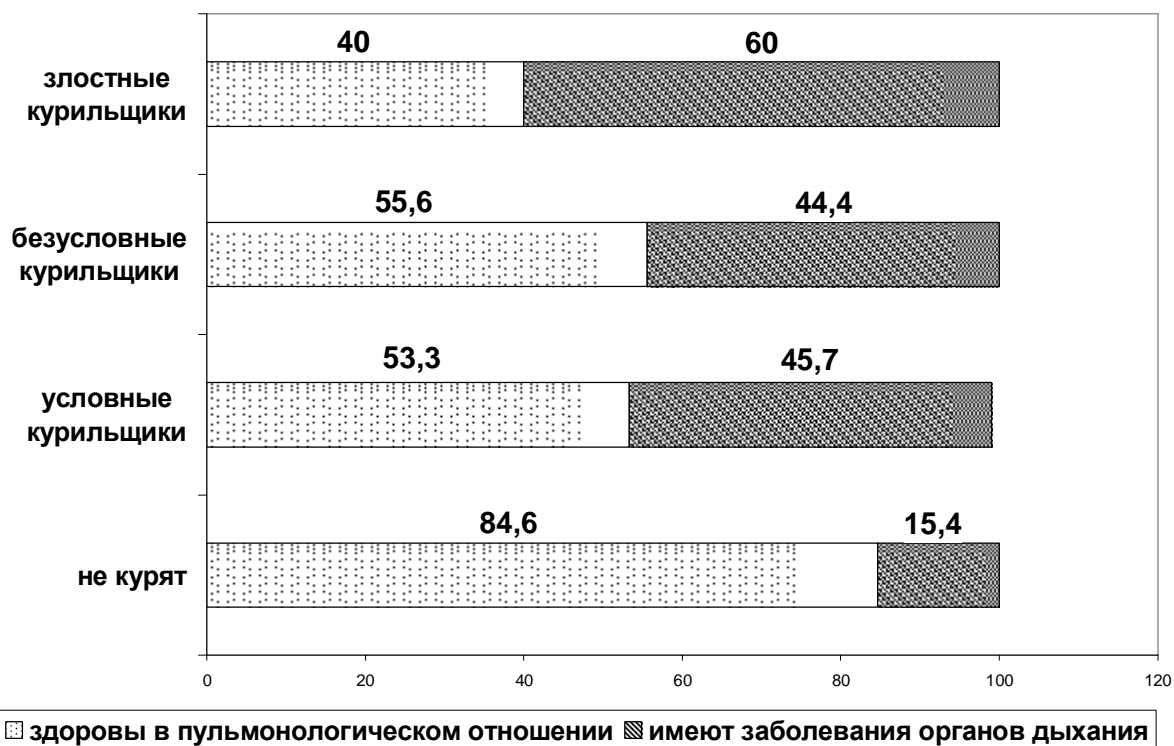


**Рисунок 1**

По данным авторов, в структуре заболеваемости на открытой добыче угля ведущими патологиями являются заболевания органов дыхания и костно-мышечной системы [4]. Согласно, результатам пульмонологического скрининга, на предприятии заболевания органов дыхания имеют 41,1% осмотренных. В структуре пульмонологической заболеваемости преобладают хронический необструктивный бронхит (23,6%) и обструктивный бронхит (15,3%).

Проведено изучение влияния степени табачной зависимости на формирование заболеваний органов дыхания. Установлено, что значительное большинство не курящих респондентов являются здоровыми в пульмонологическом отношении (84,6%) (рисунок 2). В сравнении с некурящими коллегами, среди работающих даже со слабой и умеренной степенью табачной зависимости процент лиц здоровых в пульмонологическом отношении значительно ниже (54,3%,  $t=5,44$  и 55,6%,  $t=4,3$  соответственно). Самый низкий показатель числа лиц здоровых в пульмонологическом отношении зарегистрирован в группе «злостных курильщиков» (40,0%), разность значений статистически достоверна ( $t=6,0$ ).

**Распространенность заболеваний органов дыхания в зависимости от степени курения, (%)**



**Рисунок 2**

Таким образом, степень табачной зависимости оказывает достоверное влияние на распространенность заболеваний органов дыхания у работающих на открытой добыче угля. Следовательно, борьба с курением на предприятии является ведущим направлением организации и внедрении профилактических вмешательств. На основании результатов проведенного исследования разработана комплексная модель профилактики заболеваемости и формирования здорового образа жизни на предприятии по добыче угля открытым способом.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Досаев Е.А., Аканов А.А., Амангельдиев А.А., с соавт. Реформирование и развитие здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, Астана – Алматы, 2004 г. -118 стр
2. BTS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease.// Thorax, 1997; 5: 1-28.
3. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. Болезни легких курящего человека // Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. А.Г. Чучалина. М, 1998; 338
4. Борисенкова Р.В, Гвоздева Л.Л, Степанов С.А. Профзаболеваемость рабочих угольной промышленности в РСФСР // Гигиена труда и профессиональные заболевания. - 1991. - № 9. - С. 4-7.

# **АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**Калматаева Ж.А.**

**Высшая школа общественного здравоохранения МЗ Республики Казахстан**

В последнее десятилетие, несмотря на то, что здоровье 879 миллионов жителей Европейского региона улучшилось, имеются различия между 52 государствами – членами Региона и различными группами внутри стран [1]. Для постсоветских стран, в том числе Казахстана, современный этап развития связан с характерными изменениями в общественном здоровье: демографическим кризисом, снижением продолжительности жизни, ухудшением психического здоровья населения, распространенностью асоциального поведения людей, что вызывает обеспокоенность многих ученых и специалистов [2].

Большие различия в здоровье, наблюдаемые между странами и отдельными контингентами населения внутри стран, выдвинули на передний план детерминанты, связанные с социальными и экономическими факторами, являющиеся стержневыми в политическом и общественном развитии [3].

В то же время накоплены знания, настораживающие в отношении психических или психологических аспектов здоровья населения. Изучение 10 ведущих причин смерти среди населения стран Европейского региона показало, что только в таких странах как Российская Федерация, Казахстан, Украина, Беларусь, Латвия, Литва, Эстония отравления и преднамеренные самоповреждения как причины смерти, входят в пятерку ведущих причин смерти. В Казахстане, в среднем три человека из ста умирают от преднамеренных самоповреждений и каждый двадцатый от отравлений. По частоте самоубийств в возрасте от 0-14 лет Казахстан занимает первое место в Европейском регионе [4]. Проблема социальной апатии и широкое распространение аутопатогении (медленного самоубийства) и аддиктивного поведения [5], включающие наркоманию, алкоголизм, табакокурение, переедание, неправильное питание, гиподинамию, недосыпание, хроническую психологическую усталость подтверждается статистическими данными и результатами социологических опросов. Результаты этих исследований указывают на прямую корреляцию распространенности вышеуказанных поведенческих факторов риска и низкого социального положения населения [6]. С другой стороны «для преуспевающих, серьезных, и деловых людей забота о здоровье стала имиджем»[7]. У этой категории

людей растет понимание здоровья, как главного инструмента повышения качества жизни и улучшения благосостояния.

Отечественными учеными справедливо высказывается мнение, что период социально-экономических преобразований в Республике Казахстан внес значительные изменения в менталитет людей, его ценностные ориентации, повлияло на психологические и мировоззренческие установки [8].

Зарубежные исследования, проведенные в конце 20 века, указывают на немаловажное значение знаний психологических проблем и влияния их на поведение и здоровье индивида, общества [9]. В этой связи, зарубежные ученые еще в 1986 году представляют тезис, что в развитии западного общества психологические условия формирования здоровья имеют большее значение, чем материальные обстоятельства жизни [10].

В противовес этому за последние 15 лет в отечественной исследовательской деятельности изучению психосоциальных аспектов здоровья практически не было уделено внимания. Только в одной из научных работ поднимается вопрос о необходимости дифференцированных психогигиенических и психопрофилактических подходов к психологическому и психическому здоровью с акцентом на последнее [11]. В некоторых работах только констатируется факт наличия стрессовых и тревожных состояний у исследуемых групп, но нет глубокого психоанализа и репрезентативных данных причинно-следственных корреляционных связей психологического статуса. К сожалению, в Казахстане и странах СНГ не встречались работы и методики по оценке риска заболеваний на основе социально-психологических факторов.

В области изучения мотиваций, поведения и отношения к здоровью целевыми группами исследований чаще становятся уязвимые группы: дети, молодежь и население рискованного поведения. В этих исследованиях больше внимания уделяется эпидемиологии поведенческих факторов риска, нежели запускающим их механизмам, в том числе социально-психологическим. В соответствии с этим, вызывает интерес изучение поведения других групп населения, дифференцированных по социальной, экономической, возрастной, этнической принадлежности, образованию и другим признакам.

Одной из основных задач Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы является разделение ответственности за охрану здоровья между государством и человеком [12]. Поэтому, в настоящее время актуальным представляется изучение понимания здоровья в обыденном сознании людей,

на какие внешние и внутренние факторы они ориентируются в своем стремлении сохранять и поддерживать здоровье; что способствует и препятствует такому поведению?

Согласно одной из теории изменения поведения, смена индивидуальных установок должна сопровождаться адекватной реакцией общественных институтов [13]. В соответствии с этим, параллельное изучение готовности и уровня знаний медицинских работников к оказанию социально-психологических услуг, определение уязвимых обстоятельств в формировании здоровьесберегающего поведения человека, будет представлять научно-практический интерес и стратегическое значение для усовершенствования казахстанской системы здравоохранения.

В связи с актуальностью вышеуказанных проблем, Высшая школа общественного здравоохранения запланировала исследование, в задачи которого входит изучение социально-психологических факторов, влияющих на формирование здоровья среди населения РК. Данное исследование будет основано на результатах социологического опроса медицинских работников, а также различных социальных групп населения страны с анализом уровня, объема и структуры медицинской помощи, потребляемой ими. Полученные результаты будут основой для определения перспективной потребности различных социальных групп населения в услугах общественного здравоохранения и разработки механизмов повышения солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и индивидуумом.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. The World Health Report, 2006.
2. Статистический сборник «Здоровье населения РК», 2006
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005
4. The World Health Report, 2005.
5. Журавлев А.Б., Коган В.З., Полесский В.А. Аддиктивное поведение как форма проявления неадекватного отношения к здоровью. Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2006.- № 6 стр. 33-39
6. Wilkinson R. Socioeconomic status and health / Investment for health: A discussion of the role of economic and social determinants, WHO, 2002.- No 1, 13-31.
7. Шилова Л.С. Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья. Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения / Конфликтология здоровья и здравоохранения в современной России, вып.15, М 1999.-стр. 89-114.

8. Аканов А.А. Кутлумуратов А.Б. Ценностно-ориентированное здравоохранение и социальная безопасность в 21 веке: социальная сущность стратегии развития здоровья Медицина.-2004.- №3.- стр. 2-8
9. Syme S. L. Control and health: a personal perspective // Stress, personal control and health. / Ed. by A. Steptoe , A. Appels New York, 1989
10. Syme S. L. Strategies for health promotion // Preventive Medicine. 1986. №15. 492-507
11. Джарбусынова Б.Б. Некоторые аспекты соотношения психического и психологического здоровья. Вестник Казахского Национального университета им. С. Асфендиярова. – 2005.- №3. стр. 23-26.
12. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы.
13. Навыки, необходимые для здоровья. Руководство ЮНИСЕФ. Алматы, 2003, 103 стр.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**Аубанова Г.К., Сыздыков С.В., Казбеков Б.К.**

Павлодарская область, Майская ЦРБ

Несмотря на почти вековую историю, электрокардиография продолжает активно развиваться, оставаясь одним из основных по диагностической значимости и наиболее распространенным методом исследования сердечно-сосудистой системы.

С середины 1960-х годов в электрокардиографию внедряются методы автоматического (компьютерного) анализа сигнала (АА ЭКГ). По мере развития компьютерных технологий, как в нашей стране, так и за рубежом в подходах к автоматизированному анализу ЭКГ происходили существенные изменения.

С середины 1980-х годов распространение персональных компьютеров и встраивание микропроцессорных элементов в диагностическую аппаратуру определили новые приоритеты исследований и практики применения АА ЭКГ

В Майском районе Павлодарской области более 1000 людей страдают заболеваниями системы кровообращения, 500 – ишемической болезнью сердца. Для улучшения качества оказания экстренной кардиологической помощи таким больным нами



проводится передача ЭКГ-исследования в областную больницу. ЭКГ аппарат подключается к ПЭВМ, далее электронной связью результаты исследования отправляем в кардиологическое отделение областной больницы, где производится расшифровка специалистом кардиологом и тут же через электронную связь получаем результаты в ЦРБ, с назначением лечения и рекомендацией ведения больного. ЭКГ- исследования проводятся натощак или через 2 часа после приема пищи. Не рекомендуется проводить исследование после приема медикаментов, физиотерапевтических процедур, лечебной гимнастики. Передача данных ЭКГ вместе с учётными данными пациента занимает 1,5-2 минуты. Врач на своем компьютере анализирует принятую ЭКГ и немедленно даёт рекомендации медицинскому работнику, находящемуся рядом с пациентом. Анализ длится 1-2 минуты, благодаря применяемой на компьютере врача программе имеются следующие возможности:

- печать ЭКГ и результатов анализа на любом стандартном принтере на обычной бумаге;
- гибкие возможности настройки формата печати протокола ЭКГ исследований;
- сохранение в протоколе исследования заключения и комментариев медицинского персонала;
- одновременный просмотр нескольких протоколов любых ЭКГ исследований для сравнительного анализа;
- сохранение личных настроек программы (общий вид экрана, объём выводимой информации и т.п.) для каждого пользователя;
- передачу данных пациента и результатов электрокардиографических исследований в электронном виде на любые расстояния внешними программами;
- расширенный анализ ЭКГ: визуальное представление векторкардиограммы, расчёт variability сердечного ритма в коротких записях, аэробной выносливости и др. (при подключении дополнительных модулей анализа ЭКГ).

Весь процесс проходит в течение 15-20 минут. При необходимости также через электронную связь направляем данные анамнеза и лабораторных исследований. Оценка правильности компьютерной интерпретации ЭКГ показала, что доля автозаключений, с которыми не согласен врач, составляет 8-12 процентов в зависимости от его квалификации. Такой уровень ошибок вполне допустим в практической работе, и не сильно отличается от лучших систем АА ЭКГ.. При ручной коррекции выбора представительного кардиокомплекса и его разметки доля ошибок составляет менее 5 процентов, что является очень хорошим показателем.

Выводы:

1. Приближение специализированной кардиологической помощи населению на уровне ЦРБ
2. Данный метод также можно использовать при необходимости консультации больному в других клиниках и дальнейшем внедрить на уровне СВА, ФАП

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Алмазов В.А., Федоров В.В., Бершадский Б.Г. и др. // Осложнения инфаркта миокарда и их профилактика. - М., 1990. - С. 19-27.
2. Бершадский Б.Г., Лифшиц В.М., Волкова А.А. и др. // Материалы Всерос. совещания "Вопросы взаимодействия ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи. Защита прав застрахованных" 18-19 сентября 1996 г., Иркутск. - М., 1997. - С. 217-226.
3. Голиков А.П., Закин А.М. // Актуальные вопросы организации и медицинских технологий в службе скорой медицинской помощи. - М., 1992. - С. 102-108.
4. Голиков А.П., Полумисков В.Ю., Гусак А.В., Панкин О.А. Критерии догоспитальной диагностики инфаркта миокарда. Метод. реком. - М., 1998.
5. Д.В.Дроздова, В.М. Леванов «Автоматический анализ ЭКГ: проблемы и перспективы» (журнал «Здравоохранение и медицинская техника» №1, февраль 2004)

### **ОПРОС БОЛЬНЫХ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ВРАЧЕЙ**

**Нугманова А.Э.**

**Проект ЗдравПлюс АМР США (ЮСАИД)**

**Введение:** Работа любой системы здравоохранения ориентирована на улучшение клинической практики врачей. Пациенты, как потребители медицинских услуг, являются важным источником информации для оценки процесса оказания медицинской помощи. В рамках совместного проекта по внедрению «Клинического руководства по ведению больных с артериальной гипертонией на уровне ПМСП» были разработаны несколько инструментов для мониторинга и оценки изменений в клинической практике. Одним из таких инструментов является вопросник для больных, состоящих на диспансерном учете по поводу артериальной гипертонии (АГ). Проведение опроса больных до начала проекта

для оценки исходного уровня и через год позволяет определить основные направления для улучшения работы врачей и оценить эффективность осуществленных мероприятий (внедрение клинического руководства (КР), обучение врачей и медицинских сестер, внедрение памяток и «обратной связи»).

**Цель:** Оценить качество предоставляемых медицинских услуг на уровне пилотных учреждений первичного звена через изучение знаний и практики диспансерных больных АГ

**Материалы и методы:** Вопросник состоит из нескольких разделов, таких как, информация о пациенте (паспортные данные, социальные характеристики, длительность состояния на диспансерном учете, наличие ассоциированных заболеваний), удовлетворенность больного предоставляемой медицинской помощью, уровень владения информацией о гипотензивной терапии. При опросе уделялось внимание причинам прекращения приема лекарств для лечения АГ. Важной частью анкеты является уровень информированности больного о методах немедикаментозной терапии и следование им.

При составлении вопросника были использованы валидизированные анкеты для больных АГ по оценке уровня приверженности, и по выявлению удовлетворенности пациентов предоставляемыми медицинскими услугами. После его разработки было проведено пробное анкетирование в фокусной группе больных с целью коррекции формулировок вопросов в анкете.

Перед проведением опроса каждое лечебное учреждение, участвующее в проекте, предоставило полную информацию о диспансерных больных с АГ. Фамилия, имя, отчество, год рождения, домашний адрес, телефон, время постановки на диспансерный учет. В общей сложности в шести учреждениях ПМСП г. Караганды (2 поликлиниках и 4 семейных врачебных амбулаториях) за исследуемый период состояло на учете 1340 больных АГ. С помощью специальной программы REPI была рассчитана статистически достоверная выборка. Количество больных от каждого учреждения вошло в исследование согласно процентному соотношению к общему количеству больных АГ. Далее проводился рандомизированный отбор больных из представленных списков с помощью специальной компьютерной программы. С целью максимальной объективизации полученной информации опрос больных проводился на дому. Для этого специально были подготовлены интервьюеры. Перед началом опроса был проведен их инструктаж и пробное анкетирование для оценки навыков проведения интервью. Во время проведения анкетирования Ассоциация семейных врачей Казахстана (филиал в г. Караганде) выполняла важную работу по мониторингу работы интервьюеров (сроки выполнения, подтверждение проведения интервью, объективность).

Анализ данных проводился с помощью программы SPSS для Windows версия 10.0.5.

Всего было опрошено до начала проекта (в 2005 году) 227 больных, через год (в 2006 году) 240 больных АГ. Группы были сопоставимы по поло-возрастным характеристикам. Средний возраст больных составил  $59,2 \pm 0,80$  лет. Большинство пациентов состоящих на учете с АГ были женщины – 70,6%, мужчины, соответственно, составили - 26,4%. Из общего количество опрошенных больных 48,8% имели ишемическую болезнь сердца (ИБС), как ассоциированное клиническое состояние, 10,4% - сахарный диабет.

**Результаты и их обсуждение:** Одним из важных компонентов лечения АГ является медикаментозная терапия. В связи с этим, целый ряд вопросов в анкете отражали этот аспект. Так, вопрос, «Какие лекарственные препараты Вам назначил врач во время последней консультации?», позволил оценить практику медицинских работников. А предшествующий ему вопрос, «Какие лекарства для лечения АГ Вы принимаете в настоящее время?», дал возможность провести сравнение с реальной картиной практики больных. Согласно современным подходам в фармакотерапии АГ, препаратами первой линии являются тиазидовые диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов. Количество больных, которым были назначены препараты первой линии, увеличилось с 64,7% (n=143) до 73,6% (n=173) (p=0,043). Отмечалось также достоверное увеличение процента больных, принимавших эти препараты – с 50% (n=114) в 2005 году, до 68,3% (n=164) год спустя (p<0.001). Как показало исследование, 91% больных имели лекарства для лечения АГ у себя дома. Однако, в 2005 году на вопрос «Пропустили ли Вы сегодня утром прием лекарств для контроля АД?» только 38, 3% (n=87) ответили «нет». Отрадно отметить, что после осуществления работы по улучшению качества ведения больных АГ количество пациентов, давших отрицательный ответ на этот вопрос увеличилось на 13% (p=0.005).

В таблице № 1 приводятся причины, по которым больные прекращали лечение или пропускали прием лекарственных препаратов (по данным опроса 2006 года).

**Таблица № 1**

**Причины прекращения или пропуска приема гипотензивных препаратов**

| Причина  | % (n)      |
|--|------------|
| Забыли   | 54,6 (131) |
| Отсутствовали симптомы заболевания или снизился уровень АД | 54,2 (130) |
| Возникли побочные эффекты                                  | 48,3 (116) |
| Считали, что нужно сделать перерыв в приеме лекарств       | 42,5 (102) |
| Не ощущали эффекта от приема лекарств                      | 40,0 (96)  |

|  |           |
|--|-----------|
| Не хватка денег на покупку лекарств        | 29,2 (70) |
| Считали, что лекарства могут принести вред | 29,2 (70) |

В принципе, указанные выше причины нарушения приверженности больных медикаментозной терапии не претерпели существенных изменений по сравнению с предыдущим годом. Однако следует отметить, что в 2005 году среди причин прекращения или пропуска приема лекарств лидирующей причиной (более 70%) было отсутствие симптомов заболевания или повышенного АД. А в 2006 году уже только 54,2% больных выделили этот фактор. Это свидетельствует о том, что врачи ПМСП, прошедшие клиническое обучение информируют своих пациентов о необходимости длительного приема лекарств и важности достижения целевого уровня АД. Как показал опрос, знания больных по этому аспекту значительно улучшились, что подтверждает предыдущий результат. Так, на вопрос о целевом уровне АД до внедрения проекта 11,9% (n=27) больных ответили «не знаю», и только 30 % больных (n=68) назвали уровень ниже 140/90 мм.рт.ст. В 2006 году количество больных, давших правильный ответ на этот вопрос увеличилось на 15% достигнув 45,5 % (n=108), ( $p < 0.01$ ), а количество затруднившихся ответить на это вопрос снизилось до 6,7 % (n=16).

Как показывает опыт и литературные данные, медицинские работники недооценивают немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии и, соответственно, реже документируют их назначение. В этом плане представляли интерес как знания больных о таких компонентах лечения, как ограничение соли, соблюдение диеты, выполнение регулярных физических упражнений, так и оценка больными практики врачей по этим вопросам. Согласно полученным результатам исследования, увеличился процент больных, которые подчеркнули, что врач рекомендовал ему то или иное изменение образа жизни во время последней консультации. Однако вопросник был составлен таким образом, что мы могли оценить и знания самого больного по этим моментам. Так, если до начала проекта только 35,7% (n=81) больных получили рекомендации по уменьшению употребления соли, то в 2006 году количество таких больных достигло 52,5% (n=126) ( $p < 0.001$ ). Такая же динамика отмечается и по знаниям пациентов по этом вопросу – в 2006 году почти половина больных 49,2% (n=118), знали о вреде соли, против 27,3% (n=62) в 2005 году ( $p < 0.001$ ). Почти на 13% ( $p < 0.001$ ) увеличилось количество больных, получивших рекомендации по диете (с 30,0% (n=68) до внедрения КР до 42,9% (n=103) год спустя). Также наблюдалось статистически достоверное улучшение знаний больных по вопросам питания – с 18,5% (n = 42) пациентов в 2005 году до 36,7% (n=88) больных в 2006 году ( $p < 0.001$ ), выделивших этот фактор в лечении АГ. Однако по такой рекомендации как «регулярные физические

упражнения» такой тенденции достичь не удалось. Несмотря на то, что процент больных, которым врачи рекомендовали этот метод лечения повысился с 12,8% (n=22) до 22,5% (n=54) ( $p<0.01$ ). количество пациентов, знающих о необходимости выполнения регулярных физических упражнений, уменьшилось с 19,4% (n=44) до 15,4% (n=37)( $p=0.273$ ).

Назначения врачей являются важной частью оценки качества ведения больных АГ. В тоже время знания больного о своем заболевании, уровень удовлетворенности информацией, полученной от врачей ПМСП, и приверженность больных тоже являются частью процесса управления качеством медицинских услуг. Если больной, получив правильную информацию о лечении, следует рекомендациям врачей, это влияет на качество его жизни и на исход заболевания. Взаимоотношения между врачом и пациентом влияют на знания больного и его решение следовать или нет полученным рекомендациям. Как показало исследование мероприятия, проведенные в ходе реализации проекта - обучение врачей и медицинских сестер, использование памяток для облегчения работы медицинского персонала и ряд других - способствовали улучшению, как клинической практики врачей, так и знаний больных. Мнение и информированность пациентов являются прямым отражением работы поставщиков медицинских услуг. Недооценка роли немедикаментозной терапии медицинскими работниками отражается на знаниях больных по этим вопросам. В тоже время увеличение частоты назначений тех или иных методов лечения, напрямую отразилось в улучшении знаний и практики диспансерных больных по этим вопросам.

**Заключение:** Проведенное исследование в рамках совместного проекта по внедрению клинического руководства по АГ показало необходимость использования опроса больных, как дополнительного объективного источника информации об изменении клинической практики врачей и ее влиянии на знания и поведение больных. Этот инструмент также помогает выявить причины, влияющие на приверженность больных лечению, определить направления для дальнейшей работы, а главное повысить роль больного в процессе менеджмента такого распространенного хронического заболевания как артериальная гипертония.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА DALY В ОЦЕНКЕ МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

**Слажнева Т.И., Попова Т.В.**

**Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни**

**Высшая школа общественного здравоохранения**  
**Республика Казахстан**

Комплексная оценка состояния здоровья населения традиционно основывается на данных о смертности, заболеваемости и/или распространенности патологии в изучаемой популяции, а также инвалидности.

Новым подходом к комплексной оценке здоровья населения является метод глобального бремени болезней (ГББ), который является интегральным и включает в себя данные о смертности, распространенности патологии среди населения и ее инвалидизирующие последствия, а также распространенность и инвалидизирующие последствия травм, отравлений, несчастных случаев /1-3/.

Проанализировав груз болезней в различных регионах мира, эксперты установили, что во всем мире в 1990 году было потеряно 1,36 млрд. DALYs, что эквивалентно 42 млн. смертей новорожденных или 80 млн. смертей в возрасте 50 лет. 66% общего количества потерянных единиц DALYs обусловлено преждевременной смертностью, а 34% - инвалидностью.

В данном исследовании использовались методические подходы Murray C.J.L., Lopez A.D. с соавт. /2/ а также методические рекомендации Германюк Т.А. /3/, исходным материалом являлись официальные статистические данные Агентства Республики Казахстан по статистике и Министерства труда и социальной защиты Республики Казахстан за 2005 год.

В 2005 году в Казахстане произошло 157121 случаев смерти. Популяцией было потеряно 2975759,5 единиц DALYs, что составило на 1000 человек населения 197,4. Среди утраченных лет жизни 51% приходился на мужчин, соответственно на женщин меньше – 49%.

У мужчин наиболее высокие потери наблюдаются в возрастной группе 40 – 64 года (39,4%), затем следует группа 15 – 39 лет (32,5%). В Южно – Казахстанской области процент утраченных лет жизни вследствие преждевременной смертности оказался выше в возрастной группе 15 – 39 лет и соответственно превысил потери единиц DALYs в возрасте 40 – 64 года.

Особенностью потерь от преждевременной смертности женщин является высокий удельный вес (38,3%) единиц DALYs у лиц 60 лет и старше, затем следуют лица 40 – 59 лет (27,4%) и 15 – 39 лет (22,1%). Такое распределение характерно практически для всех изучаемых регионов, кроме Южно – Казахстанской области, где оказался высокий процент потерь единиц DALYs в возрастной группе 15 – 39 лет (32,8%).

Наибольшие потери единиц DALYs несет городское население (62,8%), по сравнению с сельским (37,2%). В городских популяциях процент утраченных лет жизни мужчин выше (58,7%), чем по республике в целом.

Потери единиц DALYs в сельской местности также наиболее высоки у мужчин (59,5%) по сравнению с женщинами (40,5%), кроме того, прослеживается закономерность преимущественных потерь мужского населения в возрасте до 64 лет, тогда как у женщин в возрасте 60 лет и старше. Установлены более высокие потери единиц DALYs у мужского населения города Астаны, удельный вес которых составляет 64,1%.

Причины потерь здоровой жизни вследствие преждевременной смерти в Казахстане связаны преимущественно с тремя классами болезней: системы кровообращения; несчастные случаи, травмы и отравления; новообразования, значительно превышающие по удельному весу другую патологию.

Установлены некоторые отличия в потере здоровой жизни вследствие преждевременной смертности в ряде регионов. В Акмолинской области и г.Алматы высокие проценты потерь единиц DALYs от заболеваний системы кровообращения (39,07% и 43,0% соответственно) образовались за счет более высокого удельного веса их у женщин (45,9%). Более высокие потери жизни от заболеваний органов дыхания наблюдаются в Южно-Казахстанской области, составляющие 12,1% у женщин, класс несчастных случаев, отравлений и травм занял первое место у мужчин в структуре потерь единиц DALYs в г. Астана (36,5%).

Таким образом, очевидно, что проблемы борьбы с сердечно – сосудистой патологией, несчастными случаями, отравлениями и травмами, онкологическими заболеваниями играют приоритетную роль в профилактических программах страны.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Аканов А.А., Кульжанов М.К., Германюк Т.А. «Глобальное бремя болезней DALYs в Казахстане». – Алматы, 1996. – 117 с.
2. Murray C.J.L., Lopez A.D., Jamison D.T. The global burden of disease in 1990: summary results sensitivity analysis and future directions // Bulletin of the World Health Organization. - 1994. - V.72. - P. 495 - 509.
3. Германюк Т.А. Глобальное бремя болезней как интегральный индикатор состояния здоровья населения. Методические рекомендации. – Алматы, 1998. – 35 с.



## **СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ: ОБЗОР**

**Калажанов М.Б., Абдрахманова С.А.**

Зафиксированные в разделе VI принятых в 1993 году «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» права пациента в России соответствуют рекомендациям «Декларации по охране прав пациентов в Европе», принятой на Европейской консультации по правам пациентов в 1994 году.

Судебная защита прав строится на основе уголовного, гражданского и административного законодательства России, а также ведомственных нормативно-правовых актов. Они порой разноречивы и не учитывают специфики взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами.

Отсутствие эффективно организованной государственной системы защиты прав пациентов послужило толчком к появлению в России большого количества юридических фирм, предлагающих своим клиентам большой ассортимент услуг по представлению их интересов во всех инстанциях, вплоть до судебных. Они предлагают как разовые консультации по вопросам оказания медицинских услуг, защиты прав и интересов пациентов, так и услуги по юридическому сопровождению деятельности медицинских учреждений.

Проблемам защиты прав граждан при получении медицинской помощи посвящена также деятельность многих общественных организаций.

Самая крупная из них – Общероссийская общественная организация «Лига защитников пациентов» зарегистрирована Министерством юстиции Российской Федерации 5 июня 2000 года. За время со дня своего создания Лига проконсультировала более 5 тысяч человек.

Лига имеет свой Интернет-сайт, где предлагает дистанционные юридические консультации населению, из которых самая простая – предоставление информации о законодательно закрепленных правах граждан при получении ими медицинской помощи.

На сайте размещаются материалы – случаи нарушения прав пациентов и восстановления пациентов в своих правах через суд, освещаются вопросы страхования здоровья, профессиональные юристы разъясняют нормы законодательства.

Данная деятельность направлена не только на консультирование и повышение юридической грамотности пациентов, она в немалой степени способствует развитию

ответственности медицинских работников, их уровня подготовки в области медицинского права.

Лигой выпускаются памятки для пациентов об их правах, выборки из законодательства, методические рекомендации для медицинских работников по обеспечению информированности населения, обеспечению права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью.

Во многих регионах России создаются подобные общественные движения. Региональные движения ставят своей целью защиту прав пациентов в конкретных случаях и готовы поднимать вопрос о компетентности судей, рассматривающих дела об ущербе, причиненном в процессе лечения. Они привлекают в свои ряды врачей, имеющих большой опыт практической работы, в качестве экспертов. Правовая помощь оказывается не только людям, пострадавшим от врачебной ошибки или халатности медицинских работников. Как правило, в сферу деятельности организаций по защите прав пациентов попадают пожилые, инвалиды, дети, другие социально-уязвимые категории населения.

Органы государственного управления оказывают содействие в становлении таких общественных организаций, рассматривая их как достойную альтернативу деятельности в области социальной защиты населения.

В результате общественно-государственного партнерства и консолидации усилий в сентябре 2006 года Лига обрела официальный статус – при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития создан Общественный совет по защите прав пациентов. В состав совета вошли представители научной и медицинской общественности, страховых компаний, юристы, журналисты, фармацевты и другие эксперты, которые и ранее занимались правовыми вопросами в области здравоохранения.

Совет занимается досудебным решением жалоб от пациентов, поступающих на рассмотрение в Росздравнадзор. Помимо этого, члены совета дают экспертную оценку готовящимся предложениям и инициативам в сфере реформы здравоохранения.

Таким образом, основная цель деятельности Совета – создание механизмов повышения безопасности, качества и доступности медицинской помощи для населения.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», 1993.
2. Сайт «Лиги защитников пациентов», Российская Федерация