

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

УДК 616-082.4:615.859+616-07(574)

На правах рукописи

КУМАР АЙНУР БАКДАУЛЕТКЫЗЫ

**Оценка практики госпитализаций больных и уровня внедрения
принципов доказательной медицины в Республике Казахстан**

6D110200 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
доктора философии (PhD)

Научный руководитель
д.м.н., профессор Аканов А.А.
Научный консультант
д.м.н., профессор Мейманалиев Т.С.

Республика Казахстан
Алматы, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	8
ВВЕДЕНИЕ.....	9
1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	13
1.1 Лучший мировой опыт организации лечебно-профилактической помощи населению.....	13
1.2 Организация лечебно-профилактической помощи населению Республики Казахстан.....	21
1.3 Факторы, влияющие на частоту необоснованных госпитализаций в стационары.....	30
1.4 Достижения и проблемы внедрения принципов доказательной медицины.....	38
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	42
2.1 Объекты исследования.....	42
2.2 Материалы исследования.....	43
2.3 Методы исследования.....	43
3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	49
3.1 Основные причины необоснованных госпитализаций больных в Республике Казахстан.....	49
3.2 Сравнительный анализ Национальных протоколов диагностики и лечения некоторых заболеваний в Республике Казахстан и международных клинических протоколов.....	53
3.2.1 Артериальная гипертония.....	53
3.2.2 Стенокардия напряжения.....	57
3.2.3 Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).....	61
3.2.4 Бронхиальная астма.....	65
3.2.5 Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.....	73
3.3 Состояние и перспективы внедрения принципов доказательной медицины в Казахстане.....	75
3.4 Предотвратимый экономический ущерб при адаптации Национальных клинических протоколов РК в соответствии с международными клиническими руководствами.....	78
3.4.1 Артериальная гипертония.....	78
3.4.2 Острый инфаркт миокарда.....	79
3.4.3 Хроническая обструктивная болезнь легких.....	81

3.4.4 Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.....	82
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	84
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	92
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	93

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативные документы:

Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012 г.).

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438.

Приказ МЗ РК от 10.10.2006 г. №473 «Об утверждении Инструкции по разработке и совершенствованию клинических руководств и протоколов диагностики и лечения заболеваний»

Приказ МЗ РК №235 от 05.04.2010 года «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14.10.2009г. №527 «Об утверждении перечня болезней подлежащих стационарному и стационарозамещающему лечению, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ- 10)»

Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении видов и объемов медицинской помощи. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК №796 от 26.11.2009 года.

Приказ МЗ РК №759 от 27 декабря 2007 года «Об утверждении нового перечня тарификатора медицинских услуг и внедрении пилотного проекта модели частичного фондодержания».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Амбулаторная помощь – 1) организованная, регулярная, наиболее доступная массовая медицинская помощь больным в медицинском учреждении. Ведущее звено в системе первичной медико-санитарной помощи. Отличается от внебольничной помощи тем, что не включает помощь на дому; 2) все виды медицинских услуг, оказываемых пациентам, которые не находятся на стационарном лечении в момент оказания услуг. Амбулаторная помощь предоставляется в различных условиях: от отдельно расположенных амбулаторий, общеврачебных практик и медицинских пунктов до многопрофильных поликлиник, специализированных диспансеров и диагностических центров.

Аудит медицинский – подробный ретроспективный анализ и оценка по установленным показателям медицинской помощи медицинских карт амбулаторного и стационарного больного всех пациентов данной организации здравоохранения, используемые для количественной и качественной оценки профессиональной деятельности медицинских работников и деятельности организации в целом с помощью сопоставления выявленных параметров с принятыми стандартами или с современными профессиональными суждениями.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) – вид, объем и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой гражданам Республики Казахстан и оралманам (далее - граждане), за счет средств государственного бюджета, и включает медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью.

Госпитализация – отбор, поступление и пребывание пациентов в стационарах организаций здравоохранения.

Доказательная медицина (англ. Evidence-based medicine — медицина, основанная на доказательствах) — подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных

Здравоохранение общественное – наука и искусство предотвращения болезней, продления жизни и укрепления психического, физического здоровья через эффективный и организованный вклад отдельных групп населения и общества (ВОЗ).

Карта амбулаторного больного, медицинская – медицинский документ, в котором отражается диагностическая, лечебная и другая медицинская помощь, оказываемая амбулаторно.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик

медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки.

Качество медицинской услуги – показатель результата оказанной медицинской услуги, ориентированный не только на стандартные клинические критерии, но и на показатели качества жизни.

Клиника – лечебно-профилактическое учреждение, в котором, кроме стационарного лечения больных, проводится преподавательская и научно-исследовательская работа.

Койка больничная – место, обеспеченное персоналом, приспособленное для размещения больных, оказания им круглосуточной стационарной помощи со дня госпитализации до дня выписки, и расположенное в тех отделениях больницы, где пациенты находятся постоянно (ВОЗ).

Медико-социальная помощь - это комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических и других интегрированных мероприятий, призванных укрепить социальную защищенность населения, особенно самых уязвимых ее слоев, улучшить условия для преодоления человеком трудностей, служить облегчению положения лиц или отдельных контингентов населения.

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность физических лиц, получивших высшее или среднее профессиональное медицинское образование, а также юридических лиц, направленная на охрану здоровья граждан.

Медицинские организации – организации здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению.

Международная классификация болезней (МКБ) – система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки и являющаяся основным нормативным документом при изучении состояния здоровья населения в странах-членах Всемирной организации здравоохранения.

Методология – способы и логический образ действий, посредством которых обеспечивается подход к выполнению плана программы.

Организации здравоохранения – юридические лица, выполняющие функции по оказанию медицинской и лекарственной помощи гражданам, а также по обеспечению товарами медицинского назначения и медицинской техникой и осуществляющие научно-исследовательскую, образовательную, информационную, просветительскую, санитарно-эпидемиологическую деятельность.

Общественное здоровье и здравоохранение – наука о закономерностях формирования здоровья, методов его охраны и укрепления, и организации здравоохранения в различных социально-экономических условиях жизни населения; в наиболее широком смысле – это наука и искусство

предотвращения болезней, продления жизни, укрепления психического здоровья и достижения определенной результативности, благодаря целенаправленным усилиям населения.

Оценка экономической эффективности – проводится путем сопоставления предполагаемых затрат на внедрение новых технологий с результатами в виде сокращения длительности лечения больных, снижения заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности – с ранее применяемыми. К рассмотрению принимаются данные по фармакоэкономической эффективности из международных источников и как минимум 1 качественное исследование, проведенное в Республике Казахстан, не более 5 летнего срока давности. При выборе технологии (или лекарственного средства) из одной группы включаются экономически/фармакоэкономически более выгодные

Первичная медико-санитарная помощь – 1) амбулаторно-поликлинические учреждения доврачебного этапа: здравпункты, центры, посты, диспансеры; 2) является основным звеном системы здравоохранения, главной службой оказания медико-санитарной помощи, построенной по принципу “от периферии к центру”.

Поликлиника – 1) высокоразвитое специализированное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь проходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений; 2) амбулаторное учреждение, где медицинская помощь оказывается по многим медицинским специальностям.

Протокол клинический – технический нормативный правовой акт, определяющий требования к оказанию медицинской помощи больному при определенном заболевании.

Руководство клиническое – документ, содержащий систематически разрабатываемые положения в помощь практическому врачу при принятии клинического решения об оказании соответствующей медицинской помощи при определенных клинических обстоятельствах.

Статистика медицинская – раздел статистики, изучающий вопросы, связанные с медициной и здравоохранением.

Стационар (от лат. stationarius – стоящий на месте, неподвижный) – лечебное учреждение, имеющее постоянные койки для больных (в отличие от поликлиник); больница.

Стационарная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая больным, помещенным в больницы, госпитали, родильные дома, стационарные отделения диспансеров и медсанчастей.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АПО	–	Амбулаторно-поликлинические организации
АГ	–	Артериальная гипертензия
БА	–	Бронхиальная астма
БГ	–	Бюро госпитализаций
ВОЗ	–	Всемирная Организация Здравоохранения
ГОБМП	–	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГКП на ПХВ	–	Государственное казенное предприятие на правах хозяйственного ведения
ДМ	–	Доказательная медицина
ЕНСЗ	–	Единая национальная система здравоохранения
ИБС	–	Ишемическая болезнь сердца
КП	–	Клинические протоколы
КР	–	Клинические руководства
ЛПО	–	Лечебно-профилактическая организация
МКБ	–	Международная классификация болезней
МСП	–	Медико-социальная помощь
НПО	–	Неправительственная организация
НП	–	Национальные протоколы
ОИМ	–	Острый инфаркт миокарда
ПМСП	–	Первичная медико-санитарная помощь
РК	–	Республика Казахстан
РИАЦ МЗ	–	Республиканский информационно-аналитический центр
РК	–	Министерства здравоохранения Республики Казахстан
ХОБЛ	–	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЯБ	–	Язвенная болезнь
NICE	–	National Institute of Clinical Excellence

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В Государственной программе «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. указывается, что уровень необоснованных госпитализаций в стационары страны достиг 30%, а частота необоснованных вызовов скорой медицинской помощи превышает 20%. Эти данные свидетельствуют о неэффективности системы предоставления медицинских услуг в республике и диктуют необходимость глубокого анализа причин высокого уровня необоснованных госпитализаций в стране.

Следует отметить, что стационарная помощь в Республике Казахстан оказывается по 71 профильным отделениям для взрослых и по 30 профильным отделениям для детей. Наиболее востребованными профилями для населения являются отделения для беременных – 16,7% госпитализаций, терапевтические отделения – 10,9% госпитализаций и хирургические отделения – 10,2% госпитализаций [1].

В структуре направлений на госпитализацию более половины пациентов получают направление от врача первичной медико-санитарной помощи (далее ПМСП) (28,2%) или поликлиники (25,7%). До 24,2% составляют направления врачей скорой медицинской помощи, и остальные пациенты поступают самостоятельно (21,9%). Экстренные госпитализации по РК составляют почти 70% [1, с.19].

В структуре госпитализированных случаев, по данным 2011 года, в Республике Казахстан первые ранговые места среди взрослых и подростков занимают болезни системы кровообращения (16,2%), болезни органов пищеварения (9,1%) и заболевания органов дыхания (5,7%) [1, с.24]. Следовательно, 31% коечного фонда терапевтического профиля для взрослых и подростков определяются вышеуказанными 3-мя группами заболеваний.

В структуре детских госпитализаций до 14 лет первое место занимают болезни органов дыхания (37,3%), второе место – перинатальные патологии (12,5%) и далее – травмы и отравления (9,9%), болезни органов пищеварения (9,0%), заболевания нервной системы (7,5%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,2%) и заболевания мочеполовой системы (4,2%) [1, с.29]. Таким образом, в данной возрастной группе только две изучаемые болезни, а именно, заболевания органов дыхания (37,3%) и органов пищеварения (9,0%) определяют почти каждую вторую (46,3%) терапевтическую койку.

Цель исследования: анализ причин необоснованных госпитализаций при отдельных терапевтических заболеваниях и оценка уровня внедрения доказательной медицины в Республике Казахстан.

Задачи исследования

1. Изучение практики госпитализаций в стационары республики больных, страдающих 5 изучаемыми заболеваниями (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (стенокардия и острый инфаркт

миокарда), бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки);

2. Сравнительная оценка протоколов диагностики и лечения РК и международных клинических руководств (протоколов);

3. Изучение соответствия (несоответствия) диагностики и лечения отдельных болезней из 3-х групп заболеваний: болезни системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения на амбулаторно-поликлиническом уровне протоколам диагностики и лечения РК;

4. Оценка предотвратимого экономического ущерба при адаптации протоколов диагностики и лечения РК по артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца (стенокардия и острый инфаркт миокарда), бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких (далее ХОБЛ) и язвенной болезни (далее ЯБ) желудка и 12 перстной кишки в соответствии с международными клиническими руководствами (протоколами).

Научная новизна

Впервые в Республике Казахстан (далее РК) установлены значительные различия между протоколами диагностики и лечения РК (далее Национальные протоколы – НП РК) и Британскими клиническими руководствами (протоколами) по диагностике и лечению артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца (стенокардия напряжения и инфаркт миокарда), бронхиальной астмы, ХОБЛ и ЯБ.

Впервые проведена оценка соответствия диагностики и лечения 5-ти изученных заболеваний врачами амбулаторно-поликлинических организаций Алматы согласно Национальным протоколам РК. Установлено, что полное соответствие диагностики по 5-ти изучаемым заболеваниям наблюдается в 29,9%, частичное соответствие – 47,2% и несоответствие – 22,9%. Наибольшее несоответствие диагностики Национальному протоколу РК было выявлено при артериальной гипертонии (36,1%) и наименьшее – при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (18,8%). В целом, при 5-ти анализируемых заболеваниях полное соответствие лечения Национальным клиническим протоколам оказалось низким (22,4%). Наибольшее несоответствие лечения Национальному протоколу РК было выявлено при ишемической болезни сердца (20,5%) и наименьшее – при бронхиальной астме (10,4%).

Практическая ценность

Обоснована целесообразность приведения в соответствие приказа МЗ РК №235 от 05.04.2010 года с Национальными клиническими протоколами РК. Вышеуказанный приказ Министерства здравоохранения является одной из причин высокой и необоснованной госпитализации больных в республике, поскольку из 7826 болезней, перечисленных в данном приказе 7726 (98,7%) подлежат стационарному лечению.

Впервые в Республике Казахстан разработаны алгоритмы для оценки уровня соответствия диагностики и лечения заболеваний.

Высокий уровень несоответствия диагностики и лечения больных с 5-ю изученными заболеваниями врачами амбулаторно-поликлинических

организаций г.Алматы Национальным протоколам диктуют необходимость их интенсивного и регулярного обучения.

Следует переработать Национальные протоколы РК по 5-ти изученными нами заболеваниями и привести их в соответствие с международными клиническими руководствами, в частности Британскими. При этом предотвращенный экономический ущерб только по диагностики 4-х заболеваний (артериальная гипертония, острый инфаркт миокарда, ХОБЛ и ЯБ) составит более 2,0 млрд. тенге в год.

Основные положения, выносимые на защиту

Приказ МЗ РК №235 от 05.04.2010 года «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14.10.2009 года №527 «Перечень заболеваний, подлежащих стационарному и стационарозамещающему лечению, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ-10)» способствует избыточной и необоснованной госпитализации больных.

В Национальных протоколах РК четко изложены критерии госпитализации больных с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких и язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки. Они более научно-обоснованные, нежели упрощенный перечень заболеваний, подлежащих госпитализации, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК №235 от 05.04.2010 года.

Установлены значительные различия между Национальными клиническими протоколами РК и Британскими клиническими руководствами (протоколами) по диагностике и лечению вышеуказанных 5 заболеваний.

Отмечен высокий уровень несоответствия диагностики и лечения больных с 5-ю изученными заболеваниями врачами амбулаторно-поликлинических организаций Алматы Национальным клиническим протоколам.

Апробация работы

Основные положения работы обсуждены и представлены на:

- Международной научно-практической конференции «Интеграция науки, образования и практики – качественное здравоохранение» посвященной 20-летию независимости Республики Казахстан (Алматы, 2011);
- XVI Annual Conference of the International Research Society for Public Management (IRSPM) (Rome, 2012);
- Международной научно-практической конференции «Медико-социальные аспекты активного долголетия» (Алматы, 2012);
- International Conference on Tissue Science & Engineering. October 1-3, 2012. DoubleTree by Hilton Chicago-North Shore, USA (Чикаго, 2012).
- International Research Conference on Economics, Humanities, Environmental and Social Sciences (Bangkok, 2012);
- Международной заочной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной медицины» (Новосибирск, 2013);

– Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения», посвященная 130-летию Халела Досмухамедова (Алматы, 2013).

Объём и структура диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, 3 разделов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников, включающего 128 литературных источников.

Диссертация изложена на 100 страницах машинописного текста, иллюстрирована 27 таблицами, 3 рисунками.

1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Лучший мировой опыт организации лечебно-профилактической помощи населению

12 сентября 1978 года на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи была принята Алматинская Декларация, которую назвали Великой Хартией мирового здравоохранения. В статье I Декларации констатировано, что «... здоровье, будучи состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов, является основным правом человека, и что достижение возможно высшего уровня здоровья составляет важнейшую всемирную социальную задачу для выполнения которой необходимы совместные усилия многих социальных и экономических секторов общества в дополнение к сектору здравоохранения».

В статье VI Алматинской Декларации указано, что «Первичная медико-санитарная помощь составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения. Она составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя её главную функцию и являясь её центральным звеном, так и всеобщего социально-экономического развития общества. Она является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа» [2].

Академик Шарманов Т.Ш. в своей книге «Алматинский рубеж мирового здравоохранения» (2008) написал: «Профилактическую направленность советское здравоохранение рассматривало в качестве стержневого элемента своей программы. В то время была хорошо развита сеть структур первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), таких как санитарно-эпидемиологическая служба, амбулаторно-поликлинические и стационарные учреждения, профильные диспансеры, медико-санитарные части для разных отраслей промышленности, центральные районные и участковые больницы, врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты. Лечебно-профилактическая помощь населению оказывалась как по месту жительства, так и по месту работы. Всю программу профилактической работы, включая проведение прививок, а также организацию помощи детям в дошкольных учреждениях и школах, подросткам – подростковыми кабинетами в поликлиниках для взрослых, обеспечивали детские поликлиники. В педиатрии соблюдался принцип преемственности: поликлиника – стационар – санаторий. Разумность и

эффективность такого подхода стали осознавать во многих европейских странах» [3].

Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. (2011) также отмечают, что лучшая модель организации медицинской помощи была в Советском Союзе [4].

Европейский Центр ВОЗ по системам и политике в области здравоохранения, после проведенного исследования «Системы здравоохранения в переходный период: обучение на практике» в 2004 году дал заключение, что система здравоохранения, созданная в Советском Союзе в 1920- 1930 годах добилась значительных успехов [5]. «Однако, эта экстенсивная, но лишь базовая система более не соответствует тому комплексу вызовов, с которыми мы сталкиваемся. Вместо того, чтобы получить потенциальный вклад, который может обеспечить система государственного здравоохранения, пока удалось получить лишь очень незначительную отдачу для решения этих новых вызовов в процессе реформ».

«Двумя приоритетными направлениями реформы должны стать реорганизация структуры системы здравоохранения и активная работа по развитию и повышению качества здоровья» [6]. Далее, авторы исследования признают, что, несмотря на ряд изменений, которые пережили страны в переходном периоде в 1990-е годы, «это не были целенаправленные реформы, и они привели к снижению качества этой работы, которая ранее была организована весьма успешно. Наблюдалось последовательное недофинансирование работы по повышению квалификации персонала, недофинансировалась система информации, от которой во многом зависит работа современного здравоохранения. Отмечен ряд заметных успехов, были подготовлены когорты специалистов для выполнения стратегических задач, однако реформе служб системы здравоохранения предстоит пройти еще долгий путь» [6,с.48].

Из постсоветских государств наиболее динамичное развитие принципы Алматинской Декларации о первичной медико-санитарной помощи получили в Республике Беларусь.

В Республике Беларусь сохранено право на бесплатное медицинское обслуживание, гарантированное Конституцией, функционирует государственная система здравоохранения, которая обеспечивает стабильную деятельность всех организаций здравоохранения [7].

Внедрение системы подушевого финансирования на первичном уровне привело к снижению диспропорций в распределении ресурсов по территориям республики. Была разработана и внедрена система социальных стандартов в области здравоохранения (нормативы расходов на одного жителя, обеспеченности больничными койками, аптеками и бригадами скорой медицинской помощи, автотранспортом, а также стандарт по санитарно-техническому обеспечению организаций здравоохранения), которые определяют минимальные гарантии по обеспечению медицинским обслуживанием жителей республики.

Комплексная реструктуризация медицинской помощи с перераспределением ресурсов от высоко-затратной стационарной медицинской помощи на экономичную и включающую профилактику заболеваний первичную и амбулаторно-поликлиническую помощь привела к увеличению доли финансирования амбулаторно-поликлинических организаций (с 21% – в 2005 году до 35% – в 2009 году) в общем объеме финансирования здравоохранения [7,с.54; 8].

Был создан институт общеврачебной практики, активизирована работа по внедрению стационар-замещающих технологий, комплекса профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска и формирование у населения навыков здорового образа жизни.

В Республике Беларусь сохранена и успешно функционирует государственная аптечная сеть, в том числе в сельской местности. В аграрных городках или в радиусе 10 км от них имеются лечебно-профилактические учреждения или их структурные подразделения, обеспечивающие розничную реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Для интенсификации организации работы медицинского персонала в связи с сохраняющимся ростом посещений к врачам первичного звена и улучшения доступности первичной медицинской помощи населению продолжается процесс внедрения информационных компьютерных технологий. В 2009 году до 45% амбулаторно-поликлинических организаций были оснащены автоматизированными информационными системами и локальными сетями.

Внедрение информационных технологий в работу амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения позволяет контролировать запланированные медицинские назначения, наблюдать за диспансерной группой пациентов, осуществлять обмен информацией между организациями здравоохранения, проводить консультирование в режиме реального времени с помощью видео-конференц-связи. В республике разработана и внедряется единая система мониторинга здоровья населения (ИАС «Здравоохранение»), в стадии разработки находится электронная медицинская карта гражданина Республики Беларусь.

Клинические протоколы диагностики и лечения пациентов разрабатываются в настоящее время практически по всем клиническим направлениям, в этой работе принимают участие научные и практические медицинские учреждения и организации. К настоящему времени подготовлены и утверждены приказами Министерства здравоохранения 82 клинических протокола диагностики и лечения больных (взрослое и детское население) более чем по 20 профилям заболеваний в отношении 2868 нозологических форм по Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Показатель младенческой смертности в 2009 году составил 4,7 на 1000 живорожденных младенцев, что соответствует европейскому уровню. С помощью новейших технологий в перинатальных центрах республики выхаживаются новорожденные с массой, едва превышающей 500 г. Меры,

предпринимаемые службой охраны материнства и детства, позволили снизить коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет (до 5,7 на 1000).

Показатель материнской смертности в 2009 году достиг 0,9 на 100 тыс. живорожденных детей.

Все это свидетельствует об эффективности государственной социальной политики и правильном выборе основных направлений развития здравоохранения в Республике Беларусь.

Другим примером является Кубинская система здравоохранения, которая признана во всем мире как самая лучшая в Латинской Америке. Она рекомендована мировым сообществом как модель для всех развивающихся стран. Генеральный директор ВОЗ, г-жа Маргарет Чен, посетившая Кубу в 2009 году, отметила: «Я нахожусь здесь для того, чтобы ознакомиться с отличными успехами системы здравоохранения Кубы. Ваши достижения в области первичной медико-санитарной помощи и медицинской помощи на уровне общин, доступных для каждого, представляют огромный интерес» [9].

Средняя продолжительность жизни населения в Кубе самая высокая среди стран Латинской Америки (77,7 лет) и превышает уровень данного показателя в США (77,3 лет) [10]. По данным за 2011 год, данный показатель в Кубе достиг 80 лет [9,с.14].

Однако до революции 1961 года подавляющее большинство населения Кубы не имело доступа к медицинской помощи. В сельских районах работали несколько врачей, а в больших городах медицинскими услугами пользовались лишь богатые люди [11].

Сегодня все изменилось. Куба создала институт семейной медицины. Даже небольшие города полностью обеспечены семейными врачами. В Кубе 1 врач приходится на 200 жителей, в то время как в США – на 400 жителей. Один семейный врач и медицинская сестра на Кубе обслуживают 150-200 семей или в среднем 600-800 смешанного (детского и взрослого) населения. Курс на развитие общей интегрированной медицины (*medicina integral general*) начался более 30 лет тому назад, когда по всей стране развернулась подготовка врачей общей практики, и началось строительство 2-х этажных домов для этих врачей. На втором этаже врач жил с семьей, а на первом - принимал пациентов [12-13]. Эта система приближенности врачебной помощи к населению, пришедшая на смену консультативному амбулаторному приему врачами стационаров (консультативные центры при больницах - типичная латиноамериканская модель), до которых нужно было добираться пациентам, попадая каждый раз к разным врачам, показала свою высокую и результативность, и эффективность.

Для граждан США система здравоохранения Кубы кажется нереалистичной, потому что все граждане Кубы получают бесплатную медицинскую помощь [14]. Также бесплатной является специализированная медицинская помощь, которая предоставляется больницами вторичного и третичного уровней, а также клиническими и исследовательскими институтами третичного уровня. Обычно пациенты направляются в больницы и в

диагностические лаборатории семейными врачами и врачами-специалистами, работающими в коммунальных поликлиниках.

Следует отметить, что в Кубе проведено четкое разделение медицинских (54857 коек) и социальных коек (14650 коек). Таким образом, в пересчете на 10 тыс. населения в системе здравоохранения Кубы медицинский коечный фонд составляет 4,9 на 1000 населения и социальный коечный фонд – 1,3 на 1000 населения [15].

Младенческая смертность на Кубе за последние 4 года, начиная с 2008 года, ниже 5 на 1000 живорожденных, что существенно ниже, чем во многих развитых странах мира, включая США [9,с.27].

Основными причинами смертности детей до 5 лет являются врожденные аномалии (25%), пневмонии (11%), асфиксия во время родов (10%), внезапная смерть (10%), травмы (8%), неонатальный сепсис (7%) и другие (30%).

Для Кубы характерен высокий охват (99%) иммунизацией детей до 1 года, что выше, чем в среднем по Латинской Америке (93%) [16].

Куба добилась успешного контроля туберкулеза. Так, процент успешно пролеченных больных с положительной на туберкулез мокротой достиг в последние годы 90%, тогда как данный показатель в среднем по странам Латинской Америки составляет 76% [17].

Однако значительной проблемой Кубы остается высокий уровень материнской смертности, составившей в 2010 году – 72 на 100 тыс. живорожденных детей [17,с.64]. И эта ситуация имеет место, несмотря на то, что роды в 100% случаев принимаются квалифицированным медицинским персоналом [17,с.65]. Однако в 2011 году показатель материнской смертности был снижен до 40,6. Основной причиной материнской смертности в Кубе является кровотечение во время беременности, родов и послеродовом периоде [17,с.66].

В последние годы возникли некоторые проблемы в Кубинской системе здравоохранения, что послужило причиной её критики. Проблемы следующие: низкая заработная плата врачей, плохая инфраструктура медицинских учреждений, устаревшее медицинское оборудование, частое отсутствие жизненно-важных лекарственных средств и озабоченность относительно свободы выбора врача пациентом и прав пациента.

Недавнее сравнительное исследование, проведенное Makridis С. (2010), свидетельствует о том, что 2-х уровневая государственная система здравоохранения Австралии значительно эффективнее Американской преимущественно частной системы здравоохранения [18].

Средняя продолжительность жизни в Австралии у мужчин составила в 2008 году 79 лет и женщин – 84 лет [19]. Среди стран-членов ОЭСР по данному показателю Австралия находится на пятом месте (81,6 лет), уступая только Испании (81,8 лет), Италии (81,8 лет), Швейцарии (82,3 лет) и Японии (83,0 лет) [19,с.22].

С 2010 года коронарная болезнь сердца является основной причиной смертности населения Австралии. Так, в 2010 году от коронарной болезни

сердца, включающей грудную жабу, закупорку коронарных артерий и сердечные приступы умерли 21708 австралийцев, что составило 15,1% всех зарегистрированных случаев смерти. Вместе с тем, за последнее десятилетие (2001-2010 годы) наблюдается снижение доли ишемической болезни сердца в структуре всех причин смертности с 20,4% в 2001 году до 15,1% в 2010 году. Ещё более значительным достижением Австралии, наряду с другими странами-членами ОЭСР, является существенное снижение стандартизированной по возрасту госпитальной летальности на 100 больных от острого инфаркта миокарда (с 6,9 в 2000 году до 3,2 в 2009 году) [20].

В 2007-2008 годах 2% общих расходов здравоохранения направлялись на профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни. За последние 10 лет врачи общей практики существенно улучшили управление хроническими заболеваниями (артериальная гипертония, сахарный диабет и депрессии) [19,с.32].

Особенно хорошо в Австралии налажен контроль сахарного диабета, и страна имеет один из самых низких показателей госпитализаций в стационары больных с неконтролируемым сахарным диабетом среди стран-членов ОЭСР [21].

Следует отметить, что Австралия занимает первое место в мире по числу врачей общей практики в общей структуре докторов (узких и других специалистов) [22] (рисунок 1).

Число госпитализаций больных в 2008-2009 годах увеличилось на 37%, причем 56% были однодневными. Особенно выросло число госпитализаций больных с бронхиальной астмой в Австралии, как и в других странах-членах ОЭСР, что свидетельствует о неоптимальном лечении хронических заболеваний в этих странах.

1 из 9 рецептов дополнительного льготного лекарственного пакета выписывался для лечения психических заболеваний. Австралия занимает второе место после Исландии по потреблению антидепрессантов. Значительной проблемой здравоохранения Австралии остается время ожидания на избранные хирургические операции, которое имеет тенденцию к сокращению за последние 5 лет, однако значительно продолжительнее, чем в США и Германии [23].

Ниже приведено соотношение численности врачей общей практики, узких и других специалистов в Австралии и отдельных странах-членах ОЭСР по данным OECD Health Data (рисунок 1).

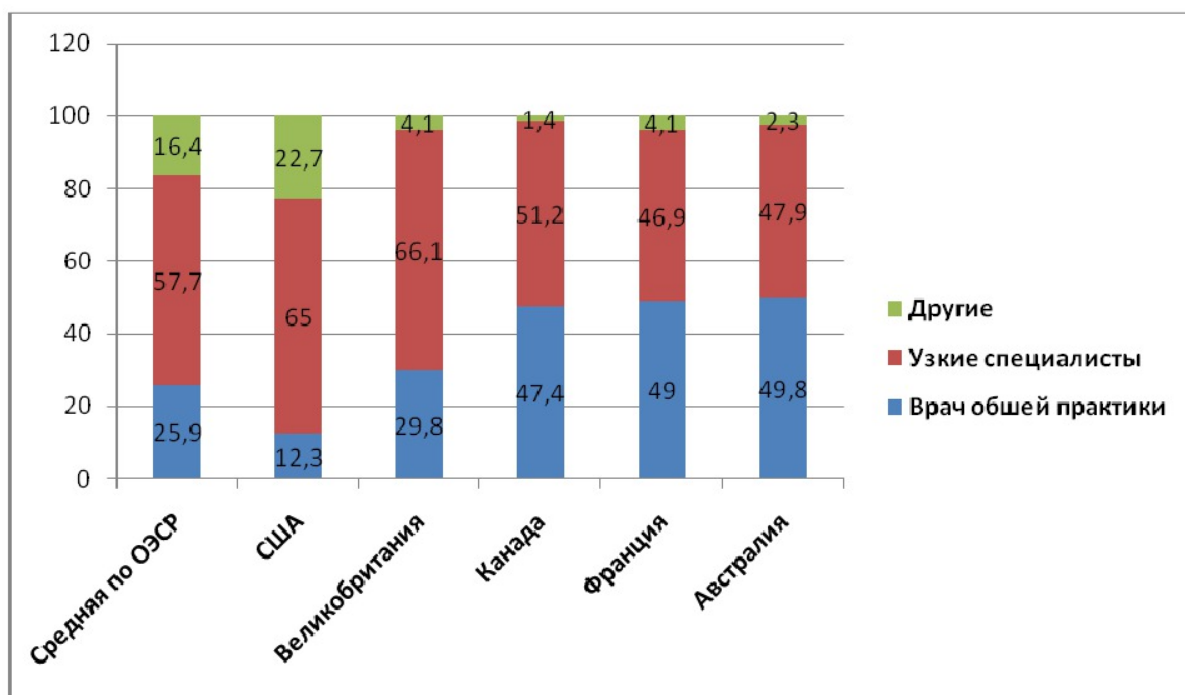


Рисунок 1 – Соотношение численности врачей общей практики, узких и других специалистов в Австралии и отдельных странах-членах ОЭСР (на 1000 населения) (OECD Health Data, 2011)

В Австралии в 2001 году впервые были разработаны Национальные Рамки деятельности системы здравоохранения [20,с.33], которые были пересмотрены в 2009 году. Основной целью является предоставление структуры отчетности по деятельности Австралийской системы здравоохранения на национальном уровне. Пересмотренные в 2009 году Национальные Рамки деятельности системы здравоохранения включают три основных компонента:

- Статус здоровья (Health Status),
- Детерминанты здоровья (Determinants of Health),
- Деятельность здравоохранения (Health System Performance).

При оценке статуса здоровья можно получить ответы на следующие вопросы: Насколько здоровы австралийцы? Это характерно для каждого австралийца? Каковы лучшие возможности для улучшения?

Изучение детерминантов здоровья позволяет ответить на вопросы: Можно ли факторы, определяющие хорошее здоровье, изменить в ещё лучшую сторону? Когда и для кого изменяются эти факторы? Одинаковы ли эти изменения для каждого австралийца?

При оценке деятельности системы здравоохранения уделяется внимание следующим вопросам: Как работает система здравоохранения? Каков уровень качества медицинской помощи и отвечает ли оно нуждам пациентов? Одинаково ли оно для каждого австралийца? Эффективно ли используются финансовые средства в здравоохранении и устойчив ли уровень финансирования здравоохранения?

В Швеции здравоохранение также как и в Казахстане - государственное. Основу закона о здравоохранении составляет принцип всеобщей доступности медицинской помощи всем гражданам на равных условиях.

Средняя продолжительность жизни мужчин достигла в 2010 году 79,1 лет, а женщин – 83,2 лет [24]. По данным OECD Health Data, 2011, средняя продолжительность жизни населения Швеции выше (81,4 лет), чем в среднем по ОЭСР (79,5 лет). Швеция по уровню данного показателя занимает 8 место среди стран-членов ОЭСР.

В Швеции пациент сам выбирает себе семейного врача, к которому обращается в необходимых случаях. К семейному врачу можно прийти на визит лично, а можно проконсультироваться по телефону [25]. При разговоре почти в трети случаев оказывается, что проблему можно решить без посещения доктора, с помощью телефонной консультации с медицинским работником. Пациент оплачивает визит к семейному врачу от 15 евро и выше (каждый округ имеет свой тариф). Семейный врач при необходимости дает направление к специалисту. Визит к узкому специалисту также платный – от 40 евро и выше. Это не касается хронических больных, которые наблюдаются в больницах, куда были госпитализированы и куда всегда могут обратиться [26-27].

Визит к врачу для детей бесплатный. Все остальные затраты на лечение покрываются государством. Пребывание в больнице, операции и уход бесплатные. Оплачивается пациентом только питание. Так, за 1 день пребывания в больнице в первые 10 дней больной должен оплатить 11 евро, а за последующие дни около 9 евро. Лекарства в больнице бесплатные, в аптеке препараты, назначенные врачом, надо частично оплачивать. Максимальная сумма, потраченная пациентом на визиты к врачу и лекарства по его рецептам, купленные в аптеке, – 180 евро в год. Все, что выше, компенсируется государством. Год исчисляется с момента первого обращения к врачу. Если у больного нет 180 евро, он может оплатить лекарства в рассрочку в течение 12 месяцев [24,с.5].

По ценам на лекарства Швеция находится на среднем уровне в Евросоюзе. Государственный бюджет на лекарства формируется в апреле, а в октябре он детализируется. По данным за 2008 год, государственные дотации на препараты были в 3,5 раза больше средств, затраченных населением.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о том, что население (пациенты) соучаствуют в оплате за медицинские услуги не только при госпитализации в стационар, но и при обращении к семейному врачу и врачу-специалисту [28].

Шведский национальный совет по здравоохранению и социальному благополучию и агентство по технологической оценке здравоохранения разрабатывают стандарты лечения (клинические протоколы и руководства) того или иного заболевания и направляют их в округа. В округах также могут разрабатываться программы лечения различных заболеваний, но они не должны противоречить схемам, полученным из Совета по здравоохранению и агентства [29]. В бюджете каждого округа есть отдельная статья,

предназначенная именно на закупку лекарств. Вопросы закупок и цены на лекарства находятся под строгим контролем государства, но при этом им не регулируются. Государство ведет переговоры с фармацевтическими компаниями и дистрибьюторами по закупке лекарств, как любой другой коммерсант, договариваясь по скидкам под предполагаемый объем закупок [30-31].

Свою главную задачу шведское здравоохранение видит в обеспечении самого лучшего результата за наименьшие затраты. Преобладает амбулаторное лечение. Современные эффективные препараты позволяют достичь быстрых результатов без госпитализации больного.

Швецию называют иногда страной социализма с человеческим лицом. Здесь мало кто курит (менее 15% населения), зато много занимаются спортом. А продолжительность жизни – одна из самых высоких в мире: в среднем 80,5 года. Возраст от 65 лет (выход на пенсию) до 85 лет считают двадцатилетием счастья.

1.2 Организация лечебно-профилактической помощи населению Республики Казахстан

Система предоставления медицинских услуг в Казахстане развивалась на основе советской модели, которая была ориентирована преимущественно на стационарное лечение, а сектору ПМСП и вопросам укрепления здоровья населения в ней уделялось мало внимания [32]. Для всей системы здравоохранения была характерна тенденция направления пациентов на более высокие уровни оказания медицинской помощи. Система предоставления медицинских услуг фрагментирована и в недостаточной мере обеспечивает преемственность оказания медицинской помощи. Отсутствует четкое взаимодействие между первичным и вторичным звеньями медицинской помощи, многие услуги предоставляются несколькими параллельными структурами, такими, например, как противотуберкулезной и санитарно - эпидемиологической службами, а также ведомственными системами здравоохранения при различных министерствах и ведомствах. Слабая горизонтальная интеграция приводит к дублированию функций и неэффективному использованию ресурсов здравоохранения [32,с.8].

В настоящий момент система предоставления медицинских услуг находится в процессе реорганизации. Цель реорганизации состоит в преобразовании ПМСП путем укрепления и развития института врача общей практики с последующим закрытием многих мелких стационаров [32,с.10].

В настоящее время сеть медицинских организаций Казахстана представлена 913 больничными и 2752 амбулаторно-поликлиническими организациями [33]. Государству принадлежат 777 больниц (в том числе, 179 центральных районных и районных больниц, а также 143 сельских участковых и участковых больниц) и 1825 амбулаторно-поликлиническими организациями (в том числе, 1513 врачебных амбулаторий и 16 центров ПМСП).

Негосударственный сектор представлен 136 больницами и 927 амбулаторно-поликлиническими организациями [34].

Количество организаций, предоставляющих медицинскую помощь сельскому населению, показано в таблице 1.

Согласно Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан » на 2011-2015 годы, проводится реформирование ПМСП с внедрением медико-социальной помощи, предусматривающей смещение акцента на профилактическую направленность и формирование здорового образа жизни населения [33,с.18]. Так, усовершенствована модель организации ПМСП с введением в штаты второй медицинской сестры для проведения патронажа больных с хроническими заболеваниями, оказания содействия участковому терапевту и педиатру при обслуживании вызовов, переданных на ПМСП со скорой помощи в часы работы ПМСП, и для врача общей практики третьей медицинской сестры для проведения профилактической работы с прикрепленным населением (скрининги, формирование целевых групп, обучение здоровому образу жизни и профилактике) [33,с.22]. В штаты ПМСП также введены социальные работники и психологи. С 2011 года для стимулирования профилактических мероприятий, расширения спектра и качества услуг на уровне ПМСП внедряется дополнительный «стимулирующий» компонент к тарифу ПМСП [34,с.47].

Стандартизация оказания медицинской помощи населению является одной из ключевых задач реформ в системе здравоохранения [35]. Поэтому в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», принятом Парламентом страны в 2009 году, были утверждены 5 видов медицинской помощи. В таблице 1 приведена количество организаций здравоохранения, предоставляющие медицинскую помощь сельскому населению за 2010-2011 гг.

Таблица 1 – Организации здравоохранения, предоставляющие медицинскую помощь сельскому населению

Вид организации здравоохранения	2010 год	2011 год
Центральные районные (районные) больницы	180	179
Сельские (сельские участковые) больницы	173	143
Врачебные (семейные врачебные амбулатории)	1483	1483
Центры первичной медико-санитарной помощи	53	16
Медицинские, фельдшерско-акушерские, фельдшерские пункты	4386	4339
Медицинские работники без содержания отдельного помещения	143	142
Итого	6418	6302

Согласно статьи 38 Кодекса РК, основными видами медицинской помощи являются:

- Доврачебная медицинская помощь,
- Квалифицированная медицинская помощь,
- Специализированная медицинская помощь,
- Высокоспециализированная медицинская помощь,
- Медико-социальная помощь.

В реализацию данной статьи Кодекса Министерство здравоохранения РК утвердило единые виды и объемы медицинских услуг на 5 уровнях оказания медицинской помощи [36]:

- доврачебная медицинская помощь включает в себя виды медицинской помощи, которые могут быть выполнены без участия врача;

- квалифицированная медицинская помощь оказывается без применения специальных методов диагностики и лечения. Как правило, этот вид помощи оказывается на сельском уровне;

- ПМСП предполагает лечение на амбулаторном уровне; профилактические осмотры; иммунизацию; формирование и пропаганду здорового образа жизни; диспансеризацию и динамическое наблюдение хронических больных и населения прикрепленной территории;

- специализированная медицинская помощь предусматривает оказание консультативно-диагностической поликлинической и стационарной помощи врачами определенных специальностей (уролог, невропатолог, кардиолог, нейрохирург и др.);

- высокоспециализированная медицинская помощь оказывается с применением новейших ресурсоемких технологий в основном на областном и республиканском уровне.

Несмотря на то, что Казахстан принял Алма-Атинскую декларацию 1978 года, в которой указано, что основой действенной, эффективной и справедливой работы всех систем здравоохранения должна быть ПМСП (ВОЗ, 1978), в стране сектору ПМСП в течение долгого времени уделялось мало внимания, так как приоритет отдавался сектору стационарной помощи [32,с.74].

В 1990-х годах после введения платы пациентов за большую часть диагностических услуг, а также вследствие необходимости приобретать ЛС для оказания амбулаторной помощи, произошло резкое сокращение потребления амбулаторно-поликлинических услуг. Государственные учреждения ПМСП годами испытывали дефицит финансирования. В 2000-х годах эта ситуация значительно изменилась. Государственные учреждения ПМСП, отделились от стационаров как самостоятельные организационно-правовые единицы с отдельным финансированием, получив больше самостоятельности в управлении внутренними ресурсами и возможностью более эффективно их использовать [32,с.78].

Государственная программа по развитию и реформированию здравоохранения на 2005–2010 годы определила следующие меры по приоритетному развитию ПМСП:

- развитие общей врачебной практики и переход к семейной медицине;
- введение новых стимулирующих методов оплаты, как, например, подушевое финансирование с учетом объема предоставленных услуг;
- повышение заработной платы, включая дополнительные выплаты сельским медицинским работникам;
- обучение и повышение квалификации медицинских работников ПМСП;
- введение свободного выбора поставщика медицинских услуг ПМСП.

В рамках программы реформ в здравоохранении инфраструктура организаций ПМСП, особенно в сельской местности, обновлена и приведена в соответствие с Государственным нормативом сети организаций здравоохранения, а также Государственной программой развития сельских территорий на 2001–2010 годы. В 2009 году за счет средств местных бюджетов проведен капитальный ремонт 612 объектов здравоохранения (на общую сумму 11 млрд. тенге) [37-38].

Базовый оклад работников ПМСП в 2007 году вырос до 10 890 тенге (Постановление Правительства РК от 29.12.2007 № 1400). Однако дефицит квалифицированного медицинского персонала остается одной из наиболее важных проблем сектора ПМСП, особенно в сельской местности, где не восполняется уходящий на пенсию медицинский персонал. Согласно данным областных и городских управлений здравоохранением в 2009 году в секторе ПМСП не хватало 6700 медицинских работников, включая 2000 работников в сельских регионах.

Показатель обращений за амбулаторной помощью на одного человека в год в 2009 году составил 6,7, приблизившись к среднему аналогичному показателю по ЦАРК в 6,9.

Оказание ПМСП в городах отличается от сельских районов [39]. В городских поликлиниках оказывают как ПМСП, так и специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь. Городские поликлиники – это либо самостоятельные, либо входящие в состав больниц организации [40]. Это довольно крупные медицинские организации, в которых работают врачи 10–20 специальностей и предоставляются консультативные, диагностические и лабораторные услуги [41- 43]. В советские времена пациенты прикреплялись к участковому врачу по месту жительства. В настоящее время пациенты имеют право на выбор поставщика ПМСП. Создание смешанных поликлиник (обслуживающих как взрослое, так и детское население) поддерживается Министерством здравоохранения РК, и их число постоянно растет. Однако в системе сохраняется большое число специализированных поликлиник для целевых групп населения, таких, например, как поликлиники только для взрослых или только для детей, или только женские консультации. В период

между 2005 и 2009 годом число семейных и врачебных амбулаторий в городах сократилось, поскольку они были реорганизованы в смешанные поликлиники, при этом число врачей общей практики возросло.

Врачи близлежащих больниц, поликлиник или районных больниц регулярно навещали ФАПы, которые, в среднем, обслуживали 700–1000 человек населения. В 1990-е годы вся система распалась, а ФАПы и ФП пришли в упадок. В 2006 году Министерство здравоохранения РК ввело новый тип сельского медицинского учреждения на базе ФАП – медицинские пункты. Они крупнее ФАПов и предоставляют более широкий спектр услуг. К концу 2009 года их количество составляло 3847.

Одной из основных проблем первичного звена в сельской местности является кадровый дефицит. На национальном и местном уровне принимаются меры к решению данной проблемы. Акимы областей улучшили социальный пакет для новых специалистов, куда входят подъемные в размере 200 000 – 300 000 тенге, льготы при получении земельных участков, на коммунальные услуги, проезд на общественном транспорте, устройство детей в дошкольные организации и т.д.

За последние несколько лет на село было привлечено более 600 врачей. Однако в 2009 году отмечался дефицит в 2000 врачей для работы на селе. Другая проблема связана с доступностью медицинской помощи в сельских регионах Казахстана в виду отсутствия транспортного сообщения (общественного и частного) между удаленными деревнями и районными центрами. Для улучшения доступности медицинской помощи в сельских и отдаленных регионах Министерство здравоохранения РК поддерживает развитие телемедицины, позволяющей специалистам организовывать дистанционные конференции для постановки диагноза и консультирования. С 2004 года Министерство здравоохранения РК реализует инвестиционный проект «Развитие телемедицины и мобильной медицины в сельской местности» для улучшения доступности высокоспециализированной помощи в сельских и отдаленных районах [44].

В 2010 году телемедицина была внедрена в 14 областях страны.

Основными характеристиками стационарного сектора оказания медицинской помощи являются:

- высокие расходы (более половины бюджетных средств, выделенных на здравоохранение, уходят на этот этап оказания помощи);
- использование устаревшего нормативного принципа планирования сети и структуры стационарной помощи: число коек на количество населения является основным нормативом, который определяет другие нормативы планирования, что приводит к малоэффективному использованию ресурсов;
- узкая специализация больничной помощи с широкой сетью различных специализированных клиник;
- пролонгированное лечение и длительное пребывание в стационарах, что не всегда было оправданным;

- неформальные платежи за более внимательное отношение и качественную медицинскую помощь.

Разработка и реализация Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы обеспечили более последовательный подход к реформам здравоохранения и внесли стабильность в проведение политики в области здравоохранения. Была создана новая система финансирования здравоохранения, включающая консолидацию финансовых ресурсов на областном уровне с ОУЗ, выполняющими функции единого плательщика медицинских услуг, улучшены механизмы оплаты услуг посредством введения новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг. Проведенные финансовые реформы создали условия для развития конкуренции и повышения управленческой самостоятельности медицинских организаций. Новые методы финансирования поставщиков медицинских услуг (подушевое финансирование ПМСП, финансирование стационарной помощи за пролеченный случай, частичное фондодержание для амбулаторной специализированной помощи) внесли в систему здравоохранения принцип оплаты по результатам [45].

В период с 2005 до 2009 год страна достигла значительного прогресса в продвижении принципов доказательной медицины среди менеджеров системы здравоохранения, академического сообщества и поставщиков медицинских услуг. Доказательная медицина как принципиальное условие клинической практики, образования и науки получает все более широкое признание.

В рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы были достигнуты следующие основные цели:

- в 2009 году был принят Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

- установлены минимальные стандарты по ГОБМП;

- разработаны и реализуются отраслевые программы по следующим направлениям: здоровье матери и ребенка, служба крови, СПИД, кардиологическая и кардиохирургическая помощь, здоровый образ жизни, санитарно-карантинная служба на государственной границе, ПМСП: лекарственное обеспечение, типизация и стандартизация сети государственных медицинских организаций, Единая национальная система здравоохранения, бюджет здравоохранения, подготовка менеджеров здравоохранения, информационно-аналитическая служба, санитарно-эпидемиологическая служба, оценки рисков в области здравоохранения [46].

В результате конкуренции, создавшейся в здравоохранении в 2010 году, сокращены 1448 стационарных коек, 709 коек переведены в дневной стационар и 944 койки поменяли клинический профиль в соответствии с потребностями. Показатели среднегодовой занятости койки в отделениях в больницах краткосрочного лечения выросла с 81,2% в 2009 году до 91,5% в первом квартале 2010 года. Кроме того, частные лечебные организации получили право на предоставление услуг, включенных в ГОБМП [46,с.14].

Требуется серьезная работа по улучшению качества медицинской помощи. Казахстан уже движется в этом направлении, поддерживая принципы доказательной медицины, разрабатывая и внедряя новые клинические руководства, основанные на стандартах ВОЗ, работая над улучшением качества на уровне поставщика медицинских услуг [32,с.79].

Эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения РК снижена из-за продолжающейся ориентации системы на стационарную помощь; в 2008 году на стационары приходилось 53,4% всех государственных расходов на здравоохранение, в то время как на ПМСП выделялось лишь 16%. Избыточное количество стационарных коек, плохие показатели результатов лечения в стационарной службе, а также большое количество специализированных больниц свидетельствуют о необходимости улучшения технической эффективности системы.

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (2009) определяет следующие основные принципы государственной политики в области здравоохранения:

- обеспечение равного доступа граждан к безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи;
- солидарная ответственность государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- обеспечение ГОБМП;
- приоритетность профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения;
- доступность медицинской помощи;
- постоянное повышение качества медицинской помощи;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Свободный выбор пациентом организации ПМСП официально введен в стране в ходе реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы и, начиная с 2010 года, расширен на стационарную помощь в рамках создания ЕНСЗ. Практическая реализация права пациента на свободный выбор поставщика услуг здравоохранения, однако, находится пока на начальном этапе и требует дальнейшей работы в плане повышения осведомленности населения о своем праве выбора, а также в плане совершенствовании технических механизмов для его полного внедрения [47].

В декабре 2009 года Министерство здравоохранения РК учредило Бюро по госпитализации при РИАЦ МЗ РК. Основной целью деятельности Бюро по госпитализации является обеспечение реализации прав граждан на свободный выбор медицинского учреждения, доступности и прозрачности плановой госпитализации в рамках ГОБМП. Бюро выступает в роли посредника между амбулаторными и стационарными медицинскими организациями, проводит регистрацию и мониторинг направлений на госпитализацию, собирает данные и подготавливает отчеты [46,с.18].

Основные функции Бюро включают:

- ежедневный сбор данных о свободных койках в стационарах в отдельных регионах и по стране;
- обеспечение информацией о свободных койках в стационарах медицинских учреждений, осуществляющих направление больных на госпитализацию;
- формирование листа ожидания для плановой госпитализации в случаях отсутствия свободных коек по профилю;
- ежедневное предоставление информации о плановой госпитализации в РИАЦ МЗ РК, ОУЗ, Комитет оплаты медицинских услуг и территориальные департаменты Комитета.

Для ускорения процесса в 2010 году Министерство здравоохранения РК создало специальный Портал плановой госпитализации (www.bg.eisz.kz). Направления пациентов на госпитализацию амбулаторными организациями регистрируются и отражаются на сайте с указанием автоматизированного уникального кода больного по каждому случаю направления на госпитализацию. Врачи и пациенты могут отслеживать списки плановых госпитализаций и время ожидания через Интернет; при этом соблюдается конфиденциальность диагноза и лечения больного.

«Инструкция по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» регламентирует единые требования к организации госпитализации больных в плановом порядке на получение стационарной помощи по следующим видам: квалифицированной, специализированной, высокоспециализированной и медико-социальной (утверждена приказом Министра здравоохранения РК от 3 июля 2010 года № 492).

Инструкция выделяет несостоявшуюся госпитализацию [46,с.8].

К несостоявшейся госпитализации относятся случаи:

- 1) отсутствия минимального объема обследования у пациента при направлении на госпитализацию;
- 2) отсутствие медицинских показаний к плановой госпитализации в стационар;
- 3) наличие медицинских противопоказаний на момент госпитализации в стационар;
- 4) некорректный ввод данных пациента в Портал.

К некорректной и несвоевременной актуализации данных на Портале относятся случаи:

- 1) отсутствия своевременного предоставления информации о свободных койках стационаром;
- 2) отсутствия своевременного проставления дат госпитализации стационаром.

К негативно влияющим на уровень плановой госпитализации через Портал и требующим мониторинга относятся случаи:

- 1) письменного отказа пациента от госпитализации;
- 2) неявки пациента на госпитализацию;
- 3) регистрации смерти пациента на догоспитальном этапе;
- 4) не зависящие от процедуры госпитализации.

Первые результаты работы Бюро по госпитализации говорят об улучшении работы стационарной службы: из зарегистрированных порядка 258 тысяч заявок в Бюро по госпитализации (с учетом соблюдения прав пациентов на свободный выбор медицинской организации) 94,6% получили лечение по месту жительства, около 2,5% пациентов – за пределами области, до 3% – в республиканских клиниках. С организацией плановой госпитализации через Бюро по госпитализации, жалобы на отказ в госпитализации уменьшились в 8 раз по сравнению с 2009 годом.

После первых шагов по улучшению качества медицинских услуг, которые были сделаны в рамках внедрения семейной медицины и программ ВОЗ, таких, например, как интегрированное ведение болезней детского возраста (ИБВДВ), необходимость внедрения подходов доказательной медицины получила всеобщее признание [48-50].

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы ставила целью улучшение доступа населения к медицинской помощи, а также качества медицинских услуг

- при повышении их экономической эффективности. Программа определяла следующие приоритетные задачи:

- приоритетное развитие ПМСП и перенос акцента со стационарного на амбулаторное лечение;

- достижение международных стандартов в здравоохранении посредством внедрения новых технологий и современных методов лечения;

- укрепление здоровья матери и ребенка;

- создание системы независимой экспертизы;

- обучение медицинских и управленческих кадров;

- профилактика, диагностика и лечение «социально значимых заболеваний»;

- укрепление материально-технической базы здравоохранения.

Улучшение качества медицинской помощи являлось одним из приоритетов Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы. Программа предусматривала комплексный подход к улучшению качества как на уровне системы в целом, так и на уровне поставщиков медицинских услуг по следующим стратегическим направлениям:

- развитие потенциала ПМСП для обеспечения более широкого ассортимента услуг лучшего качества;

- создание финансовых стимулов для поставщиков ПМСП для улучшения качества и экономической эффективности услуг;

- пересмотр и улучшение содержания клинической практики на основе принципов доказательной медицины и рационального использования ЛС;

- улучшение лекарственного обеспечения населения, включая постепенное расширение пакета амбулаторных ЛС на основе принципов доказательной медицины;

- улучшение додипломного, последипломного, непрерывного медицинского образования и резидентуры, включая пересмотр учебных программ с интеграцией подходов доказательной медицины в медицинское образование и введение в медицинское образование стандартов аккредитации, основанных на международных критериях;

- развитие прикладных исследований и науки в медицине в соответствии с подходами и стандартами, принятыми в международной практике;

- развитие системы аттестации медицинских работников;

- внедрение механизмов непрерывного улучшения и контроля качества;

- повышение уровня технической оснащенности ПМСП и стационаров для внедрения современных методов диагностики и лечения;

- развитие потенциала профессиональных медицинских ассоциаций;

- возрастающая роль пациентов в системе здравоохранения.

В январе 2009 года была введена система мониторинга качества медицинской помощи, включающая 12 индикаторов для стационарной и амбулаторной помощи. Аналогичный набор индикаторов для ПМСП используется в двухкомпонентном подушевом нормативе оплаты поставщиков ПМСП: эта система оплаты предусматривает стимулирующие выплаты организациям ПМСП по результатам работы.

1.3 Факторы, влияющие на частоту необоснованных госпитализаций в стационары

Следует отметить, что в зарубежной литературе существует несколько классификаций различных видов госпитализаций [51].

Miller S. (2003) предложил следующую классификацию:

- *необоснованная госпитализация* – это госпитализация пациента с состоянием здоровья, не требующего лечения в больнице;

- *неподходящая госпитализация* – это госпитализация человека, проведенная неадекватно или по ошибке;

- *госпитализация, которую можно было избежать* – это госпитализация пациента, которого можно было вылечить на первичном и амбулаторном уровне. Данный вид госпитализации включает необоснованную и неподходящую госпитализацию;

- *плановая госпитализация* – это госпитализация больного для обследования или лечение, которые невозможно осуществить за пределами больницы;

- *внеплановая госпитализация* – это госпитализация больного для лечения, которое невозможно осуществить вне стационара. Как правило, это острые и неотложные состояния.

Miller S. (2003), проведя обзор литературы, представил следующие данные по статистике госпитализаций, которые можно было избежать (таблица 1).

Из таблицы 2 видно, что разброс процента госпитализаций значительно варьирует от страны к стране (Австралия, Великобритания), внутри одной страны (Австралия), общая популяция или популяция пожилых людей, а также типа госпитализации (острые и амбулаторные случаи).

Таблица 2 – Обзор статистики госпитализаций, которые можно было избежать (Miller S., 2003)

Исследование	Страна	Популяция	Тип госпитализации	% госпитализаций, которые можно было избежать
Dempsey, 2000	Австралия	Общая	Общий	19
Department of Human Services, 2001	Австралия	Общая	Неотложная	84
Chan, Nicklason, Vial, 2001	Тасмания	Пожилые	Острые состояния	15
Sanderson & Dixon, 2000	Великобритания	Общая	Амбулаторные случаи	70

Специальные исследования, проведенные в штате Джорджия (США) и основанные на экспертной оценке 200 случаев госпитализаций, показали, что 68% из них можно было избежать [52].

Пожилые люди в четыре раза чаще госпитализируются в стационары, чем молодые люди, и занимают больничную койку более длительное время [52-53].

Sox C. et al. (1998), обследовав 2562 пациентов моложе 65 лет, обратившихся в отделения неотложной помощи в Бостоне и Кембридже, штат Массачусетс, показали, что незастрахованные больные реже госпитализируются в больницы по сравнению с застрахованными пациентами. Это свидетельствует о том, что для незастрахованных граждан существуют финансовые барьеры при стационарном лечении [54]. Потребность населения Австралии в стационарной лечебной помощи увеличивается. При этом пожилые люди значительно чаще, чем другие возрастные группы госпитализируются в больницы [55-56]. Многие случаи госпитализаций пожилых пациентов можно было избежать. Подсчеты Miller S. (2003) показали, что в Австралии число госпитализаций лиц в возрасте 65 лет и старше составляет 44%.

Для того, чтобы снизить число необоснованных госпитализаций Miller S. (2003) предлагает проведение следующих мероприятий:

- первичная профилактика – это профилактические программы для улучшения здоровья всех, снижение вероятности возникновения хронических заболеваний и вакцино-управляемых болезней, улучшение питания пожилых людей;

– первичная интервенция и менеджмент – это программы предупреждения хронических заболеваний, доступности врачей общей практики, особенно в сельской и отдаленной местностях, программы лекарственного обеспечения населения;

– до-госпитальная помощь – это всесторонняя гериатрическая помощь, службы неотложной помощи, особенно при острых состояниях;

– альтернативные виды помощи – это уход на дому, однодневные гериатрические койки, службы паллиативной помощи;

– предупреждение повторных госпитализаций – это эффективное профилактическое лечение и реабилитация;

– профессиональные кадры – это привлечение и сохранение квалифицированных кадров для работы с пожилыми пациентами.

Существуют 4 широкие категории причин, которые способствуют госпитализациям, которые можно было бы избежать [57-58].

Отдаленные предикторы (distal predictors):

А. Социально-экономические факторы

В. Плохой менеджмент факторов риска

Ближайшие предикторы (proximal predictors):

С. Ограниченный доступ к качественной первичной медико-санитарной помощи

Д. Амбулаторная помощь

К социально-экономическим факторам относятся низкий доход, снижение социальных связей (сетей), насилие над пожилыми людьми в семье, функциональная неграмотность, пожилые аборигены.

Недавние исследования Disano J. et al. (2010) показали тесную связь между социально-экономическим статусом и частотой госпитализаций в стационары в городах Канады. Авторы изучили частоту госпитализаций для лечения пациентов, страдающих одним из следующих трех заболеваний: хронические обструктивные болезни легких, сахарный диабет, а также бронхиальная астма у детей [59]. Социально-экономический статус оценивался на основе Deprivation Index и пациенты по данному индексу были классифицированы на 3 категории: низкий, средний и высокий. Результаты исследований показали, что частота госпитализаций больных хроническими обструктивными болезнями легких и сахарным диабетом с низким социально-экономическим статусом соответственно в 3 и 2,7 раза выше, чем у больных с высоким статусом. Авторы планируют продолжить исследования для того, чтобы выяснить причины и механизмы столь значительных различий в частоте госпитализаций больных с различным социально-экономическим статусом.

De Coster C. et al. (1999) показали, что низкий доход у пожилых людей ассоциируется с частым пребыванием в больнице и частой госпитализацией по не острым заболеваниям или потенциально не требующим госпитализации состояниям [60].

Пожилые лица зачастую теряют социальные связи и живут в одиночестве [61]. Они часто становятся жертвами семейного насилия, что также приводит к повторной госпитализации в больницы [62-64].

Функциональная неграмотность была выявлена у 44% пожилых людей, и она ассоциировалась с частой их госпитализацией в стационары [65-66].

Аборигенное население Австралии значительно чаще госпитализируется в больницы, особенно пожилые, по сравнению с белыми австралийцами [67].

Ряд исследователей установили, что эффективное управление факторами риска (плохое питание, малоподвижный образ жизни, курение и т.д.) приводит к снижению числа необоснованных госпитализаций в стационары [68].

Ограниченный доступ к эффективной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является одной из причин госпитализаций, которые можно было бы избежать. В свою очередь неэффективность ПМСП обусловлена недостатком врачей общей практики из-за их низкой заработной платы, плохой инфраструктурой учреждений ПМСП и их неудовлетворительной оснащенностью современным диагностическим оборудованием [69].

Там, где врачи общей практики хорошо выявляют и лечат заболевания, в частности психические расстройства, отмечается незначительное число госпитализаций в стационары [70].

Госпитализации, которые можно было бы предупредить при эффективной работе ПМСП, называют потенциально предотвратимыми госпитализациями [71].

Дома сестринского ухода, предоставляя пациентам всестороннюю помощь, способствовали снижению госпитализаций в больницы [72].

Ansari Z. et al. (2002) показали, что пациенты из сельских местностей госпитализируются в больницы, как правило, по состояниям, которые не требуют стационарного лечения, и их можно было бы избежать при наличии надлежащей амбулаторной помощи [73].

Ниже приведен перечень заболеваний, которые при отсутствии эффективной амбулаторной помощи приводят к резкому увеличению частоты госпитализаций в стационары [74-81]:

- Стенокардия
- Бронхиальная астма
- Бактериальная пневмония
- Хронические обструктивные болезни легких
- Застойная сердечная недостаточность
- Артериальная гипертония
- Сахарный диабет
- Гастроэнтериты
- Железодефицитные анемии
- Туберкулез
- Инфекции
- Заболевания зубов
- Припадки

- Гипогликемии
- Дегидратации
- Целлюлиты
- Воспаление придатков матки
- Вакциноуправляемые заболевания

Andrews H. et al., (2001) убедительно доказали, что полипрагмазия является фактором риска частых госпитализаций [82].

В 2001 году Департамент общественного здравоохранения Виктории (Австралия) разработал Программу риска госпитализаций (Hospital Admission Risk Program – HARP). Основным компонентом данной программы являлась стратегия управления потребностями в стационарной помощи. Эта программа продемонстрировала возможность значительного сокращения потребности в больничном секторе, включая госпитализации, которые можно избежать (Department of Human Services, 2003). В частности, интегрированная система здравоохранения существенно сокращает частоту госпитализаций в больницы, которые можно избежать.

По мнению Miller S. (2003), всеобъемлющая интегрированная система здравоохранения должна отвечать следующим критериям:

- интегрированная система финансирования здравоохранения и предоставления медицинских услуг, которая ориентирована на ожидания пациента и предоставляет скоординированную медицинскую помощь на различных уровнях системы здравоохранения,
- четкая и открытая линия коммуникаций для обеспечения пациента скоординированной медицинской помощью,
- разработка и внедрение широкой системы управления случаями для пациентов, у которых возникает потребность в получении медицинской помощи на различных уровнях системы здравоохранения,
- система финансирования здравоохранения и его структурные механизмы позволяют врачам оказывать помощь на различных уровнях системы предоставления медицинских услуг,
- система финансирования здравоохранения и его структурные механизмы обеспечивают инвестирование в профилактические программы и альтернативные модели помощи от частного сектора [83-84].

В то же время фрагментированная сеть коммуникаций и отсутствие интеграции между поставщиками медицинских услуг, особенно с ПМСП, приводит к большому числу необоснованных и неподходящих госпитализаций в стационары [85-86].

Интегрированное управление больницами, амбулаторными центрами, учреждениями ПМСП и правительственными органами способно существенно уменьшить частоту необоснованных госпитализаций [27,с.37].

Плановая выписка из больницы является широко внедренным методом сокращения времени пребывания больного на койке и числа повторных госпитализаций, особенно пожилых пациентов [87]. Плановая выписка требует

вовлечения медицинского персонала в разработку плана для пациента, который поможет ему легко перейти из больницы домой. Этот процесс начинается рано или в период до госпитализации больного или сразу после госпитализации в больницу.

Howe A. et al. (2002) предложили ряд инициатив, которые являются эффективными мерами предупреждения повторных госпитализаций после плановой выписки пациентов из больницы:

- телефонный разговор или визит на дому,
- реабилитация и медсестринский уход, организованный больницей и обеспеченный общинным пунктом взаимопомощи,
- реабилитация на дому,
- амбулаторная гериатрическая помощь [88].

В Великобритании в последнее десятилетие получило широкое развитие личностно-ориентированная система здравоохранения (person centred care) [89]. Данная система требует от менеджеров и профессионалов следующих мер:

- умение выслушать пациентов, особенно пожилых лиц,
- уважение достоинства, приватности, индивидуальных различий и специфических потребностей пожилых людей, особенно культурных и религиозных различий,
- вовлечение пожилых пациентов в принятие решений по их нуждам в медицинской помощи для принятия ими информированного решения,
- обеспечение скоординированной и интегрированной медицинской помощью,
- вовлечение и поддержка всех поставщиков медицинских услуг.

По данным Американского агентства научных исследований и качества [90], изучившего частоту госпитализаций при 11 острых и хронических состояниях среди пациентов 18-64 лет и 65 лет и старше, было установлено резкое снижение потенциально необоснованных госпитализаций среди старших возрастных групп. Например, при стенокардии сроки пребывания лиц 65 лет и старше сократились на 43% в то время, как среди лиц 18-64 лет на 39%, при неконтролируемом сахарном диабете соответственно 21% и 5%, при дегидратации соответственно 20% и 16%, при гипогликемии соответственно 19% и 10%, при ампутации ноги или стопы, как правило, в связи с сахарным диабетом соответственно 17% и 3%, бактериальной пневмонии соответственно 16% и 8% и застойной сердечной недостаточности соответственно 14% и 9%. Исключение составило высокое артериальное давление, сочетанное с инфекциями мочевыводящих путей, при котором частота госпитализаций увеличилась среди пациентов в возрасте 65 лет и старше на 15%, в то время как среди лиц 18-64 лет – 1%.

Как показали Mor V. et al. (2010), в США 1 из 4-х пациентов, поступивших в дома сестринского ухода, госпитализируются повторно в течение 30 дней после выписки, что выражается в 4,3 млрд. долларов затрат. Частота повторных госпитализаций составила в штатах Майн, Вермонт, Айова, Колорадо, Юта,

Вайоминг, Северная Дакота, Южная Дакота, Монтана, Айдахо и Орегон 15% и 17,9%, в штатах Висконсин, Миннесота, Канзас, Небраска, Аризона и Нью Мексика – 18% и 20,9%, в штатах Массачусетс, Коннектикут, Род Айленд, Пенсильвания, Делавер, Огайо, Индиана, Виржиния, Северная Каролина, Южная Каролина, Джорджия, Алабама, Флорида, Миссури, Невада и Калифорния – 21% и 23,9%, в штатах Нью-Йорк, Нью-Джерси, Мэриленд, Западная Виржиния, Кентукки, Иллинойс, Мичиган, Арканзас, Оклахома и Техас – 24% и 26,9% [91].

И это, несмотря на то, что госпитализация сама по себе может стать причиной многих осложнений, таких как стресс для больного и его/её семьи, делирий, полипрагмазия, падения, катетеризация, больничные инфекции, потеря массы тела и плохое питание, неподвижность и другие [92].

Более того, как сообщает Wagstaff A. (2012) в развивающемся мире госпитализация для бедных семей является наибольшим страхом, поскольку она связана с катастрофическими для семьи оплатами из кармана за медицинские услуги. В связи с этим, Wagstaff A. (2012) предлагает проводить анализ индекса доступности (недоступности) стационарной помощи. Данный индекс - это обычная оплата из кармана пациента за госпитализацию, выраженная как доля остатков семейных расходов и умноженная на 100. Этот индекс фокусируется на затратах семьи в случае госпитализации, но это не фактические затраты семьи, которые равны нулю и они равны нулю для тех семей, которые не требуют госпитализации. Исследования, проведенные автором, показали, что существуют две основные причины недоступности стационарной помощи: 1) пациенты оплачивают из кармана значительную часть стоимости стационарной помощи или 2) стоимость госпитальной помощи существенно выше доходов семьи. Наибольшая недоступность стационарной помощи оказалась характерной для Китая [93].

Однако существуют факторы и стимулы, которые влияют на решение по госпитализации больных в стационары [94]. К ним относятся политика Medicare по оплате больничных услуг, предпочтения пациента и семьи, возможность получения предварительных планов оказания паллиативной помощи, возможность получения медицинской помощи у наиболее квалифицированных медицинских работников и другие.

Поэтому в последние годы государственная программа Medicare начала менять политику финансирования, в частности, внедряется новый метод оплаты услуг стационаров Pay-for-Performance. Согласно последней методике, не оплачиваются услуги стационаров при определенных осложнениях, исключены какие-либо стимулы при необоснованных госпитализациях, а также не оплачиваются эпизодические случаи оказания медицинской помощи [95]. Более того, каждая больница должна разработать программу улучшения качества и деятельности (A Quality Assurance and Performance Improvement Program – QAPI). Правила и руководство по наблюдению должны быть написаны. Улучшение управления необоснованными госпитализациями является ключевой задачей QAPI.

Таблица 3 – Потенциально необоснованные госпитализации среди лиц моложе 65 лет в 2007-2008 годах (Finegan G., 2012)

Заболевания	2007	2008
Пневмония	3544	3521
Бронхиальная астма	1993	2296
Застойная сердечная недостаточность	1930	1274
Целлюлиты	3105	3199
Пиелонефриты	684	693
Сахарный диабет	1217	1266
Злокачественная гипертензия	195	217

По данным Finegan G. (2012), в Большом Цинцинатти число необоснованных госпитализаций в 2007-2008 годах составило соответственно 13000-14000 случаев по сравнению с 11000 случаями в 2004-2005 годах. Как показано в таблице 3, пневмония, бронхиальная астма и застойная сердечная недостаточность были ведущими тремя причинами необоснованных госпитализаций [96].

Oleksiuk O. et al. (2010), обследовав 486 детей в возрасте 0-17 лет, поступивших и повторно поступивших в городскую детскую больницу Львова, установили, что среднее пребывание на койке составило 11,7 дней. Среди больных преобладали мальчики – 60,3%. Число госпитализированных пациентов, уменьшалось с увеличением их возраста. Только в 30,8% случаев больные дети были направлены в стационар врачом первичной медико-санитарной помощи. В 36,4% случаях больные были госпитализированы по просьбе родителей и в 42,7% случаев бригадой скорой помощи. Авторы указывают, что сроки пребывания на койке больных пневмонией в США составили 5,2 дня, в Сингапуре – 3,1 дня и в Китае – 9,2 дня [97].

Clancy C. (2005) считает, что исследователи до настоящего времени не идентифицировали какие компоненты первичной медико-санитарной помощи, включая службы, поддерживаемые общинами, наиболее эффективны в помощи пациентам с острыми и хроническими заболеваниями, которые сопровождаются частой госпитализацией, особенно в группе населения с низким социально-экономическим статусом [98].

Исследования Roos L. et al. (2005), проведенные в Канаде (Манитоба), показали, что при всех 12 изученных заболеваниях социально-экономический градиент у жителей с самым низким доходом частота визита врачей и число госпитализаций значительно выше, чем у жителей с самым высоким доходом [99].

Анализируя тренды необоснованных госпитализаций в стационары Британской Колумбии, Cloutier-Fisher D. et al. (2006) отметили, что доступность к эффективной первичной медико-санитарной помощи в сельской местности остается проблемной [99,с.17]. Она является основной причиной высокой

частоты обоснованных, необоснованных и общей госпитализации больных из сельской местности по сравнению с городскими жителями.

1.4 Достижения и проблемы внедрения принципов доказательной медицины

Медицина, основанная на доказательствах, или система здравоохранения, основанная на доказательствах, была определена как добросовестное, четкое и обдуманное использование современных лучших практик в лечении больных [100-101].

Недавно Greenhalgh T., Donald A. (2010) предложили новое определение доказательной медицины, а именно, использование математической оценки пользы и вреда, извлеченных из данных высокодостоверных исследований на популяционном уровне, для принятия обоснованных решений по диагностике, исследованиям и менеджменту каждого индивидуального больного [102].

Доказательная медицина помогает оценить риск и пользу лечения, включая недостаточность лечения, и диагностических тестов [103]. Это позволяет клиницистам избежать ошибок в лечении больных [104].

На современном этапе развития здравоохранения Казахстана, особенно с внедрением принципов доказательной медицины, назрела необходимость переосмысления существующей системы медицинской статистики страны, разработки и создания медицинской статистики, основанной на доказательной медицине, или научно доказательной медицинской статистики. Последнее определение было предложено Goodman S.N. в 1999 году.

Известно, что между технологиями доказательной медицины и статистическими исследованиями много общего [105]. Термин «доказательная медицина» (ДМ) был предложен учёными университета Мак-Мастера г.Торонто (Канада) в 1990 году. Доказательная медицина – это технология сбора, обобщения и анализа медицинской информации, которая позволяет формулировать научно обоснованные решения в медицине [106]. Кроме того, существуют ещё несколько определений доказательной медицины:

Это новая технология сбора, анализа, синтеза и использования медицинской информации, позволяющей принимать оптимальные клинические решения [107].

Это сознательное, четкое и беспристрастное использование лучших из имеющихся доказанных сведений для принятия решений о помощи конкретным больным.

Это усиление традиционных навыков клинициста в диагностике, лечении, профилактике и других областях путем систематического формулирования вопросов и применения математических оценок вероятности и риска.

Доказательная медицина основана на методах проведения исследований, используемых в эпидемиологии. В настоящее время современное понятие эпидемиологии обозначается термином «клиническая эпидемиология». Этот термин произошел от названий двух «родительских» дисциплин: клинической медицины и эпидемиологии.

«Клиническая», потому что стремится ответить на клинические вопросы и рекомендовать клинические решения, основанные на самых надежных фактах.

«Эпидемиология», поскольку многие из ее методов разработаны эпидемиологами, и помощь конкретному больному здесь рассматривается в контексте большой популяции, к которой принадлежит больной (рисунок 5).

Таким образом, клиническая эпидемиология – это наука, позволяющая осуществлять прогнозирование для каждого конкретного пациента на основании изучения клинического течения болезни в аналогичных случаях с использованием строгих научных методов изучения групп больных для обеспечения точности прогнозов.

Цель клинической эпидемиологии – разработка и применение таких методов клинического наблюдения, которые дают возможность делать справедливые заключения с гарантированной оценкой влияния систематических и случайных ошибок. В этом заключается важнейший подход к получению информации, необходимой врачам для принятия правильных решений.

J.M. Last (1995), формулируя современное определение эпидемиологии, акцентирует внимание на отдельных словах в данном определении. Так, под «изучением» следует понимать проведение обсервационных (наблюдательных) и экспериментальных исследований, проверку гипотез и анализ результатов [108].

«Распространение болезней и факторов...» подразумевает изучение частоты случаев болезни, смерти, факторов риска, выполнения больным рекомендаций врача, организации медицинской помощи и ее эффективности.

«Целевая группа» – группа с точным числом людей и определенными возрастными, половыми, социальными и другими признаками.

Результатом их является получение надёжных выводов о лечебных манипуляциях в виде информации достаточно высокой концентрации. Если же рассмотреть цели использования статистических методов, то это тоже получение надёжной информации, обладающей высокой степенью концентрации. Разумеется, при условии корректного использования этих статистических методов. Такая концентрация информации достигается за счёт использования системного подхода к изучению объекта. Поскольку большинство технологий доказательной медицины используют массовые наблюдения, анализируя их методами статистики, то для оценки выводов врач или министр должен понимать эти методы.

Однако, как указывает Гордон Б. (2002): «На словах в России все за доказательную медицину – от районного педиатра до министра здравоохранения. Очень уж неудобно быть против неё – по крайней мере, публично. Но на деле всё обстоит гораздо сложнее. По большому счёту ни Советский Союз, ни Россия никогда не были в ладах с доказательной медициной» [109].

Этой же точки зрения придерживается и известный российский специалист по доказательной медицине О.Ю. Реброва. Она оценивает как

крайне плохую ситуацию с методологией медицинских исследований в российской медицинской науке. Методический уровень публикаций в ведущих российских медицинских журналах и защищаемых диссертаций весьма невысок, что связано в первую очередь с низкими требованиями редакций и диссертационных советов. Отечественные статьи (почти все) не отвечают международным формальным критериям научности и доказательности [110].

Для обеспечения доказательности получаемых в исследованиях результатов должна быть выбрана «доказательная», т. е. адекватная задачам, методика исследования (дизайн исследования и методы статистического анализа) (таблица 4), которую мы будем учитывать при выборке информации из массива данных [111-112].

Таблица 4 – Выбор методики исследования в зависимости от цели исследования (Гланц С., 1999; Петри А., Сэбин К., 2003)

Задачи исследования	Дизайн исследования	Методы статистического анализа
1	2	3
Оценка распространенности заболевания	Одномоментное исследование всей группы (популяции) с использованием строгих критериев распознавания болезни	Оценка доли, вычисление относительных показателей
Оценка заболеваемости	Когортное исследование	Оценка доли, вычисление динамических рядов, относительных показателей
Оценка факторов риска возникновения заболевания	Когортные исследования. Исследования «случай-контроль»	Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков, отношение шансов
Оценка влияния на людей факторов окружающей среды, изучение причинно-следственных отношений в популяции	Экологические исследования популяции	Корреляционный, регрессионный анализ, анализ выживаемости, оценка рисков (добавочный риск, относительный риск, добавочный популяционный риск, добавочная доля популяционного риска), отношение шансов
Привлечение внимания к необычному течению заболевания, результату лечения	Описание случая, серии случаев	Нет
Описание результатов текущей клинической практики	Обсервационное ("до и после")	Среднее, стандартное отклонение, парный критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий Мак-Нимара (качественные данные)

Продолжение таблицы 4

1	2	3
Испытание нового метода лечения	Клиническое испытание I фазы ("до и после")	Среднее, стандартное отклонение, парный критерий Стьюдента. Критерий Мак-Нимара
Сравнение двух методов лечения текущей клинической практики	Контролируемое проспективное. Рандомизированное (открытое, слепое, двойное слепое). Контролируемое ретроспективное. Контролируемое проспективное + ретроспективное (смешанный дизайн)	Критерий Стьюдента (количественные данные). Критерий χ^2 или z (качественные признаки). Критерий Каплана-Маерса (выживаемость)
Сравнение нового и традиционного метода лечения	Клинические испытания II-IV фаз (контролируемое проспективное или рандомизированное)	Критерий Стьюдента. Критерий χ^2 . Критерий Каплана-Маерса

Каждый тип исследований характеризуется определенными правилами сбора и анализа информации. Если эти правила соблюдены, любой вид исследования можно назвать качественным, независимо от того, будут ли они подтверждать или опровергать выдвинутую гипотезу.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Объекты исследования

В работе использованы статистические данные в целом по РК, что позволяет нам проводить сравнительные исследования по различным разделам диссертации.

В качестве основного объекта исследования по территориальному признаку нами выбран город Алматы, представляющий собой наиболее полноценную, многоуровневую организационно-функциональную модель в плане численности и естественного движения населения Республики Казахстан.

Численность населения города на начало исследования (2010 г.) составляет 1432148 человека [113].

Одним из основных разделов работы является оценка уровня внедрения принципов доказательной медицины в амбулаторно-поликлинических организациях г.Алматы. Для выкопировки нами были выбраны 3 типовых смешанных поликлиник – Городские поликлиники №6, №8, №17.

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» является поликлиникой смешанного типа, оказывающей первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую, в том числе специализированную помощь. Количество обслуживаемого населения всего 57145 человек, из них 47790 взрослое население, 28725 женское население, старше 70 лет 5250 человек. Поликлиника размещена в типовом трехэтажном здании, общей площадью 2940,70 м², построенном в 1965 году. Всего 16 терапевтических, 15 педиатрических, 6 гинекологических участков. Средняя численность населения на одном участке составляет: терапевтические – 2800, педиатрические – 850, гинекологические – 4780. Проектная мощность поликлиники 500 посещений в смену, фактическое использование плановой мощности поликлиники - 690 посещений в смену.

ГП №8 одна из крупных поликлиник города Алматы, оказывающая первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую помощь территориальному населению. Поликлиника размещена в типовом здании, построенном в 1983 году. Плановая мощность составляет 500 посещений в смену. Фактическая мощность составляет 728 посещений в смену, что значительно превышает плановую (145,6%). При этом численность населения на 2010г. составила 77500 человека, проживающих на территории Алмалинского района. На одном терапевтическом участке прикреплено в среднем 3204 жителя.

ГКП «Городская поликлиника №17» расположена в Бостандыкском районе города Алматы и размещена в новом, типовом здании, которое введено в эксплуатацию в 2010 году. Поликлиника №17 – смешанного типа и обслуживает 77500 населения, в том числе 62040 взрослого населения и 15460 детского населения. Плановая мощность поликлиники рассчитана на 500 посещений в смену. Единицей исследования явились амбулаторные

карточки больных, состоящих на диспансерном учете у участкового терапевта и кардиолога.

2.2 Материалы исследования

Исследование включает в себя материалы, соответствующие и раскрывающие задачи исследования. В рамках литературного обзора проведен углубленный анализ из 128 источников, в том числе нормативно-правовой базы.

Изучив материал, который был найден в мировой литературе и, принимая во внимание местный контекст, были определены следующие основные направления, отвечающие на вопросы исследования:

1) изучение практики госпитализаций больных гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца (стенокардия и острый инфаркт миокарда), язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких;

2) сравнительная оценка Национальных клинических протоколов Республики Казахстан [74,с.24] и клинических руководств (протоколов) Национального института клинического совершенства (National Institute of Clinical Excellence – NICE), Guidelines for the Management of Hypertension, Clinical Pharmacology Unit, University of Cambridge, 2010; NICE clinical guideline 95, Chest pain recent onset, London, 2010; NICE clinical guideline 12, Chronic obstructive pulmonary disease, London, 2010; British guideline on the management of asthma, 2012; национальный клинический протокол по диспепсии был разработан Университетом Ньюкасла (University of Newcastle upon Tyne, 2004) 5-ти перечисленных заболеваний [75,с.8; 76,с.1; 77, с.2; 78,с.3; 79,с.7; 80,с.7];

3) изучение соответствия (несоответствия) диагностики и лечения 5-ти изучаемых заболеваний в амбулаторно-поликлинических организациях Алматы Национальным клиническим протоколам РК;

4) подсчет финансовых затрат на диагностику анализируемых заболеваний на амбулаторно-поликлиническом уровне по Национальным клиническим протоколам РК и международным клиническим руководствам.

Для оценки уровня соответствия диагностики и лечения, проводимых врачами амбулаторно-поликлинических учреждений Алматы (поликлиники №6, 8 и 17), нами были изучены медицинские карты амбулаторного больного (форма 025/у).

2.3 Организация и методы исследования

На первом этапе нашего исследования согласно методологии, было изучено мировой и отечественный опыт роли практики госпитализаций больных, страдающих 5 изучаемыми заболеваниями. В рамках литературного обзора проведен углубленный анализ из 128 источников, в том числе нормативно-правовой базы. Математическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с применением современных методов статистического анализа в программе пакета Microsoft Office (Microsoft Excel).

Выкопировка проводилась из амбулаторной карты пациентов (форма №025/у), находившихся в регистратуре поликлиник. Сплошным методом отобраны карточки больных, состоящих на диспансерном учете по 5-ти изучаемым заболеваниям, в том числе 210 – с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения и постинфарктный кардиосклероз), 238 – с артериальной гипертонией, 201 – с бронхиальной астмой, 136 – с ХОБЛ и 96 – с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки.

В специально разработанной выкопировочной карте отмечались демографические данные пациентов, основной диагноз и сопутствующие заболевания, количество диспансеризаций, в том числе консультаций, количество лабораторно-диагностических мероприятий и лекарственных средств. При проведении анализа не учитывались лекарственные средства, использующиеся в качестве растворителей для вводимых лекарственных средств (изотонический раствор хлорида натрия и 40%-ный раствор глюкозы). Лекарственные средства кодировались в соответствии с принадлежности к фармакологической группе.

Были также разработаны оригинальные алгоритмы интерпретации диагноза и лечения указанных болезней.

Для алгоритма по оценке уровня соответствия диагностики НП были использованы такие показатели, как: количество диагностических мероприятий, наличие процедур, не соответствующие национальному протоколу (таблица 5).

Таблица 5 – Алгоритм интерпретации диагностики

Индикаторы	Соответствие национальному протоколу (СНП)	Частичное соответствие национальному протоколу (ЧСНП)	Несоответствие национальному протоколу (ННП)
Количество диагностических мероприятий, указанных в НП	5-8	3-4	менее 2
Наличие процедур, не входящих в национальный протокол	отсутствует	в наличии	в наличии

Для составления алгоритма интерпретации лечения нами посчитано количество групп лекарственных средств согласно протоколу по каждому из 5ти заболеваний. Препараты, указанные в перечне основных и дополнительных медикаментов, были разделены на группы по фармакологическому действию. При артериальной гипертонии лекарственные средства были распределены в фармакологические группы следующим образом:

1. Диуретики (Гидрохлортиазид, Индапамид),

2. Бета-блокаторы (Метопролол),
3. Ингибиторы АПФ (Эналаприл, Лизиноприл, Периндоприл),
4. Антагонист рецепторов ангиотензина II (Эпросартан),
5. Антагонисты кальция (Амлодипин, Верапамил)
6. Альфа-адреноблокаторы (Доксазозин, Моксонидин);
7. Антикоагулянты (Ацетилсалициловая кислота),
8. Статины (Аторвастатин, Симвастатин, Ловастатин). Таким образом, количество фармакологических групп при артериальной гипертензии составило – 8.

При ишемической болезни сердца:

1. Нитраты (Изосорбид динитрат, Изосорбид мононитрат, Изосорбид динитрат, Нитроглицерин),
2. Бета-блокаторы (Атенолол, Метапролол, Бисопролол, Карведилол)
3. Антагонисты кальциевых каналов (Дилтиазем, Верапамила гидрохлорид, Амлодипин),
4. Ингибиторы АПФ (Фозиноприл, Периндоприл, Каптоприл, Эналаприл),
5. Антиаритмическое средство класса III (Амиодарон)
6. Диуретики (Фуросемид, Спиринолактон, Гипотиазид)
7. Антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, Клопидогрель),
8. Статины (Ловастатин, Аторвастатин, Симвастатин). Таким образом, количество фармакологических групп при ИБС, стенокардии напряжения составило – 8.

При бронхиальной астме:

1. ГКС местного применения (Бекламетазон, Буденосид);
2. Антихолинергические препараты (Ипратропия бромид);
3. Стабилизаторы мембран тучных клеток (Кромоглициевая кислота),
4. Бета-адреномиметики (Сальбутамол, Фенотерол, Флютиказон);
5. Аденозинергические средства (Теофиллин, Аминофиллин);
6. Секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей (Амброксол)
7. ГКС оральные (Преднизолон),
8. Антибиотики (Кларитромицин, Спирамицин, Амоксициллин + клавулановая кислота, Азитромицин). Количество фармакологических групп при БА составило – 8.

При хронической обструктивной болезни легких:

1. Антихолинергические препараты (Ипратропия бромид)
2. Бета-адреномиметики (Сальбутамол, Фенотерол, Флютиказон, Салметерол);
3. Аденозинергические средства (Теофиллин, Аминофиллин);
4. Секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей (Амброксол);
5. Антибиотики (Амоксициллин + клавулановая кислота, Азитромицин, Кларитромицин, Спирамицин, Метронидазол)
6. Анилиды (Парацетамол);

7. Противогрибковые средства (Итраконазол). Количество фармакологических групп при ХОБЛ составило – 7.

В таблице 6 дана характеристика для каждого уровня соответствия лечения НП. В качестве индикаторов нами выбраны такие показатели в назначениях лечения, как: общее количество лекарственных средств (из каждой фармакологической группы), наличие других лекарственных средств, не входящих в НП, наличие незарегистрированных в РК ЛС, например БАД и т.д.

Таблица 6 – Алгоритм интерпретации лечения

Индикаторы	Соответствие национальному протоколу (СНП)	Частичное соответствие национальному протоколу (ЧСНП)	Несоответствие национальному протоколу (ННП)
Количество лекарственных средств, соответствующих НП	3-5	Менее 3, или 6-8	Менее 2 или более 8
Наличие других лекарственных средств, не входящих в НП	отсутствует	в наличии	в наличии
Наличие незарегистрированных ЛС (например БАД).	отсутствует	отсутствует	в наличии

Для сравнительной оценки протоколов РК с международными были изучены:

1. Протоколы диагностики и лечения Республики Казахстан (далее НП РК) (для организаций оказывающих первичную медико-санитарную помощь)

2. Клинические руководства (протоколы) Национального института клинического совершенства (National Institute of Clinical Excellence – NICE):

– Guidelines for the Management of Hypertension, Clinical Pharmacology Unit, University of Cambridge, 2010;

– NICE clinical guideline 95, Chest pain recent onset, London, 2010;

– NICE clinical guideline 12, Chronic obstructive pulmonary disease, London, 2010;

– British guideline on the management of asthma, 2012;

– национальный клинический протокол по диспепсии, разработанный Университетом Ньюкасла (University of Newcastle upon Tyne, 2004) 5-ти перечисленных заболеваний.

Общая методологическая характеристика исследования представлена в таблице 7.

Таблица 7 – Методологическая характеристика исследования

Цель	Задачи	Этапы	Объекты и материалы	Методы	Единицы и объем исследования
1	2	3	4	5	6
Анализ причин необоснованных госпитализаций при отдельных терапевтических заболеваниях и оценка уровня внедрения доказательной медицины в Республике Казахстан.	Изучение практики госпитализаций в стационары республики больных, страдающих 5 изучаемыми заболеваниями (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца (стенокардия и острый инфаркт миокарда), бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки);	2010 - 2013гг	РК, город Алматы. Статистические данные, литературные источники, нормативно-правовые документы, протоколы диагностики и лечения МЗ РК	Информационно-аналитический	128 источника литературы
	Сравнительная оценка Национальных протоколов диагностики и лечения РК и международных клинических руководств (протоколов);	2012-2013гг	Протоколы диагностики и лечения Республики Казахстан (НП РК); Клинические руководства (протоколы) Национального института клинического совершенства (National Institute of Clinical Excellence – NICE): Guidelines for the Management of Hypertension, Clinical Pharmacology Unit, University of Cambridge, 2010; NICE clinical guideline 95, Chest pain recent onset, London, 2010; NICE clinical guideline 12, Chronic	Информационно-аналитический	10 протокола

Продолжение таблицы 7

1	2	3	4	5	6
			obstructive pulmonary disease, London, 2010; British guideline on the management of asthma, 2012; Национальный клинический протокол по диспепсии, разработанный Университетом Ньюкасла (University of Newcastle upon Tyne, 2004) 5-ти перечисленных заболеваний.	Сравнительный анализ; Математический	6 протокола
	Изучение соответствия (несоответствия) диагностики и лечения отдельных болезней из 3-х групп заболеваний: болезни системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения на амбулаторно-поликлиническом уровне Национальным протоколам РК;	2012г	3 городские поликлиники г Алматы.	Выкопировка карт, сравнительный анализ, математическая обработка (средняя ошибка)	881 карта амбулаторно-поликлинического больного
	Оценка предотвратимого экономического ущерба при адаптации Национальных протоколов диагностики и лечения артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца (стенокардия и острый инфаркт миокарда), бронхиальной астмы, ХОБЛ и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (ЯБ) в соответствии с международными клиническими руководствами.	2011-2012 гг.	Приказ МЗ РК №759 от 27 декабря 2007 года «Об утверждении нового перечня тарификатора медицинских услуг и внедрении пилотного проекта модели частичного фондодержания»	Информационно-аналитический; Математический	

3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Изучение основных причин необоснованных госпитализаций больных

На данном этапе исследования нам был проведен библиографический метод исследования и изучена нормативно-правовая база, регламентирующая стационарную помощь.

Как указано в Государственной программе «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., уровень необоснованных госпитализаций в стационары страны достиг 30%. Основными причинами избыточной госпитализации в 1990-х годах и в начале 2000-х годов являлись недостаточный доступ к лекарственным средствам на амбулаторном уровне, низкое качество услуг ПМСП, плохо функционирующая система направлений пациентов из первичного звена оказания помощи на вторичный уровень [17,с.4]. Эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения РК снижена из-за продолжающейся ориентации системы на стационарную помощь.

В 2008 году на стационары приходилось 53,4% всех государственных расходов на здравоохранение, в то время как на ПМСП выделялось лишь 15%. Избыточное количество стационарных коек, плохие показатели результатов лечения в стационарной службе, а также большое количество специализированных больниц свидетельствуют о необходимости улучшения технической эффективности системы [17,с.5].

Для того чтобы улучшить плановую госпитализацию больных в стационары РК приказом Министра здравоохранения РК от 3 июля 2010 года №492 руководителям местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы (далее - управления здравоохранением) (по согласованию) было поручено:

- 1) обеспечить систему мониторинга и оценки процесса плановой госпитализации в стационары через Портал бюро госпитализации в регионе;
- 2) обеспечить на амбулаторно-поликлиническом уровне своевременное и обоснованное направление пациента на плановую госпитализацию с учетом права пациента на свободный выбор медицинской организации, оказывающей стационарную помощь и контроль за завершением процесса госпитализации;
- 3) обеспечить своевременное информирование на амбулаторно-поликлиническом уровне о свободных койках, датах планируемой и окончательной плановой госпитализации или причинах несостоявшейся госпитализации на стационарном уровне;
- 4) принять меры по снижению длительных сроков ожидания плановой госпитализации;
- 5) своевременно рассматривать необходимость сокращения и (или) перепрофилирования существующих коек на более востребованные профили;

б) учитывать результаты мониторинга и оценки процесса плановой госпитализации при выплате дополнительного компонента к тарифу первичной медико-санитарной помощи [81,с.12].

Однако другой приказ Министерства здравоохранения РК №235 от 05.04.2010 года «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14.10.2009 года №527 «Перечень заболеваний, подлежащих стационарному и стационар-замещающему лечению, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ-10)» способствует избыточной и необоснованной госпитализации больных. Например, согласно данному приказу, стационарному лечению подлежат больные со следующими заболеваниями:

- В 15 Острый вирусный гепатит А без печеночной комы,
- Д 14 Доброкачественные новообразования,
- Д 50 Железодефицитная анемия,
- Е 01.0 Гипотиреоз,
- Е 11 Инсулинонезависимый сахарный диабет,
- Е 12.9 Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания, без осложнений,
- Г 43 Мигрень,
- Г 43 Мигрень без ауры (простая мигрень),
- І 10 Эссенциальная (первичная) гипертензия,
- І 20 Стенокардия (грудная жаба),
- І 25 Хроническая ишемическая болезнь сердца,
- І 25.2 Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда,
- І 44.4 Блокада передней ветви пучка Гиса,
- І 44.5 Блокада задней ветви пучка Гиса,
- І 70 Атеросклероз,
- І 83 Варикозное расширение вен нижних конечностей,
- Ј 20 Острый бронхит,
- Ј 30.0 Вазомоторный ринит,
- Ј 41 Простой хронический бронхит,
- Ј 43 Эмфизема,
- Ј 44.1 Хроническая обструктивная болезнь легких
- Ј 45 Астма,
- Ј 45.1 Неаллергическая астма,
- Ј 45.8 Смешанная астма,
- К 25 Язва желудка,
- К 26 Язва 12-ти перстной кишки,
- К 29.3 Хронический поверхностный гастрит,
- К 29.4 Хронический атрофический гастрит,
- К 73 Хронический персистирующий гепатит,
- К 80.2 Камни желчного пузыря без холецистита,
- К 81.1 Хронический холецистит,
- М 40 Кифоз и лордоз,

М 41 Сколиоз,

М 42 Остеохондроз позвоночника.

Н 06.0 Изолированная протеинурия с уточненным морфологическим поражением, незначительные гломерулярные нарушения [82,с.14].

И данный список можно продолжить. Так, согласно данному приказу, из 7826 заболеваний подлежат стационарному лечению пациенты, страдающие 7726 болезнями, т.е. 98,7%.

Вместе с тем, согласно Национальному клиническому протоколу РК «Артериальная гипертония». Код протокола: 05-052а. Профиль: терапевтический. Этап лечения: ПМСП. Цель этапа: 1. целью лечения является снижение АД до целевого уровня (у пациентов молодого и среднего возраста ниже < 130 / 85, у пожилых пациентов < 140 / 90, у больных сахарным диабетом < 130 / 85). Даже незначительное снижение АД при терапии необходимо, если невозможно достигнуть «целевых» значений АД. Терапия при АГ должна быть направлена на снижение как систолического, так и диастолического артериального давления. 2. предотвращение возникновения структурно-функциональных изменений в органах-мишенях или их обратное развитие. 3. предотвращение развития нарушений мозгового кровообращения, внезапной сердечной смерти, сердечной и почечной недостаточности и в результате улучшение отдаленного прогноза, т.е. выживаемости больных. Длительность лечения: постоянно. Показания для госпитализации: - осложненный гипертонический криз; - учащение неосложненных гипертонических кризов на фоне активного лечения для уточнения причин кризов и подбора медикаментозного лечения; - нарушения мозгового кровообращения (инсульт, транзиторная ишемическая атака), на фоне артериальной гипертонии; - отсутствие снижения АД на фоне комбинированной многокомпонентной терапии; - АД выше 150/100 мм рт. ст. у беременных; - необходимость оценки трудоспособности больного и исключения симптоматической гипертонии.

В Национальных клинических протоколах РК имеются также четкие рекомендации по «ИБС, стенокардия напряжения». Код протокол: 05-053. Профиль: терапевтический. Этап лечения: ПМСП. Цель этапа: 1. подбор терапии; 2. улучшение общего состояния больного; 3. урежение частоты приступов; 4. повышение толерантности к физическим нагрузкам; 5. уменьшение признаков недостаточности кровообращения. Показания к госпитализации: уменьшение эффекта от получаемой амбулаторной терапии; снижение толерантности к физической нагрузке; декомпенсация.

«Бронхиальная астма». Код протокола: 04-043а. Профиль: терапевтический. Этап лечения: ПМСП. Цель этапа: купирование приступов удушья, обострения болезни. Длительность лечения: 7-10 дней. Критерии перевода на следующий этап лечения: Неэффективность бронхолитической терапии, некупируемые приступы удушья в течение 6-8 часов, нарастание дыхательной недостаточности, «немое легкое». Показания к госпитализации: 1. Тяжелый приступ бронхиальной астмы; 2. Нет быстрого ответа на бронхорасширяющие препараты и эффект сохраняется менее 3-х часов; 3. Нет улучшения в течение

2-6 часов после начала оральной терапии кортикостероидами. 4. Наблюдается дальнейшее ухудшение – нарастание дыхательной и легочно-сердечной недостаточности, «немое легкое». 5. Больные из группы высокого риска смерти.

«Хроническая обструктивная болезнь легких». Код протокола: 04-043б. Профиль: терапевтический. Этап лечения: ПМСП. Цель этапа: снижение темпов прогрессирования заболевания, ведущего к нарастанию бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности. Длительность лечения: 12-14 дней. Критерии перевода на следующий этап лечения: 1. Субфебрильная температура более 3 дней; 2. Снижение показателей ФВД более 10 % от исходных ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, Тиффо); 3. Нарастание дыхательной недостаточности и признаки сердечной недостаточности.

«Язва желудка и двенадцатиперстной кишки». Протоколы диагностики и лечения по лечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки для организаций, оказывающих ПМСП, не предусмотрены. Тогда, как известно, что диагностика и лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки без прободения и кровотечения возможны на амбулаторном уровне. Поэтому, здесь нами рассмотрен протокол для стационарной помощи. Код протокола: 06-070в. Профиль: терапевтический. Этап лечения: стационар. Цель этапа: Эрадикация *Helicobacter pylori*. Купирование (подавление) активного воспаления в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки; Заживление язвенного дефекта; Достижение стойкой ремиссии; Предупреждение развития осложнений; Длительность лечения: 12 дней. Поступление: плановое.

Показания для госпитализации:

– Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённая ранее.

– Язвенная болезнь с резко выраженной клинической картиной обострения: сильный болевой синдром, рвота, диспептические расстройства.

– Язвенная болезнь тяжёлого течения, ассоциированная с *H. pylori*, не поддающаяся эрадикации.

– Язвенная болезнь желудка при отягощённом семейном анамнезе с целью исключения малигнизации.

– Язвенная болезнь с синдромом взаимного отягощения (сопутствующие заболевания).

Критерии перевода на следующий этап: Купирование диспепсического, болевого синдрома. Больные нуждаются в диспансерном наблюдении .

Таким образом, в Национальных клинических протоколах РК четко изложены критерии госпитализации больных с вышеуказанными заболеваниями. Они более научно-обоснованные, нежели вышеуказанный приказ Министерства здравоохранения РК. Поэтому следует привести в соответствие приказ МЗ РК №235 от 05.04.2010 года «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 527 «Об утверждении Перечня болезней подлежащих

стационарному и стационарозамещающему лечению в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ-10)» с Национальными протоколами РК, поскольку двойственное положение документов ставит в тяжелое положение врачей ПМСП и амбулаторно-поликлинических организаций при направлении больных в стационары. Вышеуказанный приказ Министерства здравоохранения является одной из причин высокой и необоснованной госпитализации больных в республике.

3.2 Сравнительный анализ протоколов диагностики и лечения некоторых заболеваний в Республике Казахстан и международных клинических протоколов

3.2.1 Артериальная гипертония

Нами проведено сравнительное изучение протокола диагностики и лечения по артериальной гипертонии Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее Национальный клинический протокол РК – НП) с клиническим протоколом Кембриджского Университета (Guidelines for the Management of Hypertension, Clinical Pharmacology Unit, University of Cambridge, 2010). Следует отметить, что клинический протокол Кембриджского Университета был разработан совместно с Британским советом по гипертонии (British Hypertension Society) и Национальным институтом клинического совершенства (National Institute of Clinical Excellence (далее NICE)), а также на основе научных доказательств из современных крупномасштабных исследований.

Классификация Британского общества по гипертонии сходна с таковой ВОЗ/МОАГ, которой руководствуется Национальный протокол РК, за исключением того, что в ней выделяется изолированная систолическая гипертония 2-й степени (таблица 8).

Таблица 8 – Классификация уровней артериального давления (British Hypertension Society, 2010)

Категории	Систолическое АД	Диастолическое АД
Оптимальное АД	Менее 120	Менее 80
Нормальное АД	Менее 130	Менее 85
Высоконормальное АД	130-139	85-89
Степень 1 – мягкая гипертония	140-159	90-99
Степень 2 – умеренная гипертония	160-179	100-109
Степень 3 – тяжелая гипертония	Равен или более 180	Равен или более 110
Изолированная систолическая гипертония (степень 1)	140-159	Менее 90
Изолированная систолическая гипертония (степень 2)	Равен или более 160	Менее 90

Что касается диагностических исследований, то Национальный протокол РК имеет ряд существенных отличий от Британского клинического протокола (таблица 9).

В частности, в Британском клиническом протоколе отсутствуют рекомендации по проведению анализа мочи, офтальмоскопии и консультации невропатолога. Исследуются только электролиты и креатинин крови. Эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, определение ренина, альдостерона и метанефрина крови, согласно Британского клинического протокола, проводятся лишь в отдельных случаях. А проба Реберга и реоэнцефалография и вовсе не рекомендуются.

Таблица 9 – Диагностические исследования, рекомендуемые Национальным протоколом РК и Британским клиническим протоколом, при артериальной гипертонии

Перечень проводимых мероприятий	Национальный протокол РК	Британский протокол
Основные диагностические мероприятия		
Общий анализ мочи	+	+
Общий анализ крови	+	--
Биохимические анализы крови – натрий, калий, мочевая кислота, креатинин, холестерин, ЛПНП, глюкоза	+	Только электролиты и креатинин
Офтальмоскопия	+	--
Электрокардиография	+	+
Дополнительные диагностические мероприятия		
Консультация невропатолога	+	--
Эхокардиография	+	проводятся в отдельных случаях.
УЗИ почек, доплер-УЗИ почечных сосудов, УЗИ надпочечников, радиоизотопная ренография	+	--
Анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому	+	не рекомендуются.
Проба Реберга	+	
Реоэнцефалография и определение типа мозговой гемодинамики	+	

В отличие от Национального протокола РК Британский протокол при лечении гипертонии большое внимание уделяет изменению стиля жизни и формированию здорового образа жизни (таблица 9). Эти рекомендации основываются на последних достижениях многоцентровых исследований, продемонстрировавших высокую эффективность изменения стиля жизни в снижении повышенного артериального давления. Помимо рекомендаций, перечисленных в таблице 10, Британское общество по гипертонии рекомендует прекращение курения, сокращение потребления жиров и, особенно,

насыщенных жиров, замену насыщенных жиров ненасыщенными жирами, увеличение потребления рыбьего жира и использование релаксирующих технологий.

Таблица 10 – Рекомендации Британского общества по гипертонии относительно изменения образа жизни (2010)

Вмешательства	Рекомендации	Ожидаемое снижение АД
Снижение массы тела	Достижение индекса идеальной массы тела (20-25 кг/м ²)	5-10 мм рт.ст. на 10 кг уменьшения массы тела
Диета	Потребление большого количества фруктов, овощей и клетчатки и меньше жиров	8-14 мм рт. ст.
Снижение потребления соли	Менее 6 г поваренной соли в день	2-8 мм рт.ст.
Физическая активность	Регулярная аэробная физическая активность, не менее 30 мин не реже 5 дней в неделю	4-9 мм рт.ст.
Умеренное потребление алкоголя	Не более 3 доз в день для мужчин и не более 2 доз в день для женщин	2-4 мм рт.ст.

Кембриджский Университет рекомендует следующую схему лечения гипертонии (таблица 11).

Таблица 11 – Схема лечения гипертонии, рекомендованная Кембриджским Университетом (2010)

	Лица моложе 55 лет и не чернокожие	Лица старше 55 лет или чернокожие
Ступень 1	А	С или Д
Ступень 2	А+С или А+Д	А+С или А+Д
Ступень 3	А+С+Д	А+С+Д
Ступень 4 или резистентная гипертония	Добавить альфа-блокатор или спиронолактон или другой диуретик или бета-блокатор. Направить специалисту	Добавить альфа-блокатор или спиронолактон или другой диуретик или бета-блокатор. Направить специалисту
Примечание - А – ингибитор ангиотензин превращающего фермента, С – блокаторы кальциевых каналов, Д – тиазидные диуретики		

Как было изложено в главе «Материал и методы исследований», согласно Национальному клиническому протоколу РК, тактика лечения больных артериальной гипертонией в Казахстане не зависит от возраста больных и их расовой и этнической принадлежности и в этом отношении он существенно отличается от схемы лечения гипертонии, предложенной Кембриджским

Университетом. Из таблицы 11 видно, что Кембриджский Университет подразделяет больных гипертензией на 2 основные группы: лица моложе 55 лет и не чернокожие и лица старше 55 лет или чернокожие.

Кроме того, в Национальном клиническом протоколе РК отсутствует ступенчатая схема лечения артериальной гипертензии, которая рекомендована Кембриджским Университетом (таблица 11), а приводится лишь перечень основных и дополнительных медикаментов (А – больные гипертензией без признаков сердечной недостаточности и Б – больные гипертензией с признаками сердечной недостаточности):

А. Перечень основных медикаментов:

1.*Гидрохлортиазид 25 мг, табл.; 2. *Фуросемид 40 мг, табл.; 3. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг, табл.; 4. *Периндоприл 4 мг, табл.; 5. *Лизиноприл 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг табл.; 6. *Спиронолактон 25 мг, 50 мг, табл.; 7. *Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл.; 8. Моэксиприл 7,5 мг, 15 мг, табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Эпросартан 300 мг, табл.; 2. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 500 мг табл.; 3. Симвастатин 5-80 мг, табл.; 4.*Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл.

Б. Перечень основных медикаментов:

1. *Нифедипин 10-20 мг, табл.; 2. *Эналаприл 1,25 мг/1 мл, амп; 3. Каптоприл 25-50 мг, табл.; 4. *Фуросемид 0,5-1 мг/кг, амп; 5. *Нитроглицерин 0,0005 г, табл. 0,1% амп

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Клонидин 0,15 мг, табл.; 2. *Морфин 1 % 1 мл, амп; 3. *Верапамил 5 мг, амп; 4. Дыхание увлажненным кислородом

Кроме того, в клиническом протоколе Кембриджского Университета нет рекомендаций по назначению больным гипертензией статинов, сердечных гликозидов, фуросемида, морфина и дыханию увлажненным кислородом, как это предписано Национальным клиническим протоколом РК.

Таким образом, Классификация Британского общества по гипертензии сходна с таковой ВОЗ/МОАГ, которой руководствуется Национальный клинический протокол РК, за исключением того, что в ней выделяется изолированная систолическая гипертензия 2-й степени.

Что касается диагностических исследований, то Национальный клинический протокол РК имеет ряд значительных отличий от Британского клинического протокола. В частности, в Британском клиническом протоколе отсутствуют рекомендации по проведению анализа мочи, офтальмоскопии и консультации невропатолога. Исследуются только электролиты и креатинин крови. Эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, определение ренина, альдостерона и метанефрина крови, согласно Британского клинического протокола, проводятся лишь в отдельных случаях. А проба Реберга и реоэнцефалография и вовсе не рекомендуются. Нами проведен подсчет финансовых затрат для диагностики гипертензии в соответствии с двумя анализируемыми клиническими протоколами и обнаружили.

Согласно Национальному клиническому протоколу РК, тактика лечения больных артериальной гипертонией в Казахстане не зависит от возраста больных и их расовой и этнической принадлежности. И в этом отношении он существенно отличается от схемы лечения гипертонии, предложенной Кембриджским Университетом, которая подразделяет больных артериальной гипертонией на 2 основные группы: 1) лица моложе 55 лет и не чернокожие и 2) лица старше 55 лет или чернокожие. Кроме того, в Национальном клиническом протоколе РК отсутствует ступенчатая схема лечения артериальной гипертонии, которая рекомендована Кембриджским Университетом, а приводится лишь перечень основных и дополнительных медикаментов (А – больные гипертонией без признаков сердечной недостаточности и Б – больные гипертонией с признаками сердечной недостаточности). В клиническом протоколе Кембриджского Университета нет рекомендаций по назначению больным гипертонией статинов, сердечных гликозидов, фуросемида, морфина и дыханию увлажненным кислородом, как это предписано Национальным клиническим протоколом РК. В отличие от Национального клинического протокола РК, Британский протокол при лечении артериальной гипертонии большое внимание уделяет изменению стиля жизни и формированию здорового образа жизни. Эти рекомендации основываются на последних достижениях многоцентровых исследований, продемонстрировавших высокую эффективность изменения стиля жизни в снижении повышенного артериального давления. Британское общество по гипертонии также рекомендует прекращение курения, сокращение потребления жиров и, особенно, насыщенных жиров, замену насыщенных жиров ненасыщенными жирами, увеличение потребления рыбьего жира и использование релаксирующих технологий.

3.2.2 Стенокардия напряжения

Определение стенокардии напряжения по Национальному клиническому протоколу РК и NICE сходно. Однако если классификация и диагностика стенокардии напряжения по Национальному клиническому протоколу РК основывается на рекомендациях ВКНЦ АМН СССР от 1989 года, то NICE разработала рекомендации в 2010 году при участии Королевского колледжа врачей, Королевского колледжа врачей общей практики и Королевского колледжа медицинских сестер. Диагностика и классификация инфаркта миокарда как формы ИБС по Национальному клиническому протоколу РК основывается на значительно устаревших рекомендациях (рабочая группа экспертов ВОЗ, 1979; Е.И. Чазов, 1982). Другими словами разница в рекомендациях имеет более чем 20 летнюю дистанцию.

В целях более широкого изучения загрудинной боли для сравнительного исследования нами были выбраны 2 заболевания ишемической болезни сердца: стенокардия напряжения и острый инфаркт миокарда.

NICE считает целесообразным 2 тактики ведения больных с загрудинной болью (Chest pain).

Первая тактика состоит в оценке состояния больного до госпитализации в стационар.

А. Если острая загрудинная боль наблюдается у больного в момент осмотра или боль исчезла, однако она отмечалась за последние 12 часов, и ЭКГ покоя в 12 отведениях ненормальная или она не снята, или возникла повторная загрудинная боль в этих случаях необходимо срочно госпитализировать больного. При вышеперечисленных состояниях следует срочно устранить загрудинную боль при помощи нитроглицерина и опиоидных анальгетиков, дать больному 300 мг аспирина. Повторно снять ЭКГ, проверить насыщение крови кислородом. Назначение антиагрегантных препаратов производить только в стационаре в случае необходимости.

Б. Если острый коронарный синдром подозревается, несмотря на исчезновение загрудинной боли, и имеются признаки отека легких необходимо срочно госпитализировать больного в стационар.

В. Если острый коронарный синдром подозревается и загрудинная боль была за последние 12 часов, но на момент осмотра она исчезла и ЭКГ покоя нормальная, то нет необходимости направления больного в стационар, или последний эпизод боли отмечался 12-72 часа назад, также не следует больного госпитализировать в стационар. Такие больных необходимо направить для оценки их состояния в однодневный стационар. Тактика лечения больных в случаях Б и В сходна с таковой при случаях А.

В клиническом протоколе NICE подчеркивается, что при подозрении на острый коронарный синдром у лиц с последним эпизодом загрудинной боли более 72 часов и у кого нет признаков отека легких необходимо детальное клиническое обследование для подтверждения диагноза. Рекомендуется провести ЭКГ покоя в 12 отведениях и определить уровень тропонина в крови (следует учесть время с момента подозрения на острый коронарный синдром для правильной интерпретации уровня тропонина). После этого следует сформировать клиническое решение относительно госпитализации больного и насколько это срочно.

Вторая тактика при острой загрудинной боли заключается в обследовании с целью точной диагностики в стационаре. NICE рекомендует провести ЭКГ покоя в 12 отведениях, анализ крови на тропонин I или T сразу в момент госпитализации, физикальное обследование и клинический анамнез, если не подтвержден острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ покоя в 12 отведениях. Если на ЭКГ покоя в 12 отведениях имеются признаки острого инфаркта миокарда (ОИМ), то следует поставить точный диагноз.

Согласно Национальному протоколу РК показаниями к госпитализации больных со стабильной стенокардией напряжения являются:

- уменьшение эффекта от получаемой амбулаторной терапии;
- снижение толерантности к физической нагрузке;
- декомпенсация.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Консультация кардиолога; 2. Общий анализ крови; 3. Общий анализ мочи; 4. Исследование кала на яйца глист; 5. Микрореакция; 6. Электрокардиограмма; 7. Флюорография.

Критериями диагностики являются:

1. ангинозные боли, одышка в покое или при ходьбе на 100-500 м, подъеме на 1 этаж; 2. отеки, признаки застоя; 3. ограничение физической нагрузки; 4. на ЭКГ - рубцовые изменения. Кроме того, в Национальном протоколе РК указан перечень основных диагностических мероприятий: 1. Общий анализ крови; 2. Определение глюкозы; 3. Общий анализ мочи; 4. Коагулограмма крови; 5. Электрокардиограмма; 6. Измерение артериального давления; 7. Определение билирубина; 8. Антропометрия; 9. Определение калия/натрия; 10. Определение бета-липопротеидов; 11. Определение холестерина; 12. Определение холестерина липопротеидов высокой плотности; 13. Определение триглицеридов; 14. Определение АсТ; 15. Определение АлТ; 16. Определение мочевины; 17. Определение креатинина; 18. Эхокардиография; 19. Чрезпищеводная электрофизиологическое исследование; 20. Велоэргометрия.

В качестве дополнительных диагностических мероприятий рекомендуется проведение суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, Рентгенография грудной клетки в двух проекциях и УЗИ органов брюшной полости.

В таблице 12 приведен перечень диагностических мероприятий согласно Национальным протоколам РК и клиническим протоколам NICE. Знаком «+» отмечено наличие и знаком «-» отсутствие данного вида мероприятия.

Таким образом, как представлено в таблице 12, диагностика стенокардии напряжения в соответствии с Национальным протоколом РК и клиническим протоколом NICE имеет существенные различия.

Таблица 12 – Диагностика стенокардии напряжения в соответствии с Национальным протоколом РК и клиническим протоколом NICE

Перечень проводимых мероприятий	Национальный протокол РК	Клинический протокол NICE
Основные диагностические мероприятия		
1	2	3
Общий анализ крови	+	+
Общий анализ мочи	+	+
Определение глюкозы	+	+
Коагулограмма крови (основные тесты)	+	+
Электрокардиограмма (12-канальная)	+	+
Измерение артериального давления	+	+
Определение билирубина	+	-
Антропометрия	+	+
Определение калия/натрия	+	+
Определение бета-липопротеидов	+	-
Определение холестерина	+	+
Определение холестерина липопротеидов высокой плотности	+	-

Продолжение таблицы 12

1	2	3
Определение триглицеридов	+	–
Определение АЛТ и АСТ	+	+
Определение мочевины и креатинина	+	–
Эхокардиография	+	Стрессовая эхокардиография
Чрезпищеводная электрофизиологическое исследование	+	–
Велоэргометрия	+	–
Дополнительные диагностические мероприятия		
Рентгенография грудной клетки в двух проекциях	+	+
Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру	+	–
УЗИ органов брюшной полости	+	–
Коронарная ангиография	–	+

Вышеизложенное свидетельствует о значительных различиях в тактике диагностики и ведения больных с загрудинной болью в Казахстане и Великобритании. Ключевыми приоритетами клинического протокола NICE также являются: 1) разъяснение больному, каким должны быть его навыки для саморегулирования поведения и физической активности, включая сексуальную активность, а также влияния стрессов, тревоги или депрессии; 2) рекомендация больному одного или двух антиангинальных медикаментов и при необходимости лекарства для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний; 3) предложение больному аортокоронарного шунтирования или чрезкожной коронарной интервенции в случаях, когда медикаментозное лечение не помогает. Вопросы профилактики загрудинной боли в Национальном протоколе РК совершенно не изложены, в то время как в клиническом протоколе NICE они подробно отражены (таблица 13).

Таблица 13 – Профилактика загрудинной боли в соответствии с клиническим протоколом NICE

Профилактические меры	Клинический протокол NICE	
	1	2
Изменение стиля жизни	<ul style="list-style-type: none"> - здоровая диета - потребление алкоголя (не более 24 доз алкоголя в неделю и не более 14 доз в неделю – для женщин) - регулярная физическая активность - прекращение курения - управление массой тела 	

Продолжение таблицы 13

1	2
Реабилитация	-Реабилитация после острого инфаркта миокарда -Расширенная реабилитация сердца -Обязательства пациента -Информационная и образовательные программы -Психологическая и социальная поддержка -Сексуальная активность (обычно после 4 недель)

3.2.3 Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

Как видно из таблицы 14, диагностика ХОБЛ по Национальному клиническому протоколу и клиническому протоколу NICE существенно различается. Так, клинический протокол NICE рекомендует дополнительно оценить потерю массы тела, непереносимость нагрузок, пробуждение ночью, припухлость лодыжки, одышку, чувствительность к изменениям окружающей среды, боль в грудной клетке и гемоптозис.

Таблица 14 – Диагностика ХОБЛ в соответствии с Национальным клиническим протоколом РК и клиническим протоколом NICE

Перечень проводимых мероприятий	Национальный протокол РК	Клинический протокол NICE
Анамнез и физикальное обследование		
1	2	3
Одышка при физической нагрузке	+	+
Хронический кашель	+	+
Регулярное выделение мокроты	+	+
Частые зимние бронхиты	+	+
Физикальные данные	–	потеря массы тела; непереносимость нагрузок; пробуждение ночью; отечность нижних конечностей; одышка; чувствительность к изменениям; окружающей среды; боль в грудной клетке; кровохарканье
Хрипы	+	+
Форма грудной клетки	+	+
Лабораторно-инструментальное исследование		
Общий анализ крови	+	+
Общий анализ мочи	+	–
Микрореакция	+	–
Общий анализ мокроты	+	–
Спирометрия	+	+
Флюорография	+	+

Продолжение таблицы 14

1	2	3
Расчет индекса массы тела (ИМТ)	–	+
Консультация терапевта	+	–
Перечень дополнительных диагностических мероприятий		
Цитология мокроты	+	+
Исследование мокроты на БК	+	–
Анализ чувствительности микробов к антибиотикам	+	–
Рентгенография органов грудной клетки	+	Компьютерное сканирование грудной клетки
Фибробронхоскопия	+	–
Консультация пульмонолога	+	–
Консультация отоларинголога	+	–
Газовый состав крови	+	Исследование диффузионной способности легких методом одиночного вдоха окиси углерода (угарного газа)
Альфа-1 антитрипсин	–	+
Пикфлоуметрия	–	+
ЭКГ	–	+
Эхокардиография	–	+
Пульсовая оксиметрия	–	+

В клиническом протоколе NICE отсутствуют рекомендации по проведению общего анализа мочи, микрореакции, исследования мокроты на БК, анализа чувствительности микробов к антибиотикам, фибробронхоскопии, консультации пульмонолога и отоларинголога. В то же время в Национальном клиническом протоколе РК нет следующих исследований, рекомендуемых NICE: фактор передачи монооксида карбоната, альфа-1 антитрипсин, пикфлоуметрия, ЭКГ, эхокардиография и пульсовая оксиметрия. В клиническом протоколе NICE большое внимание уделяется тяжести бронхиальной обструкции у больных ХОБЛ (таблица 15).

Таблица 15 – Классификация тяжести бронхиальной обструкции (NICE, 2010)

После бронхо-дилатации FEV1/FVC	FEV1 % прогноз	Клин. протокол NICE 12 (2004)	ATS/ERS, 2004	GOLD, 2008	Клинический протокол NICE 101 (2010)
		Тяжесть бронхиальной обструкции после бронходилатации			
1	2	3	4	5	6
< 0.7	≥ 80%		легкая	Степень 1 – легкая	Степень 1 – легкая*
< 0.7	50–79%	легкая	умеренная	Степень 2 – умеренная	Степень 2 – умеренная

Продолжение таблицы 15

1	2	3	4	5	6
< 0.7	30–49%	умеренная	тяжелая	Степень 3 – тяжелая	Степень 3 – тяжелая
< 0.7	< 30%	тяжелая	Очень тяжелая	Степень 4 – очень тяжелая**	Степень 4 – очень тяжелая**
* наличие симптомов ХОБЛ у лиц с легкой степенью бронхиальной обструкции, **или FEV ₁ < 50% с дыхательной недостаточностью					

Рекомендации по профилактике ХОБЛ в сравниваемых клинических протоколах сходны, за исключением того, что в клиническом протоколе NICE отсутствует лечебная дыхательная гимнастика (таблица 16). Однако содержатся меры по поведенческой поддержке, Varenicline для прекращения курения, пневмококковая вакцинация и нормализация массы тела.

Таблица 16 – Профилактика ХОБЛ в соответствии с Национальным клиническим протоколом РК и клиническим протоколом NICE

Перечень проводимых мероприятий	Национальный протокол РК	Клинический протокол NICE
Отказ от курения	+	+ Поведенческая поддержка Varenicline для прекращения курения
Лечебная дыхательная гимнастика	+	–
Физиотерапевтические методы лечения и лечебный массаж	+	+
Ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной	+	+ Пневмококковая и ежегодная противогриппозная вакцинация
Факторы питания	–	Индекс массы тела должен быть подсчитан у больных ХОБЛ: Нормальной считается индекс масс тела 20-25,1 Если индекс массы тела ненормальный (выше или ниже) больному необходимы рекомендации по изменению питания

Различия в медикаментозной терапии сравниваемых протоколов представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Медикаментозное лечение ХОБЛ в соответствии с Национальным клиническим протоколом и клиническим протоколом NICE

Перечень проводимых мероприятий	Национальный протокол РК	Клинический протокол NICE
Бронхолитики «по потребности»	+	Бета-2- агонисты и блокаторы М-холинорецепторов короткого действия
Ингаляционные кортикостероиды	+	+
Оральные кортикостероиды	–	–
Теofilлин	+	+
Муколитики	+	+
Оральная антиоксидантная терапия	Нет данных	Не рекомендуется оральная антиоксидантная терапия альфа-токоферолом и бета-каротином как в отдельности, так и в комбинации
Противокашлевое лечение	–	–
Антибактериальная терапия	+	Оральная профилактическая антибиотикотерапия
Длительная терапия кислородом	–	у больных ХОБЛ с парциальным давлением кислорода 7.3 кРа или имеется один из следующих признаков: вторичная полицитемия, ночная гипоксемия, периферические отеки или легочная гипертензия
Амбулаторная кислородная терапия	–	+

Как видно из таблицы, клинический протокол NICE не рекомендует оральную антиоксидантную терапию альфа-токоферолом и бета-каротином как в отдельности, так и в комбинации. При этом большое внимание уделяется длительной терапии кислородом, как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Кроме того, имеются рекомендации по назначению блокаторов М-холинорецепторов короткого действия, оральных кортикостероидов и оральной профилактической антибиотикотерапии.

В целях содействия эффективной ингаляционной терапии NICE рекомендует:

- Если предсказанный FEV1 \geq 50%: назначить или бета-2-агонист пролонгированного действия или мускариновый антагонист пролонгированного действия;

- Если предсказанный FEV1 < 50%: назначить ингаляционный кортикостероид в комбинированном ингаляторе или блокаторы М-холинорецепторов пролонгированного действия;

- назначить блокаторы М-холинорецепторов пролонгированного действия в дополнение к бета-2-агонисту пролонгированного действия + ингаляционному кортикостероиду больным ХОЗЛ, у которых сохраняется одышка или они имеют проблемы, несмотря на прием бета-2-агониста пролонгированного действия+ингаляционного кортикостероида и их FEV1.

3.2.4 Бронхиальная астма

Национальный клинический протокол РК определяет бронхиальную астму (БА) как хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, основным патогенетическим механизмом которого является гиперреактивность бронхов, обусловленная воспалением, а основным клиническим проявлением – приступы удушья (преимущественно экспираторного характера) вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов. Приступы удушья, а также характерные для бронхиальной астмы кашель, чувство «заложенности» в груди, эпизоды свистящих дистанционных хрипов возникают преимущественно в ночные или утренние часы и сопровождаются частично или полностью обратимой (спонтанно или вследствие лечения) бронхиальной обструкцией.

Британский клинический протокол [83,с.7] признает, что диагноз астмы является клиническим и что не существует стандартизированного определения типа, тяжести или частоты симптомов, основанных на научных данных. Отсутствие «золотого стандарта» в определении означает, что невозможно описать четкие критерии диагностики астмы. Центральным для всех определений астмы является наличие симптомов (более чем, одного из следующих: свистящее дыхание, приступы удушья, чувство давления в грудной клетке, кашель) и различная степень бронхиальной обструкции. Более современные описания астмы у детей и взрослых стали включать гиперреактивность и воспаление дыхательных путей как компонентов болезни. Однако как соотносятся эти особенности друг с другом и как они влияют на клиническую манифестацию астмы остаются неясными. Кроме того, существует много особенностей в диагностике астмы у детей и взрослых, которые также имеют много различий. Дифференциальная диагностика, естественное течение заболеваний, сопровождающихся приступами удушья, способность осуществить определенные исследования и их диагностическую ценность изменяются с возрастом больных.

Именно эти сложности в диагностике астмы явились основанием того, что в 1999 году Британское торакальное общество (the British Thoracic Society, BTS) и Шотландская сеть межколледжных руководств (the Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN) договорились совместно разработать новое всеобъемлющее руководство по астме на основе предыдущего опубликованного клинического протокола. Этот совместный процесс в

последующем был усилен благодаря сотрудничеству с организацией Астма Великобритании (Asthma UK), Королевским колледжем врачей Лондона (the Royal College of Physicians of London), Королевским колледжем педиатров и детского здоровья (the Royal College of Pediatrics and Child Health), Респираторным обществом ПМСП Великобритании (the General Practice Airways Group (now Primary Care Respiratory Society UK) и Колледжем по неотложной медицине (the British Association of Accident and Emergency Medicine (now the College of Emergency Medicine)). Результатом этих совместных усилий стала разработка Британского руководства по управлению астмой, опубликованная в январе 2003 года. В последующем это руководство совершенствовалось ежегодно, и оно размещалось на сайтах the British Thoracic Society (BTS) и the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Британское клиническое руководство считает, что у взрослых на возможность бронхиальной астмы указывают следующие клинические особенности:

- более чем один из симптомов - удушье, свистящее дыхание, чувство давления в грудной клетке, кашель, особенно, если симптомы ухудшаются ночью и ранним утром, во время физической нагрузки, воздействие аллергенов и холодного воздуха, приема аспирина или бета-адреноблокаторов,
- анамнестическая история атопических нарушений,
- семейная история бронхиальной астмы и/или атопических нарушений,
- свистящие хрипы в грудной клетке при аускультации,
- или необъяснимо низкие FEV1 or PEF,
- или необъяснимая эозинофилия в периферической крови.

К клиническим симптомам, снижающим возможность астмы, относятся следующие признаки:

- хронический продуктивный кашель при отсутствии свистящего дыхания и приступов удушья,
- изменения голоса,
- симптомы связаны только с холодом,
- длительная история курения (более 20 пачек/год),
- болезни органов кровообращения,
- нормальная PEF или спирометрия,
- нормальные физикальные данные при повторных обследованиях грудной клетки.

Спирометрия является наиболее предпочтительным начальным тестом для оценки наличия и степени тяжести бронхиальной астмы.

Сравнение Национального клинического протокола РК и Британского клинического руководства по диагностике бронхиальной астмы представлено в таблице 18.

Таблица 18 – Диагностика бронхиальной астмы в соответствии с Национальным клиническим протоколом РК и Британским клиническим протоколом

Национальный протокол РК	Британский клинический протокол
<p>- В анамнезе любое из следующих проявлений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кашель, особенно ночью; - повторяющиеся хрипы; - повторяющееся затрудненное дыхание; - повторяющееся чувство сдавления грудной клетки; - симптомы возникают или ухудшаются ночью; - симптомы становятся тяжелее при контакте с триггерами; - симптомы облегчаются после применения бронхолитиков, - прогрессирующее нарастание одышки, кашля, свистящих хрипов, затрудненное дыхание, чувство сдавливания в грудной клетке или сочетание этих симптомов. 	<p>- более чем один из следующих симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - удушье, - свистящее дыхание, - чувство давления в грудной клетке, - кашель, особенно, если симптомы ухудшаются ночью и ранним утром, во время физической нагрузки, воздействия аллергенов и холодного воздуха, приеме аспирина или бета-адреноблокаторов, - анамнестическая история атопических нарушений, - семейная история бронхиальной астмы и/или атопических нарушений, - свистящие хрипы в грудной клетке при аускультации, - или необъяснимо низкие FEV1 or PEF, - или необъяснимая эозинофилия в периферической крови. <p>К клиническим симптомам, снижающим возможность астмы, относятся следующие признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - хронический продуктивный кашель при отсутствии свистящего дыхания и приступов удушья, - изменения голоса, - симптомы связаны только с холодом, - длительная история курения (более 20 пачек/год), - болезни органов кровообращения, - нормальная PEF или спирометрия, - нормальные физикальные данные при повторных обследованиях грудной клетки, <p>Prominent dizziness, light-headedness, peripheral tingling</p>

Как видно из таблицы 18, между Национальным клиническим протоколом и Британским клиническим руководством имеются существенные различия в диагностике бронхиальной астмы. В частности, Британский клинический протокол признает, что возможность диагноза астмы высоко вероятна при наличии более чем одного из приведенных в таблице 17 симптомов. Кроме того, в Британском клиническом руководстве приводятся клинические симптомы, снижающие возможность бронхиальной астмы.

Спирометрия является наиболее предпочтительным начальным тестом для оценки наличия и степени тяжести бронхиальной астмы, согласно Британского клинического протокола.

Рентгенологическое исследование грудной клетки рекомендуется проводить у больных с атипичными или дополнительными симптомами. Дополнительные исследования, такие как полное изучение функции внешнего

дыхания, число эозинофилов в крови, IgE и аллергические кожные тесты имеют ценность только у отдельных больных.

Критериями направления на консультацию к узким специалистам по Британскому клиническому протоколу являются следующие состояния:

– неясный диагноз, неожиданные клинические находки (цианоз, болезни сердца, потрескивание, хруст), необъяснимая рестриктивная спирометрия, подозрение на профессиональную астму, постоянная одышка, монофонический свист или стрidor, значительные системные изменения (миалгия, лихорадка, потеря массы тела), хроническая продукция мокроты, высокая эозинофилия крови ($>1 \times 10^9/l$), плохой ответ на лечение астмы, тяжелое прогрессирующее течение астмы.

В то же время в Национальном протоколе РК приведен лишь перечень необходимого объема обследований, основных и дополнительных диагностических мероприятий:

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией: Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Спирография; Пикфлоуметрия; Рентгенография органов грудной клетки; Анализ мокроты общий и при необходимости 3-х кратное исследование на БК; Электрокардиография.

Перечень основных диагностических мероприятий: Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Микрореакция; Общий анализ мокроты; Исследование функций внешнего дыхания.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: Анализ чувствительности микробов к антибиотикам; Рентгенография органов грудной клетки; Консультация пульмонолога; Консультация отоларинголога; Газовый состав крови.

Тактика лечения бронхиальной астмы, согласно Национального клинического протокола РК, включает:

– Ингаляционные бета-2-агонисты быстрого действия, обычно через небулайзер, по одной дозе каждые 20 мин в течение 1 часа,

– Оксигенотерапию для насыщения крови кислородом $> 90\%$ (у детей – 95%),

– Системные глюкокортикостероиды (ГКС), если нет немедленного ответа на лечение или если пациент недавно принимал стероиды перорально, или тяжелый приступ (30-60 мг метилпреднизолона или 250мг гидрокортизона внутривенно),

– При тяжелом приступе возможно подкожное, внутримышечное или внутривенное введение бета-2-агонистов, в/в метилксантинов, в/в сульфата магнезии,

– При длительном приступе возможно развитие дегидратации. Суточное потребление жидкости может быть на 2-3 л больше, чем обычно.

Купирование приступов: ингаляционные бета-2-агонисты быстрого действия (сальбутамол, фенотерол); бета-2-агонисты длительного действия с быстрым началом действия (сальметерол, формотерол); комбинированные

лекарства, включающие холинолитики и бета-2-агонисты; метилксантины короткого действия (аминофиллин); системные ГКС (преднизолон).

Что касается тактики лечения астмы у взрослых, то Британское клиническое руководство рекомендует 6-8 недельное лечение ингаляционным бекламетазоном 200 мг или его эквивалентом 2 раза в день. У больных со значительной бронхиальной обструкцией может быть резистентность к ингаляционным ГКС и поэтому лечение оральным преднизолоном по 30 мг ежедневно в течение 2 недель является более предпочтительным. Увеличение FEV1 более 400 мл на лечение бета-агонистом или кортикостероидами подтверждает диагноз астмы.

Целью управления астмой в соответствии с Британским клиническим руководством является контроль заболевания. Полный контроль астмы определяется в следующих случаях:

- отсутствие каких-либо симптомов астмы днем,
- отсутствие ночных пробуждений из-за астмы,
- отсутствие необходимости в неотложном лечении,
- отсутствие обострений,
- отсутствие ограничений в активности, включая физическую нагрузку,
- нормальная функция внешнего дыхания (FEV1 и/или PEF > 80% от прогностического или лучше),
- минимальные побочные эффекты лекарств.

Многие смертельные исходы от астмы можно предупредить. Позднее оказание помощи может быть фатальным.

Факторами, ведущими к плохим результатам, относятся:

- клинический штат допускает ошибки в оценке тяжести объективными методами,
- пациенты или их родственники недооценивают тяжесть больного,
- недостаточное использование кортикостероидов

Каждый случай острой тяжелой астмы нуждается в неотложной консультации.

Оценка и регистрация:

- пикфлоуметрия (PEF),
- симптомы и реакция на самолечение,
- частота дыхания и сердечных сокращений,
- насыщение крови кислородом (пульсовая оксиметрия).

Пациенты с тяжелой или угрожающей жизни больному приступом удушья должны быть немедленно осмотрены врачом.

Британское клиническое руководство выделяет особенности ведения взрослых больных острой тяжелой астмой на уровне врача общей практики и в стационаре (таблицы 19 и 20).

Таблица 19 – Управление (ведение) взрослых больных острой тяжелой астмой на уровне врача общей практики (British guideline on the management of asthma, 2012)

Умеренная астма	Острая тяжелая астма	Угрожающая жизни астма
Первоначальная оценка		
1	2	3
PEF >50-75% предсказанная или лучше	PEF 33-50% предсказанная или лучше	PEF <33% предсказанная или лучше
Дальнейшая оценка		
- PaO ₂ ≥92%, - речь нормальная, - число дыханий менее 25 в мин., - пульс менее 110 в мин.	- PaO ₂ ≥92%, - не может оформить предложения, - число дыханий более 25 в мин., - пульс более или равен 110 в мин.	- PaO ₂ <92%, - «немое» легкое, цианоз или слабое дыхание, - аритмия или гипотензия, - истощение, измененное сознание
Управление (ведение)		
Лечение дома или в хирургии и оценка ответа на лечение	Рассмотреть необходимость госпитализации	Немедленная госпитализация
Лечение		
- Бета-2- бронходилататор через спейсер (дать вначале 4 вдоха, затем по 2 вдоха каждые 2 минуты максимум 10 вдохов, если PEF >50-75% предсказанная или лучше: - через небулайзер с добавлением кислорода (сальбутамол 5 мг или тербуталин 10 мг), - преднизолон 40-50 мг, - продолжить или перейти к обычному лечению, Если хороший ответ на первое лечение (улучшение симптомов, дыхания и пульса, PEF >50%) продолжить или перейти к обычному лечению и добавить преднизолон). Госпитализация в больницу: Если имеется признаки, угрожающие жизни больного, или признаки острой тяжелой астмы, сохраняющиеся после начального лечения, или	Насыщение крови кислородом в пределах PaO ₂ 94-98%, -Бета-2- бронходилататор, - через небулайзер с добавлением кислорода (сальбутамол 5 мг или тербуталин 10 мг), - преднизолон 40-50 мг, - или через спейсер (дать 4 вдоха вначале и далее по 2 вдоха каждые 2 минуты в зависимости от ответа не более 10 вдохов), - преднизолон 40-50 мг или IV гидрокортизон 100 мг, если нет ответа на лечение - срочно госпитализировать. Быть рядом с пациентом до прибытия машины скорой помощи, переслать в письменном виде оценку тяжести больного и детали направления в больницу, - продолжение назначения бета-2 бронходилататора через небулайзер с	Насыщение крови кислородом в пределах PaO ₂ 94-98%, - бета-2- бронходилататор и ипратропиум 0,5 мг), - через небулайзер с добавлением кислорода (сальбутамол 5 мг или тербуталин 10 мг и ипратропиум 0,5 мг), - или через спейсер (дать 4 вдоха вначале и далее по 2 вдоха каждые 2 минуты в зависимости от ответа не более 10 вдохов), - преднизолон 40-50 мг или IV гидрокортизон 100 мг срочно, - наблюдение после лечения или выписки из больницы: - обзор врачом общей практики состояния больного за 48 часов, - мониторинг симптомов и PEF, - проверить состояние ингалятора, - письменный план поведения

Продолжение таблицы 19

1	2	3
предшествующей близкой к фатальному астмы. Низкий порог для госпитализации, если приступ возник после обеда или вечером, текущие постуральные симптомы или госпитализация, предшествующие тяжелые приступы, пациент не способен оценить свое состояние или озабоченность социальным окружением.	добавлением кислорода в машине скорой помощи	больного, - изменить лечение в соответствии с руководством по хронической персистирующей астме, - описать факторы, которые могут потенциально предупредить госпитализацию больных в стационар

Таблица 20 – Управление (ведение) взрослых больных острой тяжелой астмой в стационаре (British guideline on the management of asthma, 2012)

Этапы лечения	Принципы лечения
1	2
Промежуточное лечение	Насыщение крови кислородом в пределах PaO ₂ 94-98%, - бета-2- бронходилататор и ипратропиум 0,5 мг), - через небулайзер с добавлением кислорода (сальбутамол 5 мг или тербуталин 10 мг и ипратропиум 0,5 мг), - преднизолон 40-50 мг в таблетках или IV гидрокортизон 100 мг, - противопоказаны любые седативные препараты, - рентгенологическое исследование проводится при подозрении на пневмоторакс или коллапс легкого или если больной нуждается в искусственной (механической) вентиляции легких.
Если имеются признаки, угрожающие жизни больного, необходимо:	- обсудить тактику ведения больного со старшими клиницистами и командой отделения неотложной терапии, - обсудить целесообразность назначения IV сульфата магния 1,2-2 г инфузионно в течение 20 минут, несмотря на предшествующее назначение), - назначить бета-2-агонистом с помощью небулайзера более чаще (сальбутамол 5 мг каждые 15-30 минут или 10 мг каждый час).
Основательное управление	
Если состояние больного улучшается, то необходимо продолжить:	- насыщение крови кислородом в пределах PaO ₂ 94-98%, - преднизолон 40-50 мг ежедневно или IV гидрокортизон 100 мг каждые 6 часов, - бета-2-агонист и ипратропиум каждые 4-6 часов с помощью небулайзера.
Если состояние больного не улучшается после 15-30 минут:	- продолжить оксигенацию и назначение стероидов, - продолжить использование сальбутамола 5-10 мг/час, если подходящий небулайзер имеется у больного или сальбутамол 5 мг каждые 15-30 минут, - продолжить лечение ипратропиумом 0,5 мг каждые 15-30 минут до улучшения состояния больного.

Продолжение таблицы 20

1	2
Если состояние больного все же не улучшается:	- обсудить тактику ведения больного со старшими клиницистами и командой отделения неотложной терапии, - обсудить целесообразность назначения IV сульфата магния 1,2-2 г инфузионно в течение 20 минут, несмотря на предшествующее назначение), - старший клиницист может подумать о назначении IV бета-2-агониста или IV аминофиллин или подключение к искусственной вентиляции.
Мониторинг	<p>Повторить исследования PEF через 15-30 минут после начала лечения оксиметрия PaO₂ >94-98%,</p> <p>Повторить исследования газов крови в течение первого часа после начала лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - начальная PaO₂ <8 kPa (60 мм рт.ст.) несмотря на то, что PaO₂ >92%, - PaCO₂ нормальная или увеличена, - детериорация пациента, <p>Измерение PEF до и после дачи бета-2-агониста 4 раза в день все дни пребывания больного в больнице,</p> <p>Перевести больного в отдел интенсивной терапии в сопровождении врача для подготовки к интубации, если:</p> <p>Детериорация PEF, ухудшающаяся или персистирующая гипоксия, или гиперкапния, Истощение, измененное сознание, Слабое дыхание или остановка дыхания.</p>
Выписка	<p>При выписке больных из стационара они должны иметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Лекарства на первые 12-24 часов и ингалятор, проверенный и работающий, - PEF >75% предсказанная или лучше и вариабельность PEF <25%, несмотря на рекомендацию пульмонолога о выписке, - Лечение оральными и ингаляционными стероидами в дополнение к бронходилататорами, - Собственный PEF измеритель и письменно оформленный план поведения больного, - Наблюдение врача общей практики в течение 2 рабочих дней, - Наблюдение в отделении пульмонологии в течение 4 недель, особенно больных с тяжелой астмой, и, направленных на госпитализацию, и имеющих измененные поведенческие или психологические симптомы будущих рисков тяжелой астмы или фатальных приступов удушья, - Определение причин истощения и госпитализации, - Пересланные детали госпитализации, выписки и потенциал улучшения PEF врачу общей практики.

Таким образом, между Национальным клиническим протоколом РК и Британским клиническим руководством имеются значительные различия в диагностике бронхиальной астмы. В частности, Британский клинический протокол признает, что возможность диагноза астмы высоко вероятна при наличии более чем одного из описанных симптомов. Кроме того, в Британском клиническом руководстве приводятся клинические симптомы, снижающие возможность бронхиальной астмы. Спирометрия является наиболее

предпочтительным начальным тестом для оценки наличия и степени тяжести бронхиальной астмы, согласно Британского клинического протокола.

Рентгенологическое исследование грудной клетки рекомендуется проводить у больных с атипичными или дополнительными симптомами. Дополнительные исследования, такие как полное изучение функции внешнего дыхания, число эозинофилов в крови, IgE и аллергические кожные тесты имеют ценность только у отдельных больных.

Критериями направления на консультацию к узким специалистам по Британскому клиническому протоколу являются следующие состояния:

- неясный диагноз,
- неожиданные клинические находки (цианоз, болезни сердца, потрескивание, хруст),
- необъяснимая рестриктивная спирометрия,
- подозрение на профессиональную астму,
- постоянная одышка,
- монофонический свист или стридор,
- значительные системные изменения (миалгия, лихорадка, потеря массы тела),
- хроническая продукция мокроты,
- высокая эозинофилия крови ($>1 \times 10^9/l$),
- плохой ответ на лечение астмы,
- тяжелое прогрессирующее течение астмы.

В то же время в Национальном протоколе РК приведен лишь перечень необходимого объема обследований, основных и дополнительных диагностических мероприятий.

3.2.5 Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Согласно Национальному клиническому протоколу РК для стационаров выделяются клинические критерии диагностики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (боль), наличие язвенного дефекта при ЭФГДС и *Helicobacter Pylori* в слизистой желудка и 12-перстной кишки.

В Англии и Уэльсе национальный клинический протокол по диспепсии был разработан Университетом Ньюкасла [78,с.12] для использования на уровне ПМСП. В данном протоколе указывается, что 40% взрослого населения страдает от диспепсии, однако только 2% из них консультируются у врачей общей практики. Ежегодные затраты Британской Национальной системы здравоохранения только на лекарства и эндоскопические исследования составляют 600 млн. фунтов стерлингов. Кроме того, больные оплачивают из кармана за лекарства ещё 100 млн. фунтов стерлингов [79,с.8].

Обзоры по доказательной медицине свидетельствуют о разнице между неизученной диспепсией и тремя, исследованными состояниями: гастроэзофагиальным рефлюксом, язвенной болезнью и неязвенной диспепсией. Национальный клинический протокол по диспепсии,

разработанный Университетом Ньюкасла [79,с.14], предназначен для использования на уровне ПМСП врачами общей практики, практикующими медицинскими сестрами и другими профессионалами ПМСП. В данном Национальном клиническом руководстве изложены критерии направления больных с язвенной болезнью на вторичный уровень оказания медицинской помощи. Отмечается, что врачи стационаров также должны следовать рекомендациям, изложенным в клиническом руководстве.

Критериями для срочного (в тот же день) направления к специалисту по эндоскопии являются:

- острое гастродуоденальное кровотечение,
- прогрессирующая неясной этиологии потеря массы тела,
- прогрессирующее затрудненное глотание,
- персистирующая рвота,
- железодефицитная анемия,
- подозрение на задержку бария в эпигастральной области.

Согласно Национальному протоколу РК критериями перевода больного с уровня ПМСП на следующий этап является купирование диспепсического и болевого синдрома.

По Национальному протоколу по диспепсии, разработанному Университетом Ньюкасла [79,с.17] рутинное эндоскопическое исследование не рекомендуется проводить у лиц любого возраста с диспепсией без каких-либо тревожных симптомов. Однако у лиц старше 55 лет эндоскопию следует провести, если в анамнезе были указания на язву желудка или было проведено хирургическое вмешательство, если больной вынужден принимать длительное время нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты, если имеются у больного высокий риск рака или подозрения на рак желудка. В то же время Национальный протокол РК рекомендует проводить инвазивные диагностические вмешательства всем пациентам со следующими симптомами: кровотечения, обструкции, пенетрации и перфорации.

Национальный протокол по диспепсии, разработанный Университетом Ньюкасла [79,с.22], рекомендует следующую тактику лечения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки:

1) Прекращение использования нестероидных медикаментов, если таковое имеет место. Если больной нуждается в них, необходимо возобновить их прием только после заживления язвы под длительной защитой слизистой желудка или предложить больному новейшие ЦОГ-2-селективные нестероидные препараты,

2) *Helicobacter pylori* положительные больные – полная доза ингибиторов протонного насоса в течение 2-х месяцев, эрадикационная терапия (амоксциллин, кларитромицин по 500 мг) или ингибиторы протонного насоса, метронидазол и кларитромицин по 250 мг), следует руководствоваться также рекомендациями British National Formulary относительно отбора режимов лечения препаратами второй линии,

3) Эндоскопическое исследование и уреазный тест на *Helicobacter pylori* через 6-8 недель после лечения. Если язва не зажила, но тест *Helicobacter pylori* отрицательный, то больного необходимо на стационарное лечение,

4) Если язва зажила и уреазный тест отрицательный, то необходимо снизить дозы препаратов и уменьшить количество медикаментов,

5) Продолжить ежегодные наблюдения за больными, обучив их правилам здорового образа жизни и самостоятельному наблюдению за своим здоровьем.

6) *Helicobacter pylori* отрицательные больные – полная доза ингибиторов протонного насоса в течение 1-2-х месяцев,

7) Эндоскопическое исследование через 6-8 недель после лечения, если язва зажила, то необходимо снизить дозы препаратов и уменьшить количество медикаментов, продолжить ежегодные наблюдения за больными, обучив их правилам здорового образа жизни и самостоятельному наблюдению за своим здоровьем,

8) Если язва не зажила, то больного необходимо на стационарное лечение.

Особое внимание необходимо обратить на прием больным следующих медикаментов: антагонисты кальция, нитраты, теофиллин, стероиды и нестероидные противовоспалительные лекарства. Рекомендуются больным перейти на здоровую пищу, снизить массу тела и прекратить курение.

Таким образом, Национальный протокол РК и Национальный клинический протокол по диспепсии, разработанный Университетом Ньюкасла (University of Newcastle upon Tyne, 2004) имеют существенные различия, как в тактике диагностики, так и лечения больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки.

3.3 Состояние и перспективы внедрения принципов доказательной медицины в Казахстане

Для оценки соответствия диагностики и лечения, проводимых врачами амбулаторно-поликлинических учреждений Алматы, нами были изучены 881 амбулаторная карточка по 5-ти изучаемым заболеваниям (таблицы 21 и 22).

Таблица 21 – Количество изученных амбулаторных карточек для оценки соответствия (несоответствия) диагностики заболеваний Национальным клиническим протоколам РК

Заболевание	Общее количество	Полное соответствие			Частичное соответствие			Несоответствие		
		Абс	%	±	Абс	%	±	Абс	%	±
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ишемическая болезнь сердца	210	96	45,7	3,4	81	38,6	3,4	33	15,7	2,5
Артериальная гипертония	238	58	24,4	2,8	94	39,5	3,2	86	36,1	3,1

Продолжение таблицы 21

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Бронхиальная астма	201	69	34,3	3,3	98	48,8	3,5	34	16,9	2,6
ХОБЛ	136	35	25,7	3,7	70	51,5	4,3	31	22,8	3,6
Язвенная болезнь	96	5	5,2	2,3	73	76,0	4,4	18	18,8	4,0
Итого	881	263	29,9	1,5	416	47,2	1,7	202	22,9	1,4

Как видно из данных таблиц 21, а также рисунка 2, полное соответствие диагностики по 5-ти изучаемым заболеваниям составило 29,9%, частичное соответствие – 47,3% и несоответствие – 22,9%.

Наибольшее несоответствие диагностики Национальному протоколу РК было выявлено при артериальной гипертензии (36,1%) и наименьшее – при бронхиальной астме (16,9%). Полное соответствие диагностики Национальному клиническому протоколу было наивысшим при ишемической болезни сердца (45,7%). При артериальной гипертензии данный показатель составил 24,4%, при бронхиальной астме – 34,3%, ХОБЛ – 25,7% и при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 5,3% полного соответствия.

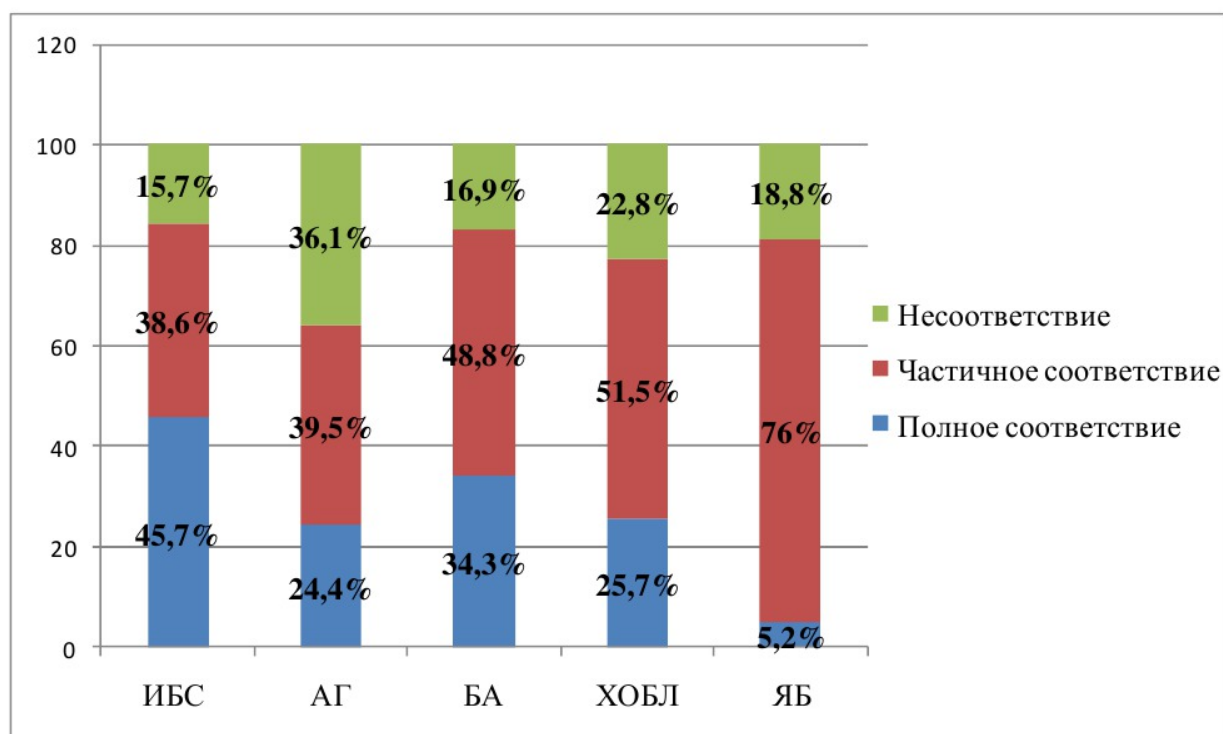


Рисунок 2 – Соответствие (несоответствие) диагностики 5 заболеваний Национальному протоколу РК

Что касается полного соответствия лечения больных Национальным клиническим протоколам, то оно оказалось максимальным при бронхиальной

астме (31,3%) и минимальным при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (14,6%) (таблица 22).

Таблица 22 – Количество изученных амбулаторных карточек для оценки соответствия (несоответствия) лечения заболеваний Национальным клиническим протоколам РК

Заболевание	Общее количество	Полное соответствие			Частичное соответствие			Несоответствие		
		Абс	%	±	Абс	%	±	Абс	%	±
Ишемическая болезнь сердца	210	48	22,9	2,9	119	56,7	3,4	43	20,5	2,8
Артериальная гипертония	238	44	18,5	2,5	155	65,1	3,1	39	16,4	2,4
Бронхиальная астма	201	63	31,3	3,3	117	58,2	3,5	21	10,4	2,2
ХОБЛ	136	28	20,6	3,5	84	61,8	4,2	24	17,6	3,3
Язвенная болезнь	96	14	14,6	3,6	66	68,8	4,7	16	16,7	3,8
Итого	881	197	22,4	1,4	541	61,4	1,6	143	16,2	1,2

В целом, при 5-ти анализируемых заболеваниях полное соответствие лечения Национальным клиническим протоколам составило 22,4%, частичное соответствие – 61,4% и несоответствие – 16,2% (рисунок 3).

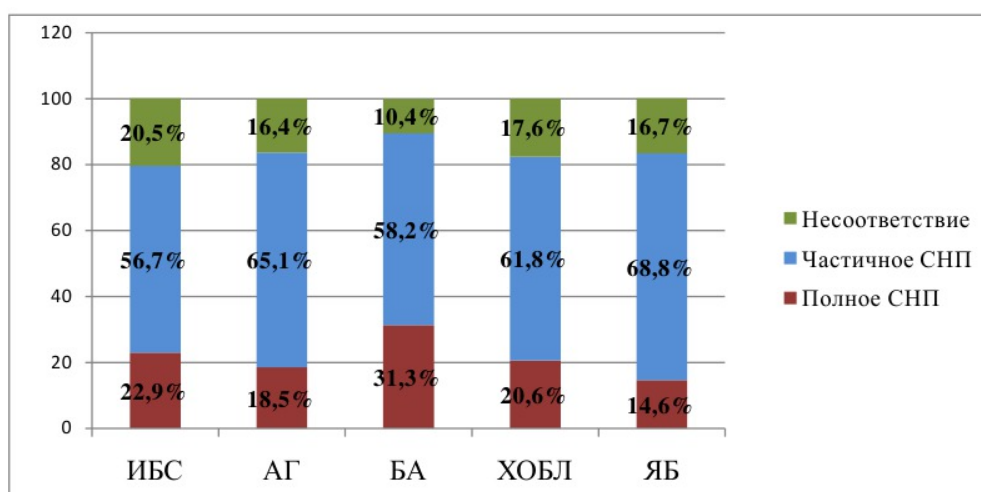


Рисунок 3 – Уровень соответствия лечения 5 заболеваний Национальному протоколу РК

Таким образом, наши исследования свидетельствуют о том, что полное соответствие диагностики по 5-ти изучаемым заболеваниям наблюдается в 29,9%, частичное соответствие – 47,2% и несоответствие – 22,9%.

Полное соответствие диагностики Национальному клиническому протоколу было наивысшим при ишемической болезни сердца (45,7%).

При артериальной гипертонии данный показатель составил 24,4%, при бронхиальной астме – 36,3%, ХОБЛ – 25,7% и при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 5,2% случая полного соответствия.

Наибольшее несоответствие диагностики Национальному протоколу РК было выявлено при артериальной гипертонии (36,1%) и наименьшее – при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (18,8%).

В целом, при 5-ти анализируемых заболеваниях полное соответствие лечения Национальным клиническим протоколам оказалось низким (22,4%). Частичное соответствие выявлено в 61,4% и несоответствие – в 1,1%.

Полное соответствие лечения Национальному протоколу было наивысшим при бронхиальной астме (31,3%).

При артериальной гипертонии данный показатель составил 18,5%, при ишемической болезни сердца – 22,9%, ХОБЛ – 20,6% и при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 14,6% случая полного соответствия.

Наибольшее несоответствие лечения Национальному протоколу РК было выявлено при ишемической болезни сердца (20,5%) и наименьшее – при бронхиальной астме (10,4%).

3.4 Предотвратимый экономический ущерб при адаптации Национальных протоколов РК в соответствии с международными клиническими руководствами

Нами проведен подсчет финансовых затрат для диагностики заболеваний (Артериальная гипертензия, Острый инфаркт миокарда, ХОБЛ, Язвенная болезнь) в соответствии с двумя анализируемыми клиническими протоколами. Стоимость диагностических услуг приведена согласно тарификатору МЗ РК (приложение 1 к приказу №759 от 27 декабря 2007 года «Об утверждении нового перечня тарификатора медицинских услуг и внедрении пилотного проекта модели частичного фондодержания»).

Экономически предотвратимый ущерб был рассчитан в прогнозе на тот случай, если протоколы РК будут адаптированы под протоколы NICE.

3.4.1 Артериальная гипертония

Нами проведен подсчет финансовых затрат для диагностики артериальной гипертонии в соответствии с двумя анализируемыми клиническими протоколами.

Таблица 23 – Диагностика артериальной гипертензии в соответствии с Национальным протоколом Казахстана и клиническим руководством NICE

Наименование диагностических процедур	Стоимость в тенге	
	Национальный протокол	Британский протокол
Общий анализ мочи	600	600
Общий анализ крови	800	–
Электролиты крови – натрий, калий, кальций	5000	5000
Мочевина	400	–
Креатинин	300	300
Коагулограмма	2600	–
Офтальмоскопия	8500	–
Электрокардиография	1500	1500
Консультация невропатолога	1000	–
Эхокардиография	2500	2500
Гликемический профиль	600	600
Липидный спектр	3000	3000
Суточное мониторирование АД	3500	3500
Проба Реберга	1500	–
Реоэнцефалография и определение типа мозговой гемодинамики	1300	–
Итого:	33100	17000

Из таблицы 23 следует, что финансовые затраты на диагностику АГ в Казахстане составляют 33100 тенге, а в Великобритании – 17000 тенге. Разница в финансовых затратах по диагностике АГ по клиническому руководству NICE на 16100 тенге дешевле за каждый случай болезни, чем по Национальному протоколу Казахстана. По данным Республиканского центра развития Министерства здравоохранения РК, в 2011 году были зарегистрированы 921225 больных артериальной гипертензией в целом по республике. Умножив это число больных на 16 100 тенге, получаем $\Sigma\PhiЗ_{АГ} = 1\,483\,172\,200$ тенге. Таким образом, при адаптации Национального клинического протокола РК по гипертензии клиническому руководству NICE предотвращенный экономический ущерб составил бы почти 1,5 млрд. тенге.

3.4.2 Острый инфаркт миокарда

Таблица 24 – Диагностика ОИМ в соответствии с Национальным протоколом Казахстана и клиническим руководством NICE

Наименование диагностических мероприятий	Средняя стоимость в тенге	
	Национальный протокол	NICE
1	2	3
Общий анализ крови	1000	1000
Общий анализ мочи	600	600

Продолжение таблицы 24

1	2	3
Определение глюкозы	400	400
Определение креатинфосфокиназы (кфк)	500	–
Измерение артериального давления	0	0
Антропометрия	0	0
Коагулограмма крови (основные тесты)	2600	2600
Определение электролитов	5000	5000
Электрокардиограмма	1500	1500
Эхокардиография	2500	–
Стрессовая эхокардиография	–	7000
Определение времени свертываемости капиллярной крови	430	–
Определение бета-липопротеидов	2000	–
Определение холестерина	400	400
Определение холестерина липопротеидов высокой плотности	300	–
Определение триглицеридов	600	–
Определение АЛТ и АСТ	700	700
ИФА тропонин	3000	3000
ИФА миоглобина	1900	–
Определение билирубина	500	–
Определение мочевины	400	–
Определение креатинина	300	–
Проба Реберга	1500	–
Исследование кала на скрытую кровь	650	–
УЗИ органов брюшной полости	2500	–
Пульсовая оксиметрия	1000	1000
Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру	5000	–
Рентгенография грудной клетки в двух проекциях	2000	2000
Итого:	37 280	25 200

Из таблицы 24 следует, что финансовые затраты на диагностику ОИМ в Казахстане составляют 37 280 тенге, а в Великобритании – 25 200 тенге. Разница в финансовых затратах по диагностике ОИМ по клиническому руководству NICE на 12 080 тенге дешевле за каждый случай болезни, чем по Национальному протоколу Казахстана.

По данным Республиканского центра развития Министерства здравоохранения РК, в 2011 году были зарегистрированы 8376 больных острым инфарктом миокарда в целом по республике. Умножив это число больных на 12080 тенге, получаем $\Sigma\text{ФЗ}_{\text{ОИМ}} = 101\,182\,080$ тенге.

Таким образом, при адаптации Национального клинического протокола РК по гипертензии клиническому руководству NICE предотвращенный экономический ущерб составил бы более 101 млн. тенге.

3.4.3 Хроническая обструктивная болезнь легких

Нами подсчитаны финансовые затраты на диагностику ХОБЛ по двум сравниваемым клиническим протоколам (таблица 25).

Таблица 25 – Финансовые затраты на диагностику ХОБЛ по Национальному протоколу РК и клиническим протоколом NICE

Наименование диагностических мероприятий	Стоимость исследования в тенге	
	Национальный протокол РК	Клинический протокол NICE
Лабораторно-инструментальное исследование		
Общий анализ крови	1000	1000
Общий анализ мочи	600	–
Микрореакция	400	–
Общий анализ мокроты	890	–
Спирометрия	2000	2000
Флюорография	700	700
Расчет индекса массы тела (ИМТ)-	0	0
Консультация терапевта	1000	–
Перечень дополнительных диагностических мероприятий		
Цитология мокроты	2500	2500
Исследование мокроты на БК	850	–
Анализ чувствительности микробов к антибиотикам	1600	–
Рентгенография органов грудной клетки	3000	–
Компьютерное сканирование грудной клетки	–	8000
Фибробронхоскопия	7300	–
Консультация пульмонолога	1020	–
Консультация отоларинголога	1250	–
Газовый состав крови	1000	1000
Альфа-1 антитрипсин	–	600
Пикфлоуметрия	–	600
ЭКГ	–	1800
Эхокардиография	–	5000
Пульсовая оксиметрия	–	600
Итого:	25110	23800

Из таблицы 25 следует, что финансовые затраты на диагностику ХОБЛ в Казахстане составляют 25110 тенге, а в Великобритании - 23800 тенге.

Разница в финансовых затратах по диагностике ХОБЛ по клиническому руководству NICE на 1310 тенге дешевле за каждый случай болезни, чем по Национальному клиническому протоколу РК.

По данным Республиканского центра развития Министерства здравоохранения РК, в 2011 году в Казахстане были диагностированы 91657 больных ХОБЛ по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации. Умножив указанное количество больных на 1310 тенге, получаем $\Sigma ФЗ_{ХОБЛ} = 120\ 070\ 670$ тенге.

Таким образом, если Республика Казахстан адаптирует рекомендации клинического руководства NICE в Национальном клиническом протоколе ХОБЛ, то экономический эффект составит более 120 млн. тенге в год.

3.4.4 Язвенная болезнь

Таблица 26 – Финансовые затраты на диагностику ЯБ по Национальному протоколу РК и клиническим протоколом NICE

Наименование диагностических мероприятий	Стоимость в тенге	
	Национальный протокол РК	Британский протокол
Общий анализ крови	600	600
Определение сывороточного железа в крови.	2800	2800
Анализ кала на скрытую кровь.	600	600
Общий анализ мочи.	400	–
ЭФГДС с прицельной биопсией (по показаниям).	4500	4500
Гистологическое исследование биоптата.	2500	–
Цитологическое исследование биоптата.	1800	1800
Тест на Hp	1200	1200
Итого:	14400	11500

Из таблицы 26 следует, что финансовые затраты на диагностику ЯБ в Казахстане составляют 14 400 тенге, а в Великобритании – 11 500 тенге. Разница в финансовых затратах по диагностике ЯБ по клиническому руководству NICE на 2900 тенге дешевле за каждый случай болезни, чем по Национальному протоколу Казахстана.

По данным Республиканского центра развития Министерства здравоохранения РК, в 2011 году были зарегистрированы 103 895 больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки в целом по республике.

Умножив это число больных на 2900 тенге, получаем $\Sigma\PhiЗ_{\text{ЯБ}} = 301295500$ тенге. Таким образом, при адаптации Национального клинического протокола РК по ЯБ клиническому руководству NICE предотвращенный экономический ущерб составил бы более 301 млн. тенге.

Если суммировать вышеизложенные финансовые затраты:

$$\Sigma\PhiЗ_{\text{общ}} = \Sigma\PhiЗ_{\text{АГ}} + \Sigma\PhiЗ_{\text{ОИМ}} + \Sigma\PhiЗ_{\text{ХОБЛ}} + \Sigma\PhiЗ_{\text{ЯБ}} = 2\,005\,720\,450 \text{ (тг)},$$

то только на диагностику при 4-х анализируемых заболеваниях, то общий предотвращенный экономический ущерб составит более 2,0 млрд. тенге в год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Государственной программе «Саламатты Қазақстан (2011-2015 гг.)» указывается, что уровень необоснованных госпитализаций в стационары страны достиг 30%, а частота необоснованных вызовов скорой медицинской помощи превышает 20%. Эти данные свидетельствуют о неэффективности системы предоставления медицинских услуг в республике и диктуют необходимость глубокого анализа причин высокого уровня необоснованных госпитализаций в стране. Высокий уровень госпитализаций, в том числе необоснованных способствует избыточной больничной инфраструктуре и, следовательно, большим расходам здравоохранения на стационарную помощь. Так, по данным Katsaga A. et al. (2012), в 2008 году государственные расходы на стационарную помощь в Казахстане в 2,6 раза превышали расходы на амбулаторную помощь. При этом, соотношение финансирования стационарной и амбулаторной помощи значительно различается по регионам страны с 1,2 в Мангистауской области до 5,5 в Костанайской области.

Основными причинами избыточной госпитализации в 1990-х годах и в начале 2000-х годов являлись недостаточный доступ к лекарственным средствам на амбулаторном уровне, низкое качество услуг ПМСП, плохо функционирующая система направлений пациентов из первичного звена оказания помощи на вторичный уровень. Эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения РК снижена из-за продолжающейся ориентации системы на стационарную помощь.

Избыточное количество стационарных коек, плохие показатели результатов лечения в стационарной службе, а также большое количество специализированных больниц свидетельствуют о необходимости улучшения технической эффективности системы.

Изучение практики госпитализаций больных гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца (стенокардия и острый инфаркт миокарда), язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких показало, что в республике существуют 2 нормативных документа Министерства здравоохранения, противоречащих друг другу.

Так, согласно приказа Министерства здравоохранения РК №235 от 05.04.2010 года «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14.10.2009 года №527 «Перечень заболеваний, подлежащих стационарному и стационар-замещающему лечению, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ-10)», стационарному лечению подлежат больные со следующими заболеваниями. Из 7826 заболеваний подлежат стационарному лечению пациенты, страдающие 7726 болезнями, т.е. 98,7%.

Таким образом, в Национальных клинических протоколах РК четко изложены критерии госпитализации больных с вышеуказанными заболеваниями. Они более научно- обоснованные, нежели упрощенный

перечень заболеваний, изложенных в приказе Министерства здравоохранения РК. Поэтому следует привести в соответствие данный приказ с Национальными клиническими протоколами, поскольку наличие двух нормативных документов, противоречащих друг другу, возможно ставит в тяжелое положение врачей ПМСП и амбулаторно-поликлинических организаций. Они не знают, каким документом руководствоваться при направлении больных в стационары. Несомненно, вышеуказанный приказ Министерства здравоохранения является одной из причин высокой и необоснованной госпитализации больных в республике.

Нами проведено сравнительное изучение Национального протокола диагностики и лечения артериальной гипертензии Министерства здравоохранения РК с клиническим протоколом Кембриджского Университета (Guidelines for the Management of Hypertension, Clinical Pharmacology Unit, University of Cambridge, 2010). Следует отметить, что клинический протокол Кембриджского Университета был разработан совместно с Британским советом по гипертензии (British Hypertension Society) и Национальным институтом клинического совершенства (National Institute of Clinical Excellence – NICE), а также на основе научных доказательств из современных крупномасштабных исследований.

Классификация Британского общества по гипертензии сходна с таковой ВОЗ/МОАГ, которой руководствуется Национальный клинический протокол РК, за исключением того, что в ней выделяется изолированная систолическая гипертензия 2-й степени.

Что касается диагностических исследований, то Национальный клинический протокол РК имеет ряд существенных отличий от Британского клинического протокола. В частности, в Британском клиническом протоколе отсутствуют рекомендации по проведению анализа мочи, офтальмоскопии и консультации невропатолога. Исследуются только электролиты и креатинин крови. Эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, определение ренина, альдостерона и метанефрина крови, согласно Британского клинического протокола, проводятся лишь в отдельных случаях. А проба Реберга и реоэнцефалография и вовсе не рекомендуются. В отличие от Национального клинического протокола РК Британский протокол при лечении гипертензии большое внимание уделяет изменению стиля жизни и формированию здорового образа жизни. Эти рекомендации основываются на последних достижениях многоцентровых исследований, продемонстрировавших высокую эффективность изменения стиля жизни в снижении повышенного артериального давления. Британское общество по гипертензии рекомендует также прекращение курения, сокращение потребления жиров и, особенно, насыщенных жиров, замену насыщенных жиров ненасыщенными жирами, увеличение потребления рыбьего жира и использование релаксирующих технологий.

Согласно Национальному клиническому протоколу РК, тактика лечения больных артериальной гипертензией в Казахстане не зависит от возраста

больных и их расовой и этнической принадлежности и в этом отношении он существенно отличается от схемы лечения гипертонии, предложенной Кембриджским Университетом.

Кембриджский Университет подразделяет больных гипертонией на 2 основные группы: лица моложе 55 лет и не чернокожие и лица старше 55 лет или чернокожие. Кроме того, в клиническом протоколе Кембриджского Университета нет рекомендаций по назначению больным гипертонией статинов, сердечных гликозидов, фуросемида, морфина и дыханию увлажненным кислородом, как это предписано Национальным клиническим протоколом РК. В Национальном клиническом протоколе РК отсутствует ступенчатая схема лечения артериальной гипертонии, которая рекомендована Кембриджским Университетом, а приводится лишь перечень основных и дополнительных медикаментов (А – больные гипертонией без признаков сердечной недостаточности и Б – больные гипертонией с признаками сердечной недостаточности).

Определение стенокардии напряжения по Национальному клиническому протоколу РК и NICE сходно. Однако если классификация и диагностика стенокардии напряжения по Национальному клиническому протоколу РК основывается на рекомендациях ВКНЦ АМН СССР от 1989 года, то NICE разработала рекомендации в 2010 году при участии Королевского колледжа врачей, Королевского колледжа врачей общей практики и Королевского колледжа медицинских сестер. Другими словами разница в рекомендациях двух сравниваемых клинических протоколов имеет более чем 20 летнюю дистанцию.

NICE считает целесообразным 2 тактики ведения больных с острой загрудинной болью.

Ключевыми приоритетами клинического протокола NICE также являются: 1) разъяснение больному, каким должны быть его навыки для саморегулирования поведения и физической активности, включая сексуальную активность, а также влияния стрессов, тревоги или депрессии; 2) рекомендация больному одного или двух антиангинальных медикаментов и при необходимости лекарства для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний; 3) предложение больному аортокоронарного шунтирования или чрезкожной коронарной интервенции в случаях, когда медикаментозное лечение не помогает.

Диагностика и классификация инфаркта миокарда как формы ИБС по Национальному клиническому протоколу РК основывается на значительно устаревших рекомендациях (рабочая группа экспертов ВОЗ, 1979; Е.И. Чазов, 1982).

Что касается медикаментозной терапии, то в Национальном клиническом протоколе РК в отличие от клинического протокола NICE отсутствуют рекомендации по назначению антагониста витамина К, а именно высокоактивного варфарина, антагонистов альдостерона и активаторов калиевых каналов.

Диагностика ХОБЛ по Национальному клиническому протоколу и клиническому протоколу NICE также значительно различается. Так, клинический протокол NICE рекомендует дополнительно оценить потерю массы тела, непереносимость нагрузок, пробуждение ночью, отечность нижних конечностей, одышку, чувствительность к изменениям окружающей среды, боль в грудной клетке и кровохарканье.

В клиническом протоколе NICE отсутствуют рекомендации по проведению общего анализа мочи, микрореакции, исследования мокроты на БК, анализа чувствительности микробов к антибиотикам, фибробронхоскопии, консультации пульмонолога и отоларинголога. В то же время в Национальном клиническом протоколе РК нет следующих исследований, рекомендуемых NICE: фактор передачи монооксида карбоната, альфа-1 антитрипсин, пикфлоуметрия, ЭКГ, эхокардиография и пульсовая оксиметрия.

Клинический протокол NICE не рекомендует оральную антиоксидантную терапию альфа-токоферолом и бета-каротином как в отдельности, так и в комбинации. При этом большое внимание уделяется длительной терапии кислородом, как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Кроме того, имеются рекомендации по назначению антагонистов М-холинорецепторов короткого действия, оральных кортикостероидов и оральной профилактической антибиотикотерапии.

Между Национальным клиническим протоколом РК и Британским клиническим руководством имеются существенные различия в диагностике бронхиальной астмы. В частности, Британский клинический протокол признает, что возможность диагноза астмы высоко вероятна при наличии более чем одного из приведенных в таблице 16 симптомов. Кроме того, в Британском клиническом руководстве приводятся клинические симптомы, снижающие возможность бронхиальной астмы.

Спирометрия является наиболее предпочтительным начальным тестом для оценки наличия и степени тяжести бронхиальной астмы, согласно Британского клинического протокола.

Рентгенологическое исследование грудной клетки рекомендуется проводить у больных с атипичными или дополнительными симптомами. Дополнительные исследования, такие как полное изучение функции внешнего дыхания, число эозинофилов в крови, IgE и аллергические кожные тесты имеют ценность только у отдельных больных.

Критериями направления на консультацию к узким специалистам по Британскому клиническому протоколу являются следующие состояния: неясный диагноз; неожиданные клинические находки (цианоз, болезни сердца, потрескивание, хруст); необъяснимая рестриктивная спирометрия, подозрение на профессиональную астму; постоянная одышка; монофонический свист или стрidor; значительные системные изменения (миалгия, лихорадка, потеря массы тела); хроническая продукция мокроты, высокая эозинофилия крови ($>1 \times 10^9/l$); плохой ответ на лечение астмы; тяжелое прогрессирующее течение астмы.

В то же время в Национальном клиническом протоколе РК приведен лишь перечень необходимого объема обследований, основных и дополнительных диагностических мероприятий.

Национальный клинический протокол РК и Национальный клинический протокол по диспепсии, разработанный Университетом Ньюкасла (University of Newcastle upon Tyne, 2004) имеют существенные различия, как в тактике диагностики, так и лечения больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки. Национальный клинический протокол по диспепсии, разработанный Университетом Ньюкасла (University of Newcastle upon Tyne, 2004), предназначен для использования на уровне ПМСП врачами общей практики, практикующими медицинскими сестрами и другими профессионалами ПМСП. В данном Национальном клиническом руководстве изложены критерии направления больных с язвенной болезнью на вторичный уровень оказания медицинской помощи. Отмечается, что врачи стационаров также должны следовать рекомендациям, изложенным в клиническом руководстве.

Критериями для срочного (в тот же день) направления к специалисту по эндоскопии являются: острое гастродуоденальное кровотечение, прогрессирующая неясной этиологии потеря массы тела, прогрессирующее затрудненное глотание, персистирующая рвота, железодефицитная анемия, подозрение на задержку бария в эпигастральной области.

Согласно Национальному протоколу РК критериями перевода больного с уровня ПМСП на следующий этап является купирование диспепсического и болевого синдрома.

По Национальному клиническому протоколу по диспепсии, разработанному Университетом Ньюкасла (University of Newcastle upon Tyne, 2004) рутинное эндоскопическое исследование не рекомендуется проводить у лиц любого возраста с диспепсией без каких-либо тревожных симптомов. Однако у лиц старше 55 лет эндоскопию следует провести, если в анамнезе были указания на язву желудка или было проведено хирургическое вмешательство, если больной вынужден принимать длительное время нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты, если имеются у больного высокий риск рака или подозрения на рак желудка. В то же время Национальный протокол РК рекомендует проводить инвазивные диагностические вмешательства всем пациентам со следующими симптомами: кровотечения, обструкции, пенетрации и перфорации.

Наши исследования свидетельствуют о том, что полное соответствие диагностики по 5-ти изучаемым заболеваниям наблюдается в 29,9%, частичное соответствие – 47,2% и несоответствие – 22,9%. Полное соответствие диагностики Национальному клиническому протоколу было наивысшим при ишемической болезни сердца (45,7%). При артериальной гипертонии данный показатель составил 24,4%, при бронхиальной астме – 36,3%, ХОБЛ – 25,7% и при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 5,2% случаев полного соответствия. Наибольшее несоответствие диагностики Национальному

протоколу РК было выявлено при артериальной гипертонии (36,1%) и наименьшее – при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (18,8%).

В целом, при 5-ти анализируемых заболеваниях полное соответствие лечения Национальным клиническим протоколам оказалось низким (22,4%). Частичное соответствие выявлено в 61,4% и несоответствие – в 1,1%. Полное соответствие лечения Национальному протоколу было наивысшим при бронхиальной астме (31,3%). При артериальной гипертонии данный показатель составил 18,5%, при ишемической болезни сердца – 22,9%, ХОБЛ – 20,6% и при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 14,6% случаев полного соответствия.

Наибольшее несоответствие лечения Национальному протоколу РК было выявлено при ишемической болезни сердца (20,5%) и наименьшее – при бронхиальной астме (10,4%).

Нами проведен подсчет финансовых затрат для диагностики артериальной гипертонии в соответствии с двумя анализируемыми клиническими протоколами. Финансовые затраты на диагностику одного случая АГ в Казахстане составляют 33 100 тенге, а в Великобритании – 17 000 тенге. Разница в финансовых затратах по диагностике АГ по клиническому руководству NICE на 16 100 тенге дешевле за каждый случай болезни, чем по Национальному протоколу Казахстана.

По данным Республиканского центра развития Министерства здравоохранения РК, в 2011 году были зарегистрированы 921 225 больных артериальной гипертонией в целом по республике. Умножив это число больных на 16 100 тенге, получаем 1 483 172 200 тенге. Таким образом, при адаптации Национального клинического протокола РК по артериальной гипертонии клиническому руководству NICE предотвращенный экономический ущерб составил бы почти 1,5 млрд. тенге в год.

Финансовые затраты на диагностику ОИМ в Казахстане составляют 37 280 тенге, а в Великобритании – 25 200 тенге. Разница в финансовых затратах по диагностике ОИМ по клиническому руководству NICE на 12 080 тенге дешевле за каждый случай болезни, чем по Национальному протоколу Казахстана.

По данным Республиканского центра развития Министерства здравоохранения РК, в 2011 году были зарегистрированы 8376 больных острым инфарктом миокарда в целом по республике. Умножив это число больных на 12080 тенге, получаем 101 182 080 тенге.

Таким образом, при адаптации Национального клинического протокола РК по гипертонии клиническому руководству NICE предотвращенный экономический ущерб составил бы более 101 млн. тенге.

Финансовые затраты на диагностику ХОБЛ в Казахстане составляют 25110 тенге, а в Великобритании - 23800 тенге. Разница в финансовых затратах по диагностике ХОБЛ по клиническому руководству NICE на 1310 тенге дешевле за каждый случай болезни, чем по Национальному клиническому протоколу РК.

По данным Республиканского центра развития Министерства здравоохранения РК, в 2011 году в Казахстане были диагностированы 91657 больных ХОБЛ по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации. Умножив указанное количество больных на 1310 тенге, получаем 120 070 670 тенге.

Таким образом, если Республика Казахстан адаптирует рекомендации клинического руководства NICE в Национальном клиническом протоколе ХОБЛ, то экономический эффект составит более 120 млн. тенге в год.

Финансовые затраты на диагностику ЯБ в Казахстане составляют 14 400 тенге, а в Великобритании – 11 500 тенге. Разница в финансовых затратах по диагностике ЯБ по клиническому руководству NICE на 2900 тенге дешевле за каждый случай болезни, чем по Национальному протоколу Казахстана.

По данным Республиканского центра развития Министерства здравоохранения РК, в 2011 году были зарегистрированы 103 895 больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки в целом по республике. Умножив это число больных на 2900 тенге, получаем 301 295 500 тенге. Таким образом, при адаптации Национального клинического протокола РК по ЯБ в соответствии с клиническим руководством NICE предотвращенный экономический ущерб составил бы более 301 млн. тенге в год.

Если суммировать вышеизложенные финансовые затраты только на диагностику при 4-х анализируемых заболеваниях, то общий предотвращенный экономический ущерб составит более 2,0 млрд. тенге в год.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие **выводы:**

1. В Национальных клинических протоколах РК четко изложены критерии госпитализации больных с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения и инфаркт миокарда), бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких и язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки. Они более научно-обоснованные, нежели упрощенный перечень 7826 заболеваний, из которых 7726 (98,7%) подлежат стационарному лечению, согласно приказу Министерства здравоохранения РК №235 от 05.04.2010 года.

2. Установлены значительные различия между Национальными клиническими протоколами РК и Британскими клиническими руководствами (протоколами) по диагностике и лечению артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца (стенокардия напряжения и инфаркт миокарда), бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких и язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.

3. Полное соответствие диагностики по 5-ти изучаемым заболеваниям наблюдается в 29,9%, частичное соответствие – 47,2% и несоответствие – 22,9%. Полное соответствие диагностики Национальному клиническому протоколу было наивысшим при ишемической болезни сердца (45,7%). При артериальной гипертонии данный показатель составил 24,4%, при бронхиальной астме – 36,3%, ХОБЛ – 25,7% и при язвенной болезни желудка и

12 перстной кишки 5,2% случая полного соответствия. Наибольшее несоответствие диагностики Национальному протоколу РК было выявлено при артериальной гипертонии (36,1%) и наименьшее – при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (18,8%). В целом, при 5-ти анализируемых заболеваниях полное соответствие лечения Национальным клиническим протоколам оказалось низким (22,4%). Частичное соответствие выявлено в 61,4% и несоответствие – в 1,1%. Полное соответствие лечения Национальному протоколу было наивысшим при бронхиальной астме (31,3%). При артериальной гипертонии данный показатель составил 18,5%, при ишемической болезни сердца – 22,9%, ХОБЛ – 20,6% и при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки 14,6% случая полного соответствия.

4. При проведении подсчета финансовых затрат для диагностики заболеваний в соответствии с двумя анализируемыми клиническими протоколами выявлено, что при адаптации Национального клинического протокола РК предотвращенный экономический ущерб составил бы: по гипертонии почти 1,5 млрд. тенге, при остром инфаркте миокарда более 101 млн. тенге, по ХОБЛ более 120 млн. тенге в год, по язвенной болезни более 301 млн. тенге. В общем предотвратимый ущерб по 4-м заболеваниям составил бы более 2,0 млрд. тенге в год.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Следует привести в соответствие приказ МЗ РК №235 от 05.04.2010 года «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 527 «Об утверждении Перечня болезней подлежащих стационарному и стационарозамещающему лечению в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ-10)» с Национальными протоколами РК. Вышеуказанный приказ Министерства здравоохранения является одной из причин высокой и необоснованной госпитализации больных в республике.

2. Высокий уровень несоответствия диагностики и лечения больных с 5-ю изученными заболеваниями врачами амбулаторно-поликлинических организаций Алматы Национальным клиническим протоколам диктуют необходимость их интенсивного и регулярного обучения.

3. Следует переработать Национальные клинические протоколы РК по 5-ти изученными нами заболеваниями и привести их в соответствие с международными клиническими руководствами, в частности Британскими. При этом предотвращенный экономический ущерб только по диагностики 4-х заболеваний (артериальная гипертония, острый инфаркт миокарда, ХОБЛ и язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки) составит более 2,0 млрд. тенге в год.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Отчет Республиканского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Казахстан. - 2012.
- 2 Алматинская декларация // Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи. - Алматы, 1978, сентябрь - 12.
- 3 Шарманов Т.Ш. Алматинский рубеж мирового здравоохранения. - Алматы, 2008. – 243 с.
- 4 Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 3-е издание. - М.: Геотар-медиа, 2011. – 542 с.
- 5 Аканов А.А., Девятко В.Н., Ахметов В.И., Байсеркин Б.С., Тулебаев К.А., Кацага А.Я. Больничное дело в Казахстане: состояние, проблемы и подходы к новой модели. - Астана, 2006. – 129 с.
- 6 Аканов А.А., Сейдуманов С.Т., Ахметов В.И. и др. Контуры нового здравоохранения и концептуальные подходы к стратегии реформы здравоохранения до 2020 года. - Алматы, 2009. – 165 с.
- 7 Жарко В.И. Достижение и перспективы развития здравоохранения Республики Беларусь // Федеральный справочник «Здравоохранение в России». – 2011. - № 11.
- 8 Матвеев Э.Н., Шляфер С.И. Реорганизация стационарной медицинской помощи населению Российской Федерации – основной путь повышения ее эффективности. Повышение эффективности служб здравоохранения Российской Федерации. - М., 1998. – С.165-168.
- 9 Legon E.D. Free Public Health: An Unquestionable Achievement of Cuba. - Havana Times, 2012, august - 4.
- 10 Roger Z. George and James B. Bruce, eds. Analyzing Intelligence: Origins, Obstacles, and Innovations. CIA World Fact Book. - 2009.
- 11 Reif S.S., Des Harnais S., Bernard S. Community perceptions of the effects of rural hospital closure on access to care // The Journal of Rural Health. – 1999. - №15. – P. 202–209.
- 12 Chan M., Nicklason F., Vial J. Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly // Internal Medicine Journal. – 2001. - №31(4). – P. 199-205.
- 13 Dempsey J. The appropriateness of admissions and the influences on a decision to admit // Journal of Quality in Clinical Practice. – 2000. - № 20(2-3). – P. 95-99.
- 14 Champion E., Morrissey S. A Different Model – Medical Care in Cuba // N Engl. J Med. – 2013. - №368. - P. 298 – 299.
- 15 Adrian A. Naranjo, et al. Learning from Cuban Primary Health Care. Medisc. - 2007.
- 16 Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформа система здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / пер. с англ. –М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
- 17 Cuba improves maternal mortality rate. - Havana Times, 2012, january - 5. – P. 28.

- 18 Sanderson C., Dixon J. Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care // *Journal of Health Services Research and Policy*. – 2000. - №5 (4). – P. 222-230.
- 19 Australia's Health 2010. AIHW // Canberra. – 2010. - № 12. – 599 p.
- 20 Andrews H., Gilbar P., Wiedman R., Groves C. Fall-related hospital admissions in elderly patients: Contribution of medication use // *Australian Journal of Hospital Pharmacy*. – 2001. - №31 (3). – P. 183-187.
- 21 Rose V. At risk committee // *Australian Journal of Ageing*. – 1989. - №8 (1). – P. 9-12.
- 22 OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. - OECD Publishing, 2011 // http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
- 23 The National Health Performance Framework. - 2009.
- 24 Anell A., Glenngård A.H., Merkur S. Sweden: Health system review // *Health Systems in Transition*. – 2012. - №14(5). – P. 1–159.
- 25 McKee M. Какие уроки были извлечены странами, где было резко сокращено число больничных коек? What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity? – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Health Evidence Network report, 2003 // <http://www.euro.who.int/Document/E82973.pdf>, accessed 29 August 2003
- 26 Wasserkrug S., Mandelbaum A. Services Research in Hospitals, or. The Multi-Disciplinary Science of Patients Care. – 2011. – P. 25.
- 27 Campbell J. Inappropriate admissions: thoughts of patients and referring doctors // *J. R. Soc. Med.* – 2001. - №94. – P. 48-52.
- 28 McKee M. For debate - does health care save lives? // *Croatian Medical Journal*. - 1999. - №40. – P. 123-128.
- 29 Saltman R.B., Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of Current. - 1997. – P. 84.
- 30 Shanahan M., Brownell M.D., Roos N.P. The unintended and unexpected impact of downsizing: costly hospitals become more costly // *Medical Care*. - 1999. – Vol. 37, suppl. 6. – P. 123-134.
- 31 Hensher M., Edwards N. Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s // *British Medical Journal*. - 1999. - Vol. 319, №7214. – P. 911-914.
- 32 Katsaga A., Kulzhanov M., Karanicolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review // *Health Systems in Transition*. – 2012. - №14 (4). – 154 p.
- 33 Ministry of Health. National Health Accounts. Review of Overall Health Expenditures. - Astana, 2009. – P. 86.
- 34 WHO European Health for All Database. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
- 35 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Итоги работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2011 год и задачи на 2012 год (информационный материал). - Астана, 2012. – 138 с.
- 36 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». - 2009.

37 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении видов и объемов медицинской помощи. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК №796 от 26.11.2009 года.

38 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. - Астана, 2004.

39 Ensor T., Thompson R. Rationalizing rural hospital services in Kazakhstan // The International Journal of Health Planning and Management. – 1999. - № 14. – P. 155–167.

40 Forster A., Young J., Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people: the Day Hospital Group // British Medical Journal. -1999. - Vol. 318, №7187. – P. 837-841.

41 Hensher M., Fulop N., Hood S., Ujah S. Does hospital at home make economic sense? Results of an economic evaluation of early discharge hospital at home care for orthopedic patients in three areas of West London // Journal of the Royal Society of Medicine. - 1996. - №89. – P. 595-600.

42 Fields S.A., Ustatine R., Steiner E. Teaching medical students in the ambulatory setting // Journal of the American Medical Association. - 2000. - №283. – P. 2362-2364.

43 Hansen A. Organization and management structures of hospitals and hospital departments // Hospital. - 2000. - №2(1). – P. 18-20.

44 Инструкция по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации (утверждена приказом Министра здравоохранения РК от 3 июля 2010 года № 492).

45 Приказ МЗ РК №759 от 27 декабря 2007 года «Об утверждении нового перечня тарификатора медицинских услуг и внедрении пилотного проекта модели частичного фондодержания».

46 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 "Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации".

47 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Государственная программа «Саламатты Қазақстан». - 2009.

48 Goodman S.N. Towards Evidence-Based Medical Statistics // Ann. Intern. Med. – 1999. - №130. – P. 995-1004.

49 Аляутдин Р.Н., Романов Б.К., Чубарев В.Н. Доказательная медицина (evidence-based medicine) и опыт ее преподавания на фармацевтическом факультете ГОУ ВПО Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова // Российский медицинский журнал. - 2006. - №2 // <http://medart.komlog.ru/ucm/item/contents/>.

50 Healy J., McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M., Healy J., eds. Hospitals in a changing Europe. Policy brief. Reducing hospital beds.– Buckingham: Open University Press, 2002. – Vol. 6(14). – P. 14–35.

- 51 Ouslander G. et al. CMS Special study in Georgia – Expert ratings of potentially avoidable hospitalizations // *Journal of American Geriatric Society*. – 2010. - №58. – P. 627-635.
- 52 Varghese P., Cumming S. Patients waiting placement for residential care in participating Brisbane public hospitals. - 2002. – P. 39.
- 53 Ribbe M.W. et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings // *Age and Ageing*. – 1997. - Vol. 26, suppl. 2. – P. 3–12.
- 54 Sox C., Burstin H., Edwards R. et al. Hospital admissions through the emergency department: does insurance status matter? // *The American Journal of Medicine*. – 1998. - Vol. 105. – P. 502-512.
- 55 Ansari Z., Haider Syed I., Humaira A., Tanyth de Gooyer, Colin Sindall. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria. – Australia: BMC Health Services Research, 2012, december. - Vol. 12. - P. 475.
- 56 Miller S. Unnecessary and avoidable hospital admissions for older people. A report to the Department of Health and Ageing. - 2003. – 101 p.
- 57 McKee M., Healy J. The significance of hospitals: an introduction. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. – Buckingham: Open University Press, 2002. – P. 3–13.
- 58 Healy J., McKee M. Improving performance within the hospital. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. – Buckingham: Open University Press, 2002. – P. 205–225.
- 59 Disano J., Goylet J., Muhajarine N. et al. Social-economic status and rates of hospital admission for chronic disease in urban Canada // *Can Nurse*. - 2010. - Vol. 106, №1. – P. 24-29.
- 60 DeCoster C., Peterson C., Carriere K., Kasian P. Assessing the extent to which hospitals are used for acute care purposes // *Medical Care*. – 1999. - Vol. 37, №6. – P. 151-166.
- 61 Department of Human Services Victoria. *Emergency demand management – a new approach*. – Melbourne, 2001. – P. 118.
- 62 Grumbach K, Seifer S, Vranizan K, et al. *Physician and Clinic Supply: Impact on Preventable Hospitalization Rates in California*. - Berkeley: California Policy Seminar, 1995.
- 63 Parkes J., Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review) // *The Cochrane Library*. – 2003. - №2. – P. 94.
- 64 Lachs M., Williams C., O'Brien C. et al. Ed use by older victims of family violence // *Annals of Emergency Medicine*. – 1997. - Vol. 30, №4. – P. 448-554.
- 65 Discher C.L. et al. Heart failure disease management: impact on hospital care, length of stay, and reimbursement // *Congestive Heart Failure*. – 2003. - № 9. – P. 77–83.
- 66 Baker D., Gazmararian J., Williams M. et al. Functional health literacy and the risk of hospital admissions among Medicare managed care enrollees // *American Journal of Public Health*. – 2002. - Vol. 92, №8. – P. 1278-1283.

67 Ishak M. Hospitalization patterns of Australian's Aboriginal population and their implications // *Aboriginal and Islander Health Worker Journal*. – 2001. - Vol. 25, №5. – P. 20-25.

68 Munro J., Brazier J., Davey R., Nicholl J. Physical activity for the over 65s: could it be a cost-effective exercise for the NHS? // *Journal of Public Health Medicine*. – 1997. - Vol. 19, №4. – P. 397-402.

69 AMA. GP services to residential aged care facilities. Discussion Paper. Australian Medical Association. - 2002. – P. 47.

70 Campbell T., Franks P., Fiscella K. et al. Do physicians who diagnose more mental health disorders generate lower health care costs? // *Journal of Family Practice*. – 2000. - Vol. 49, №4. – P. 305-310.

71 Bindman A. et al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care – 1995.

72 Ackermann J., Kemle K. The effect of a physician assistant on the hospitalization of nursing home residents (structured abstract) // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 1998. - Vol. 46, №5. – P. 610-614.

73 Ansari Z., Carson N., Serraglio A. et al. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions Study: reducing demand on hospital services in Victoria // *Australian Health Review*. – 2002. - Vol. 25, №2. – P. 71-77.

74 Becker G., Janson-Bjerklie S., Benner P. et al. The dilemma of seeking urgent care: Asthma episodes and emergency service use // *Social Science and Medicine*. – 1993. - Vol. 37, №3. – P. 305-313.

75 Thompson C., McWilliams T., Scott D., Simmons D. Importance of diabetic foot admissions at Middlemore Hospital // *New Zealand Medical Journal*. – 1993. - Vol. 106, №955. – P. 178-180.

76 Baltussen R., Ament A., Leidl R. et al. Cost-effectiveness of vaccination against pneumococcal pneumonia in the Netherlands // *European Journal of Public Health*. – 1997.- №7. – P. 153-161.

77 Deguichi Y., Takasugi Y., Tataru K. Efficacy of influenza vaccine in the elderly in welfare nursing homes: Reduction of mortality and morbidity during an influenza epidemic // *Journal of Medical Microbiology*. – 2000. - Vol. 49, №6. – P. 553-556.

78 Bowman C., Elford J., Dovey J. et al. Acute hospital admissions from nursing homes: Some may be avoidable // *Postgraduate Medical Journal*. – 2001. - Vol. 77, №903. – P. 40-42.

79 Brown A., Goldacre M., Hicks N. et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics // *Canadian Journal of Public Health*. – 2001. - Vol. 92, №2. – P. 155-159.

80 Kozak L.J., Hall M.J., Owings M.F. Trends in avoidable hospitalizations 1980–1998 // *Health Aff (Millwood)*. – 2001. - Vol. 20, №2. – P. 225–232.

81 Anderson J., Bernath V., Davies J. et al. Literature review on integrated bed and patient management. - 2001. – P. 5.

82 Омемельченко В.Н., Кремлева Н.И. Опыт разработки клинических протоколов лечения в Калужской области. Повышение эффективности служб здравоохранения Российской Федерации. -М., 1998. –С.174-178.

83 Jackson G., Tobias M. Potentially avoidable hospitalizations in New Zealand, 1989-1998. Australian and New Zealand // Journal of Public Health. – 2001. - Vol. 25, №3. –P. 212-221.

84 Milne A., Potter J., Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition (Cochrane Review) // The Cochrane Library. – 2002. - №4. – P. 8.

85 Komaromy M, Lurie N, Bindman AB. Physician practice style and rates of hospitalization for chronic medical conditions // J Gen Intern Med. – 1995. - Vol. 10, suppl. 70.

86 Bonevski B., Doran C., Bailey C., Lowe J. Description of an early discharge post-acute care program: Length of hospital stay, patient and carer needs and cost // Australian Health Review. – 2002. - Vol. 25, №2. – P. 78-86.

87 Howe A., Rosewarne R., Opie J. Mapping of services at the interfaces of acute and aged care. - Balwyn East: AACCS, 2002.

88 Department of Health UK. Older people: national service framework for older people. - London: British Government, 2001. – P. 17.

89 Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ. Potentially avoidable hospitalizations for many conditions drop dramatically for seniors. - AHRQ News and Numbers, 2009. – P. 24-37.

90 Mor V. et al. Rehospitalizations: Implications for Medicare Payment Reform // Health Affairs. – 2010. - №29. – P. 57-64.

91 The Interact Program: What is it and why does it matter? - 2011.

92 Wagstaff A. Where in the world is a hospitalization least affordable? - Blogs. Worldbank.org, 2012. – P. 4-9.

93 Maslow K., Ouslander G. Measurement of potentially preventable hospitalizations. White Paper prepared for the long term quality alliance. - 2012. – P. 47-51.

94 Finegan G. 2007-2008 potentially avoidable hospitalizations for persons less than age 65. - Xavier University, 2012. – P. 65-69.

95 Oleksiuk O., Slabkiy G., Telishevskaya M. Avoidable hospitalization for pneumonia at city children's hospital // Management in health. – 2010. - Vol. 14, № 4. – P. 34-37.

96 Clancy C. The persistent challenge of avoidable hospitalizations // Health services research. – 2005. - Vol. 40, №4. – P. 953-956.

97 Roos L., Walld R., Uhanova J., Bond R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting // Health Services Research. – 2005. - Vol. 40, №4. – P. 1167-1185.

98 Cloutier-Fisher D., Penning M., Zheng C., Druyts E. The devil is in the details: trends in avoidable hospitalization rates by geography in British Columbia // Health Services Research. – 2006. - Vol. 16, №6. – P. 104.

99 Sackett D., Rosenberg W., Gray J. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't // BMJ. – 1996. - Vol. 312, №7023. – P. 71-72.

- 100 Timmermans S., Mauck A. The promises and pitfalls of evidence based medicine // Health Affairs. – 2010. - Vol. 24, №1. – P. 18-28.
- 101 Greenhalgh T., Donald A. How to read a paper. The basics of evidence based medicine. - Wiley-Blackwell fourth edition, 2010. – P.1.
- 102 Elstein A. On the origins and development of evidence based medicine and medical decision making // Inflamm. Res. - 2004. - Vol. 53, №2. – P. 184-189.
- 103 Atkins D., Best D., Briss P. et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations // BMJ. – 2004. - Vol. 328, №7454. – P. 1490.
- 104 Walker R., Edwards C. Clinical Pharmacy and Therapeutics 2003 (3rd Edition). - Churchill Livingstone; Scotland: UK, 2004. – P. 94.
- 105 Edwards N., Harrison A. Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem. Policy brief. Reducing hospital beds // BMJ. – 1999. - Vol. 319, №6(16). – P. 1361–1363.
- 106 Weissert W., Lafata J., Williams B. Toward a strategy for reducing potentially avoidable hospital admissions among home care clients // Medical Care Research and Review. – 1997. - Vol. 54, №4. – P. 439-455.
- 107 Last J.M., Spassov R.A., Harris S.E. A dictionary of epidemiology. 4th edition. - Oxford, 1995. - P.32-42.
- 108 Гордон Б. Без протокола // Огонек. - 2002. - № 14. – С. 4742.
- 109 Реброва О.Ю. Предпосылка возникновения доказательной медицины // Журнал Здоровый смысл. – 2009. - №51. – С. 18-21.
- 110 Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
- 111 Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2003. – 133 с.
- 112 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010-2011 году (статистические материалы). - Алматы, 2012. – 279 с.
- 113 Протоколы диагностики и лечения заболеваний. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. - 2006.
- 114 Guidelines for the Management of Hypertension. Clinical Pharmacology Unit. - Cambridge University, 2009. – 20 p.
- 115 National Institute for Health and Clinical Excellence. Chest pain of recent onset. Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. - London, 2010. – 52 p.
- 116 National Institute for Health and Clinical Excellence. Management of stable angina. - London, 2011. – 12 p.
- 117 Dyspepsia: Managing dyspepsia in adults in primary care. Centre for Health Services Research Report // University of Newcastle upon Tyne. – 2004. № 112. – 251 p.
- 118 University of Newcastle upon Tyne. Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care. Evidence-Based Clinical Practice Guideline. – North of England Dyspepsia Guideline Development Group, 2004. – 228 p.
- 119 NICE clinical guideline 12. Chronic obstructive pulmonary disease. – London, 2010. – 57 p.

120 British guideline on the management of asthma. – Edinburgh; London, 2012. – 144 p.

121 Приказ Министерства здравоохранения РК №235 от 05.04.2010 года «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14.10.2009 года №527 «Перечень заболеваний, подлежащих стационарному и стационарозамещающему лечению, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ-10)».

122 Приказ МЗ РК от 10.10.2006 г. №473 «Об утверждении Инструкции по разработке и совершенствованию клинических руководств и протоколов диагностики и лечения заболеваний».

123 Celli B., MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper // *European Respiratory Journal*. – 2004. - Vol. 23, №6. – P. 932–946.

124 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. - 2008.

125 Discher C.L. et al. Heart failure disease management: impact on hospital care, length of stay, and reimbursement // *Congestive Heart Failure*. – 2003. - № 9. – P. 77–83.

126 Hafner-Eaton C. Physician utilization disparities between the uninsured and insured: comparisons of the chronically ill, acutely ill, and well nonelderly populations // *JAMA*. – 1993. - №269. – P. 787-792.

127 Wilson D.M., Truman C.D. Does the availability of hospital beds affect utilization patterns? The case of end-of-life care // *Health Services Management Research*. – 2001. - № 14. – P. 229–239.

128 Beech R., Larkinson J. Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds // *The International Journal of Health Planning and Management*. – 1990. - №5. – P. 89–103.