

СОДЕРЖАНИЕ

**ВЫСТУПЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Д-РА МАРГАРЕТ ЧЕН. ПЯТЬДЕСЯТ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ**

**РЕЗОЛЮЦИЯ. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ПЕРИОД ГЛОБАЛЬНОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО
КРИЗИСА: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ**

**РЕЗОЛЮЦИЯ
СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ**

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.АЛМАТЫ
Егеубаева С.А.

**АЛЬТЕРНАТИВНОЕ РЕШЕНИЕ В ВОПРОСАХ РЕФОРМИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
Айдарханова К.К., Камзебаева Л.Ж., Аубакирова А.С., Абилдаева М.Е.

**СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕУМЫШЛЕННОГО
ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА**
Усатаева Г.М.

**МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.**
Граф М.А., Камзебаева Л.Ж., Ермаханова Г.А.

**О ИНДИКАТОРАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП
Г.АЛМАТЫ**
Бижигитов Ж.Б., Бекботаев Е.К., Пухальская С.Е.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ
Айкешева А.С., Омарова А.Б., Камзина Б.А, Пернекулов Е.А.

**РАСХОДЫ ОДНОГО ПРОЛЕЧЕННОГО БОЛЬНОГО НА РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ
ПОСЕЩЕНИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП Г.АЛМАТЫ**
Бижигитов Ж.Б.

ОПЫТ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ.
Айдарханова К.К., Асатова А.Б., Граф М.А., Демесинов А.Р.

О ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ РАБОТНИКОВ ПМСП Г. АЛМАТЫ
Бекботаев Е.К., Бижигитов Ж.Б.

**АНАЛИЗ ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН НА ОКАЗАНИЕ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**
Граф М.А., Ермаханова Г.А.

**ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УДЕЛЬНЫХ ЗАТРАТ НА РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПОСЕЩЕНИЙ
В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП Г.АЛМАТЫ**
Бижигитов Ж.Б.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ**
Избасаров А.И., Арын Н.М., Ахметов Р.Т.

**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕЙРОПАТИИ**
Зульфигарова А.В., Бахшалиев А.Б., Кахраманова С.М., Насруллаев Н.С.

ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ В США

Айдарханова К.К., Демесинов А.Р., Аубакирова А.С., Камзебаева Л.Ж.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСТАНА.

Бейшенбиева Г.Дж.

**ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЯТЬДЕСЯТ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ
КОПЕНГАГЕН, 14-17 СЕНТЯБРЯ 2009 Г.
ВЫСТУПЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА
ВТОРНИК, 15 СЕНТЯБРЯ 2009 Г.**

Г-н председатель, distinguished министры, уважаемые делегаты, д-р Данзон (Danzon), дамы и господа,

В Европейском регионе заложен фундамент для понимания социальных детерминант здоровья и их преодоления путем проведения политики, в рамках которой социальные сплоченность и защита расценивались как достойные политические цели.

Эта работа оказалась перспективной для всего мира. Как мы знаем, эти вопросы входят сейчас в число важнейших проблем общественного здравоохранения в каждом регионе мира.

В 1990-х гг. программа здравоохранения для этого региона кардинально изменилась в связи с быстрыми политическими и экономическими преобразованиями в странах Центральной и Восточной Европы. Вновь возникли или стали более очевидными старые проблемы в области здравоохранения, особенно когда снизились государственные расходы на здравоохранение.

Нищета и проблемы, существовавшие ранее в отдельных районах, охватили целые страны. Тесные связи между богатством и здоровьем стали еще более очевидными.

Отдельные события, такие как активизация туберкулеза и возвращение болезней, предотвратимых с помощью вакцин, свидетельствовали о тревожном ухудшении базового потенциала системы здравоохранения. Последствия нездорового образа жизни стали заметны более отчетливо, что вновь привлекло внимание к социальным детерминантам здоровья.

Регион ответил на эти неравенства в духе истинной солидарности. Преимущество было интерпретировано как ответственность. Были выделены ресурсы для прямой поддержки стран. Программа действий была повернута в сторону слабых систем здравоохранения, являющихся основным барьером на пути получения более справедливых результатов в отношении здоровья, и направлена на проведение необходимых реформ. Приступая к этой работе, должностные лица здравоохранения этого региона взяли за преодоление одной из самых критически важных и сложных проблем в сегодняшнем общественном здравоохранении. Вы делали это дисциплинированно и скрупулезно.

Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения и принятая в результате Таллиннская хартия заключили, что хорошо функционирующие системы здравоохранения вносят вклад в национальное богатство, равно как и здоровье. Хартия соединила многочисленные линии мышления и обсуждения в согласованную и разумную рамочную программу с четко определенными вариантами действий.

Такие фразы, как "включение вопросов здоровья во все области политики", "каждый

министр является министром здравоохранения" и "здоровье означает богатство", вошли в словарь международного развития в области здравоохранения. Это произошло в то время, когда в результате кризисов мировые лидеры и министры других секторов стали готовы к тому, чтобы очень внимательно слушать. Это немаловажно.

Как вы, представители этого региона, отметили, сильные системы здравоохранения имеют решающее значение, для того чтобы пережить текущие и предстоящие бури, такие как экономический спад, изменение климата, пандемия гриппа и многие другие глобальные кризисы, которые непременно породит наш несовершенный мир.

Дамы и господа,

Позвольте мне процитировать один из ваших документов: "Органы здравоохранения во всей Европе обеспокоены тем, что существующая экономическая система не распределяет богатство на основе ценностей солидарности и справедливости, препятствуя, тем самым, улучшению результатов в отношении здоровья".

Совершенно верно. Это корень проблемы. Доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья, опубликованный в августе прошлого года, содержит одно особенно поразительное заявление. "Выполнение рекомендаций Комиссии зависит от изменений в функционировании глобальной экономики".

В то время от этого заявления у некоторых поднимались брови. В обзоре, опубликованном в журнале "Экономист", дается высокая оценка излагаемых в докладе стремлений, но сообщается, что его попытка исправить глобальные нарушения равновесия в распределении власти и денег является, по существу, "воем на Луну".

Месяцем позже на мир внезапно обрушился финансовый кризис, который ударил там, где находится самое больное место - деньги. Жадность породила финансовый кризис, который вышел из-под контроля, когда корпоративное управление и управление рисками потерпели неудачу на каждом уровне системы.

В мире, для которого характерна радикально возросшая взаимозависимость стран, ошибки, сделанные в какой-то одной стране или каком-то одном секторе, крайне заразны. А последствия глубоко несправедливы. Развивающиеся страны наиболее уязвимы и наименее жизнестойки. На них приходится самые сильные удары, и им требуется больше всего времени на восстановление.

В каком-то смысле Декларация тысячелетия и ее Цели являются корректирующей стратегией. Они направлены на компенсацию недостатков международной политики и систем, создающих преимущества, но не имеющих правил, которые гарантировали бы справедливое распределение этих преимуществ.

Цели тысячелетия и многие новые инициативы и методики по улучшению здоровья крайне необходимы и уже приносят огромную пользу. Но они не обращаются к коренным причинам огромных разрывов между результатами в отношении здоровья. Коренные причины лежат в несовершенной политике. Я уверена, что этот вывод является одним из самых важных результатов работы Комиссии по социальным детерминантам здоровья.

Сейчас некоторые политические аналитики и ученые прогнозируют конец капиталистической модели рынка и указывают на признаки того, что глобализация отстывает. Мы слышим некоторые радикальные выводы: слепая вера в то, что рыночные силы способны решить все проблемы, ошибочна.

Мировым лидерам, борющимся за восстановление контроля над своей экономикой, советуют обратиться за руководством к Европе. Хорошо управляемое государство всеобщего благосостояния не является врагом глобализации. Наоборот, оно является спасителем.

Как мы знаем, международная политика и системы, управляющие финансовыми рынками, экономикой, коммерческой деятельностью, торговлей и международными отношениями, не выдвигают справедливость в качестве своей явной цели.

Слишком многие модели развития предполагали, что жизненные условия и состояние здоровья неимущих людей каким-то образом автоматически улучшатся по мере модернизации стран, либерализации их торговли и улучшения их экономики. Этого не произошло.

Слишком большое число международных систем работает на пользу тех, кто уже и без того богат. В действительности разрывы между результатами в отношении здоровья будут сокращены, а системы здравоохранения будут стремиться к справедливости только тогда, когда справедливость станет явной целью политики в области здравоохранения и в других секторах далеко за его пределами.

Деньги правят этим миром. Это никогда не изменится. Но, как мы видим, рыночные силы, сами по себе, не решают социальных проблем. Необходимо, чтобы этот мир вращался вокруг оси, которой является система ценностей. Нам необходима эта симметрия. В противном случае, уже опасная ситуация со значительными нарушениями равновесия в уровнях дохода, возможностях и состоянии здоровья, только усугубится.

Лидеры секторов, имеющих гораздо больше влияния, чем здравоохранение, склоняются к подобной точке зрения. На саммите Группы 20, прошедшем в апреле в Лондоне, мировые лидеры призвали к фундаментальной реконструкции международных систем, с тем чтобы привнести нравственные параметры и обеспечить их восприимчивость к истинным ценностям и интересам общества. Они говорили о необходимости инвестировать в эти системы такие ценности, как сообщество, солидарность, беспристрастность и социальная справедливость.

Для мировых лидеров это является долгожданным новым мышлением, но для общественного здравоохранения эти понятия знакомы, фактически, со времени Алма-Атинской декларации.

На этот раз иронические зигзаги истории могут повернуться в пользу общественного здравоохранения. Потенциальные возможности Алма-Атинской декларации для коренного изменения путей доставки медицинской помощи были исчерпаны из-за нефтяного кризиса, экономического спада и внедрения программ структурной перестройки, которые сократили бюджет для социальных служб, включая здравоохранение.

Сегодня финансовый кризис и тяжелый экономический спад побудили мировых лидеров

искать такой тип системы ценностей, который всегда представляла первичная медико-санитарная помощь. Возможно, на этот раз в мире, сотрясаемом кризисами, некоторые давние аргументы наконец-то будут услышаны.

Дамы и господа,

Общественное здравоохранение не было причастно к политике, которая привела к финансовому кризису или подготовила почву для изменения климата. Но общественному здравоохранению необходимо многое сказать о пандемии гриппа, о том, как управлять ею и как уменьшить ее воздействие.

Это возможность для того, чтобы главы государств и министры финансов, туризма и торговли могли внимательно выслушать министров здравоохранения. Это возможность для того, чтобы "включение вопросов здоровья во все области политики" стало совершенно очевидной необходимостью. Это возможность для того, чтобы стандартные аргументы о необходимости создания основного потенциала здравоохранения при всестороннем участии прозвучали искренне. На сегодняшний день развитие пандемии идет удачно для нас. В подавляющем большинстве случаев болезнь протекает со слабовыраженными симптомами и пациенты полностью выздоравливают через неделю даже без какого-либо медикаментозного лечения.

Но с клинической точки зрения для этого вируса характерны две крайности. Какой-либо середины между ними не просматривается. Одна крайность - это легкие случаи заболевания. Другая крайность - это незначительная подгруппа пациентов, у которых быстро развивается очень тяжелая болезнь.

Несмотря на их незначительное число, к службам здравоохранения предъявляются непропорционально высокие требования. Спасение жизни этих людей зависит от наличия высокоспециализированной интенсивной терапии с высоко специализированным оборудованием и высококвалифицированным персоналом. В странах, где такого потенциала нет, эти жизни будут потеряны.

Конечно, это верно по отношению ко многим другим болезням и проблемам со здоровьем. Ценою слабого потенциала является жизнь. Но я уверена, что во время нынешней пандемии этот давно известный факт станет особенно ощутимым и трагичным.

Я уверена, что эта пандемия будет переломным событием. Она происходит в то время, когда различия внутри стран и между странами в уровнях дохода, состоянии здоровья и уровнях оказываемой помощи больше, чем когда-либо еще за всю новейшую историю. Пандемия станет серьезным испытанием на справедливость для всего мира.

**ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЯТЬДЕСЯТ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ**

КОПЕНГАГЕН, 14–17 СЕНТЯБРЯ 2009 Г.

РЕЗОЛЮЦИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ПЕРИОД ГЛОБАЛЬНОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ

Региональный комитет, ссылаясь на резолюцию EUR/RC58/R4 по стратегическому управлению/руководству системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, касающуюся Таллиннской хартии, принятой на Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения:

“Системы здравоохранения–здоровье–благополучие”; ссылаясь на резолюцию EUR/RC57/R2 по достижению Целей развития тысячелетия в Европейском регионе ВОЗ; принимая во внимание доклады консультативного совещания высокого уровня по вопросам финансового кризиса и глобального здравоохранения, состоявшегося в Женеве 19 января 2009 г., и совещания на тему “Охрана здоровья в условиях глобального кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ”, состоявшегося в Осло 1–2 апреля 2009 г. (рекомендации этого совещания приведены в Приложении 1);

рассмотрев документ EUR/RC59/7 “Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ”;

1. ПРИЗНАЕТ как опасности для общественного здоровья и систем здравоохранения, связанные с продолжающимся глобальным экономическим кризисом, так и основные возможности для эффективных действий в условиях кризиса, и отмечает положительную реакцию государств-членов и различных заинтересованных сторон в секторе здравоохранения в отношении принятия совместных антикризисных мер;

2. ПРИНИМАЕТ К СВЕДЕНИЮ рекомендации для действий, разработанные на совещании, состоявшемся в Осло в апреле 2009 г.;

3. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены принять меры для обеспечения того, чтобы их системы здравоохранения продолжали защищать наиболее нуждающиеся группы населения (малоимущие, престарелые, больные и немощные);

использовать эффективные механизмы предоставления индивидуальных и общественных услуг здравоохранения, сотрудничая при этом с другими секторами и побуждая их учитывать в своей деятельности вопросы справедливости в отношении здоровья, а также проводить разумную экономическую политику в вопросах инвестирования, расходования средств и трудоустройства;

4. ПРЕДЛАГАЕТ государствам-членам продолжить сотрудничество по следующим

направлениям деятельности, проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ:

(а) активизация работы по мониторингу и анализу происходящих изменений, касающихся условий жизни, социальных норм и ценностей, образа жизни, состояния здоровья населения и доступности медицинской помощи, основываясь при этом на таких общих ценностях, как солидарность, справедливость и участие населения;

(b) систематическая оценка эффективности деятельности системы здравоохранения в целях улучшения здоровья всех групп населения, обеспечения финансовой защиты населения и повышения уровня отзывчивости и эффективности самой системы, учитывая при этом особую важность принципов справедливого финансирования и всеобщей доступности оздоровительных и лечебно-профилактических услуг;

(с) формулирование реалистичных вариантов политики, направленной на противодействие негативным воздействиям экономического кризиса на здоровье населения и системы здравоохранения и использование возникающих возможностей для необходимого изменения механизмов принятия решений, положений, регламентирующих порядок назначения пособий, действующих правил, механизмов функционирования, организационных структур и т.д.;

5. ПРЕДЛАГАЕТ Региональному директору:

(а) играть направляющую роль для государств-членов в их усилиях по минимизации негативного воздействия кризиса на здоровье населения путем предоставления услуг, наиболее соответствующих конкретным потребностям стран;

(b) содействовать информационно-аналитическому обеспечению здравоохранения, а также поддерживать со странами инновационный и конструктивный стратегический диалог с помощью таких механизмов, как добровольный сравнительный анализ деятельности, развитие контактов и связей среди заинтересованных стран по конкретным темам, максимально широкий обмен информацией и подготовка минимального набора соответствующих общеполоказателей для оценки последующей деятельности;

(с) представить на шестьдесят первой сессии Регионального комитета в 2011 г. доклад о приобретенном на региональном уровне опыте по противодействию экономическому кризису.

Приложение 1

Приведенные ниже рекомендации были приняты на конференции высокого уровня, которая состоялась в Осло 1–2 апреля 2009 г.

1. Распределять материальные блага на основе принципов солидарности и справедливости.
2. Увеличивать объемы официальной помощи на цели развития (ОПР) с тем, чтобы защитить наиболее уязвимых.
3. Инвестировать в здоровье, чтобы повышать благосостояние; защищать бюджеты здравоохранения.

4. “Каждый министр – это министр здравоохранения”.
5. Сохранить услуги общественного здравоохранения и первичной медико санитарной помощи, дающие реальный эффект при наименьших затратах.
6. Добиваться проведения в жизнь принципа “больше денег на нужды здравоохранения и больше здоровья за потраченные деньги”.
7. Укреплять базу всеобщего доступа к программам социальной защиты.
8. Обеспечивать всеобщий доступ к услугам здравоохранения.
9. Способствовать применению всеобщих и обязательных форм сбора денежных поступлений, предполагающих перераспределение бремени расходов.
10. Рассмотреть вопрос о введении или повышении налогов на табачные изделия, алкоголь, сахар и соль.
11. Усилить деятельность по подготовке медицинских специалистов и обеспечивать соблюдение этических принципов при найме на работу.
12. Поощрять активное участие общественности в разработке мер по смягчению последствий экономического кризиса для здравоохранения.

**ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЯТЬДЕСЯТ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ**

КОПЕНГАГЕН, 14–17 СЕНТЯБРЯ 2009 Г.

**РЕЗОЛЮЦИЯ
СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ**

Региональный комитет,

напоминая о резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA57.19 и WHA58.17 “Международная миграция медико-санитарного персонала: угроза системам здравоохранения в развивающихся странах”, WHA59.23 – о необходимости быстрого увеличения масштабов подготовки кадров здравоохранения, а также WHA59.27 – по вопросам укрепления сестринского и акушерского дела;

ссылаясь также на резолюции EUR/RC50/R5 и EUR/RC55/R8 о сотрудничестве со странами и укреплении систем здравоохранения в Европе в рамках дальнейшего развития проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран “Адаптация услуг к

новым потребностям”, а также на резолюцию EUR/RC57/R1 и сопровождающий справочный документ EUR/RC57/9 о стратегиях развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ;

вновь указывая на несомненную важность адекватной численности, распределения и профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов для укрепления систем здравоохранения и обеспечения справедливого доступа людей к услугам здравоохранения, вне зависимости от их платежеспособности или места жительства, что подтверждено положениями Таллиннской хартии: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния;

принятие кодекса практики по международному найму работников здравоохранения¹ вновь отмечая, что хорошо обученные и высококвалифицированные работники здравоохранения спасают жизни людей и что функционирование систем здравоохранения зависит от наличия кадров, их трудовой деятельности и профессионально-квалификационной структуры, а также от уровня их знаний, навыков и мотивации;

¹ Включая следующие документы (в хронологическом порядке), но не ограничиваясь ими:

- (i) Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г., посвященный кадровым ресурсам здравоохранения;
- (ii) Кампальская декларация, принятая в завершение Первого глобального форума по кадровым ресурсам здравоохранения (Кампала, Уганда, 2–7 марта 2008 г.);
- (iii) Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения “Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние” (Таллинн, 25–27 июня 2008 г.) и основанная на итогах ее работы Таллиннская хартия, которая была утверждена на пятьдесят восьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (Тбилиси, Грузия, 15–18 сентября 2008 г.);
- (iv) положение о необходимости подготовки достаточной численности работников здравоохранения, содержащееся в коммюнике стран G8, опубликованном в июле 2008 г.;
- (v) доклад о ходе работы и проект кодекса практики, представленные на обсуждение 124-й сессии Исполнительного комитета ВОЗ в январе 2009 г. (ЕВ124/13); (vi) тематический документ “Международный найм работников здравоохранения: проект глобального кодекса практики”, подготовленный секретариатом ВОЗ и представленный в качестве технической справки на Шестьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

вновь привлекая внимание, с большой озабоченностью, к наличию географических и профессионально-квалификационных дисбалансов в распределении кадров здравоохранения, обусловленных усилением миграции работников здравоохранения как внутри Региона, так и в обоих направлениях между Регионом и странами, находящимися за его пределами, а также к последствиям этих дисбалансов для систем здравоохранения и доступности услуг здравоохранения в странах – донорах рабочей силы; отмечая, что, несмотря на возможную взаимовыгодность международной миграции работников здравоохранения и для стран-доноров, и для стран-реципиентов, кадровый отток из тех стран, которые и так находятся в критической ситуации в отношении кадров здравоохранения, вызывает дальнейшее ослабление уже и без этого непрочных систем здравоохранения и представляет собой серьезное препятствие для достижения Целей развития в отношении здоровья, поставленных в Декларации тысячелетия; рассмотрев документ EUR/RC59/9 по стратегиям развития кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ,

1. ПРИВЕТСТВУЕТ этот документ;
2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:
 - (a) вновь указывая на несомненную важность адекватной численности, распределения и профессионально-квалификационной структуры кадровых ресурсов для укрепления систем здравоохранения и обеспечения справедливого доступа людей к услугам здравоохранения, вне зависимости от их платежеспособности или места жительства, что подтверждено положениями Таллиннской хартии: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния;
 - (b) наращивать работу по мониторингу тенденций и комплексных характеристик миграции кадров здравоохранения и оценке ее последствий в целях разработки и принятия эффективных стратегических мер, касающихся миграционных процессов, включая принятие нового и/или гармонизацию существующего в стране кодекса практики по международному найму работников здравоохранения, а также заключение с другими странами соглашений, касающихся вопросов миграции работников здравоохранения;
 - (c) всемерно содействовать принятию глобального кодекса практики по международному найму работников здравоохранения, стремясь к соблюдению европейских ценностей солидарности, социальной справедливости и коллективного участия как в Европейском регионе ВОЗ, так и в глобальном масштабе;
 - (d) основываясь на принципах прозрачности, этики, справедливости и взаимной выгоды, прилагать усилия, чтобы этот кодекс включал положения, обеспечивающие защиту прав

человека покидать свою страну, а также предусматривал достижение оптимального баланса между защитой индивидуальных прав работников-мигрантов и прав на охрану здоровья жителей стран-экспортеров рабочей силы, что будет способствовать смягчению последствий миграции для систем здравоохранения в странах-экспортерах;

(е) содействовать усилению положительных аспектов миграционных процессов в рамках сектора здравоохранения;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Региональному директору:

(а) продолжать усилия по поощрению и содействию гармонизации данных, касающихся кадров здравоохранения, а также использованию стандартных показателей и методик для улучшения качества и сопоставимости данных в целях оценки результатов деятельности по развитию кадровых ресурсов здравоохранения;

(б) продолжать разработку основного набора показателей для оценки процессов развития кадров здравоохранения в государствах-членах, осуществлять мониторинг и оценку текущей ситуации и динамики миграции работников здравоохранения, а также ход осуществления и эффективность стратегических вмешательств в странах и на уровне Европейского региона ВОЗ путем анализа данных, поступающих из стран, и ежегодной публикации региональных сводных обзоров, составляемых на основе страновых отчетов.

(с) завершить процесс консультаций с государствами-членами, организациями гражданского общества, профессиональными ассоциациями и другими региональными и международными органами, а также работу по компиляции и обзору различных национальных и региональных кодексов практики, существующих в Европейском регионе ВОЗ, и опубликованной литературы и данных, касающихся миграции работников здравоохранения, в качестве вклада в создание глобального кодекса практики по международному найму работников здравоохранения;

(d) представить доклад о проделанной работе на шестьдесят первой сессии Регионального комитета в 2012 г.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г.АЛМАТЫ

Егеубаева С.А.

Высшая школа общественного здравоохранения

Казахстан

Введение

Термин «гендер» представляет собой транслитерацию английского слова, обозначающего грамматический род, мужской или женский. Впервые во внеграмматическом контексте он был использован психологом Робертом Столлером, который в 1968 г. издал работу под названием «Пол и гендер» («Sex and Gender»). Смысл разделения указанных в названии терминов заключался в том, чтобы выделить социокультурное значение «мужественности» и «женственности» от биологических половых различий. Изначально гендер понимался как культурные и социальные смыслы женственности и мужественности, в то время как пол относился к биологически данным различиям между мужчинами и женщинами. Однако в настоящее время такое деление на пол и гендер во многом пересматривается. Но происходит это не потому, что недооценивается социальный пол, а потому, что во многом переосмысливается биологический. Наше представление о поле формируется не только на основе биологических идей и личного опыта, но через систему социальных интерпретаций, то есть через взаимодействие с культурой. Иными словами, сегодня пол и гендер видятся как взаимодействующие, а не противопоставляемые категории. При этом сам термин "гендер" (социальный пол) достаточно новый для мирового сообщества, поскольку возник только в последней трети XX в., не смотря на свое недавнее происхождение, уже занял прочные позиции не только в современной научной литературе, но и в международных политических дискуссиях и документах. Наиболее распространенным типом гендерной системы считают систему, в которую входят две гендерные группы: мужчины и женщины. Смысл гендерного подхода в исследованиях заключается в показе не только культурно детерминированных различий между полами, но и того, как культурное конструирование этих различий сказывается на социальном статусе гендерных групп: положении на рынке труда, возможностях в политике, образовании, здравоохранении и других сферах [1-7].

В Казахстане экономический кризис, падение уровня жизни населения, трудности социально-экономической адаптации, с которыми сталкивались люди в последние годы, отрицательно сказались на продолжительности их жизни. В результате в стране наблюдается одна из самых коротких в странах Центральной и Восточной Европы и странах СНГ продолжительность жизни при рождении. Более того, сложилось значительное гендерное неравенство по этому показателю, которое во времени только увеличивается. Разрыв значений этого показателя у женщин и мужчин увеличился с 9,5 лет в 1990 г. до 11,9 лет в 2007г., что по международным стандартам является более чем значительной величиной и свидетельствует о гендерных проблемах смертности в стране. По республиканским данным, более высокий уровень заболеваемости (уровень

заболеваемости болезнями системы кровообращения, более высокая частота несчастных случаев, травм, отравлений, более высокая заболеваемость туберкулезом) и смертности отмечается среди мужчин, а также их большая подверженность стрессам может объяснить тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни мужчин значительно снизилась по сравнению с женщинами. Среди казахстанских женщин широко распространена анемия. Показатель материнской смертности имеет тенденцию снижения, но пока остается очень высоким [8,9].

Целью данного исследования явилось изучение особенностей состояния здоровья и отношения населения к службам здравоохранения различных возрастных и основных гендерных групп (мужчин и женщин).

Материалы и методы исследования

1179 респондентов г.Алматы от 20 лет и старше, выбранных методом случайной выборки и участвовавших в социологическом опросе, были разделены на две возрастные и гендерные группы. Так, в возрастной группе до 50 лет проанализировано 249 анкет, заполненных мужчинами и 333 анкеты, заполненные женщинами. В возрастной группе старше 50 лет – 241 анкета, заполненная мужчинами и 356 – женщинами. Статистический анализ результатов был проведен с использованием программы SPSS. Для обработки данных использовались такие методы статистического анализа качественных показателей как хи-квадрат, метод нормированных остатков и отношения шансов риска.

Результаты исследования

В результате анализа данных выявлены достоверные различия по следующим аспектам. Общая характеристика исследуемой группы. По уровню образования выявлено, что достоверно чаще мужчины имеют ученую степень и второе образование – 7,6% (нормированный остаток 2,0) и достоверно реже по сравнению с женщинами среднее образование – 13,9% (нормированный остаток -2,1). 41,6% мужчин и 38,9% женщин старше 50 лет имеют высшее образование, достоверных различий между ними не выявлено ($\chi^2=22,215$; число степеней свободы – 5; $p<0,001$). Среди лиц до 50 лет достоверных различий между полами не выявлено.

По профессиональному статусу выявлено, что среди респондентов старше 50 лет 42,3% мужчин и 55,8% женщин были пенсионерами, достоверных различий при этом не выявлено ($\chi^2=37,824$; число степеней свободы – 6; $p<0,001$). Среди опрошенных мужчин достоверно чаще встречались рабочие – 16,3% (нормированный остаток 2,3) и безработные (нормированный остаток 2,0) и реже, что очевидно домохозяйки – 2,1% (нормированный остаток -2,6). Среди женщин же достоверно чаще встречались именно домохозяйки – 9,0% (нормированный остаток 2,1). Среди лиц до 50 лет достоверных

различий по профессиональному статусу не выявлено.

Самооценка здоровья является одним из важных показателей оценки здоровья населения, которая наилучшим образом отражает самочувствие людей. По самооценке здоровья среди лиц до 50 лет выявлено, что женщины оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины ($\chi^2=14,852$; число степеней свободы – 1; $p<0,001$). Так, 41,0% женщин достоверно чаще (нормированный остаток 2,0) давали отрицательные ответы по самочувствию, нежели мужчины – 25,5% (нормированный остаток -2,4). Отношение шанса риска показало, что женщины до 50 лет в 2 раза чаще дают ответы о плохом самочувствии (отношение шансов риска 2,033; доверительный интервал = 1,413-2,924). У женщин чаще отмечались гинекологические заболевания, у мужчин – опорно-двигательного аппарата. У лиц старше 50 лет достоверных различий по полу не выявлено. Мужчины и женщины одинаково часто отмечают о плохом самочувствии, 56,5% и 66,4% соответственно ($\chi^2=5,958$; число степеней свободы – 1; $p<0,05$), при этом метод отношения шанса риска показал, что женщины в 1,5 раза чаще, чем мужчины отмечают плохое самочувствие (отношение шанса риска 1,521; доверительный интервал = 1,085-2,132). По преобладанию тех или иных групп заболеваний в группе мужчин и женщин старше 50 лет не выявлено.

По состоянию здоровья, наличию тех или иных заболеваний, выявлены следующие особенности. Среди лиц до 50 лет мужчины достоверно реже, чем женщины отметили заболевания нервной системы (нормированный остаток -2,0; $\chi^2=14,374$; число степеней свободы – 3; $p<0,01$), заболевания эндокринной системы (нормированный остаток -2,2; $\chi^2=9,139$; число степеней свободы – 3; $p<0,05$). Достоверно чаще мужчины отмечают заболевания легких (нормированный остаток 2,0; $\chi^2=14,405$; число степеней свободы – 3; $p<0,01$); заболевания опорно-двигательного аппарата (травмы) в анамнезе (нормированный остаток 2,9; $\chi^2=21,333$; число степеней свободы – 3; $p<0,001$). Женщины чаще (19,2% против 10,5% мужчин) отметили наличие заболеваний почек ($\chi^2=7,657$; число степеней свободы – 2; $p<0,05$). Среди лиц старше 50 лет картина сложилась следующая. Достоверно чаще женщины отмечали хронические заболевания почек (нормированный остаток 2,0; $\chi^2=12,221$; число степеней свободы – 3; $p<0,01$). Заболевания опорно-двигательного аппарата в хронической форме отметили 41,5% женщин и 36,2% мужчин ($\chi^2=10,074$; число степеней свободы – 3; $p<0,05$). При этом 13,4% мужчин достоверно чаще упоминали о наличии заболевания в анамнезе (нормированный остаток 2,3). Гинекологическая заболеваемость в хронической форме была отмечена 8,8% женщин до 50 лет и 16,6% женщин старше 50 лет, заболевания в анамнезе указали 28,9% женщин до 50 лет ($\chi^2=90,768$; число степеней свободы – 3; $p<0,001$) и 23,4% женщин старше 50 лет

($\chi^2=83,595$; число степеней свободы – 3; $p<0,001$).

Обращение в медицинские службы также имеет свои особенности. Так, мужчины до 50 лет достоверно чаще обращаются за справкой – 20,7% (нормированный остаток 2,8; $\chi^2=42,978$; число степеней свободы – 6; $p<0,001$), женщины же, что очевидно чаще в результате беременности. Лица же старше 50 лет независимо от пола обращаются в медицинские учреждения по причине возникновения заболевания или профилактического осмотра ($\chi^2=15,086$; число степеней свободы – 7; $p<0,05$). Мужчины до 50 лет при возникновении проблем достоверно чаще, чем женщины обращаются в больницы – 17,4% (нормированный остаток 2,0; $\chi^2=39,706$; число степеней свободы – 6; $p<0,001$). Мужчины старше 50 лет достоверно чаще, чем женщины, обращаются в частные клиники или к частнопрактикующим врачам – 11,8% (нормированный остаток 2,1; $\chi^2=22,946$; число степеней свободы – 6; $p<0,001$).

Выявлены достоверные различия по отношению респондентов к предоставлению медицинской помощи. Оказалось, что 26,3% мужчинам до 50 лет «не важно» (нормированный остаток 3,6) и 6,0% «совсем не важно» (нормированный остаток 2,1) безболезненность лечения ($\chi^2=37,378$; число степеней свободы – 3; $p<0,001$); 9,7% «не важно» дружелюбие персонала (нормированный остаток 2,2; $\chi^2=13,782$; число степеней свободы – 3; $p<0,01$). Среди лиц старше 50 лет не выявлено достоверных гендерных различий в отношении к предоставлению медицинской помощи.

За последние два года отношение к пациенту достоверно чаще по мнению женщин (нормированный остаток 2,7) ухудшилось, чем по мнению мужчин ($\chi^2=23,407$; число степеней свободы – 5; $p<0,001$). Мужчины же достоверно чаще высказывали мнение об ухудшении отношения медицинских работников к своим обязанностям – 16,0% (нормированный остаток – 2,4; $\chi^2=17,178$; число степеней свободы – 5; $p<0,01$). Одним из вопросов была степень доверия респондентов медицинским специалистам и другим источникам информации о здоровье. Гендерных особенностей по степени доверия медицинскому персоналу в исследовании не выявлено. Выявлено, что достоверно чаще, чем женщины, мужчины до 50 лет совсем не доверяют другим источникам информации о здоровье, кроме медицинских работников. Среди лиц старшего возраста таких различий не выявлено.

Выводы

Таким образом, выявленные особенности гендерных различий в отношении здоровья и мнения населения о службах здравоохранения позволяют рассматривать систему предоставления медико-профилактических услуг в более комплексном понятии психоэмоциональных и социокультурных взаимоотношений в обществе.

Данный контекст доказывает необходимость учета гендерного подхода в предоставлении медико-профилактических услуг населению, что позволит специфицировать услуги в зависимости от потребностей той или иной гендерной группы. Такой подход, в конечном счете, может повлиять на повышение качества и удовлетворенности предоставляемыми услугами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гендерные проблемы и развитие/ научный доклад Всемирного банка.- М.: Весь мир, 2002г.
2. Материалы Семинара по развитию возможностей персонала проектов. – Субрегиональное бюро МОТ для стран Восточной Европы и Центральной Азии. Москва, 21-22сентября 2004г.
3. Гендерные проблемы и развитие. Стимулирование развития через гендерное равенство в правах, доступности ресурсов и возможности выразить свои интересы.- М.: Весь мир 2002г.
4. Гендерное равенство и положение женщин в Казахстане, Программа Развития ООН в Республике Казахстан, Алматы , 2005г.
5. Gender Analysis in Health: A review of selected tools. Department of Gender and Women's Health. World Health Organization. Geneva, 2002г.
6. Development and Gender, Issue 5: approaches to institutionalising gender, Gender in Brief, Institute of Development Studies, University of Sussex, England, May 1997).
7. Гендерный фактор. «Предлагаемые стратегии. Здоровье и благополучие женщин. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. «Здоровье-21».
8. Женщины и мужчины Казахстана: Статистический сборник. /Под ред. Мешимбаевой А.Е./ - Астана, 2008.
9. Уровень жизни населения и бедность в Казахстане (статистический мониторинг). – Алматы: Агентство РК по статистике / Представительство ООН в Казахстане, 2004). Источник: Социальный мониторинг 2004. ЮНИСЕФ МОНИ.

АЛЬТЕРНАТИВНОЕ РЕШЕНИЕ В ВОПРОСАХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Айдарханова К.К., Камзебаева Л.Ж., Аубакирова А.С., Абилдаева М.Е.

Институт развития здравоохранения МЗ РК

В условиях экономического кризиса Республики Казахстан выходом из создавшейся ситуации является серьезное реформирование здравоохранения. В настоящее время в Казахстане назрела необходимость создания эффективной финансовой системы здравоохранения. Известно, что без создания эффективной системы управления качеством оказания медицинской помощи, говорить о повышении качества медицинской помощи бессмысленно. Перед правительством стоит огромная задача, чтобы в условиях нынешнего кризиса создать такую систему здравоохранения, при которой можно было бы совместить выше обозначенные проблемы, но при этом должны соблюдаться приоритетные задачи здравоохранения по охране здоровья населения [1].

Основные цели здравоохранения:

- Улучшение состояния здоровья населения и повышение социального благосостояния;
- Обеспечение равенства и доступа к медицинским услугам;
- Обеспечение микроэкономической и макроэкономической эффективности в использовании ресурсов;
- Повышение клинической эффективности;
- Повышение качества медицинских услуг и удовлетворенности потребителя;
- Обеспечение долгосрочной финансовой устойчивости системы.

Во всем мире тенденции развития здравоохранения направлены на:

- Повышение потребности в качественном человеческом персонале (для растущих экономик);
- Повышение затрат на охрану здоровья;
- Рост инвестиций в высокотехнологичный сектор, биомедицинские технологии, научные исследования;
- Международная конкуренция поставщиков (деньги идут за пациентами);
- Глобализация рынков рабочей силы (медперсонала);
- Инновационные технологии в управлении: ГЧП и концессии, горизонтальные сети, аутсорсинг, финансовые инновации;
- Гармонизация стандартов (протоколов);
- Ориентация на конечные результаты (индикаторы).

На сегодняшний день повышение качества медицинской помощи – одно из

приоритетных направлений развития системы здравоохранения Казахстана, как и во всем в мире, направлено на создание системы управления качеством медицинской помощи, целью которых является:

-улучшение процесса и результатов медицинской помощи;

-оптимизация затрат.

Условием экономического развития государства, является социальная стабильность и в связи с этим одна из важнейших задач государства обеспечение социальных гарантий, в том числе гарантий на получение доступной и качественной медицинской помощи.

Лица, разрабатывающие политику, должны располагать методами сравнения эффективности работы системы здравоохранения своей страны с системами здравоохранения других стран или регионов, имеющих сопоставимые уровни доходов [2]. Для этого создаются международные программы по стандартизации в различных отраслях.

В условиях интеграции казахстанской экономики в мировую, вопросы ведения бизнеса приобретают огромное значение. Стратегия индустриально-инновационного развития Казахстана диктует необходимость внедрения систем менеджмента качества на предприятиях [3].

В Государственной Программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы в рамках направления по созданию системы управления качеством медицинской помощи ставится задача дальнейшего совершенствования протоколов диагностики и лечения на основе доказательной медицины. Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438, основной задачей реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы поставлена задача по созданию минимальных стандартов по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи на первом этапе, на втором этапе реформирования повышение качества должно было осуществляться путем внедрения международных стандартов [4]. Из этого следует, что назрела необходимость совершенствования государственных стандартов в сфере здравоохранения.

Таким образом, для достижения безопасности лечения, клинической и экономической эффективности, с целью управления ресурсами здравоохранения, обеспечением для каждого гражданина Казахстана равной возможности доступа к получению качественной медицинской помощи, необходимо создание стандартов медицинской помощи.

Одним из путей реализации поставленных задач является дальнейшее совершенствование и развития института стандартизации в сфере оказания медицинских

услуг путем разработки протоколов диагностики и лечения и расчета их экономической части.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Закон Республики Казахстан от 7 июля 2006 года «Об охране здоровья граждан».
2. Джорж Шибер и Акико Маеда.// Краткое руководство по финансированию здравоохранения в развивающихся странах, 2005 г.
3. Карпов И.// ИСО9001:2000 . Ваш капитал, №3, 2004 г.
4. Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438 «Об утверждении государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы».

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕУМЫШЛЕННОГО ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

Усатаева Г.М.

Высшая Школа общественного здравоохранения

Введение

Травматизм и смертность от внешних причин, признанные во всем мире как предотвратимые состояния и причины смерти, продолжают оставаться в числе важных проблем общественного здравоохранения. Это определяется высокой распространенностью травм, тенденцией к росту, а также медицинской, социальной и экономической значимостью. Травмы имеют серьезные последствия, - такие, как заболеваемость, стойкая инвалидность или гибель людей [1].

Травматизм, как причина летального исхода, занимает первое место среди причин смерти у детей и подростков [2]. Ежегодно несчастные случаи являются причиной около 22 млн. травм, отравлений и ожогов и сотен тысяч смертельных исходов среди детского населения [3]. Ежедневно в мире более 2000 семей теряют детей вследствие гибели в результате травмы или так называемого «несчастливого случая». Кроме того, ежедневно десятки тысяч детей нуждаются в медицинской помощи после получения травм различной степени тяжести. Часть детей остается инвалидами на всю оставшуюся жизнь, других детей часто ожидает долгий реабилитационный период [4]. На современном этапе травму

следует рассматривать как одну из основных причин, угрожающих жизни ребенка или подростка.

Детский травматизм в мире

Бремя детского травматизма в мире распределено неравномерно. Наиболее тяжелые травмы получают дети, проживающие в бедных и развивающихся странах, - более 90%. Например, по данным 2004 года, наиболее высокие показатели смертности детей и подростков в возрасте до 20 лет вследствие травм и несчастных случаев были зафиксированы в странах Юго-Восточной Азии (24,9 на 100000 населения). В высокоразвитых странах Американского континента (США, Канада) уровень смертности в этой же возрастной группе составил 2,8 на 100000 человек, в странах Центральной и Восточной Европы – 9,0 на 100000 [4]. Для сравнения, в Казахстане аналогичный показатель составил 32,0 на 100000 человек, что является самым высоким показателем в Европе после Российской Федерации (34,5 на 100000 населения) [5].

Основными причинами гибели детей по всему миру являются дорожно-транспортные происшествия (ДТП), утопления, ожоги и падения [6].

В 2002 году в мире в ДТП погибло 111497 мальчиков и 71336 девочек в возрасте до 15 лет, утонуло 89898 мальчиков и 55028 девочек [6]. На долю ДТП в структуре смертности детей в возрасте до 15 лет выпало 28%, утопления составили 20%, а ожоги - 10%. Как и во всем мире, в Республике Казахстан ДТП, утопления и ожоги являются ведущими причинами гибели детей в возрасте 0-14 лет.

Детский травматизм оказывает влияние на общественное здоровье и сокращает продолжительность предстоящей жизни населения многих стран. Исследования показали, что средняя продолжительность предстоящей жизни, при исключении смертности от несчастных случаев и травм, увеличилась бы в среднем на 3,1 года – 4,8 лет у мужчин и на 1,2 года у женщин [7].

Дорожно-транспортные травмы

Проблема дорожно-транспортного травматизма возникла еще до изобретения автомобиля, но именно с распространением автомобилей, а затем - автобусов, грузовых и других машин, – проблема быстро усугубилась [8]. В 2004 году в результате ДТП в мире погибло 264000 детей и подростков в возрасте 0-19 лет, что составило 30% всех случаев смертности в результате травм, отравлений и ожогов. В среднем, уровень смертности от ДТП в мире составляет 10,7 на 100000 человек соответствующего населения. Показатель детской смертности по причине ДТП варьирует в различных регионах. Например, по данным 2004 года, в Юго-Восточной Азии он составил 7,4; в странах Африки – 19,9; в

странах Латинской Америки – 7,7; на Ближнем Востоке – 18,3; в странах Западной Европы – 5,2 на 100000 человек [4, 9]. Для сравнения, в Республике Казахстан аналогичный показатель составил 8,6 на 100000 человек [5]. Кроме региональных особенностей, существуют различия, связанные с типом участника дорожного движения. В 70 странах мира 33% погибших детей были пешеходами, а 65% были пассажирами, велосипедистами или мотоциклистами [10].

Наиболее высокие показатели смертности в результате ДТП наблюдаются среди детей старшего возраста и среди подростков 15-19 лет. Это связано с тем, что с возрастом растет активность ребенка в отношении участия в дорожном движении. Дети младшего возраста, обычно, находятся в сопровождении взрослых, кроме того, в возрасте до 10 лет желание детей демонстрировать рискованное поведение еще выражено не так ярко, как у более старших [4]. Исследования, проведенные в странах Юго-Восточной Азии, выявили, что 40% случаев смерти в результате ДТП происходили в возрастной группе 10-14 лет [11, 12].

В литературных источниках большое внимание уделяется гендерным аспектам дорожно-транспортного травматизма. Начиная с раннего возраста, мальчики чаще становятся жертвами ДТП, чем девочки, причем разница в частоте травм с возрастом увеличивается, и к 18-19 годам становится такой же, как у взрослых, т.е. в 2 раза выше [4]. По данным ВОЗ показатель смертности среди мальчиков 18-19 лет составлял в 2004 году 13,8 на 100000, а среди девочек – 7,5 на 100000. Например, исследование, проведенное в Австралии, выявило, что среди детей-пешеходов большинство пострадавших были мальчиками, кроме того, среди погибших юных велосипедистов также преобладали представители мужского пола. Подобная статистика объяснялась авторами исследования с позиции поведенческих особенностей, характерных для мальчиков и юношей: стремление к риску, желание быть самостоятельными и, как следствие, - высокий уровень летальности и инвалидизации [13, 14].

Примерное количество детей, выживших после травм, полученных в результате ДТП, ежегодно составляет около 10 миллионов, но даже эта цифра, по мнению экспертов ВОЗ, является неполной вследствие несовершенства систем надзора за ДТП и дорожными травмами, а также низкой обращаемостью за медицинской помощью населения, особенно в развивающихся странах [4]. Дети, выжившие после ДТП, получают серьезные травмы. Примерно 80% травмированных детей получают серьезные травмы головы [14]. В мире среди детей до 15 лет ДТП занимают 11 место в структуре смертности и 10 место в структуре заболеваемости [8].

Утопления

Утопления до недавнего времени занимали первое место в структуре детской смертности вследствие травм и несчастных случаев [6, 15]. В настоящее время утопления по уровню смертности уступают лишь дорожно-транспортным происшествиям. Вода занимает важное место в жизни каждого ребенка: она нужна им для роста и развития, обеспечения чистоты, игр и развлечений [4]. В то же время вода является опасной средой, - как для взрослых, так и для детей. По оценкам ВОЗ в мире в 2004 году утонуло 388000 человек, почти половину из них составили дети и подростки [10]. Средний показатель детской смертности по причине утоплений в 2004 году составил 7,2 на 100000 человек соответствующего населения. Данный показатель сильно варьирует в различных регионах мира. Показатель смертности по причине утоплений в развивающихся странах в 6 раз выше, чем в развитых [4]. Наиболее высокий уровень смертности по причине утоплений отмечается в странах Западного Тихоокеанского региона (13,9 на 100000 человек), в Африке (7,2 на 100000), на Ближнем Востоке (6,8 на 100000) и Юго-Восточной Азии (6,2 на 100000) [10]. По данным 2004 года Республика Казахстан занимает первое место по уровню детской смертности по причине утоплений среди стран СНГ и Европейского Региона – 6,9 на 100000 человек соответствующего населения.

Дети в возрасте от 1 до 4 лет являются наиболее уязвимой группой в отношении утоплений: показатель смертности в этой группе в развивающихся странах составил в 2004 году 10,2 на 100000 человек [4]. Для сравнения в этих же странах, но в возрастной группе 5-9 лет и 10-14 лет показатель смертности по причине утоплений составил 7,0 на 100000 и 6,8 на 100000 соответственно [10]. Даже в развитых странах, где уровень смертности по причине утоплений является низким, прослеживается разница в показателях между возрастными группами: 2,0 на 100000 среди детей 1-4 лет; 0,8 на 100000 в возрастной группе 5-9 лет и 0,7 на 100000 человек – в группе детей 10-14 лет [4, 10]. По данным исследования, проведенного в странах Юго-Восточной Азии, 90% детей в возрасте 1-4 лет и 50% детей в возрасте 5-9 лет, погибших по причине травм и несчастных случаев, утонули [16]. Утопления являются ведущей причиной смертности среди детей 1-2 лет в Соединенных Штатах Америки и среди детей 1-4 лет в Бразилии [17]. Среди стран Европейского региона ВОЗ первое место по уровню смертности по причине утоплений занимает Республика Казахстан – 6,9 на 100000 человек населения. Самый низкий уровень детской смертности по причине утоплений был отмечен в Соединенном Королевстве, где соответствующий показатель составил 0,3 на 100000 [5].

Мальчики в результате утоплений погибают чаще, чем девочки, причем подобное явление характерно для всех регионов. В 2004 году средний показатель смертности по причине утоплений среди мальчиков составлял 9,0 на 100000 человек (среди девочек – 5,2

на 100000) [4, 10].

Важно также отметить последствия неполных утоплений, когда дети выживали. По данным ВОЗ количество таких детей по всему миру варьирует от 2 до 3 миллионов, при этом следует заметить, что во многих странах мира регистрация неполных утоплений не всегда ведется наряду с тем, что многие семьи не обращаются за медицинской помощью в случае выживания ребенка [7]. В 1999-2004 гг. в Австралии было проведено исследование по изучению последствий неполных утоплений. 22,3% госпитализированных детей в течение длительного времени страдали от заболеваний дыхательной и нервной системы в течение длительного промежутка времени, кроме того, как минимум, 5% выписанных из клиник детей страдали серьезными неврологическими расстройствами [18]. Данные исследования, проведенного в Соединенном Королевстве, выявили, что среди детей 0-14 лет, подвергшихся неполному утоплению, 8% умерли вскоре после выписки, а 5% стали инвалидами вследствие стойких неврологических расстройств [19].

Ожоги

Ожоги являются повреждением, при котором поражается кожа или другие ткани при воздействии термического фактора [20]. У детей ожоги проявляются тяжелее, чем у взрослых по причине площади тела, толщины кожи и слизистых оболочек и времени реакции. Ожоги являются одной из ведущих причин смертности, инвалидности заболеваемости детей в большинстве стран мира [21]. Ожоги разнообразны по механизму или причине, степени и глубине, а также по площади поражения.

В среднем, показатель детской смертности по причине ожогов составил 3,9 на 100000 человек соответствующего населения. Как и в случае других травм, показатели детской смертности по причине ожогов в странах с низким и средним уровнем развития экономики (страны Африки, Юго-Восточной Азии и Ближнего Востока) в 11 раз превышает аналогичный показатель в высокоразвитых странах (страны Западной Европы, Австралия): 4,3 и 0,4 на 100000 человек соответственно [4]. В Казахстане показатель смертности по причине ожогов в 2004 году составил 1,0 на 100000, что в 2,5 раза превышает показатель в странах Западной Европы [5].

Анализ данных смертности показал, что чаще всего дети погибают при пожарах (93%), причем в данном случае происходит обширный ожог, как кожных покровов, так и дыхательных путей. На втором месте термические ожоги жидкостями (5,4%), остальные ожоги (контактные, химические или электрические) составили 1,6% [10].

Наибольший риск ожоги представляют для детей грудного возраста и детей в возрасте до 4 лет. В этом возрасте дети наиболее уязвимы, как в отношении получения ожогов, так и в отношении выживания после данного вида повреждений. Самый низкий

уровень смертности по причине ожогов отмечен в возрастной группе от 10 до 14 лет. Затем в возрастной группе от 15 лет и выше отмечается рост показателя смертности по причине ожогов. Это связано с тем, что в этом возрасте подростки склонны к рискованным формам поведения, начинают работать и экспериментировать [4, 5, 21].

Ожоги являются единственным видом повреждения, смертность от которого выше среди девочек (4,9 на 100000 человек), чем среди мальчиков (3,0 на 100000). Подобное гендерное различие наиболее выражено в странах Юго-Восточной Азии и развивающихся странах Ближнего Востока [4].

Данные по заболеваемости детей по причине травм, по мнению экспертов ВОЗ и ЮНИСЕФ, являются неполными вследствие низкой обращаемости населения за помощью в случае ожогов, особенно в развивающихся странах. В отдельных странах проводилось изучение структуры ожоговых повреждений, полученных в результате воздействия различных механизмов и причин. Например, в Финляндии 42% госпитализированных детей получали ожоги в результате воздействия горячей жидкости или пищи; 100% ожогов детей в возрасте до 3 лет возникли при контакте с горячей водой. В возрастной группе 11-16 лет 50% детей получили электрические ожоги, остальные 50% - ожоги при контакте с открытым огнем [22]. В Республике Казахстан показатель заболеваемости по причине термических и химических ожогов среди детей 0-14 лет в 2004 году составил 172,7 на 100000 человек соответствующего населения [23].

Заключение

В настоящее время общественное здравоохранение Казахстана подошло к необходимости разработки не только целевой республиканской программы по профилактике и снижению травматизма, но национальной стратегии по профилактике и снижению детского травматизма. Этот процесс требует методического подхода и тщательной предварительной работы по изучению эпидемиологических характеристик травм, факторов риска, причин и обстоятельств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Romer C., Manciaux M. (1991). Accidents in childhood and adolescence: a priority problem worldwide. In Manciaux M. and Romer C. (eds). Accidents in childhood and adolescence: the role of research. (pp. 1-6). Geneva: WHO.
2. Крупеня В.И. Эпидемиологические аспекты изучения и проблемы травматизма // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1988. - №1. – С. 67-68.
3. Patterson M. Prevention: the only cure for pediatric trauma. // Orthopaedic Nursing. 18(4):16-20, 1999 Jul-Aug.

4. World Report on Child Injury prevention. Geneva, World Health Organization, UNICEF, 2008.
5. WHO (2008). European Report on Child Injury Prevention. Copenhagen, WHO Regional office for Europe.
6. Gordon B., MacKay R., Rehfuss E. Inheriting the World: The Atlas of Children's Health and the Environment. Geneva, World Health Organization, 2004
7. Демичев Н.П., Яковлев Ю.Т., Винникова Ю.Г. и др. Травматизм и влияние его на среднюю продолжительность жизни населения // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1982. - №7. - С. 57-58.
8. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма/Пер. с англ.- М.: Издательство «Весь мир», 2006.-280с.
9. WHO (2002). The Injury Chart Book: A graphical overview of the global burden of injuries. Geneva, WHO.
10. WHO mortality database: tables. Geneva, World Health Organization, 2008
11. Rahman A. et al. Bangladesh Health and Injury Survey: Report on Children. Dhaka, Ministry of Health and Family Welfare, 2005.
12. Sitthi-amorn C et al. Child Injury in Thailand: a report of the National Injury Survey. Bangkok, Institute of Health Research, TASC and UNICEF, 2006.
13. Gender and Road Traffic Injuries//Gender and Health. Geneva, WHO, 2002.
14. Howat P., Jones S., Hall M., Cross D., Stevenson M. The PRECEDE-PROCEDE model: application to planning a child pedestrian injury prevention program. Injury Prevention 1997; 3:282-287.
15. Исаев Д.С., Оспанова Д.А., Бейсенбекова Г.К., Сабыров Г.С., Шопшекбаева С.Ш., Оразгалиев В.Д., Миляев А.Д, Аюпова С.Х. Новые методы экспресс-мониторинга младенческой и детской смертности (методические рекомендации). Алматы, 1996.
16. Linnan M. et al. Child mortality and injury in Asia: survey results and evidence. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.
17. Brenner R. Prevention of drowning in infants, children and adolescents//Pediatrics, 2003, 112:440-445.
18. Kreisfeld R., Henley G. Deaths and hospitalizations due to drowning, Australia 1999-2000 to 2003-2004. Adelaide, Australian Institute for Health and Welfare, 2005 (Deaths and Hospitalizations Injury Research and Statistics Series, No.39).
19. Kemp A.M., Sibert J.R. Outcome in children who nearly drown: a British Isles study. British Medical Journal, 1991, 302:931-933.
20. Facts about injuries: burns. Geneva, World Health Organization and International society

for burn injuries, 2006.

21. Mason J., Chan N., Chiu T., Burd A. Prevention of Paediatric Burn Injuries in Europe and around the World//1st European Conference on Injury prevention and Safety Promotion.-Vienna, 2006.- P.84.
22. Papp A. Et al. Paediatric ICU burns in Finland 1994-2004. Burns, 2008, 34:339-344.
23. Основные показатели травматолого-ортопедической службы Республики Казахстан в 2004 году (статистический сборник). Министерство здравоохранения Республики Казахстан, НИИ травматологии и ортопедии. Астана, 2005.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

**Граф М.А., Камзебаева Л.Ж., Ермаханова Г.А.
Институт развития здравоохранения МЗ РК**

Одной из современных тенденций развития здравоохранения в мире является повышение внимания к качеству медицинской помощи и медицинских услуг. Всемирная организация здравоохранения придает важное значение разработке механизмов, обеспечивающих качество обслуживания пациентов в системе здравоохранения различных стран.

Нами была разработана карта выкопировки экспертных заключений нежелательных последствий медицинских вмешательств.

Экспертная карта - карта для сбора информации о нежелательных последствиях медицинских вмешательств, направленная на выявление врачебных ошибок, выяснение причин их возникновения и установление причинно – следственной связи с наступившим неблагоприятным последствием (таблица 1).

Таблица 1 - Экспертная карта

№	Пол	Возраст	Регион	Диагноз	Категория обращающегося	Причина обращения	Исход обращения	Заключение эксперта

Сбор информации для карты проводится по актам экспертизы (согласно Правил осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг в Республике Казахстан, утвержденных приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2004 года, № 898). В указанных актах выносятся заключения, содержащие объективные, мотивированные выводы по объектам экспертизы, на основании изучения необходимой медицинской документации и проведения комплекса других необходимых мероприятий с целью получения объективных данных для вынесения экспертного заключения. Экспертиза обращений граждан предполагает совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, осуществляемых для вынесения заключения по уровню и качеству лечебно – профилактической деятельности.

Объектом исследования являются жалобы пациентов, получавших некачественную стационарную или амбулаторную медицинскую помощь.

Данные экспертных карт включают в себя информацию из внеплановых экспертиз, на основании обращений и жалоб граждан на некачественно оказанную медицинскую помощь и других ситуаций требующих неотложную экспертизу. Анализу подлежат медицинские карты граждан, получивших некачественную медицинскую помощь, (ретроспективная экспертиза).

Обязательной частью данной карты является получение следующей информации:

1. Общее количество жалоб пациентов на оказание некачественной медицинской помощи (таблица 2);

Таблица 2 - Общее количество жалоб пациентов на оказание некачественной медицинской помощи

Общее количество обращений	Просмотрено обращений	Обращения, касающиеся некачественной медицинской помощи		
		обоснованные	необоснованные	частично обоснованные
Данные Комитета контроля качества медицинских услуг (за 2006-2008гг.)	Всего проанализированных обращений (с учетом обращений на подтверждение листков нетрудоспособности)	По мнению экспертов являются обоснованными жалобами пациентов	По мнению экспертов являются не обоснованными жалобами пациентов	Медицинская помощь имеет ошибочное явление, не несущее за собой вреда (сан.условия,

	и определения группы инвалидности и т.д.)			питание и т.д.)
--	---	--	--	-----------------

2. графа «Регион» (территориальность) – информация о регионах с наиболее частым обращением граждан об оказании некачественной медицинской помощи. Рост обращений граждан касательно некачественного оказания медицинской помощи по регионам свидетельствует о растущей грамотности населения, чем 3-4 года назад;
3. графа «Пол» и «Возраст» - это половозрастная характеристика лиц подвергшихся неблагоприятному воздействию медицинских вмешательств;
4. графа «Диагноз», позволяет определить наиболее уязвимый медицинский профиль подверженный к врачебным ошибкам;
5. графа «Причина обращения» – информация об имевшихся нарушениях в отношении пациентов со стороны медицинских работников;
6. графа «Исход обращения» - позволяет получить сведения об исходе неблагоприятных воздействий медицинских вмешательств;
7. графа «Заключение эксперта» помогает выявить выполнение либо невыполнение медицинскими работниками всех необходимых мер для надлежащего оказания медицинской помощи. Данный показатель помогает оценить обоснованность поступающих жалоб. Позволяет определить характер причины ошибок (объективные или субъективные).

Экспертная карта позволяет рассмотреть следующие индикаторы качества медицинской помощи, в отношении безопасности пациентов (в графе «Заключение эксперта»):

1. индикатор качества медицинских услуг (отражает состояние качества лечебно – профилактической деятельности физических и юридических лиц, оказывающих медицинскую помощь и медицинские услуги)
2. индикатор процесса медицинских услуг (оценивает критерии выполнения технологии медицинской помощи)
3. индикатор результата медицинских услуг (оценивает критерии последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи медицинскими организациями или физическими лицами)

Изучение состояния безопасности медицинских услуг на всех уровнях позволит выявить проблемы качества оказываемой помощи и эффективности, используемых в медицинских организациях нашей страны, традиционных форм контроля.

О ИНДИКАТОРАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП Г.АЛМАТЫ

Бижигитов Ж.Б., Бекботаев Е.К., Пухальская С.Е.

Городские поликлиники №8,17 г.Алматы

Предварительные пилотные исследования качества и доступности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению в новых условиях ее ресурсного обеспечения здравоохранения г.Алматы, послужили общей методической базой. Поэтому, основными объектами исследования были избраны шесть организаций ПМСП г. Алматы, в том числе: смешанные поликлиники №№ 1, 5, 8 и детские поликлиники №№ 3, 5, 8.

Изучение доступности и качества ПМСП населению г. Алматы показало, что в динамике за три года (2003-2005 гг.) с ростом численности населения города наметилась тенденция снижения плановой мощности амбулаторно-поликлинических организаций (в том числе на 10 тыс. населения), которая характеризует снижение доступности амбулаторно-поликлинической помощи для населения.

Уровень плановой мощности амбулаторно-поликлинических организаций на 10 тыс. населения, как показатель доступности этого вида помощи, снизился до 126,4 на 10 тыс. населения, при среднереспубликанском уровне - 132,4. Причем динамика объема амбулаторно-поликлинической помощи населению с учётом медицинских организаций всех форм собственности и ведомственной принадлежности, стабильна – свыше 10,6 млн. посещений в год. Объем амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой государственными организациями здравоохранения, практически стабилен – 8 млн. 353,2 тыс. посещений, в том числе по госзаказу - 7 259,1 тыс. посещений.

Установлено, что доступность помощи по числу посещений на 1 жителя с учётом организаций всех форм собственности также была стабильна – 8,7 посещений в год. Между тем, по государственным организациям она снизилась с 7,3 до 6,8 посещений на 1 жителя в год, то есть 6,2 посещения на 1 взрослого жителя (в 2004 году – 6,5) и 9 посещений на 1 ребёнка (соответственно 9,3).

Причем в разрезе медицинских организаций г.Алматы уровень доступности помощи неравнозначен. Так, высокие показатели отмечены в городских поликлиниках (ГП) №1, 5, 10, 12, 13, 16, поликлинике ВОВ, детской городской клинической больнице

(ДГКБ) №1, детских поликлиниках (ДП) №1, 4, 5, 6, 7 и низкие – в поликлинике профосмотров, ГП№14, городской клинической больнице (ГКБ) №5, ДГКБ№2.

Следующий показатель, посещение населения врачебной помощью на дому, показал снижение с 13,7 до 12,8 посещений (-6,6%). Снижение данного показателя установлено среди взрослого населения с 13,5 до 12,3 посещений, в смешанных поликлиниках с 14,3 до 12,8 и детского населения с 21,8 до 22,0.

Кроме того, отмечено снижение обращаемости населения в территориальные поликлиники с 79,2% в 2003 году, до 76% в 2004, и до 70% - в 2005. При этом по медицинским организациям г.Алматы, как и прежде, минимальная обращаемость населения отмечена в центральной городской клинической больнице (ЦГКБ), ГКБ№5, семейной врачебной амбулатории (СВА) №4, а максимальная - в ГП№1, ДГКБ№1, ДП№1, 6, 8.

Основными причинами обращения в поликлиники, по-прежнему, являются заболевания, хотя из года в год усиливается позитивная тенденция снижения удельного веса этих посещений (с 68,1% в 2003 году, до 65% - в 2004 и до 49% в 2005). Причем доля обращений по поводу профилактических осмотров возросла с 25 до 34%, а по поводу диспансеризации – до 9%.

Выявлено, что увеличение охвата населения диспансерным наблюдением на 1000 прикрепленного населения происходит за счёт значительного прироста численности населения с 300,6 в 2003 году до 299,7 в 2004 и до 287,2 - в 2005г. При этом рост за изучаемый период обеспечен только по детскому населению с 259,5 до 263,2 на 1000 населения.

Следовательно, результаты исследования деятельности медицинских организаций ПМСП г.Алматы показывают, что следует использовать количественные и качественные индикаторы в динамике за несколько лет (хотя бы за последние 3 года), что позволяет наиболее объективно мониторировать динамические процессы, происходящие в изменении важнейшего индикатора, влияющего на объемные, структурные и качественные показатели оценки качества работы организаций ПМСП.

Таким образом, изучение основных показателей в организациях первичной медико-санитарной помощи г.Алматы позволяет наиболее объективно оценить процесс формирования качества медицинских услуг в организациях ПМСП.

ЛИТЕРАТУРА:

1.Кабыкенова Р.К., Геркалов К.А. Проблемы реформирования ПМСП и возможные пути их решения // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции

«Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения в РК», Алматы, 2002, с.46-48.

2.Щепкин О.П., Дмитриева Н.В., Коротких Р.В. Теоретические и организационные аспекты ПМСП в России // Проблемы социальной гигиены и истории медицины, М., 1996, №2, с.3-7.

3.Девятко В.Н., Лаврентьева И.К. Первичная медико-санитарная помощь в Алматы: опыт, проблемы, перспективы // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения в РК», Алматы, 2002, с.49-52.

4.Завалев В.И., Харитонов В.Ф. Некоторые аспекты стандартизации при лицензировании и аккредитации медицинской деятельности // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. - № 4. – С. 53-56.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ

Айкешева А.С., Омарова А.Б., Камзина Б.А, Пернекулов Е.А.

АО «Медицинский университет Астана»,

Департамент по контролю и социальной защите по г. Астане.

В условиях рыночной экономики одной из важнейших задач органов управления и учреждений здравоохранения и социальной защиты населения является обеспечение приемлемого качества жизни для социально незащищенных групп населения и, прежде всего, для лиц пожилого возраста и инвалидов [1]. К сожалению, численность инвалидов, показатели первичной инвалидности во всем мире, в том числе и в нашей стране, за последние годы существенно увеличились. По данным мировой статистики в среднем ежегодно появляется около 8 млн. инвалидов, ежедневно – 23 тыс. человек становятся людьми с ограниченными возможностями. Этим объясняются серьезные усилия стран по решению проблем инвалидов, их медико–социальной реабилитации и интеграции в общество, и поэтому проблема восстановительного лечения и реабилитации больных и инвалидов является предметом международного сотрудничества. В Казахстане численность инвалидов по состоянию на 1 января 2009 года составляет 466,3 тыс. человек, или 3% от всего населения, по данным ООН общемировая численность инвалидов составляет 10% населения. В динамике интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность имеет тенденцию к росту. По итогам 2008 года интенсивный показатель

первичного выхода составил 28,2 случая на 10000 населения, что больше на 1,8% в сравнении с 2007 годом. В возрастной структуре инвалидов преобладают лица трудоспособного возраста - более 75%. (данные статистической отчетности по ф.7)

Нозологическая структура первичной инвалидности взрослого населения стабильна: 22-23% составляют болезни системы кровообращения, 17-18% - новообразования и 14-15% - травмы. Среди детей инвалидов каждый третий ребенок страдает врожденной аномалией развития или хромосомным заболеванием, у 25-26% детей причиной инвалидности являются болезни нервной системы, болезни психического расстройства составляют 11-12%.

Сложившаяся медико–социальная и медико–демографическая ситуация имеет множество причин, и реабилитация требует системного и комплексного подхода. Четко налаженная система реабилитации в странах Западной Европы, активное участие правительства этих стран, общественных организаций и самих инвалидов привели к высокой степени интеграции инвалидов в общество. Следовательно, проблемы инвалидности являются глобальными и требуют решения на государственном уровне: увеличение средней предполагаемой продолжительности жизни без инвалидности, т.е. здоровой жизни, свободной от инвалидности, увеличения интеграции инвалидов в общество. Кроме того, в преддверии вступления страны в число 50 конкурентоспособных стран мира, где показатели здоровья населения и инвалидности являются одними из ведущих, необходимо стремление приблизить социальные институты страны к более высоким прогрессивным мировым стандартам и нормам в сфере социальной защиты инвалидов.

В последние годы, несмотря на сложные социально–экономические условия, нашим государством немало сделано в развитии реабилитационной помощи населению. В этой связи для определения основных направлений государственной политики социальной защиты и реабилитации инвалидов Правительством разработана Программа реабилитации инвалидов, которая определила гарантированный перечень мероприятий медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и явилась основой для разработки региональных программ. В рамках данной программы была расширена сеть стационарных учреждений социального обслуживания, отделений социальной помощи на дому, увеличились объемы и качество предоставляемых инвалидам технических вспомогательных (компенсаторных) средств, были предусмотрены меры по обеспечению доступа инвалидам к инфраструктуре. Как видим, реализация программы привела к наращиванию мощи без оценки качества ожидаемых результатов. На реализацию Программы реабилитации инвалидов на 2002-2005 годы было запланировано 4,6 млрд.

тенге, в том числе из республиканского бюджета 1,9 млрд. тенге, из местного бюджета 2,7 млрд. тенге, на реализацию Программы реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы было запланировано из средств государственного бюджета 23179,0 млн. тенге, из республиканского бюджета 5129,7 млн. тенге, из местного бюджета 18049,3 млн. тенге. Увеличение объема финансирования в последующие годы не стало надежным фактором в решении этой проблемы, такой качественный показатель как количество инвалидов, интегрированных в общество, остался на прежнем уровне. По Республике Казахстан показатель полной реабилитации среди всего населения с 2005 по 2007 год составил 5,7%, а в 2008 году 5,3%.

Реабилитация в нашей стране в основном представлена социальным и профессиональным аспектами, принят Закон «О специальных социальных услугах» от 29 декабря 2008 года, подготовлен проект стандартов качества социального обслуживания. Согласно гарантийному объему бесплатной медицинской помощи инвалид получает три вида медицинской помощи диагностического и лечебного характера. Реабилитационные мероприятия зачастую ограничиваются санаторно-курортным лечением и выделением технических вспомогательных средств. Отсутствие определенных критериев и стандартов диагностики и лечения, определения резервного потенциала и прогноза у больного или инвалида, имеющего свои специфические особенности, определяющиеся как статусом инвалида, так и конечной целью реабилитации, создают ряд трудностей и проблем для врачей-экспертов. Следовательно, ежегодно разрабатываемые ИПР не могут отвечать такой характеристике стандартов, как надежность, так как результаты не измеряемы, эффективность, так как не определяется предполагаемая ожидаемая эффективность, не оценивается удовлетворенность инвалидов оказанной реабилитационной помощью.

Низкая эффективность профилактической службы и реабилитационных мероприятий в нашей стране являются следствием отсутствия методологических основ оценки качества реабилитационной помощи, современного взгляда на сущность инвалидности. По мнению Шестакова В.П., рассматривая такое явление как реабилитация инвалидов, оценивая ее качество и эффективность, целесообразно использовать системно-целевой подход, предполагающий изучение проблемы с выделением и исследованием ее подсистем, элементов и факторов во всех их сложных взаимосвязях. Однако одного системного подхода недостаточно. Он должен органично сочетаться с комплексным подходом, изучающим объект с учетом всех его сторон и аспектов. Ведь, в конечном счете, в социально-философском плане реабилитация преследует цель удовлетворения взаимных потребностей общества и инвалида (как индивида и члена социума) [4].

Однако достижение приемлемого качества жизни для инвалидов невозможно без проведения комплексной реабилитации, включающей медицинские, социальные и профессиональные аспекты. Важнейшим компонентом, в значительной степени определяющим эффективность социальной и профессиональной реабилитации, является медицинская реабилитация [4]. В этом плане имеется ряд нерешенных вопросов, сдерживающих развитие реабилитации инвалидов как систему и процесс, к которым следует отнести проблему оценки качества и эффективности медико-социальной реабилитации. До настоящего времени в практике о качестве и эффективности реабилитации инвалидов судят в основном по изменению групп инвалидности, положительной или отрицательной динамике патологического процесса, что не соответствует современной концепции инвалидности. В лучшем случае об этом судят по динамике степени выраженности отдельных видов ограничений жизнедеятельности. Еще в 1947 году Третьяковым был сформулирован основной принцип экспертизы: «Квалифицированный эксперт дает оценку не дефекту, а человеку, носителю дефекта» [4,5]. Практическую значимость оценки качества и эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов трудно переоценить в силу следующих причин: во-первых, это необходимо для принятия адекватных управленческих решений, направленных на совершенствование реабилитации; во-вторых, - для рационального использования ограниченных финансовых и материальных средств; в-третьих, - для оценки собственного труда и его результатов исполнителями реабилитационных мероприятий [6]. А это невозможно без оценки качества и эффективности реабилитации. Одним из самых перспективных путей системного подхода к управлению качеством признана стандартизация, в основе которой лежат принципы доказательных фактов в медицине [7].

В современных клинических и научно-практических Центрах медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов России проводятся научные исследования по изучению теоретических и практических аспектов этой проблемы. Выяснено, что рациональнее всего обратиться к уже имеющемуся опыту оценки качества медицинской помощи, тем более, что в комплексной реабилитации инвалидов весьма существенная роль принадлежит медицинским аспектам [4]. В широком смысле, стандартизация реабилитационных услуг – это официальное признание государством значимости реабилитационного процесса не только для самого инвалида, но и для общества. Это и есть переход к действиям в вопросе отношения общества к инвалидам. В узком смысле, стандарты вводятся на услуги, которые по своей сути являются лично ориентированными, т.е. в их основе находится человек со своими потребностями, целями и мечтой. Это исполнение известного постулата: «Ничего не может быть сделано для

человека без его участия» Таким образом, стандарты призваны содействовать активному участию инвалида в реабилитационном процессе.

Это важное значение стандартизации реабилитационных услуг будет иметь несколько поистине судьбоносных последствий. Во – первых, одним из принципов стандартизации является учет интересов и потребностей заинтересованных лиц. Выходя за рамки реабилитационных услуг, такой подход может заложить основы универсальности формирования политики в разных областях социально – экономического развития на федеральном уровне и на уровне субъектов РФ. Во – вторых, появится совершенно новый класс потребителей – инвалиды [8].

На сегодня утвержден Национальный стандарт Российской Федерации «Услуги медицинской реабилитации инвалидов» от 1 января 2009 года. Основные положения и содержание стандарта отвечают требованиям качества медицинской помощи и включают стандарт ресурсов, процесса и результата. «Услуги по медицинской реабилитации инвалидов являются неотъемлемой частью комплекса медицинских, профессиональных, социальных и других мер, целью которых является скорейшее и наиболее полное восстановление человеком утраченных функций, личного и социального статуса (восстановление человека как личности, включая физиологические, физические, психологические и социальные его функции), что возможно только при выполнении всего комплекса реабилитационных мероприятий:

- восстановление функций органов, систем и организма в целом;
- профилактику и ликвидацию последствий, осложнений и рецидивов заболеваний;
- восстановление общего физического состояния;
- развитие моторных, сенсорных и интеллектуальных навыков.

Говоря о стандартах структуры, в документе четко оговаривается необходимость наличия специального и табельного технического оснащения организации (оборудование, приборы, аппаратура, технические средства реабилитации), применяемые в процессе реабилитации, укомплектованности организации специалистами и квалификации. Учеными Санкт–Петербургского научно–практического Центра медико–социальной экспертизы разработаны диагностические критерии инвалидности при болезнях системы кровообращения, оценка прогностического коэффициента, опросники качества жизни для инвалидов, показатели состояния системы кровообращения, специфичные для реабилитационной помощи (экспертиза и др.) [9].

В то же время в Программах государственных гарантий оказания медицинской помощи в России, также и в Казахстане, выделяют всего три вида медицинской: стационарная, амбулаторно–поликлиническая, скорая и неотложная медицинская

помощь. Таким образом, до настоящего времени даже медицинская реабилитация, несмотря на относительно длительную историю своего существования, специфичность реабилитационного процесса, наличие тесной взаимосвязи медицинской реабилитации с другими видами реабилитации (социальной и профессиональной) не выделяется и как самостоятельный вид медицинской помощи и как самостоятельная услуга. К тому же в правовом поле вообще отсутствует как услуга реабилитационная помощь. Данное обстоятельство не только затрудняет выбор оптимального способа финансирования реабилитационных учреждений и подразделений, но и разработку критериев для оценки и контроля реабилитационной помощи, взаимодействия учреждений и предприятий, участвующих в комплексной реабилитации инвалида [10].

Таким образом, успех реабилитационной помощи инвалидам зависит от множества факторов, в первую очередь от формирования адекватной системы оценки и контроля качества реабилитационной помощи инвалидам. Для этого необходимо совершенствование нормативно – правовой базы, разработка адекватных показателей, позволяющих оценить качество реабилитации конкретного инвалида, качество организации, формирование системы контроля качества, реабилитационной помощи инвалидам.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Стандартные Правила организации объединенных наций об обеспечении равных возможностей для инвалидов, Нью-Йорк, 20 декабря 1993 года.
2. Комплексная реабилитация инвалидов: Учебное пособие. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 304с.
3. Принципы обеспечения качества /Отчет о совещании ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро.- Копенгаген, 1983.
4. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов: Методическое пособие. - М.:ФЦЭРИ, 2003.
5. МКФ. Краткая версия. Всемирная организация здравоохранения. – 2001г.
6. Шестаков В.П., Пенюгина Е.Н. Некоторые организационно – методические аспекты оценки качества реабилитационной помощи инвалидам /Медико – социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. Сборник научных трудов, выпуск 8, Санк – Петербург, 2006г, с. 30-37
7. А.И.Вялков, П.А.Воробьев Стандартизация в здравоохранении; Издательство «НЬЮДИАМЕД» Москва -2007.

8. Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации. Проект. Задача 2. «Разработка проектов стандартов реабилитационных услуг для инвалидов и рекомендаций по их практическому внедрению». 2008г.
9. И.И.Заболотных, Р.К.Кантемирова . Медико – социальная экспертиза и реабилитация в кардиологии. – Санкт – Петербург, 2008.
10. Аристов О.В. Управление качеством. – М.: ИНФРА – М, 2004.

РАСХОДЫ ОДНОГО ПРОЛЕЧЕННОГО БОЛЬНОГО НА РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПОСЕЩЕНИИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП Г.АЛМАТЫ

Бижигитов Ж.Б.

Городская поликлиника №8 г.Алматы

При изучении динамики изменения удельных расходов на 1 пролеченного больного в поликлиниках, было обнаружено, что в 2003 году в среднем по всем изучаемым поликлиникам удельные расходы на одного пролеченного больного составили 787 тенге; в 2004 году они увеличились на 7,9%, а в 2005 – еще на 5,6%.

Среднегодовые темпы прироста изучаемого показателя составляли 6,7%. При переводе достигнутых значений в баллы показано (таблица 1), что в 2004 году темпы отклонения от средних темпов прироста максимальными были в смешанной поликлинике №8 (+10,1 балла), минимальными – в смешанной поликлинике №1 (-1 балл).

Таблица 1 – Динамика изменения темпов удельных расходов на 1 пролеченного в поликлиниках в баллах

Наименование организаций ПМСП	2004		2005	
	Отклонение от среднего показателя		Отклонение от среднего показателя	
	в абс. значениях	в баллах	в абс. значениях	в баллах

Поликлиника №1	-1,0	99,0	-2,4	98,6
Поликлиника №5	-3,7	96,3	+0,5	100,5
Поликлиника №8	+10,1	110,1	+4,0	104,0
Детская поликлиника №3	+2,1	102,1	+3,4	103,4
Детская поликлиника №5	-2,5	97,5	-6,0	94,0
Детская поликлиника №8	+2,6	102,6	-6,2	95,8
Среднее значение	1,3	101,3	-0,6	99,4

В 2005 году, соответственно в смешанной поликлинике №8 (+4 балла) и в детской поликлинике №8 (-6,2 балла). Было констатировано, что для интегральной оценки эффективности использования удельных расходов на одного пролеченного в поликлинике, можно применять среднегодовые темпы прироста расходов в пределах $1,3 \pm 0,6\%$ или 1,3-0,6 балла.

При изучении динамики изменения удельных расходов на 1 пролеченного в дневных стационарах поликлиник (рисунок) показано, что в 2003 году среднее значение этого показателя составляло 2216,6 тенге; в 2004 году оно увеличилось на 3,8%, а в 2005 – еще на 3,7%.

Балльной оценкой обнаруженных тенденций установлено, что в 2004 году максимальные положительные отклонения от средних темпов прироста составляли в смешанных поликлиниках №5 (+2,1 балла); максимальные отрицательные – в детской поликлинике №5 (-2,2 балла). В 2005 году эти отклонения были меньшими и колебались в пределах от +1,5 в смешанной поликлинике № 5 до -1,7 в смешанной поликлинике №1.

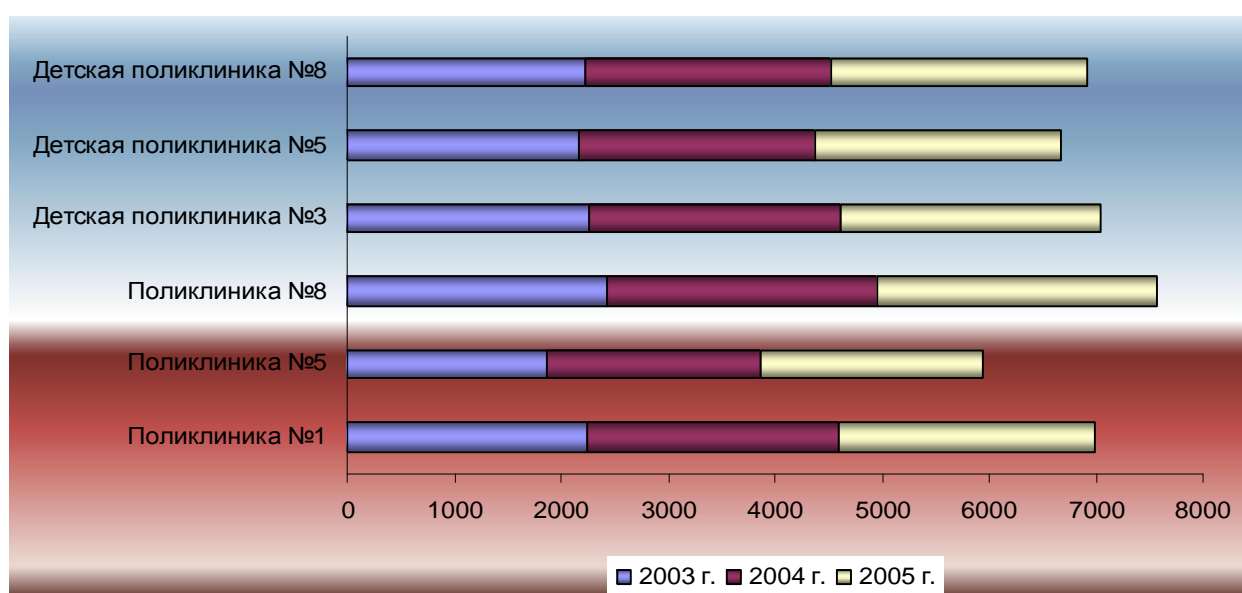


Рисунок – Динамика изменения удельных расходов на 1 пролеченного в дневных

стационарах поликлиник

Таким образом, было определено, что для нужд интегральной оценки качества ресурсного обеспечения и ресурсоемкости полустационарных технологий лечения можно использовать среднегодовые темпы прироста удельных расходов в пределах от 3,0 до 4,0%.

Изучение динамики изменения удельных расходов на 1 пролеченного на дому проводилось с учетом личных расходов пациентов на приобретение медикаментов и расходных материалов, которые определялись экспертным путем и составляли от 45 до 65,0% в общей структуре этих расходов.

Следует также упомянуть, что при определении средних значений изучаемых показателей учитывались средне поликлинические расходы на услуги транспорта и связи. При этом мы исходили из того, что эти расходы должны осуществляться из бюджета поликлиник.

Установлено, что в 2003 году удельные расходы на 1 пролеченного на дому в среднем составляли 1457,7 тенге; в 2004 году они почти не изменились, в 2005, по сравнению с 2004 годом – увеличились на 3,9%.

При переводе установленных значений в баллы показано (таблица 2), что в 2004 году темпы прироста удельных расходов на 1 пролеченного на дому от среднего значения колебались в пределах от – 5,9 балла в смешанной поликлинике №8 до +1,2 балла в детской поликлинике №8. В 2005 году разброс отклонения от среднего показателя был меньшим – от +3,4 балла в смешанной поликлинике №5 до – 0,3 балла в смешанной поликлинике №8. Констатировано, что для интегральной оценки эффективности использования удельных расходов на одного пролеченного на дому в баллах, можно применять среднегодовые темпы прироста расходов в пределах $1,7 \pm 1,6$ балла.

Таблица 2 – Динамика изменения темпов удельных расходов на 1 пролеченного на дому в баллах

Наименование организаций ПМСП	2004		2005	
	Отклонение от среднего показателя		Отклонение от среднего показателя	
	в абс. значении	в баллах	в абс. значении	в баллах
Поликлиника №1	-4,1	95,9	0,0	100,0

Поликлиника №5	-1,5	98,5	+3,4	103,4
Поликлиника №8	-5,9	94,1	-0,3	99,7
Детская поликлиника №3	+0,4	100,4	+2,5	102,5
Детская поликлиника №5	+0,4	100,4	+2,9	102,9
Детская поликлиника №8	+1,2	101,2	+1,7	101,7
Среднее значение	-1,6	98,4	1,7	101,7

Таким образом, такой методический подход позволяет, во-первых, выделить из состава избранных индикаторов качества финансового обеспечения организаций ПМСП наиболее приоритетные из них. Во-вторых, предложены новые критерии определения их рейтинга на основе оценки среднегодовых темпов их изменения. В третьих, экспертный анализ обнаруженных изменений и перевод их в балльную систему, позволить оценивать каждый из индикаторов отдельно, и как структурный элемент интегральной оценки.

Поэтому разработанная методика, которая будет использоваться и при оценке других организационно-функциональных элементов деятельности организаций ПМСП, явилась по существу унифицированной, позволяют руководителям и специалистам проводить комплексную интегральную оценку качества и доступности населения к первичной медико-санитарной помощи населению.

ОПЫТ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ.

Айдарханова К.К., Асатова А.Б., Граф М.А., Демесинов А.Р.

Институт развития здравоохранения МЗ РК

Системы здравоохранения могут финансироваться из различных государственных и частных источников, и эти средства могут быть потрачены на многие виды государственного и персонального медицинского обслуживания. Частное страхование считается роскошью, однако очереди и нормирование, которые ассоциируются с некоторыми бюджетными системами здравоохранения, стимулируют спрос на дополнительное частное страхование, поскольку оно дает такие преимущества, как короткое время ожидания, выбор времени для лечения, более широкий выбор врачей или больниц и больше удобств. В настоящее время частное страхование практикуется в

основном в западноевропейских странах (Италия, Испания, Соединенное Королевство) [1].

Развитие ассоциаций взаимопомощи в Европе и их последующее превращение в объединенные национальные фонды медицинского страхования оказало долгосрочное влияние на частное медицинское страхование. Частное медицинское страхование бывает замещающим, добавочным или дополняющим. Типы частного медицинского страхования различаются также по способу калькуляции премий (согласно индивидуальным, групповым или общественным рискам), по способу определения льгот и по статусу поставщиков страховых услуг (коммерческие и некоммерческие страховщики).

Замещающее страхование служит альтернативой государственному страхованию; доступ к этому виду частного страхования имеют те слои населения, которые могут быть исключены из сферы государственного страхования или которые имеют свободу выбора за пределами государственной системы. В Германии и Нидерландах лица с высокими доходами могут купить замещающее медицинское страхование. Поскольку размер дохода до известной степени связан с риском заболеть, разделение государственного и частного страхования согласно размеру дохода приводит к тому, что лица с относительно высоким риском концентрируются преимущественно в государственном секторе. Лица с относительно низкими доходами платят более высокие премии в качестве компенсации за более высокий риск и более низкий средний доход абонентов. Это снижает эффективность перераспределения средств и придает сочетанию механизмов финансирования регрессивный характер.

Добавочное частное медицинское страхование позволяет ускорить доступ к услугам или повысить качество «гостиничных» удобств в государственных медицинских заведениях. Это может нарушить принцип равного доступа к медицинским услугам для тех, кто пользуется услугами частного страхования и тех, кто ими не пользуется. Дополняющее частное медицинское страхование полностью или частично покрывает стоимость медицинских услуг, которые не оплачиваются или не полностью оплачиваются государственной системой. Такие полисы, покрывающие сбор с пользователей, полностью нейтрализуют воздействие последнего на утилизацию услуг [1]. Более того, дополняющее страхование практически недоступно лицам с самыми низкими доходами; поэтому такие больные часто должны оплачивать сборы из своего кармана. Это приводит к тому, что бедные вынуждены нести чрезмерное финансовое бремя [2].

Инкассация частных медицинских страховых премий может осуществляться независимыми частными организациями — частными коммерческими страховыми компаниями (в большинстве стран, где существует частный рынок медицинского

страхования) или частными некоммерческими страховыми компаниями и фондами (в Бельгии, Великобритании, Германии, Дании, Ирландии, Испании, Италии, Люксембург, Нидерландах, Финляндии, Франции и Швейцарии).

Частное медицинское страхование может частично субсидироваться государством с использованием налоговых скидок как в Австрии, Ирландии и Португалии. Германия и Нидерланды ограничили практику освобождения страховщиков от налогов, не освобождаются от налогов частные страховщики в Бельгии, Великобритании, Дании, Испании, Финляндии, Франции и Швеции. В большинстве стран частные страховщики конкурируют с государственной системой или дополняют ее, частное медицинское страхование может покрывать экономически невыгодные услуги, такие как стоматологические, косметологические, частные больничные палаты, услуги не входящие в государственную схему ввиду нерешенных управленческих проблем (удаление катаракты и протезирование бедренного сустава в системе британской Государственной службы здравоохранения). В последние годы и в Казахстане стал активно развиваться частный сектор медицинского страхования (Интертич, Номад, Медикер, Казкоммерцполис и др.), однако они ориентированы на долю населения, работающую в иностранных компаниях, посольствах, банках, в крупных нефтяных компаниях, крупных заводах и предприятиях, производствах, связанных с вредными условиями труда.

Финансирование долгосрочного ухода за больными осуществляется по-разному. В Дании и Великобритании долгосрочный уход в основном финансируется из средств общего налогообложения, во Франции финансируется из взносов социального страхования, в Германии действует государственная схема долгосрочного ухода, и в конце 1990-х гг. введена система финансирования из взносов социального страхования. В Нидерландах медицинские услуги для большинства населения финансируется социальным медицинским страхованием, дефицит покрывается специальным правительственным фондом, а медицинские услуги для богатой части населения – частным медицинским страхованием. Существует также специальный фонд, финансирующий уход в домах престарелых.

В США частное медицинское страхование служит единственной формой страхового покрытия для лиц, не подпадающих под такие государственные программы, как Medicare (для пожилых людей), Medicaid (для некоторых лиц, входящих и не входящих в работающий контингент) и Veterans Administration (для отставных и действующих представителей вооруженных сил). Страхование организовано преимущественно по группам работающих (групповая оценка рисков); прерогатива выбора страховщиков принадлежит нанимателю. На практике это означает, что наемные

работники имеют в лучшем случае очень ограниченные возможности выбора страховой компании.

В последнее время стало много внимания уделяться медицинским депозитным счетам. Хотя медицинские депозитные счета были предметом активного обсуждения в специальной литературе [3,4,5,6,7], они реально применяются только в Сингапуре, а в более ограниченных масштабах — в США (с недавних пор также в Китае). Суть системы заключается в том, что отдельные индивиды регулярно вносят определенную часть своего дохода на свои счета; эти деньги затем используются для медицинских целей, медицинские депозитные счета дополняются обязательным страхованием от катастроф. Специфика Сингапура определяется традиционной культурой сбережений и высоким валовым внутренним продуктом на душу населения [8].

Президент США Б. Обама отметил в своем выступлении, что частное страхование не доступно всем слоям населения в данный момент, т.к. самый недорогой и минимальный пакет в 3000 долларов не все граждане США могут позволить, в этом году из бюджета выделяет около 900 млрд. долларов на развитие социального медицинского здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Müller, R., Braun, B. and Gress, S. (2000) Allokative und distributive Effekte von Wettbewerbselementen und Probleme ihrer Implementation in einem sozialen Gesundheitswesen am Beispiel der Erfahrungen in den Niederlanden [Allocative and Distributional Effect of Competition and Problems with its Implementation in a Social Health Care System: the Example of the Netherlands]. Bremen: University of Bremen
2. Van de Ven, W.P.M.M. (1983) Effects of cost-sharing in health care, *Effective Health Care*, 1(1): 47–56.
3. Kutzin, J. (1998) The appropriate role for patient cost sharing, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
4. Hsiao, W.C. (1995) Medical savings accounts: lessons from Singapore, *Health Affairs*, 7(4): 260–6.
5. Massaro, T.A. and Wong, Y-N. (1995) Positive experience with medical savings accounts in Singapore, *Health Affairs*, 14(2): 267–72, 277–9.
6. Ham, C. (1996) Learning from the Tigers: stakeholder health care, *Lancet*, 347: 951–3.
7. Saltman, R.B. (1998) Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea, *European Journal of Public Health*, 8: 276–8.

8. Scheffler, R. and Yu, W. (1998) Medical savings accounts: a worthy experiment, European Journal of Public Health, 8: 274–8.

О ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ РАБОТНИКОВ ПМСП Г. АЛМАТЫ

Бекботаев Е.К., Бижигитов Ж.Б.

Высшая Школа общественного здравоохранения

Общеизвестно, что расходы на выплату заработной платы в бюджетных организациях являются наибольшими и сдерживают ресурсное обеспечение основной лечебно-профилактической деятельности. Поэтому, уменьшение доли расходов на заработную плату в общем объеме финансирования организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является важнейшим индикатором их финансового обеспечения.

Цель исследования. Изучение динамики изменения расходов на заработную плату в организациях ПМСП г. Алматы.

Материалы исследования. В качестве объектов исследования были избраны три смешанные поликлиники (поликлиники №№ 1, 5, 8) и три детские самостоятельные поликлиники (№№ 3, 5, 8).

Результаты исследования.

Установлено, что в 2004 году по сравнению с 2003 годом темпы прироста доли заработной платы в общем объеме финансирования в изучаемых организациях ПМСП изменялись неоднозначно (рисунок).

Так, в поликлинике №1 она уменьшилась на 13,8%, в поликлинике №5 – почти не изменилась, а в поликлинике №8, наоборот, увеличилась на 22,9%. Одновременно в детской поликлинике №3 она не изменилась, а в детских поликлиниках 5 и 8 – уменьшилась соответственно на 13,7% и 10,6%. В 2005 году по сравнению с 2004 г.

Во всех смешанных поликлиниках доля заработной платы в общем объеме финансирования уменьшилась (соответственно на 1,4%; 10,9% и 13,3%), а в детских поликлиниках, наоборот, увеличилась или не изменилась.

Результаты исследования показывают, что, несмотря на увеличение объема финансирования в целом, и, в частности, подушевого финансирования, средние

показатели доли средств, выплачиваемых в качестве заработной платы, в течение 2003-2005 годов почти не изменялись. Это свидетельствует о жесткой регламентации выплат по спецификам бюджетной классификации, строгом нормировании средств, выделяемых на выплату заработной платы.

С другой стороны, очевидно, что существующий порядок финансирования медицинских организаций, в том числе ПМСП, ограничивает оперативность управления финансовыми ресурсами, не способствует их экономии и более рациональному использованию на решение приоритетных задач лечебно-профилактической деятельности. Следует, очевидно, чтобы параллельно с увеличением объема финансирования организаций ПМСП, увеличивалась бы планируемая доля средств, направляемых на выплату заработной платы. Особенно это актуально в преддверии внедрения дифференцированной оплаты труда, базовым условиям которой является большая экономическая свобода руководителей медицинских организаций в расходовании фонда заработной платы.

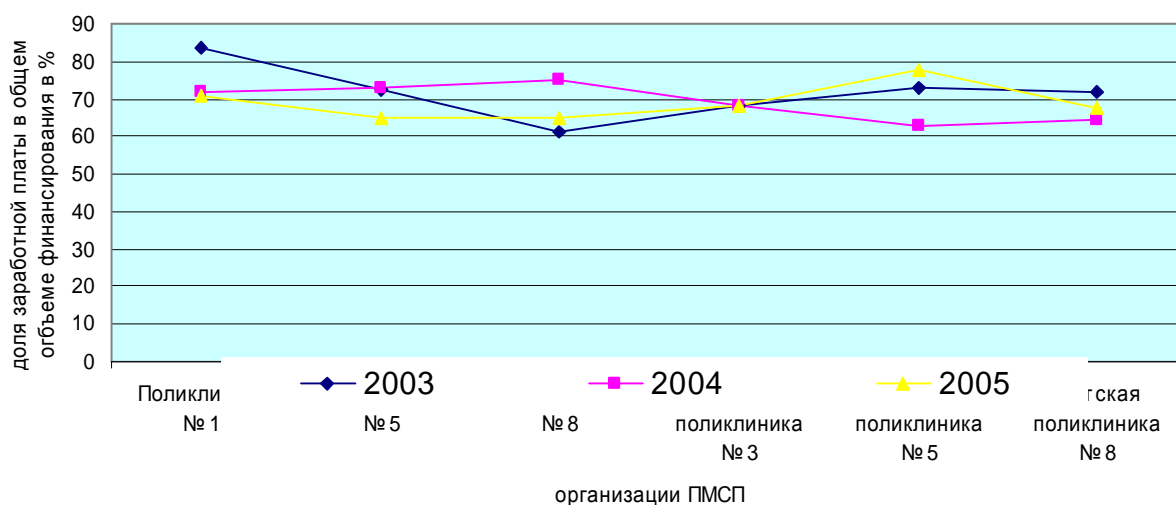


Рисунок - Динамика изменения доли расходов на выплату заработной платы в организациях ПМСП

Как известно, возможности планомерного обновления основных фондов медицинской организации, в том числе ПМСП, является одним из индикаторов ресурсного обеспечения. Изучение этого вопроса в рамках проводимого исследования показало, что в 2003 году доля расходов на обновление основных фондов в изучаемых организациях ПМСП составила в среднем 14,6% и колебалась от 9,7% в детской поликлинике №8 до 17,0% в смешанной поликлинике №5.

В 2004 году изучаемый средний показатель незначительно увеличился, но долевые колебания по изучаемым организациям ПМСП почти не изменились. При этом темпы прироста изучаемого индикатора в 2004 году по сравнению с 2003 годом составили в среднем 4,9%, а по отдельным медицинским организациям колебались в пределах от – 7,9% в поликлинике №8 до 112,7% в детской поликлинике №5. При этом, только в смешанной поликлинике №8 обнаруживалось снижение доли на 7,9%, а в остальных – увеличение.

В 2005 году среднее значение доли расходов на приобретение основных фондов равнялось 14,7% и мало чем отличалось от соответствующего в 2003 и 2004 годах. Причем в 4 из 6 медицинских организаций наблюдалась убыль изучаемого показателя.

Таким образом, показано, что увеличение общего объема финансирования организаций ПМСП г. Алматы синхронно не сопровождается должествующим увеличением доли расходов на обновление основных фондов. Результаты этих исследований свидетельствуют, что, как и в случае с порядком оплаты труда в медицинских организациях, здесь, регламент бюджетной спецификации, жесткое нормирование расходов на обновление основных фондов является фактором, сдерживающим эффективное использование финансовых ресурсов и ограничивающим возможности оперативного управления ими и внедрении экономических взаимоотношений между ними с внешними субъектами здравоохранения.

Очевидно, что использование изучаемого показателя для многофакторной оценки качества медицинской помощи будет эффективно тогда, когда появятся реальные возможности для изменения регламента выделения использования средств на обновление основных фондов; дополнительные рычаги и мотивации к внутрисистемной экономии бюджетных средств и их реинвестирование в обновлении медико-технологической базы организаций ПМСП.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН НА ОКАЗАНИЕ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Граф М.А., Ермаханова Г.А.

Институт развития здравоохранения МЗ РК

Обеспечение безопасности пациентов представляет собой серьезную проблему для глобального здравоохранения.

В рамках проведения научно – технической программы «Научно-обоснованные подходы к формированию и реализации политики управления безопасностью пациентов в Республике Казахстан» нами была проведена выкопировка данных случаев обращений граждан с жалобами на низкое качество оказания медицинских услуг в Комитет по контролю в сфере оказания медицинских услуг МЗ РК за период 2006-2008 гг.

Из числа всех обращений граждан на некачественную медицинскую помощь (470) одну причину указали 224 человека, несколько причин указали 246 человек.

Причины обращения населения на некачественное оказание медицинской помощи нами были разделаны на 3 группы (таблица 1).

Таблица 1 - Причины обращения граждан на некачественную медицинскую помощь

1 группа причины, связанные с человеческим фактором	2 группа причины, связанные с ресурсным обеспечением	3 группа причины, связанные лечебно – диагностическим процессом
1. Халатность со стороны медицинского персонала 2. Отсутствие внимания со стороны медицинского персонала 3. Нарушение этики и деонтологии 4. Непрофессионализм, некомпетентность 5. Несоблюдение прав пациента 6. Недооценка состояния больного 7. Отказ в оказании медицинской помощи	1. Недостаточное материально- техническое оснащение 2. Недостаточное лекарственное обеспечение (в рамках ГОБМП)	1. Некачественная медицинская помощь 2. Несвоевременная медицинская помощь 3. Неадекватная медицинская помощь (неправильный диагноз) 4. Неполный объем лечебно – профилактических мероприятий 5. Нарушение санитарно – эпидемиологического режима

Наибольшая доля обращений приходится на причины, связанные с самим процессом оказания медицинской помощи (58%) и причины, связанные с человеческим фактором (38%) (рисунок 1).

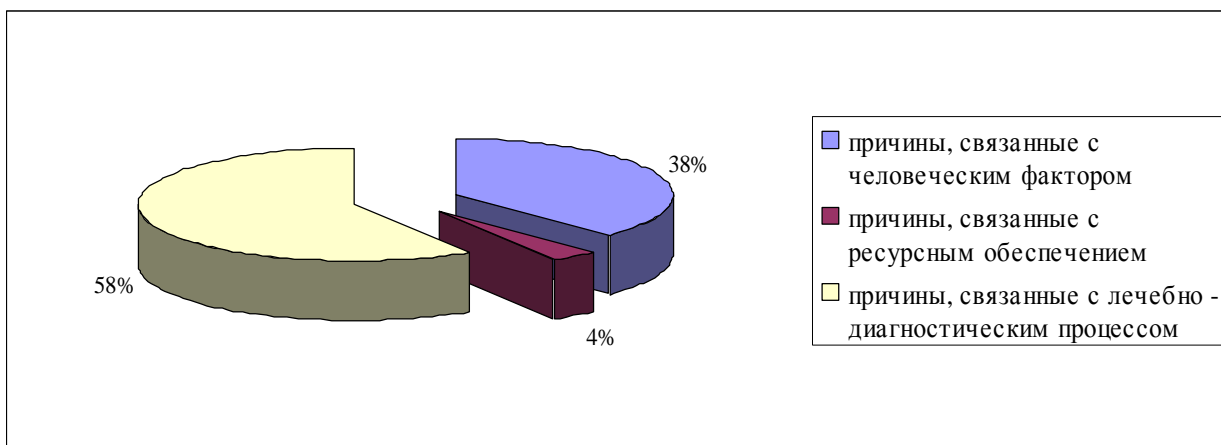


Рисунок 1 – Структура причин обращений на некачественную медицинскую помощь за период 2006-2008 гг.

К первой группе отнесли жалобы, связанные с человеческим фактором - ошибки или недопущения, приведшие к некачественной медицинской помощи из-за халатности, невнимательности, грубого обращения, непрофессионализма (рисунок 2).

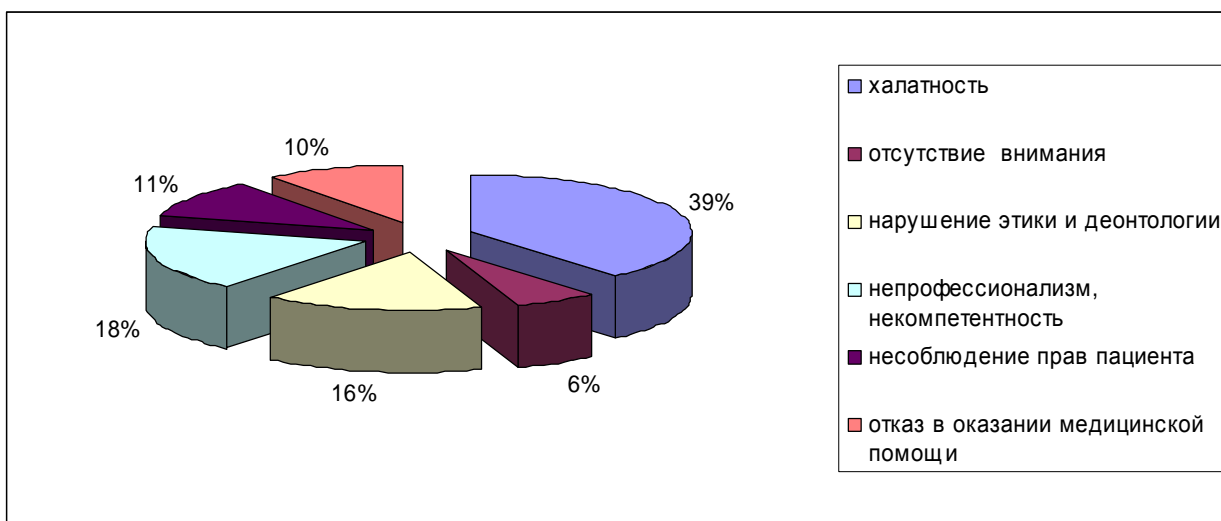


Рисунок 2 - Структура причин обращений на некачественную медицинскую помощь, связанных с человеческим фактором

Наибольшая доля жалоб граждан в данной группе причин за 3 года приходится на халатность со стороны медицинского персонала к пациентам - 39%, и только 18% из них не обоснованы (таблица 2).

Таблица 2 – Анализ обоснованности обращений на некачественную медицинскую помощь, связанных с медицинским персоналом в разрезе 2006-2008 гг.

год	Обоснованность жалоб		Причины некачественной медицинской помощи						Отказ в оказании медицинской помощи
			Халатность	Отсутствие внимания	Нарушение этики и деонтологии	Непрофессионализм, некомпетентность	Несоблюдение прав пациента	Ошибки в оказании медицинской помощи	
2008	обосновано	%	3,97	0,99	4,95	0,99	0,99	0,99	
		абс.	31	-	10	16	15	6	
	необоснованно	%	30,69	-	9,9	15,84	14,85	5,94	
		абс.	10	2	4	1	4	2	
	частично	%	9,52	1,9	3,8	0,95	3,8	1,9	
		абс.	3	1	1	1	1	-	
обосновано	%	2,85	0,95	0,95	0,95	0,95	-		
	абс.	31	5	11	10	7	1		
		%	29,52	4,76	10,47	10,04	6,66	0,05	
2006	необоснованно	абс.	1	2	2	1	-	-	
		%	1,58	3,17	3,17	1,58	-	-	
	частично	абс.	1	-	-	-	-	1	
		%	1,58	-	-	-	-	1,58	
	обосновано	абс.	16	5	11	9	1	13	
		%	25,39	7,93	17,46	14,28	1,58	20,63	
2007	необоснованно	абс.	8	-	-	-	-	3	
		%	7,92	-	-	-	-	2,97	
	частично	абс.	3	1	5	1	1	1	

Из причин, связанных с человеческим фактором, 14,8% жалоб являются необоснованными и 7,8% частично обоснованными. Наблюдается рост обращений граждан с жалобами на непрофессионализм медицинских работников (рисунок 3).

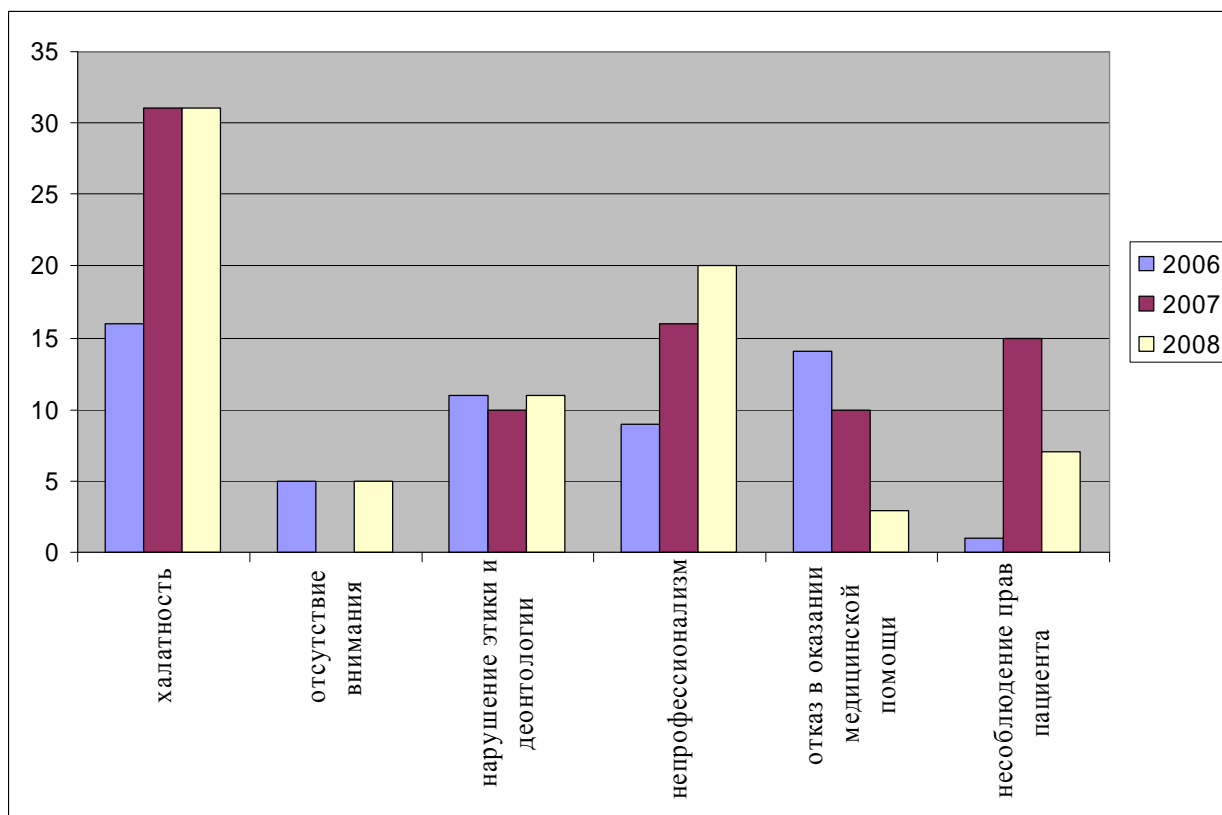


Рисунок 3 – Тенденция роста числа обращений граждан за 2006-2008 гг.

Ко второй группе относятся жалобы, связанные с ресурсным обеспечением: недостаточное материально – техническое оснащение и недостаточное лекарственное обеспечение (в рамках ГОБМП) (рисунок 4).

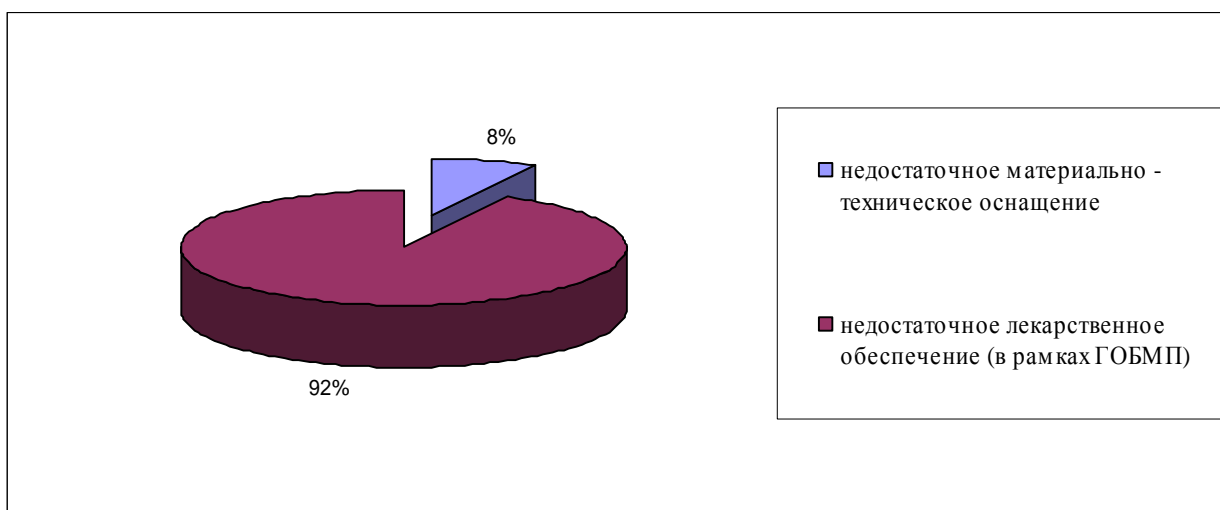


Рисунок 4 – Структура причин обращений на некачественную медицинскую помощь, связанных с ресурсным обеспечением

Из общего количества причин данной группы 15 % являются необоснованными, и относятся к недостаточному лекарственному обеспечению (в рамках ГОБМП). Остальные причины данной группы были обоснованы экспертами.

К третьей группе относятся жалобы, связанные с лечебно–диагностическим процессом: некачественность и несвоевременность медицинской помощи, неадекватность медицинских услуг, отказ в медицинской помощи, неполный объем лечебно–диагностических мероприятий (рисунок 5).

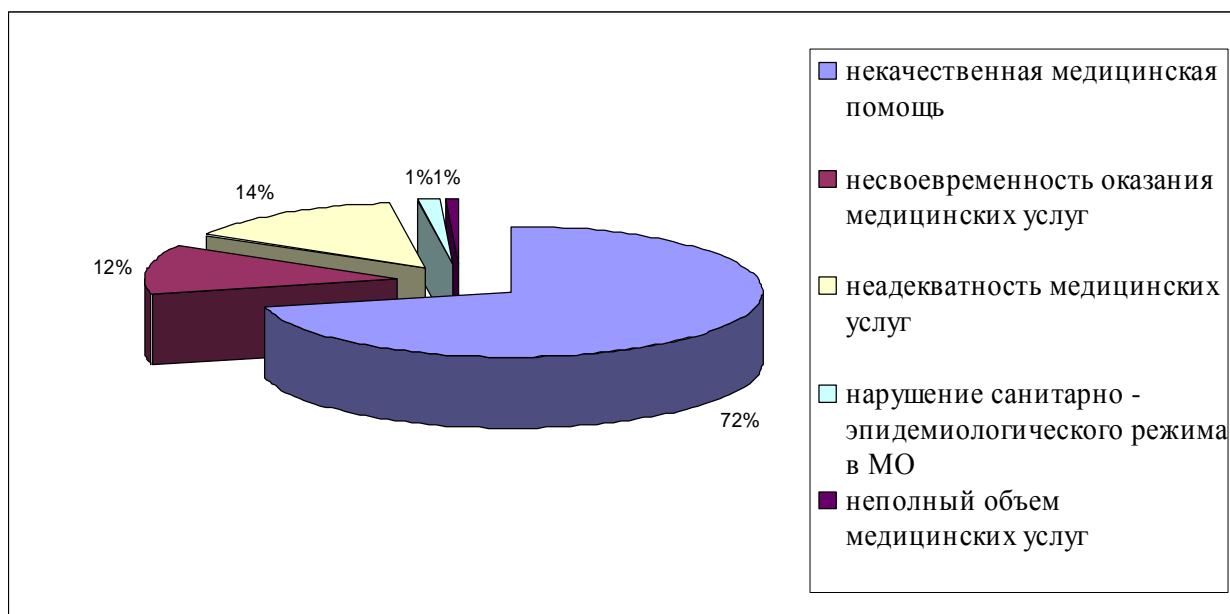


Рисунок 5 – Структура причин обращений на некачественную медицинскую помощь, связанных с лечебно–диагностическим процессом

Наибольшая доля обращений приходится на некачественность медицинской помощи – 72% и неадекватность медицинских услуг (неправильный диагноз или методология лечения) – 14%.

Из общего количества обращений по данной группе причин 14,5 % носят необоснованный характер и 9,7 % частично обоснованы (рисунок 6).

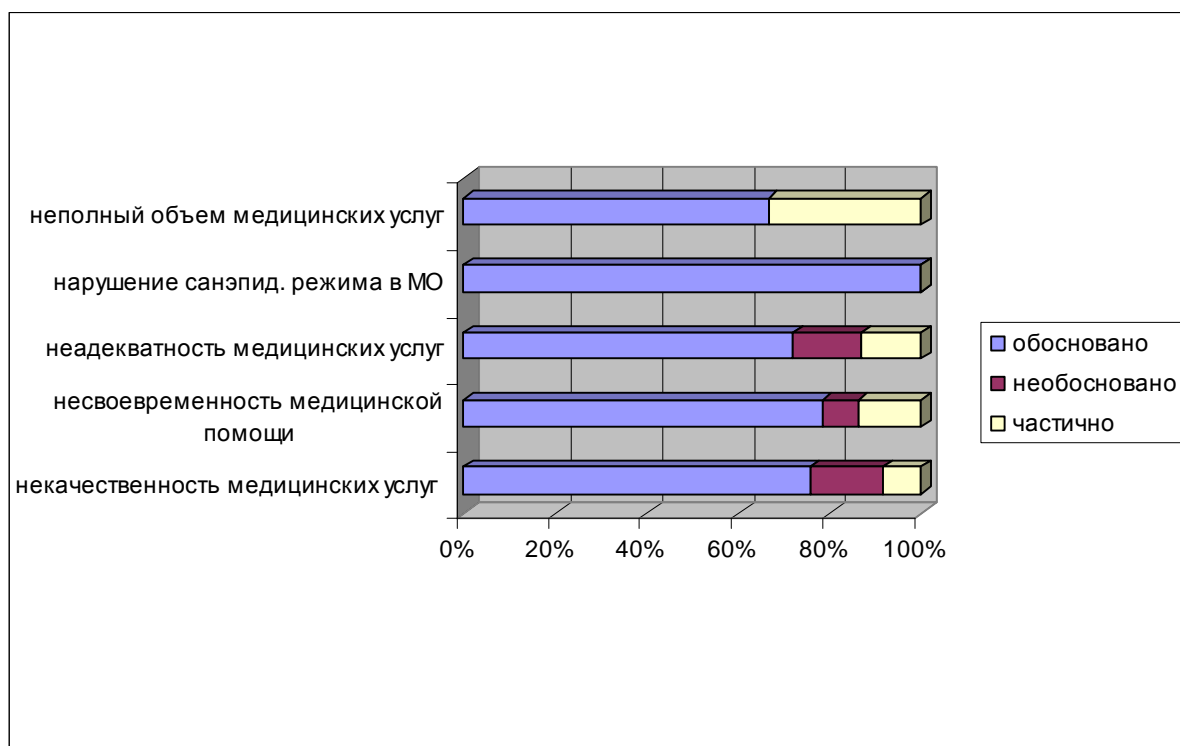


Рисунок 6 – Обоснованность причин обращений, связанных с лечебно-диагностическим процессом

В разрезе данной причины видно, что больший процент причиной необоснованного обращения является отказ в медицинской помощи (18,51% в структуре данной причины) и некачественного оказания медицинской помощи (15,9%).

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Основными причинами обращения граждан в государственный орган является некачественное проведение медицинских услуг, манипуляций, т.е. низкое качество лечебного процесса.
2. Более 70% обращений граждан оценены как обоснованные.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УДЕЛЬНЫХ ЗАТРАТ НА РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ

ПОСЕЩЕНИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП Г.АЛМАТЫ

Бижигитов Ж.Б.

Городская поликлиника №8 г.Алматы

Следует отметить, что дифференцированный учет на различные виды посещений в организации ПМСП не предусмотрен действующей системой учета и, поэтому, была осуществлена выкопировка этих данных из первичных учетных документов.

Установлено (рисунок 1), что в среднем по изучаемым поликлиникам удельные расходы на одно профилактическое посещение в 2003 году составляли 36,5 тенге; в 2004 они увеличились на 15,6%; а в 2005 – еще на 11,7%.

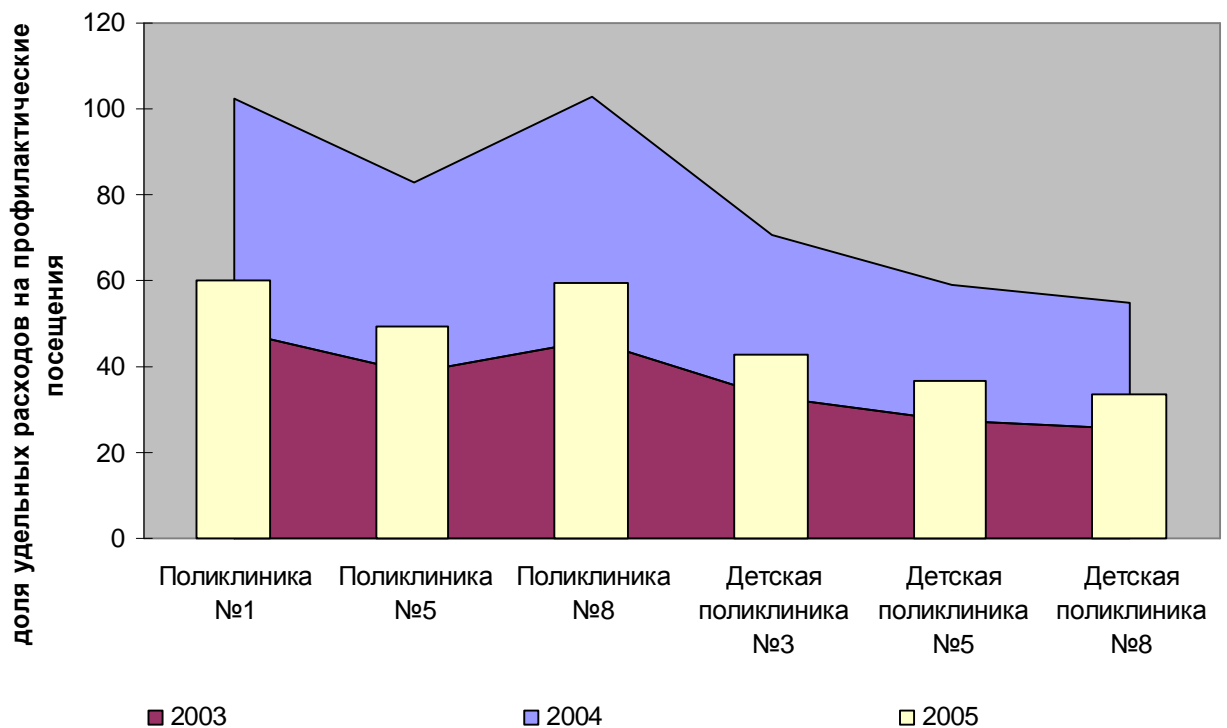


Рисунок 1 - Динамика изменения удельных расходов на профилактическое посещение

При этом, во всех смешанных поликлиниках удельные расходы на профилактическое посещение во все исследуемые годы были выше, а в детских поликлиниках – ниже среднего показателя. Показано, что для оценки изменения среднего показателя на одно профилактическое посещение в баллах (таблица 1), следует использовать среднегодовое значение $-14,8 \pm 1,3$ балла.

При переводе отмеченных темпов прироста удельных расходов на одно

профилактическое посещение в баллы, показано, что в 2004 году они были наибольшими в смешанной поликлинике №8 (8,9%), а в 2005 году – они стабилизировались и не отличались от значений, достигнутых в 2004 году.

Эти результаты показывают, что в течение 2003-2005 годов ресурсное наполнение профилактических посещений увеличивалось незначительно, а значит, что не происходило технологических изменений в его содержании.

Таблица 1 – Динамика изменения темпов удельных расходов на одно профилактическое посещение в организациях ПМСП г. Алматы в баллах

Наименование организаций ПМСП	2004		2005	
	Отклонение от среднего показателя		Отклонение от среднего показателя	
	в абс. значении	в баллах	в абс. значении	в баллах
Поликлиника №1	-3,1	96,7	+0,3	100,3
Поликлиника №5	+2,0	102,0	-1,6	98,4
Поликлиника №8	+8,9	108,9	-8,7	92,3
Детская поликлиника №3	+1,6	101,6	-0,9	99,1
Детская поликлиника №5	+2,0	102,0	+1,8	101,8
Детская поликлиника №8	0,0	0,0	+0,4	100,4
Среднее значение	-14,8	85,2	-1,3	98,7

При изучении динамики изменения удельных расходов на одно диагностическое посещение установлено (рисунок 2), что в среднем по всем изучаемым объектам ПМСП они составили в 2003 году 103,6 тенге, в 2004 году они увеличились на 8,8%, а в 2005 году – еще на 8,5%.

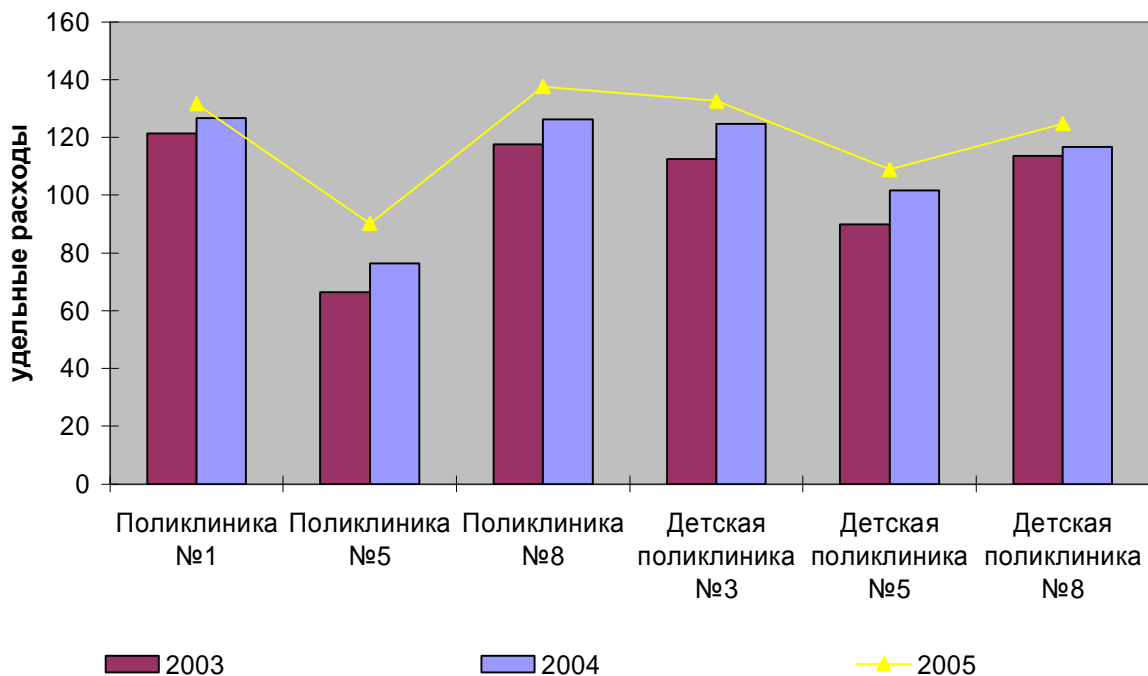


Рисунок 2 - Динамика изменения удельных расходов на диагностическое посещение

Причем в 2003 году наибольшими они были в смешанной поликлинике №1 (121,3 тенге) и смешанной поликлинике №8 (117,5 тенге), а наименьшими – в смешанной поликлинике №5 (66,5 тенге) и детской поликлинике №5 (89,9 тенге). В 2004 году установленные в 2003 году тенденции сохранились, а в 2005 году – наименьшие удельные расходы на диагностическое посещение, по-прежнему, обнаруживались в смешанной поликлинике №5 и детской поликлинике №5.

При переводе установленных значений в изменении этих показателей в баллы показано, что в 2004 году наибольшие позитивные отклонения наблюдались в смешанной поликлинике №5 и в детской поликлинике №3, а наибольшие отрицательные – в смешанной поликлинике №1, детских поликлиниках №№5 и 8. В 2005 году достоверных отклонений от среднего показателя 2004 года не обнаруживалось.

Обнаружено, что для оценки изменения среднего показателя на одно профилактическое посещение в баллах (таблица 2), следует использовать среднегодовое значение $-1,4 \pm 0,1$ балла.

Таблица 2 – Динамика изменения темпов удельных расходов на одно диагностическое посещение в организациях ПМСП г. Алматы в баллах

Наименование организаций ПМСП	2004		2005	
	Отклонение от среднего показателя		Отклонение от среднего показателя	
	в абс. значении	в баллах	в абс. значении	в баллах
Поликлиника №1	-4,1	95,9	-4,8	95,2
Поликлиника №5	+6,1	106,1	+9,6	109,6
Поликлиника №8	-1,1	98,9	+0,3	100,3
Детская поликлиника №3	+2,1	102,1	-2,3	97,7
Детская поликлиника №5	-5,5	94,5	-1,5	98,5
Детская поликлиника №8	-6,0	94,0	-1,8	98,2
Среднее значение	-1,4	98,6	-0,1	99,9

Можно полагать, что средние темпы увеличения расходов на диагностическое посещение на 8,0-9,0% являются объективным индикатором ресурсного наполнения диагностического посещения, и этот показатель может быть использован как элемент его интегральной оценки.

Аналогичный анализ и оценка динамики изменения удельных расходов на одно лечебное посещение показали (рисунок 3), что они превышали соответствующие расходы на профилактическое посещение почти в 3 раза, а диагностическое посещение в среднем на 10,0-15,0%.

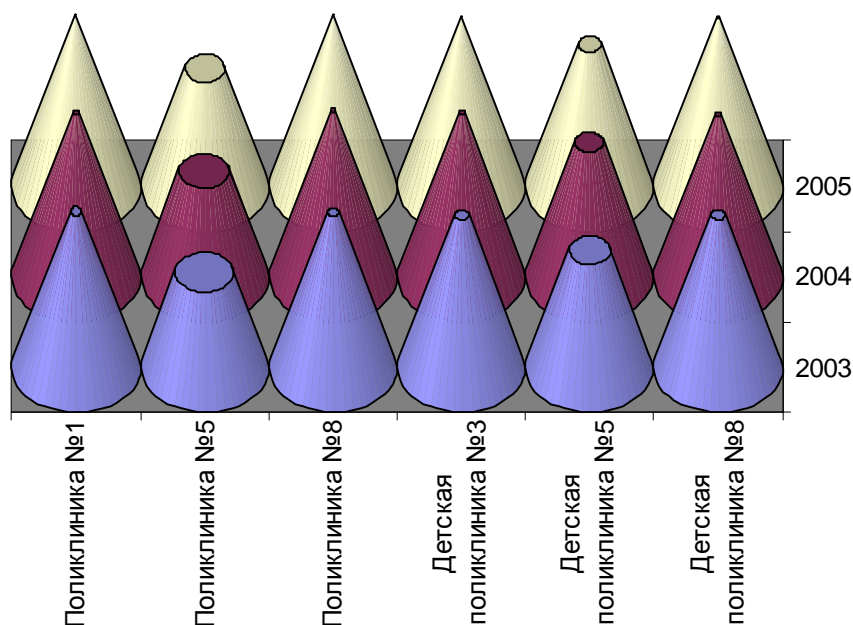


Рисунок 3 – Динамика изменения удельных расходов на одно лечебное посещение

При этом темпы прироста этих расходов в течение 2003-2005 годов были аналогичными, а отклонения среднего показателя темпов прироста в баллах (таблица 3) в 2004 году колебались в пределах от +7,3 в детской поликлинике №5 до -1,6 балла в смешанной поликлинике №1, а в 2005 году от +4,7 балла в смешанной поликлинике №5 до -1,4 в смешанной поликлинике №1.

Таким образом, установлено, что среднегодовые темпы прироста на лечебные посещения колеблются в пределах $1,5 \pm 1,6$. И этот показатель может быть использован в интегральной оценке качества ресурсного обеспечения.

Таблица 3 – Динамика изменения темпов удельных расходов на одно лечебное посещение в организациях ПМСП г. Алматы в баллах

Наименование организаций ПМСП	2004		2005	
	Отклонение от среднего показателя		Отклонение от среднего показателя	
	в абс. значении	в баллах	в абс. значении	в баллах
Поликлиника №1	-1,6	98,4	-1,4	98,6

Поликлиника №5	+4,2	104,2	+4,2	104,2
Поликлиника №8	-0,4	99,6	-3,8	96,2
Детская поликлиника №3	-0,1	99,9	-3,8	96,2
Детская поликлиника №5	+7,3	107,3	-1,3	98,7
Детская поликлиника №8	-0,7	99,3	-3,2	96,8
Среднее значение	1,5	101,5	-1,6	98,5

Также была проанализирована и оценена динамика изменения удельных расходов на медико-реабилитационные посещения. Результаты этих исследований показали, что эти расходы во все исследуемые годы были естественно больше чем профилактические и диагностические и на 15,0-20,0% превышали таковые при лечебном посещении.

При этом в 2004 году наибольшие позитивные отклонения от средних темпов прироста этого показателя в баллах (таблица 4) обнаруживались в детской поликлинике №5, а наибольшие отрицательные – в соматической поликлинике №5. В 2005 году средние значения отклонений не изменились, за исключением соматической поликлиники №5, в которой отмечен наибольший темп прироста изучаемого показателя.

Таблица 4 – Динамика изменения темпов удельных расходов на одно медико-реабилитационное посещение в организациях ПМСП г. Алматы в баллах

Наименование организаций ПМСП	2004		2005	
	Отклонение от среднего показателя		Отклонение от среднего показателя	
	в абс. значении	в баллах	в абс. значении	в баллах
Поликлиника №1	-0,8	99,2	-2,5	97,5
Поликлиника №5	-3,3	96,7	+3,9	103,9
Поликлиника №8	- 1,5	98,5	-1,0	99,0
Детская поликлиника №3	0,0	0,0	+0,1	99,9
Детская поликлиника №5	+1,6	101,6	+0,1	99,9
Детская поликлиника №8	2,4	102,4	1,3	101,3
Среднее значение	-0,3	99,7	0,3	100,3

Таким образом, установлено, что в течение 2003-2005 годов ресурсное наполнение профилактических посещений увеличивалось незначительно, а увеличения расходов на

диагностическое посещение на 8,0-9,0% являются объективным индикатором ресурсного наполнения диагностического посещения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Избасаров А.И., Арын Н.М., Ахметов Р.Т.

Многопрофильный медицинский центр «Private Clinic Almaty»

Реформирование системы здравоохранения является в настоящее время одним из приоритетных направлений развития страны, в связи с чем она испытывает наибольший прессинг из-за перманентности характера реформ и дефицита бюджетного финансирования. Парадокс ситуации заключается в том, что преобразования в области здравоохранения подчас приводят к деструктивным изменениям всей системы, но при условии необходимости соблюдения провозглашенных социальных принципов доступности и качества медицинской помощи населению. Однако практическая реализация этих принципов наталкивается на проблему необходимости достижения финансово-экономической устойчивости учреждений здравоохранения и обеспечения их материальными, кадровыми ресурсами с возможностью работы на основе современных медицинских, информационных и организационных технологий. Одной из тенденций в последние годы становится рост доли платных услуг в системе государственного здравоохранения как источника компенсации дефицита бюджетных средств. У государственных медицинских учреждений имеются и конкретные юридические предпосылки для оказания платных услуг, что отражено в Постановлении Правительства Республики Казахстан от 6 октября 2006 года №965 "Об утверждении Правил возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств и оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядка использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения". Для государственных медучреждений платные услуги – это дополнительный финансовый источник, который может и должен быть направлен на поддержание материально-технической базы, стимулирования персонала, развития новых направлений в деятельности. Структуру платежеспособного спроса на рынке платных медицинских услуг определяют три источника финансирования данной помощи: личные средства граждан, средства системы добровольного медицинского страхования и средства работодателей, выделяемые корпоративно на покрытие медицинских

потребностей своих сотрудников. Если частные медицинские учреждения изначально создаются для оказания исключительно платных услуг, то для государственных учреждений возникает необходимость перестройки своей деятельности и структуры, чтобы предложить пациентам иные условия оказания медицинских услуг и быть конкурентоспособными на рынке платных медицинских услуг. При этом приоритетными направлениями должны становиться создание и продвижение услуг, не входящих в программу гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи, непрофильных для учреждения с повышенным уровнем сервиса. Очевидно, что при оказании платных услуг государственным учреждениям здравоохранения сейчас нельзя обойтись без четкой маркетинговой политики, в свою очередь, требующей проведения маркетинговых исследований, призванных выявить реальные особенности спроса, удовлетворенности и т.п., что должно способствовать улучшению организации работы и качества медицинской помощи.

Для эффективной организации и координации платной деятельности необходимо создание службы по организации платных услуг, где каждый отвечает за определенный участок работы. Данная служба включает в себя специалистов различного профиля, причем для части специалистов исполнение данной работы не будет являться основным, а лишь одним из разделов, который курирует данный специалист (например, бухгалтер, статист, экономист, юрист, ...), что на наш взгляд является очень важным, так как не требует создания новых штатных единиц и следовательно сокращает издержки медицинского учреждения.

Предлагаемая нами схема организации платных медицинских услуг приведена в следующей таблице.

Название отдела	Выполняемые функции
Организационно-методический отдел	Анализ ситуации на рынке платных медицинских услуг для государственного медицинского учреждения и выявление основных рыночных тенденций. Получение разрешения от вышестоящей организации на оказание платных медицинских услуг. Разработка и утверждение «Положения об оказании платных услуг» медицинского учреждения. Согласование прейскуранта на услуги с вышестоящей организацией. Подготовка приказов по утверждению правил оказания платных медицинских услуг, по утверждению и изменению прейскуранта и его отдельных позиций. Разработка «Положений об оплате труда», позволяющих рассчитывать дополнительную заработную

	<p>плату сотрудников от оказания платных услуг, установив ее взаимосвязь с достигнутыми результатами, и выполнение ежемесячных расчетов для учета объемов платной деятельности и начисления дополнительной заработной платы. Совместно с юристом разработка и внедрение различных форм договоров, подготовка и проработка их условий для физических и юридических лиц. Оценка факторов, формирующих удовлетворённость потребителей платных медицинских услуг, разработка анкеты удовлетворенности пациента и её оценка на соответствие выдвигаемым требованиям и ожиданиям клиентов. Дальнейшие маркетинговые исследования рынка медицинских услуг, оказываемых медицинским учреждением. Расчет оптимального и максимального процентов скидок на медицинские услуги для корпоративных клиентов в целях продвижения платных медицинских услуг. Информация партнеров об изменениях в прейскуранте. Разработка стратегии продвижения новых видов медицинских услуг и продуктов. Сбор и подготовка документов для участия в тендерах на оказание медицинских услуг. Разработка рекламных материалов. Проработка вопросов внешней и внутренней рекламы. Издание информационных материалов о деятельности ЛПУ. Связь со средствами массовой информации.</p>
<p>Планово-экономический отдел (бухгалтерия)</p>	<p>Сбор данных, необходимых для расчета стоимости услуги. Составление калькуляций. Сопоставление расчетной стоимости услуги с ценой данной услуги, действующей в аналогичных медицинских учреждениях. Данный анализ производится на основании информации, представленной заведующими структурных подразделений, оказывающих платные услуги и маркетинговых исследований организационно-методического отдела. Создание прейскуранта услуг. Проработка юридического основания предоставления платных медицинских услуг. Составление сметы по внебюджетной деятельности ЛПУ. Организация персонифицированного учета затрат по медикаментам и расходным материалам на оказание платных медицинских услуг. Выставление счетов в зависимости от</p>

	источника оплаты оказанных услуг (бухгалтер-кассир отвечает за наличный расчет, финансовый отдел бухгалтерии выставляет счета организациям в соответствии с договорами).
Платные подразделения медицинского учреждения	Курация всех платных пациентов. Контроль оплаты оказанных услуг стационарным и амбулаторным пациентам за наличный расчет. Составление для бухгалтерии отчетов по оплаченным за наличный расчет услугам в разрезе каждого структурного подразделения для дальнейшего распределения дополнительной заработной платы персоналу. Координация оказания медицинских услуг пациентам, застрахованным по добровольному медицинскому страхованию (ДМС). Согласование объемов медицинской помощи данных пациентов согласно программы и лимитов страховой компании. Участие в экспертизах в случае проведения таковых страховыми медицинскими организациями. Курация пациентов по прямым договорам и гарантийным письмам юридических лиц.
Справочно-информационная служба	Информация населения по телефону о специалистах, работающих в учреждении; об условиях предоставления медицинских услуг; о действующих ценах на медицинские услуги. Запись по телефону на платный прием к специалистам учреждения.
Кабинет медицинской статистики	Корректный ввод информации об оказанных платных медицинских услугах, включая пациентов по договорам (ДМС, прямые договора, гарантийные письма). Оценка и анализ удовлетворенности пациентов, подготовка отчетов для руководства.

Адекватное использование данной схемы организации платных медицинских услуг в государственном учреждении в современных рыночных условиях позволит привлечь дополнительные средства в государственную систему здравоохранения, адаптировать услуги потребностям пациентов, обеспечить эффективное по конечному результату использование имеющихся ресурсов и, тем самым, достичь расширения возможностей выполнения обязательств государства перед населением в оказании доступной и действенной медицинской помощи. Надеемся, что предложенные нами средства управления, будут использованы администрацией таких учреждений в оптимизации

работы по оказанию платных медицинских услуг, так они позволяют улучшить качество медицинского обслуживания не только пациентов, получающих платные услуги, но и, главное, основного контингента, обслуживаемого на бесплатной основе.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Зульфигарова А.В., Бахшалиев А.Б., Кахраманова С.М., Насруллаев Н.С.

**Научно-Исследовательский Институт Кардиологии им Дж. Абдуллаева,
Азербайджан, Баку.**

Ключевые слова: вариабельность сердечного ритма, диабетическая вегетативная нейропатия

Рабочая группа Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии разработала стандарты использования в клинической практике и кардиологических исследованиях вариабельности сердечного ритма (BCP), которые одновременно опубликованы в *European Heart Journal* (Vol.17, March 1996:354-381) и *Circulation* (Vol.93, March 1996:1043-1065). Рабочая группа под председательством А.Самм и М.Малик, включавшая 17 исследователей BCP из Европейских стран, США и Канады, в мае 1994 г. провела совещание по подготовке доклада, который затем обсуждался на Совете Европейского Общества Кардиологии и на Совете Североамериканского Общества кардиостимуляции и электрофизиологии.

Для описания колебаний длительностей сердечных циклов в литературе существует множество терминов, таких как вариабельность длины цикла, вариабельность RR-интервалов, тахограмма RR-интервалов, вариабельность сердечных периодов. Все эти термины достаточно ясно отражают тот факт, что анализируется именно длительность RR-интервалов, а не частота сердечных сокращений. Однако, ни один из них не получил такого широкого распространения как термин BCP (в зарубежной литературе heart rate variability - HRV). На сегодняшний день этот термин стал общепринятым для описания, как мгновенного сердечного ритма, так и RR-интервалов [1-7].

Вариабельность сердечного ритма (BCP) — это изменчивость R-R интервалов последовательных циклов сердечных сокращений [6,7].

Основными показаниями к исследованию **BCP** являются оценка фона вегетативной регуляции; выделение группы риска (стратификация риска) при сердечно-сосудистой

патологии (артериальной гипертензии, ИБС, сердечной недостаточности, нарушениях ритма), при сахарном диабете (СД); диагностика поражения органа – мишени (вегетативной нервной системы) и риска развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе внезапной сердечной смерти; оценка выраженности дисгормональных сдвигов при сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы, гипофиза, гипоталамическом синдроме, климаксе и др.; выбор лекарственной терапии с учетом фона вегетативной регуляции [9,17,19,21].

Показатели ВСР во временной области.

Во временной области материалом для оценки ВСР являются как мгновенные значения сердечного ритма, так и интервалы между последовательными нормальными QRS-комплексами (норма-норма или NN-интервалы). Под нормальными понимаются QRS-комплексы, инициированные импульсами из синусового узла. Простейшими временными параметрами ВСР являются средний NN-интервал, разность между максимальным и минимальным NN-интервалами, средняя частота ритма (ЧСС), разность между ночной и дневной ЧСС и т.д. Последовательный ряд длительностей NN-интервалов может быть материалом для расчета и более сложных временных параметров [3,4,10]. Наиболее широкоиспользуемые временные параметры ВСР представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Наиболее распространенные показатели variability сердечного ритма во временной области.

Показатель	Единица измерения	Краткая характеристика
SDNN-standart deviation	Mc	Стандартное отклонение для всех NN-интервалов.
SDANN-standart deviation of all mean 5-minute normal sinus intervals over 24 hours	Mc	Стандартное отклонение средних NN-интервалов на всех 5-минутных сегментах для всей ЭКГ-записи.
SDNN index	Mc	Среднее значение стандартных отклонений

		всех NN-интервалов для всех 5-минутных сегментов всей записи.
rMSSD-square root of the mean of the sum of the squares of differences between adjacent normal R-R intervals	Mc	Корень квадратный из среднего значения суммы квадратов разностей между соседними NN-интервалами.
pNN50-persantage of successive intervals differening by more than 50 ms	%	"NN50 count", деленное на общее количество NN-интервалов.
Дифференциальный индекс	Mc	Разность между значениями ширины гистограммы разностей смежных NN-интервалов, измеренными на заданных уровнях (например, на уровне 1000 и 10000 отсчетов).

Показатель SDNN является, по сути, среднеквадратичным отклонением NN-интервалов - квадратным корнем из дисперсии. Так как дисперсия математически аналогична общей мощности при спектральном анализе, SDNN отражает общую вариабельность, обусловленную всеми периодическими составляющими сердечного ритма на данной ЭКГ-записи. В большинстве современных исследований SDNN рассчитывается за 24 часа, охватывая таким образом как высокочастотные, так и низкочастотные периодические составляющие сердечного ритма. При уменьшении времени записи ЭКГ, SDNN отражает все более короткие периоды сердечного ритма. Одновременно с уменьшением длины записи общая дисперсия BCP уменьшается [10], поэтому сравнение SDNN из разных по длине выборок NN-интервалов является статистически недостоверным (общепринятым подходом в настоящее время считается использование кратковременных 5-минутных и длительных 24-часовых записей как для оценки временных так и частотных показателей BCP). SDNN имеет хорошую корреляцию с pNN50 ($r=0.72$) и rMSSD ($r=0.75$); для pNN50 и rMSSD $r=0.99$ [11,13].

Показатели BCP в частотной области.

Методы спектрального анализа позволяют получить информацию о распределении спектральной мощности (изменчивости ритма) по частотам [14,15]. Основные

спектральные показатели и их короткое описание представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Наиболее распространенные показатели variability сердечного ритма в частотной области.

Показатель	Единица измерения	Краткая характеристика	Частотный диапазон
Анализ кратковременных выборок (до 5 минут)			
5-минутная общая мощность	мс ²	Дисперсия NN-интервалов на всем сегменте	0.000-0.400 Гц
VLF-very Low Frequency	мс ²	Мощность в диапазоне VLF	0.003-0.040 Гц
LF-Low Frequency	мс ²	Мощность в диапазоне LF	0.040-0.150 Гц
LF norm	pu	Мощность LF в нормализованных единицах: LF/(общая мощность - VLF)x100	
HF-High Frequency	мс ²	Мощность в диапазоне HF	0.150-0.400 Гц
HF norm	pu	Мощность HF в нормализованных единицах: HF/(общая мощность - VLF)x100	
LF/HF		Отношение LF[мс ²]/ HF[мс ²]	
Анализ для полных 24-х часов			
Общая мощность	мс ²	Дисперсия всех NN-интервалов	0.000-0.400 Гц
ULF	мс ²	Мощность в диапазоне ULF	0.000-0.003 Гц
VLF	мс ²	Мощность в диапазоне VLF	0.003-0.040 Гц

LF	мс ²	Мощность в диапазоне LF	0.040-0.150 Гц
HF	мс ²	Мощность в диапазоне HF	0.150-0.400 Гц

Колебания показателей LF и HF отражают изменения вегетативной модуляции длительностей NN-интервалов [8,12]. Физиологический смысл VLF является неопределенным в настоящее время, что делает необходимым исключение данного показателя при оценке кратковременных записей. В большинстве работ спектральная мощность отображается в квадратных миллисекундах (мс²). Кроме этого, показатели LF и HF могут описываться в так называемых нормализованных единицах, которые представляют собою долю каждого показателя в общей 5-минутной мощности за вычетом VLF [8,12]. При оценке 24-часовых записей к VLF, LF и HF добавляется показатель ULF. При этом на первый план выдвигается проблема "стационарности", под которой понимается всякий случайный процесс, протекающий приблизительно однородно и имеющий вид непрерывных колебаний вокруг некоторого среднего значения на протяжении всей записи ЭКГ. Если механизмы, модулирующие длительности NN-интервалов неизменны на протяжении всей записи, то соответствующие частотные показатели могут быть использованы для оценки ВСР. Если же это условие не соблюдается, оценка ВСР в частотной области становится неопределенной [14]. В настоящее время принято считать, что физиологические механизмы, модулирующие длительность NN-интервалов (которые отвечают за компоненты мощностей LF и HF), не являются стационарными для 24-часовой записи [13]. Следовательно, показатели LF и HF, подсчитанные как за весь 24-часовой период, так и за 5-минутные отрезки с последующим усреднением за 24 часа, отражают лишь средние величины модуляций, формирующих эти показатели. Естественно, эти средние величины затемняют более точную информацию о вегетативной модуляции NN-интервалов, которая может быть оценена по коротким записям [13]. Именно по этим причинам необходимо четко разделять спектральные показатели 24-часовых и 5-минутных записей.

Компоненты ВСР и диагностика диабетической вегетативной нейропатии (ДВН).

Вариации интервала RR в состоянии покоя представляют собой точную подстройку механизмов контроля сердцебиений. Афферентная вагусная стимуляция приводит к рефлекторному возбуждению эфферентной вагусной активности и ингибированию

эфферентной симпатической активности [24].

Важно помнить, что во время симпатической активации тахикардия обычно сопровождается выраженным снижением общей мощности, в то время как во время вагусной стимуляции наблюдается обратная картина. При выражении спектральных компонентов в абсолютных единицах (m^2) изменения общей мощности влияют на HF и LF компоненты однонаправлено, исключая возможность оценки фракционального распределения энергии. Это объясняет причину, по которой в положении лежа при контроле дыхания атропин уменьшает как HF, так и LF, и почему во время нагрузки существенно снижается мощность LF [4-6].

Спектральный анализ 24-часовых записей показывает, что у нормальных субъектов выраженные в нормализованных единицах LF и HF компоненты характеризуются циркадным поведением и реципрокными колебаниями с более высокими значениями LF днем и HF _ ночью. LF и HF компоненты могут повышаться при различных условиях. Прирост LF компонента (выраженного в нормализованных единицах) наблюдается у здоровых субъектов при переводе из горизонтального в вертикальное положение, стоянии, ментальном стрессе и умеренной физической активности. Напротив, прирост HF компонента вызывается контролируемым дыханием, холодным воздействием на лицо и вращающей стимуляцией [13,14].

Вегетативная нейропатия, являющаяся осложнением сахарного диабета, характеризуется ранней и диссеминированной нейрональной дегенерацией малых нервных волокон как симпатического, так и парасимпатического трактов [20]. Ее клинические проявления представляют из себя разнообразные функциональные нарушения и включают в себя постуральную гипотензию, персистирующую тахикардию, потливость, гастропарез, атонию мочевого пузыря и ночную диарею. С момента появления клинической симптоматики диабетической вегетативной нейропатии (ДВН) ожидаемая смертность в течение следующих 5 лет составит 50% [21]. Таким образом, выявление вегетативной дисфункции на доклиническом этапе важно для стратификации риска и последующего лечения. Показано, что анализ кратко- и долговременной ВСП может использоваться для диагностики ДВН [20-24].

В отношении пациента с подтвержденной или подозреваемой ДВН существует три метода анализа ВСП, которые могут быть применены: (а) простые методики интервалографии RR у постели больного, (б) анализ временных характеристик в течение длительного времени, который является более чувствительным и более воспроизводимым, чем анализ коротких регистраций и (в) частотный анализ, осуществляемый по коротким записям в покое и позволяющий разграничить симпатические и парасимпатические

нарушения.

Временные характеристики, оцениваемые при длительной регистрации

ВСР, рассчитанная по 24-часовой Холтеровской записи, является более чувствительной, чем простые прикроватные тесты (например, прием Вальсальва, ортостатический тест и глубокое дыхание [16,17,19]) в диагностике ДВН. Наибольший опыт накоплен в отношении методик NN50 и SDSD [16,17]. При использовании подсчета NN50 за 24 часа, где 95% нижний доверительный интервал в зависимости от возраста варьируется от 500 до 2000, примерно у половины больных диабетом выявляются аномально низкие показатели. Более того, имеется значимая корреляция между долей пациентов с аномальными расчетными показателями и выраженностью вегетативной нейропатии, определяемой общепринятыми методами.

Помимо более высокой чувствительности, анализ временных показателей в течение 24 часов коррелирует с другими индексами ВСР. Продемонстрирована его воспроизводимость и стабильность во времени. По аналогии с перенесшими ОИМ больные с ДВН также предрасположены к неблагоприятным исходам, таким как внезапная смерть, однако прогностическая значимость ВСР среди диабетиков еще нуждается в подтверждении.

Частотные характеристики

Ниже приведены особенности частотных характеристик ВСР, выявляемые у больных с ДВН: (а) снижение мощности во всех частотных диапазонах, что является наиболее распространенной находкой, (б) отсутствие прироста LF компонента при вставании, что является отражением нарушенной реакции симпатического звена или сниженной чувствительности барорефлекса; (в) аномально сниженная общая мощность с неизменным отношением LF/HF компонентов и (г) смещение центральной частоты LF компонента спектра влево, физиологический смысл которого нуждается в дальнейшем изучении [16-19].

Таким образом, исследование временных и спектральных характеристик variability сердечного ритма является весьма перспективным инструментом в изучении вегетативной нервной системы у больных сахарным диабетом. Следует отметить такие достоинства метода как неинвазивность, безопасность, возможность длительного наблюдения. Поэтому необходимы дальнейшие исследования по изучению variability сердечного ритма у больных с диабетической вегетативной нейропатией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баевский Р. М. , Волков Ю. Н. , Нидеккер И. Г. Статистический , корреляционный и спектральный анализ пульса в физиологии и клинике. // Сб.: Математические методы анализа сердечного ритма.- М.: Наука, 1968; С 51-61.
2. Баевский Р.М. Некоторые подходы к анализу ритма и силы сердечных сокращений с точки зрения кибернетики // Сб. :Функциональные особенности сердца при физических нагрузках в возрастном аспекте. -Ставрополь,1975; С 27-50.
- 3.Баевский Р.М. , Кириллов О.И. , Клецкин С.З.Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе.- М.: Наука,1984;220 с.
4. Бокарев И.Н., Великов Б.К., Шубина О.И. Сахарный диабет. М., 2006; С 79-82; 94-95.
5. Балаболкин М.И. Диабетическая невропатия // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000; № 10. С -57-65.
6. Балаболкин М.И. Диабетология. М., 2000; С- 672.
7. Воскресенский А.Д. , Вентцель М.Д. Статистический анализ сердечного ритма и показателей гемодинамики в физиологических исследованиях. -М.:Наука,1974; 221 с.
8. Дедов И.И., Шестакова М.В.,Максимова М.А. Федеральная целевая программа ”Сахарный диабет”: Метод. рекоменд.М., 2003; С-88.
9. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. М., 2003;С 220-222.
- 10.Жемайтите Д.И. Возможности клинического применения автоматического анализа ритмограмм: Автореф. дис....докт.мед.наук.- Каунас,1972;
11. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения. Иваново 2002;
12. Парин В.В., Баевский Р.М. Введение в медицинскую кибернетику. -М. - Прага,1966;216с.
13. Рябыкина Г.В.,А.В.Соболев Вариабельность ритма сердца.Москва 2001;
14. Токмакова А.Ю., Староверова Д.Н. Современные методы ранней диагностики диабетической макроангиопатии // Пробл. эндокринол. 2005; Т. 51. № 3. С 39-40.
15. Чазова Т.Е., Катхурия Ю.Б. Сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания: факторы риска, клинические особенности, диагностика // Мед. помощ. 2001;№ 5. С 28-32.
- 16.Bigger JT, Albrecht P, Steinman RC, Rolnitzky LM,Fleiss JL,Cohen RJ. Comparison of time- and frequency domain-based measures of cardiac parasympathetic activity in Holter recordings after myocardial infarction. Am J Cardiol 1989; 64:536-538.
- 17.Berger RD, Akselrod S, Gordon D, Cohen RJ. An efficient algorithm for spectral analysis of heart rate variability.IEEE Trans Biomed Eng.1986;33:900-904.

18. Furlan R, Guzzetti S, Crivellaro W, Dassi S, Tinelli M, Baselli G, Cerutti S, Lombardi F, Pagani M, Malliani A. Continuous 24-hour assessment of the neural regulation of systemic arterial pressure and RR variabilities in ambulant subjects. *Circulation*. 1990; 81: 537-547.
19. Luczak H, Luring WJ. An analysis of heart rate variability. *Ergonomics*. 1973; 16: 85-97.
20. Malliani A, Pagani M, Lombardi F, Cerutti S. Cardiovascular neural regulation explored in the frequency domain. *Circulation*. 1991; 84: 1482-1492.
21. Pagani M, Lombardi F, Guzzetti S, Rimoldi O, Furlan R, Pizzinelli P, Sandrone G, Malfatto G, Dell'Orto S, Piccaluga E, Turiel M, Baselli G, Cerutti S, Malliani A. Power spectral analysis of heart rate and arterial pressure variabilities as a marker of sympathovagal interaction in man and conscious dog. *Circ Res*. 1986; 59: 178-193.
22. Pinna GD, Maestri R, Di Cesare A, Colombo R, Minico G. The accuracy of power-spectrum analysis of heart rate variability from annotated RR list generated by Holter systems. *Physiol Meas*. 1994; 15: 163-179.
23. Sayers BM. Analysis of heart rate variability. *Ergonomics*. 1973; 16: 17-32.
24. Saul JP, Albrecht P, Berger RD, Cohen RJ. Analysis of long-term heart rate variability: methods, 1/f scaling and implications. In: *Computers in Cardiology 1987*. Washington, DC: IEEE Computer Society Press; 1988; 419-422.

ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ В США

К.К. Айдарханова, А.Р. Демесинов, А.С. Аубакирова, Л.Ж. Камзебаева

Институт развития здравоохранения МЗ РК

В данной статье изложена информация о базовых страховых полюсах и методы вознаграждения за дополнительные опции по обслуживанию пациентов в Соединенных Штатах Америки.

Индустрия здравоохранения, оцениваемая в триллионах долларов, включая фармацевтические компании, больницы, врачей, производителей медицинского оборудования, дома инвалидов, центры и страховщиков, является быстрорастущей и динамичной отраслью Американской экономики. Прогнозируется рост расходов на здравоохранение выше 3 триллионов к 2013 году. Профессиональные услуги – работа врачей и других клинических специалистов – и больничные услуги составляют наибольшую долю прироста. Два фактора вызвали этот рост расходов на

здравоохранение: достижения в медицинских технологиях старение американского населения, которое живет дольше и требует больших медицинских услуг.

Непрерывное технологическое развитие увеличивает стоимость каждой области медицины. Например, рентгеновская машина, которая стоила 175000 долларов десять лет назад, в настоящее время замещается более мощным компьютерным томографом, стоимость которого превышает 1 миллион. В Соединенных Штатах увеличиваются средний возраст населения, а также потребность в услугах здравоохранения. В 1950, процент населения выше 65 лет составлял 7 процентов, или 9 миллионов людей К 200 году более 34 миллионов американцев, или 12.6 процентов населения, были в возрасте выше 65 лет. Поколение «baby boom» (люди, родившиеся между 1946 и 1964) достигнут пенсионного возраста между 2010 и 2030, когда пожилые люди составят примерно 20 процентов населения. Пожилые люди нуждаются в большем количестве медицинских услуг, чем молодые. Около 60 процентов всех расходов на здравоохранение тратятся на управление хроническими заболеваниями, такими как диабет, гипертензия, остеопороз, и артрит, которые наиболее распространены среди тех, кому 65 лет и выше.

Медицинское страхование было создано для оплаты расходов по лечению, связанному с травмами и заболеваниями. Страховые полисы могут оплачивать на основе возмещения, плановой или авансовой сервисной основе.

Медицинские планы разработаны для оплаты квалифицированной помощи, оказываемой медицинскими специалистами, для восстановления здоровья или лечения острых состояний. Они не предназначены для оплаты попечения в условиях лишения свободы или немедицинской помощи.

Медицинские страховые полисы постоянно развиваются. Несмотря на хорошо развитую систему частного и социального страхования, медицинская помощь не является доступной для каждого, и даже минимальный страховой пакет не доступен из-за своей стоимости и не покрывает иногда необходимую для граждан США медицинскую помощь. В настоящее время, согласно высказыванию Президента Соединенных Штатов Барака Обамы, система здравоохранения США нуждается в полной реформ

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСТАНА.

Бейшенбиева Г.Дж.

Кыргызская Государственная медицинская академия.

Введение. Переход к рыночной экономике, сложный и нелегкий процесс построения демократического общества в Кыргызстане, наряду с другими проблемами обострил проблему семьи и женщин. Социально-экономические преобразования в стране в полной мере отразились на показателях здоровья женщин. Серьезной проблемой является ухудшение соматического и тесно связанного с ним репродуктивного здоровья женщин – почти 75% женщин имеют хроническое соматическое заболевание, а 35% различные гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильность [1, 7, 8]. В республике, несмотря на достаточно полный охват квалифицированной медицинской помощью в родах, остается высоким показатель материнской смертности, уровень аборт [2, 5]. Не может не привлекать внимание рост числа заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП) и неудовлетворенная потребность женщин в планировании семьи и методах контрацепции [6, 8, 9].

Необходимо отметить, что в результате реализации мероприятий, предусмотренных в рамках Национальной программы реформы системы здравоохранения «Манас» и «Манас-таалими» были достигнуты некоторые результаты в сфере охраны репродуктивного здоровья и развития служб планирования семьи в Кыргызской Республике. Была принята «Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения КР до 2015 года», где затрагиваются вопросы снижения материнской и младенческой смертности, вопросы насилия и потребностей подростков [1].

Все вышеизложенное подчеркивает необходимость уделять внимание медицинским и социальным факторам формирования репродуктивного здоровья женщин и тенденций изменения их репродуктивного поведения [3, 4, 6]. Анализ современных тенденций в репродуктивном поведении женщин Кыргызстана позволит прогнозировать демографическую ситуацию в республике, состояние здоровья будущих беременных, родильниц и рожденных ими детьми.

Целью данного исследования была оценка сексуального и репродуктивного поведения женщин детородного возраста, их основных характеристик и тенденций изменения, а также выработка стратегии планирования семьи в современных условиях.

Материалы и методы.

Было опрошено 680 сексуально активных женщин в возрасте от 15 до 44 лет, с заполнением специально разработанной анкеты. Анкета включала вопросы общей

характеристики женщин, акушерско-гинекологического анамнеза, состояния соматического и репродуктивного здоровья. Оценка репродуктивного поведения женщин включала выявление его основных характеристик. Это данные о начале половой жизни, замужестве, вступлении в брак девственницей, замужестве к моменту первых родов, наличие постоянного полового партнера. Выяснялось также, была ли женщина одинокой к моменту первого деторождения, и каковы ее репродуктивные планы. Определялся показатель среднего числа живорождений на одну женщину. Нами выяснялись также данные об использовании женщинами различных методов контрацепции, их доступности, источнике и степени информированности женщин о них.

Результаты и их обсуждение.

Проведенное нами исследование показало, что 67% опрошенных женщин живут в городе с рождения, а остальные имеют стаж проживания в городе более 10 лет. Возрастной состав женщин выглядел следующим образом – женщин в возрасте от 15 до 19 лет было 9%, от 18 до 24 лет - 23%, от 25 до 29 лет – 21% и от 30 до 34 лет – 18%. Женщины возрастной группы 35-39 лет составили 18%, а 40 - 44 лет – 11%. Национальный состав этих женщин был таковым: 56% - составили кыргызки, 24% - русские, 3,4% - казашки, 2% - узбечки, 3% - уйгурки и другие – 11,2%.

В группе женщин от 15 до 19 лет нерожавшими было 93%, с увеличением возраста число их прогрессивно падает. Так в возрасте от 20 до 24 лет их число составило 33%, 25 – 29 лет – 9%, а в возрастных группах старше 35 лет число нерожавших женщин составило в среднем 3%.

Одной из важных характеристик репродуктивного поведения женщин является ее возраст к моменту первых родов. Известно, что возраст первого деторождения отражается как на здоровье матери, так и на здоровье ребенка, а также в значительной мере влияет на демографические показатели. Ранний возраст при первых родах часто является причиной многоплодий и быстрого роста численности населения страны. Исследование показало, что средний возраст при первых родах горожанок составил 22,3 года, то есть большинство женщин родили первого ребенка в возрасте от 20 до 24 лет, и только 6 % женщин имели первые роды до 19 лет, Первые роды в возрасте старше 25 лет имели 14% опрошенных женщин.

Данные опроса женщин показали, что из общего числа беременностей родами завершилось 52% из них, абортom – 39%, самопроизвольным выкидышем – 8%, а мертворождений было – 1%. Необходимо отметить, что в анамнезе имели хотя бы один аборт 46% респонденток, а более одного – 67%.

Нами выяснялось также семейное положение женщин, так как наличие брака является одним из факторов, увеличивающим число беременностей и соответственно родов. Исследование показало, что 23% их них никогда не были замужем, а 66% замужем в настоящее время, в гражданском браке было 3% респонденток, вдовами 2% и разведенными – 6%.

Постоянного полового партнера имели лишь 2% одиноких женщин, а 93% из них совсем не имеют половой жизни. Необходимо отметить, что 9% из этих женщин указали на наличие случайных половых связей.

Возраст начала половой жизни среди анкетированных женщин составил 20,5 лет.

Выяснение репродуктивных планов женщин показало, что из числа уже имеющих детей женщин, не хотят больше иметь детей 48%, хотят родить в ближайшее время 8%, а 30% желают иметь ребенка не раньше, чем через 3-4 года. Остальная часть женщин либо имеют проблемы с зачатием, либо не решили этот вопрос для себя. Изучение вопросов репродуктивного поведения, репродуктивных планов и использования методов контрацепции показал, что каждая вторая городская женщина репродуктивного возраста применяет какой-либо современный метод контрацепции и лишь 10% применяют традиционный метод. Причем женщины г.Бишкек приблизительно одинаково пользуются методами контрацепции, независимо от национальности. Наиболее часто используемым методом контрацепции остается применение внутриматочной спирали (ВМС), им пользуется 34% опрошенных женщин. Второе место по частоте использования занимают барьерные методы контрацепции (презерватив) – 16%, комбинированные оральные контрацептивы (КОК) использует 9% женщин и чисто прогестинные инъекционные контрацептивы – 2%. Необходимо отметить, что подавляющее большинство женщин (96%) приобретали средства контрацепции через государственные учреждения здравоохранения – в аптеках или кабинетах планирования семьи.

Выводы.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что для женщин, жительниц города характерен низкий коэффициент рождаемости, преобладание оптимального для деторождения возраста – 22,3 лет, относительно высокий уровень аборт, в том числе и повторных.

Основная масса женщин состоит в браке или считает, что для рождения ребенка необходимо вступить в него. В репродуктивных планах городских жительниц - нежелание больше иметь детей или желание отсрочить рождение ребенка на срок более чем на 3 года. Исследование также выявило хорошую информированность женщин о современных

методах контрацепции, и достаточно широкое использование их. Причем наиболее часто предпочтение отдается ВМС и барьерным методам, а применение гормональных контрацептивов остается на относительно низком уровне. Поэтому задачами, стоящими перед лечебно-профилактическими организациями, оказывающими услуги в области охраны репродуктивного здоровья населения, в современных условиях является активизация программ по планированию семьи и повышение уровня обслуживания в этой сфере, как главной меры по улучшению здоровья матери и ребенка.

Литература.

1. Итоги первой национальной переписи населения КР – Регионы – Бишкек. – Бишкек, - 2001. - 181с.
2. Ишеналиева Ч.А. Материнская смертность по Кыргызской Республике за 2004 год // Материалы съезда педиатров и детских хирургов КР. – Бишкек, 2005. – С. 33 – 35.
3. Кангельдиева А.А., Мурзакаримова Л.К., Амираева Р.А. Быстрая оценка текущего состояния репродуктивного здоровья в Кыргызской Республике. – Бишкек, 2002. – 82с.
4. Кулаков В.И., Вихляева Е.М, Николаева Е.И. Современные тенденции в репродуктивном поведении женщин в странах Восточной Европы // Акушерство и гинекология. – 2001, - №4. - С. 11 – 14.
5. Кан Е.Л., Асымбекова Г.У. Преэклампсия как причина материнской смертности в Кыргызской республике // Азиатский вестник акушеров-гинекологов. – Том 7 №1 -2. Бишкек, 2000. – С. 50 -53.
6. Мусуралиев М.С., Жоробекова А.О. Клиническое обучение по репродуктивному здоровью для расширения качества медицинских услуг // Руководство для врачей. – Бишкек, 2006. – 239с.
7. Национальная стратегия по охране репродуктивного здоровья населения КР на 2006 – 2010 год. – Бишкек, 2007, – 31с.
8. Оценка потребностей молодежи Кыргызстана в сфере репродуктивного здоровья. - Бишкек, 2000. – 136с.
9. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. – Geneva; WHO, 1996.