

УДК 614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2019-10100

## ОБЗОР СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

*Г.Жусупова<sup>1</sup>, Г.Сквирская<sup>2</sup>, Л.Есбатырова<sup>1</sup>, Д.Байдуллаева<sup>1</sup>, Ш.Калиева<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Нур-Султан

<sup>2</sup>Первый МГМУ имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет), г. Москва

<sup>3</sup>НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда

Одним из важнейших социально значимых государственных проектов Республики Казахстан является обеспечение граждан гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) с целью снижения заболеваемости и смертности, повышения качества жизни и улучшения социального климата в обществе.

**Целью данного обзора** является изучение истории создания перечня лекарственных средств для бесплатного и (или) льготного обеспечения отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) на амбулаторном уровне и анализ практических проблем назначения, использования и обеспечения лекарственными средствами на амбулаторном уровне.

**Материалы и методы.** Был проведен систематический обзор литературы для выявления исследований, которые могут быть связаны с анализом лекарственного обеспечения и использования лекарственных средств на амбулаторном уровне в Казахстане. Литературный обзор проводился с использованием стратегии поиска, разработанной для выявления исследований, оценивающих амбулаторное лекарственное обеспечение.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне. Для повышения доступности медицинской помощи населению необходимо дальнейшее расширение перечня нозологий и лекарственных средств на амбулаторном уровне за счет снижения госпитализации и сокращения стационарного лечения. Объем финансирования и охват пациентов лекарственным обеспечением на амбулаторном уровне остается неполным, при этом распределение бюджетных средств по регионам является неравномерным. Для обеспечения полного охвата пациентов ЛС на амбулаторном уровне необходимо выделение дополнительных средств, что требует разработки механизмов по выравниванию финансирования системы амбулаторной помощи с учетом различий подушевого финансирования. Наличие существенных несоответствий между рекомендуемыми значениями индикаторов ВОЗ и клинической практикой требует постоянного повышения квалификации медицинских работников в области проблемной фармакотерапии.

**Ключевые слова:** амбулаторное лекарственное обеспечение в Казахстане, использование лекарственных средств на амбулаторном уровне в Казахстане, практика назначения лекарственных средств в Казахстане на амбулаторном уровне.

## A REVIEW OF THE SYSTEM OF DRUG PROVISION OF POPULATION OF KAZAKHSTAN AND USE OF MEDICINES AT THE OUTPATIENT LEVEL

G. Zhussupova<sup>1</sup>, G. Skvirskaya<sup>2</sup>, L. Esbatyrova<sup>1</sup>, D. Baidullayeva<sup>1</sup>, Sh. Kaliyeva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Republican state enterprise on the right of economic management "Republican center for health development" of the Ministry of health of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan

<sup>2</sup>First Sechenov Moscow state UNIVERSITY (Sechenov University), Moscow

<sup>3</sup>Medical University of Karaganda», Karaganda

One of the most important socially significant state projects of the Republic of Kazakhstan is to provide citizens with a guaranteed amount of free medical care in order to reduce morbidity and mortality, improve the quality of life and improve the social climate in society.

**The purpose of this review** is to study the history of creating a list of medicines for free and (or) preferential provision of certain categories of citizens with certain diseases (conditions) at the outpatient level and to analyze the practical problems of prescribing, using and providing medicines at the outpatient level.

**Materials and methods.** A systematic review of the literature was conducted to identify studies that may be related to the analysis of drug provision and use of medicines at the outpatient level in Kazakhstan. The literature review was conducted using a search strategy designed to identify studies evaluating outpatient drug provision.

**Summary.** The data obtained indicate the need for further improvement of drug provision at the outpatient level. To increase the availability of medical care to the population, it is necessary to further expand the list of nosologies and medicines at the outpatient level by reducing hospitalization and reducing inpatient treatment. The amount of funding and coverage of patients with drug provision at the outpatient level remains incomplete, while the distribution of budget funds by region is uneven. To ensure full coverage of patients with drugs at the outpatient level, additional funds need to be allocated, which requires the development of mechanisms to equalize the financing of the outpatient care system, taking into account the differences in per capita funding. The presence of significant inconsistencies between the recommended values of who indicators and clinical practice requires continuous training of health professionals in the field of problem pharmacotherapy.

**Keywords:** outpatient drug provision in Kazakhstan, the use of drugs at the outpatient level in Kazakhstan, the practice of prescribing drugs in Kazakhstan at the outpatient level.

Одним из важнейших социально значимых государственных проектов Республики Казахстан является обеспечение граждан гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи (ГОбМП) с целью снижения заболеваемости и смертности, повышения качества жизни и улучшения социального климата в обществе. Алма-Атинская декларация 1978 года - важнейший рубеж в развитии международного общественного здравоохранения - явилась первым официальным документом, в котором подчеркнута важность первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и роль основных лекарственных средств на глобальном уровне [1]. Идеи Алма-Атинской декларации нашли свое продолжение в Астанинской декларации, принятой на Глобальной конференции по ПМСП, прошедшей в г.Астана, Казахстан, 25 и 26

октября 2018 года.

Система лекарственного обеспечения в Казахстане отличается на амбулаторном и стационарном уровне. При оказании амбулаторной помощи препараты возмещаются гражданам в полном объеме в соответствии с утвержденным перечнем лекарственных средств (ЛС) при 48 нозологиях, а при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи - в соответствии с лекарственными формулярами в рамках клинико-затратных групп. При этом, основой для формирования списков закупа лекарственных средств и лекарственных формуляров организаций здравоохранения является «Казахстанский национальный лекарственный формуляр», который определен как «перечень лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков закупа лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования»[2].

Целью данного обзора является изучение истории создания перечня лекарственных средств для бесплатного и (или) льготного обеспечения отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) на амбулаторном уровне и анализ практических проблем назначения, использования и обеспечения лекарственными средствами на амбулаторном уровне.

**Материалы и методы.** Был проведен систематический обзор литературы для выявления исследований, которые могут быть связаны с анализом лекарственного обеспечения и использования лекарственных средств на амбулаторном уровне в Казахстане.

Литературный обзор проводился с использованием стратегии поиска, разработанной для выявления исследований, оценивающих амбулаторное лекарственное обеспечение. Поиск включал отечественные источники литературы по анализу амбулаторного лекарственного обеспечения и рационального использования лекарственных средств (67), законодательные и нормативные правовые документы с использованием информационно-правовых систем нормативных правовых актов Республики Казахстан (32), использовались опросники (анкеты) по социологическому исследованию врачей первичной медико-санитарной помощи (9273). Были рассмотрены библиографии всех исследований и соответствующих статей, опубликованных с 2011 года, для определения дополнительных соответствующих ссылок. Поиски проиндексированной рецензируемой литературы также были дополнены обзором рефератов собраний, представленных на соответствующих конференциях за предыдущие 3

года.

### **Результаты.**

*I. История создания перечня лекарственных средств для бесплатного и (или) льготного обеспечения отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) на амбулаторном уровне.*

История создания отечественных перечней лекарственных средств республиканского масштаба включает несколько разных этапов. За истекший период менялись критерии отбора и регламент включения препаратов в перечни, принципы классификации лекарственных средств, состав экспертов, а также идеология самих документов и задачи, которые они решали.

Порядок организации и учета бесплатного отпуска медикаментов при амбулаторном лечении населения в СССР принимались решениями съезда КПСС. Перечень лекарственных средств, обеспечиваемых на амбулаторном уровне, был ограниченным. Пациенты обеспечивались бесплатными лекарствами на амбулаторном уровне по 3 группам нозологий (онкологические и гематологические заболевания; системные, хронические, тяжелые заболевания кожи; психические заболевания) и 30 отдельным нозологиям[3].

Также, все медикаменты для амбулаторного лечения выдавались бесплатно следующим группам населения:

- инвалиды Отечественной войны и приравненные к ним инвалиды;
- коренное население Чукотского, Корякского, Ямало-Ненецкого и Ханты-Мансийского автономных округов, народности Севера в Чукотском автономном округе, Северо-Эвенском, Среднеканском и Ольском районах Магаданской области;
- больные дети первого года жизни;
- дети, пострадавшие при аварии на Чернобыльской АЭС;
- беременные женщины, проживающие в районах, пострадавших при аварии на Чернобыльской АЭС[3].

Амбулаторным больным выдавали готовые лекарственные формы в лечебно-профилактическом учреждении, а детям - на дому после приема или консультации врача или медицинской сестры, при отсутствии готового лекарства в аптеке, назначенные бесплатные лекарства изготавливались в хозрасчетной аптеке и выдавались больным в лечебно-профилактическом учреждении [3].

В постсоветском периоде перечень лекарств для бесплатного обеспечения населения на амбулаторном уровне изначально использовался для регулирования политики государственных дотаций на лечение больных с угрожающими жизни (жизненная

необходимость) и социально значимыми заболеваниями.

Если раньше, существовало несколько программ, одна из которых была введена с 1993 года для льготного обеспечения и поддержки наиболее уязвимых категорий населения (инвалиды и участники Отечественной войны, воины-интернационалисты, семьи погибших военнослужащих, инвалиды труда и детства, граждане пострадавшие вследствие Чернобыльской катастрофы, экологического бедствия в Приаралье, и др.), то начиная с 2005 года наряду с бесплатным, был введен порядок льготного амбулаторного лекарственного обеспечения населения по перечню видов заболеваний и отдельных категорий населения.

Расширение перечня лекарственных средств происходило постепенно: вначале это было обеспечение граждан основными лекарственными средствами на бесплатной основе за счет средств местных бюджетов по 26 видам заболеваний, из средств республиканского бюджета по 16 видам заболеваний, затем постепенно добавлялись категории бенефициаров за счет детей до 5 лет, групп диспансерных больных с 5 до 18 лет, беременных, категории взрослых, обеспечиваемых бесплатными лекарственными препаратами при бронхиальной астме и онкологических заболеваниях, еще по 5 видам заболеваний на льготной основе по 50% возмещению. Вместе с тем, фармакотерапия некоторых заболеваний уже учитывала рекомендации ВОЗ (например, программа Интегрированного ведения болезней детского возраста -ИВБДВ) [4].

Уже с начала 2012 года было введено много новшеств, самое главное – это то, что пациенты стали получать бесплатно все лекарственные средства, в том числе те, которые в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения раньше получали на льготной основе при 50% возмещении. Сам перечень лекарственных средств выдаваемых бесплатно расширился и вырос на 40 % за счет включения препаратов с доказанной эффективностью, а малоэффективные и неэффективные препараты были исключены. Расширение линейки лекарственных средств коснулось таких заболеваний как: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония, язвенная болезнь, хроническая сердечная недостаточность, аритмия сердечной деятельности [5].

Но, в условиях кризиса экономики, с целью оптимизации расходов на лекарственное обеспечение, с 2013 года амбулаторное обеспечение лекарственными средствами было разделено на базовую терапию и дополнительную терапию для социально незащищенных групп населения. Базовую терапию могли получать все категории населения, состоящие на диспансерном учете, а дополнительную терапию только социально незащищенные группы населения. К социально незащищенным группам населения отнесены следующие группы:

дети до 18 лет, беременные, участники ВОВ, инвалиды, многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алка», «Кумыс алка», получатели адресной социальной помощи, пенсионеры по возрасту.

В настоящее время более 400 наименованиями бесплатных лекарственных средств обеспечены свыше 2 млн. человек по 48 группам заболеваний. Право на бесплатное обеспечение лекарствами получили дети и все диспансерные группы, которые стоят на учете по отдельным нозологиям.

Для обеспечения прозрачности процедуры и налаживания учета пациентов, с начала 2012 года создаются регистры больных по дорогостоящим заболеваниям и другим диспансерным больным для возможности получения фактической картины получения лекарственных средств пациентами.

С января 2013 года во всех регионах Республики внедрена программа - автоматизированная Информационная система лекарственного обеспечения (ИСЛО), которая позволяет в режиме реального времени отследить выписывание врачами рецептов и отпуск лекарственных средств аптечными организациями.

С января 2020 года в Республике внедряется система обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). В рамках развития ОСМС планируется дальнейшее расширение перечня лекарственных средств, возмещаемых населению.

В июле 2017 года решением Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг и приказом Министра здравоохранения пересмотрен и расширен перечень бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО) в системе ОСМС и ГОБМП на 2018 год.

Перечень бесплатных лекарств на 2018 год дополнен новыми препаратами с доказанной эффективностью; в соответствии с международными рекомендациями исключены лекарства с недоказанной эффективностью и неиспользуемые в клинической практике лекарственные средства, так если раньше население бесплатно обеспечивалось 266 наименованиями лекарственных средств по международному непатентованному названию (МНН), 6 видами медицинских изделий для 47 групп заболеваний, то начиная с 2018 года население бесплатно обеспечено 274 наименованиями лекарств по МНН (больше на 8 наименований), 8 видами медицинских изделий для 48 групп заболеваний.

Государством уделяется большое внимание пациентам с тяжелыми заболеваниями и их семьям. Так, значительно расширен список бесплатных лекарств для оказания паллиативной помощи для пациентов с неизлечимыми заболеваниями. Согласно рекомендациям ВОЗ, в перечень АЛО Минздрав включил 14 новых лекарственных препаратов и изделий:

кетопрофен; трамадол, морфин, фентанил, преднизолон, дексаметазон, омепразол, амитриптилин, карбамазепин, метоклопрамид, диазепам, бисакодил, спиронолактон, торасемид [6].

Если ранее показаниями для бесплатного получения лекарств для паллиативной помощи были только распространённые формы злокачественных новообразований, то теперь расширено количество тяжелых заболеваний, при которых население сможет бесплатно получать лекарства, включая туберкулез и ВИЧ-инфекции, хронические прогрессирующие заболевания в стадии декомпенсации сердечной, легочной, печеночной, почечной недостаточности, осложнения цирроза печени.

В новом перечне бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения особое внимание уделено детям. Для лечения ювенильного артрита среди детей на амбулаторном уровне расширен перечень препаратов второй линии за счет включения биологического препарата (этанерцепт), который применяется при неэффективности терапии первой линии. В результате терапии биологическим препаратом на амбулаторном уровне улучшается клиническая картина заболевания, снижается частота госпитализации, предотвращается потеря функции суставов.

В перечень бесплатных лекарств добавлены современные препараты для лечения ишемической болезни сердца (ИБС). На 2018 год включено лекарственное средство из группы статинов («аторвастатин»). Применение статинов ведет к снижению смертности от ИБС, снижению риска инфаркта миокарда, частоты процедур реваскуляризации, инсульта и периферических сосудистых заболеваний.

Значительно расширен перечень бесплатных лекарств для гематологических заболеваний, включая гемабласты и апластическую анемию. Включено 12 новых препаратов, которыми пациенты ранее обеспечивались только в больницах: элтромбопаг, преднизолон, хлорамбуцил, мелфалан, меркаптопурин, талидомид, леналидомид, дазатиниб, деферазирокс, а также эритропоэтины альфа, бета и зета. Оптимизация терапии за счёт амбулаторного лекарственного обеспечения способствует профилактике прогрессирования гематологических заболеваний, снижению частоты госпитализаций с повышением качества и продолжительности жизни пациентов.

Не оставлены без внимания и социально-значимые заболевания, такие как вирусные гепатиты В и С. «Трудные» пациенты – сегодня не представляют сложности в лечении. В рамках амбулаторного лекарственного обеспечения на 2018 год включены новые препараты – софосбувир, даклатасвир с эффективностью в лечении вирусных гепатитов более 95%.

Новое заболевание в списке – анкилозирующий спондилит из группы аутоимунных заболеваний. Теперь пациенты, страдающие анкилозирующим спондилитом могут бесплатно получать лекарства «индометацин» и «сульфасалазин» как препараты первой линии, а при их неэффективности – также бесплатно получать биологические агенты «голимумаб», «адалимумаб».

В приказе по АЛО исключено прежнее разделение финансирования заболеваний за счет средств местного бюджета и республиканского бюджета, ввиду централизации на республиканском уровне. Для удобства информатизации в перечень добавлены дополнительные данные: код заболевания по МКБ-10 и код АТХ для лекарственных препаратов.

Таким образом, в 2018 году государством выделено на 38% больше средств для обеспечения населения бесплатными лекарственными средствами на амбулаторном уровне. Если за предыдущие годы главным направлением в данной области являлось обеспечение доступности лекарств и расширение категорий населения для льготного и бесплатного лекарственного обеспечения, то в настоящее время расширяется перечень нозологий, по которым возмещаются лекарственные средства.

Государственная политика Казахстана преследует цель постепенного расширения перечня лекарственных средств и нозологий для бесплатного обеспечения пациентов на амбулаторном уровне, постепенно снижая необоснованное лечение в стационаре и поощряя переход на управление заболеваниями на амбулаторном уровне.

*II. Анализ практических проблем назначения, использования и обеспечения лекарственными средствами на амбулаторном уровне.*

Проведенное выборочное социологическое исследование для изучения степени осведомленности врачей первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в вопросах использования оригинальных и генерических препаратов в рамках обеспечения доступности медицинской помощи в 16-ти регионах Республики Казахстан в период 2014-2015 годы по специально разработанной анкете показало, что только 86% врачей ПМСП знают, что такое генерический препарат, 63% считают, что есть различия в качестве генерических препаратов по сравнению с оригинальными, 37% - что есть различия в эффективности и безопасности генерических препаратов по сравнению с оригинальными ( $p < 0,05$ ). Возраст опрошенных колебался от 25 до 55 лет и старше, но основную часть опрошенных (42%) составили врачи со средним возрастом от 35 до 54 лет, при этом процент молодых специалистов от 25 до 34 лет составил 36%, и 22% составили врачи старше 55 лет. В сравнении с данными 2014 года в 2015

году возросла доля молодых специалистов в возрасте от 25 до 34 лет с 33,8% до 36% ( $p < 0,05$ ), снизился процент специалистов среднего возраста с 44,7% до 42%, а процент врачей старше 55 лет остался почти неизменным. В сравнении с 2014 годом, в 2015 году специалистов, работающих в городской местности стало больше и составило 71% ( $p < 0,05$ ), специалистов, работающих в районной поликлинике стало меньше и составило 21% ( $p < 0,05$ ), доля специалистов, работающих в сельской поликлинике осталась почти неизменной. Из опрошенных врачей 49% составили участковые врачи, специализированные врачи - 34%, семейные врачи - 17%.

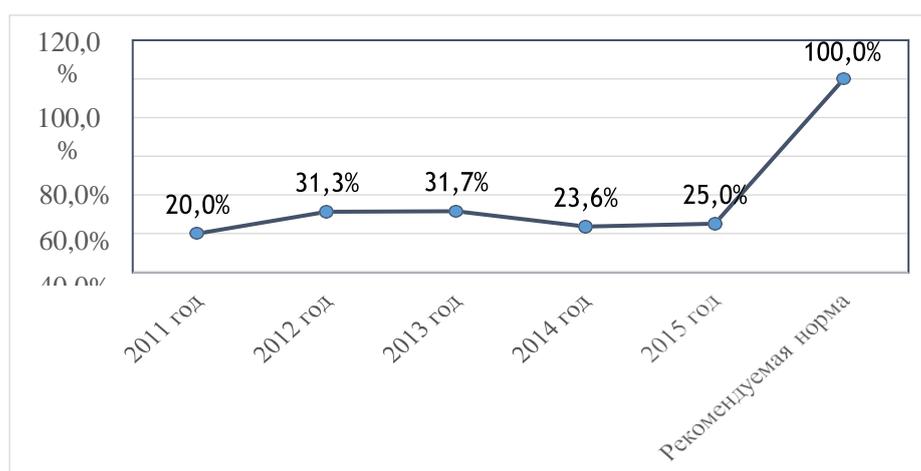
Из сравнительного анализа видно, что процент семейных врачей увеличился с 15,4% до 17%, процент участковых врачей снизился с 53,6% до 49% ( $p < 0,05$ ), а процент врачей специалистов, работающих в поликлинике возрос с 30,8% до 34% ( $p < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости повышать информированность специалистов практического здравоохранения в этом направлении.

Изучение практики назначения лекарственных средств и использования формулярных препаратов на уровне первичной медико-санитарной помощи с проведением экспертной оценки 13 170 амбулаторных карт и использованием индикаторов и методики оценки, рекомендованных ВОЗ, показало следующие результаты [7]:

#### I. Индикаторы назначения лекарственных средств

- *Процент препаратов, прописанных по международному непатентованному наименованию (Рисунок 1).*

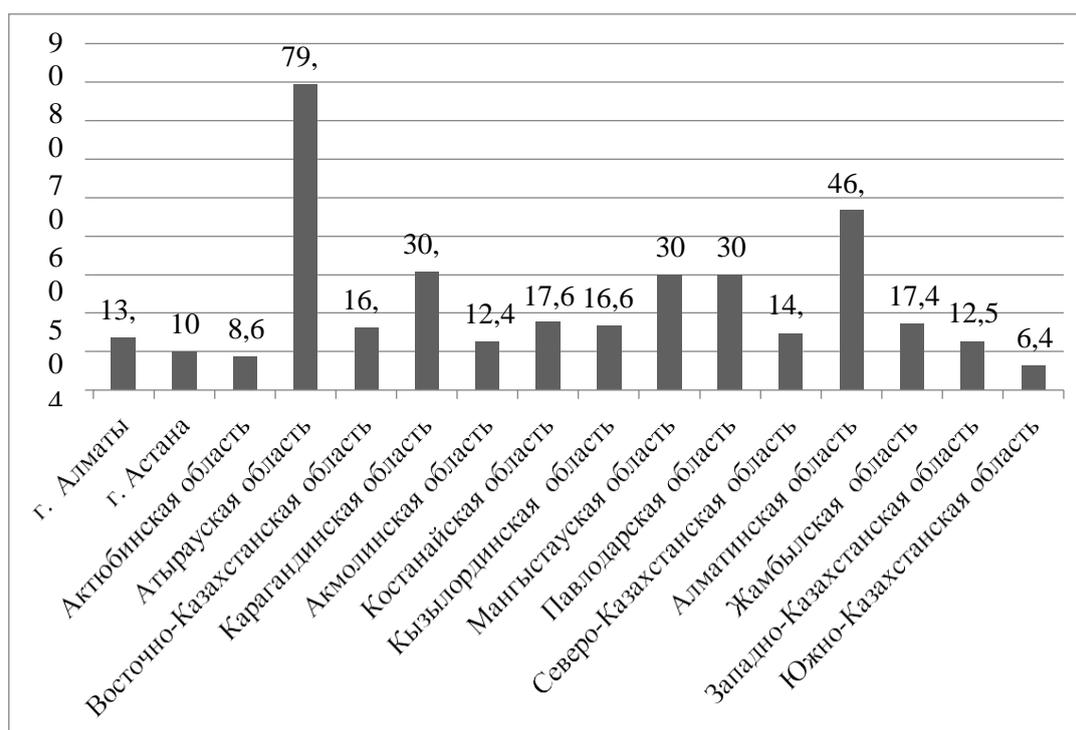


**Рисунок 1.** Динамика показателей по индикатору «процент выписанных лекарственных средств под МНН» с 2011 по 2015 годы

По результатам сравнительного анализа данного индикатора за 5 лет можно отметить, что, несмотря на положительные изменения показателей с 2011 по 2013 годы (с 20% до 31,7%),

остаются достаточно низкие показатели 23,6% в 2014 году и 25% в 2015 году. Несомненно, полученные данные являются тревожным сигналом, и характерным, пожалуй, для всего постсоветского пространства и развивающихся стран [8,9,10].

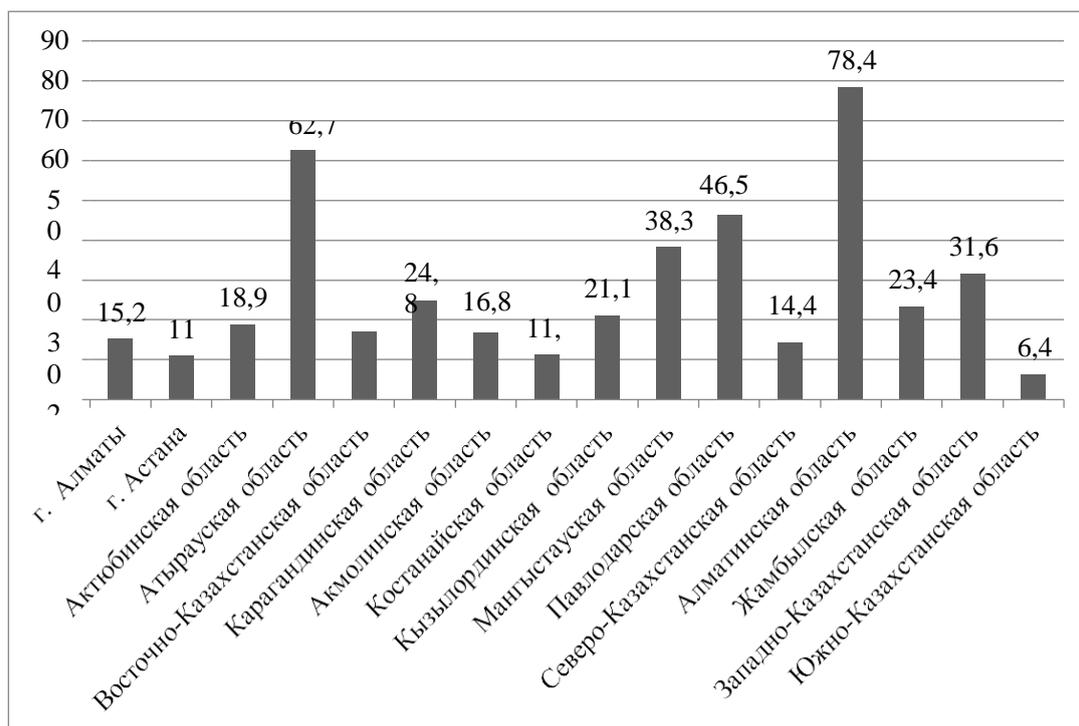
Однако в разрезе регионов, доля выписанных ЛС под МНН взрослым пациентам достигает уровня 79,3% в Атырауской области и 46,6% в Алматинской области (Рисунок 2) и уровня 62,7 % в Атырауской области и 78,4 % в Алматинской области у детей. (Рисунок 3).



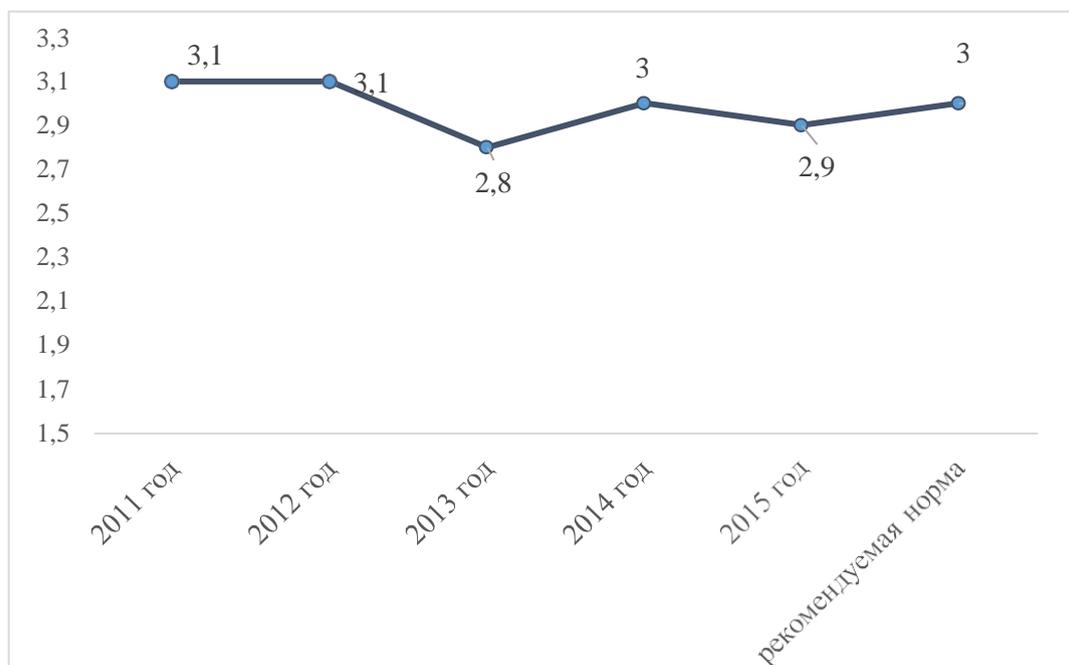
**Рисунок 2.** Выписанные лекарственные средства (в %) по МНН взрослым пациентам в 2015 году в разрезе регионов.

- *среднее число препаратов, назначаемых одному пациенту за одну консультацию* показало, что нет каких-либо статистически значимых различий в числе ЛС, полученных на приеме у врача и составил в среднем по Казахстану от 2,8 до 3,1 (Рисунок 4).

Полученные данные свидетельствуют о том, что врачи ПМСП назначают только необходимые лекарственные средства и об отсутствии полипрагмазии [8,11,12].



**Рисунок 3.** Выписанные лекарственные средства (в%) под МНН детям в 2015 году в разрезе регионов.

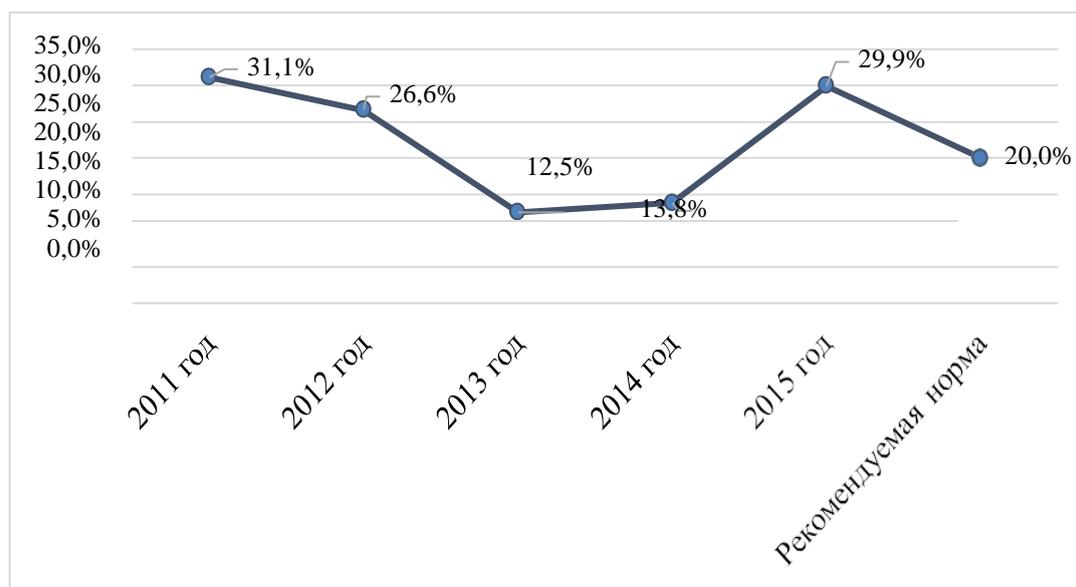


**Рисунок 4.** Динамика показателей по индикатору «Среднее число препаратов, выписанных на одного пациента» с 2011 по 2015 годы

Однако, необходимо учитывать имеющуюся практику назначения лекарственных средств без выписывания рецептов и высокую степень самолечения пациентов.

- *Процент назначенных антибактериальных средств*

Результаты проведенного исследования показали значительную вариабельность данного индикатора в динамике за 5 лет (рисунок 5).



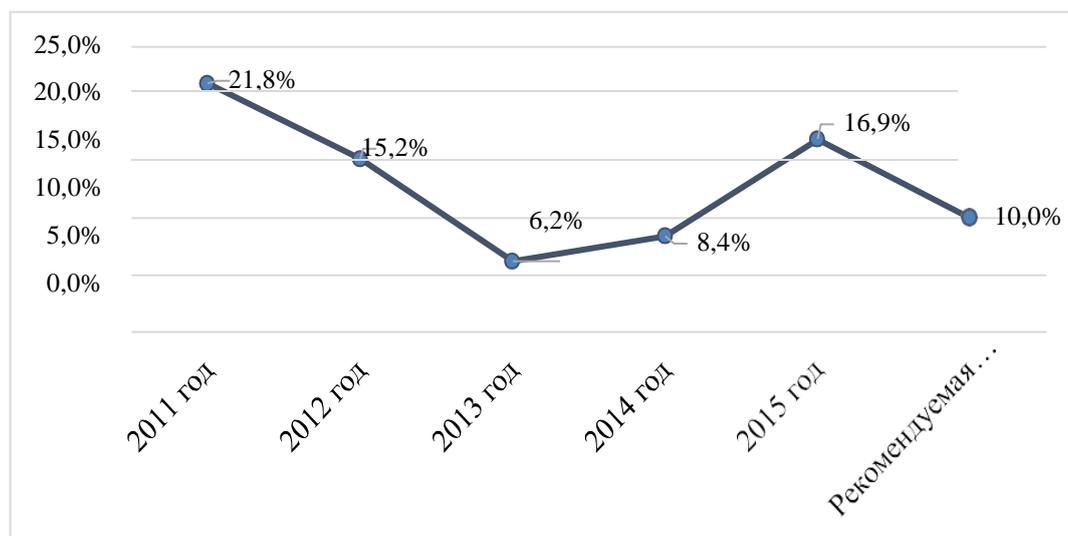
**Рисунок 5.** Процент назначенных антибактериальных средств

Согласно рекомендациям ВОЗ – рациональное назначение антибиотиков – это не более 20-30% от всех назначений [13, 14].

В среднем назначение антибиотиков в РК укладывается в международную норму. Однако отмечается превышение данного индикатора у взрослых пациентов в таких крупных областях как Актюбинская (45,2%) и Карагандинская (41,0%) области и г. Астане (42,8%); у детей –Костанайской (57,8%), Северо-Казахстанской – 52,7% и Атырауской (48,3%) областях.

Между тем, избыточное назначение антибиотиков характерно не только для Казахстана. Согласно результатам различных исследований, необоснованное назначение антибиотиков составляет от 50 до 70% назначений. А это уже вопрос глобального здоровья населения планеты. Ведь имея обширный арсенал антибиотиков – пациенты умирают от различных инфекций вследствие формирования антибиотикорезистентности [13,14].

- *Процент назначения инъекционных препаратов на амбулаторном уровне* (Результаты проведенного исследования показаны на рисунке 6).



**Рисунок 6.** Динамика показателей по индикатору «Процент назначений инъекционных лекарственных средств» с 2011 по 2015 годы.

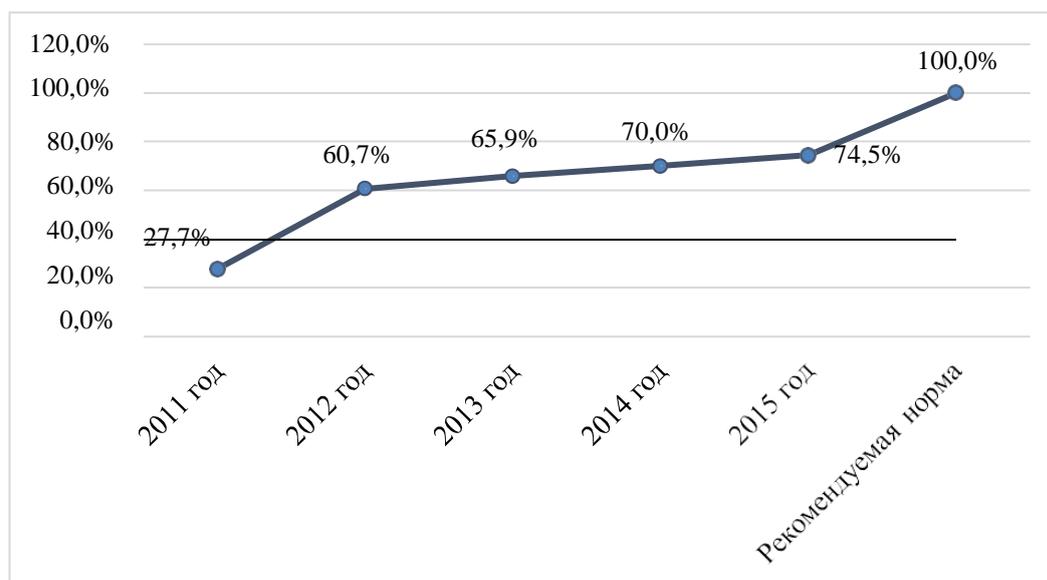
ВОЗ рекомендует назначение 0% инъекций на амбулаторном уровне, крайние величины – 10% всех лекарственных назначений [15,9,10].

Интенсивность назначения парентеральных форм препаратов в динамике за 2011-2015 годы имеет позитивную тенденцию снижения от 21,8% в 2011 году до 16,9% в 2015 году, хотя и превышает рекомендуемую ВОЗ норму. Излишнее использование инъекций, когда возможно использование данного препарата пероральным путем, является нерациональным использованием лекарственных средств, поскольку стоимость инъекций всегда выше, чем пероральной терапии. Кроме того, при использовании нестерильных инъекций могут передаваться такие серьезные заболевания как ВИЧ\СПИД [10,16].

• *Процент назначенных лекарств, которые входят в Республиканский лекарственный формуляр (РЛФ)*

В период проведения исследования действовал Республиканский лекарственный формуляр (РЛФ), поэтому было изучены назначения врачами лекарственных средств на соответствие РЛФ. В результате проведенного исследования была установлена положительная динамика изменений данных по индикатору за период с 2011 года по настоящее время с 27,7% до 74,5%.

Проведенные исследования послужили основой для пересмотра формулярных лекарственных средств с позиции доказательной медицины. В 2015 году РЛФ включал более 800 наименований (МНН) лекарственных средств, принятых формулярными комиссиями различных уровней [7].



**Рисунок 7.** Динамика показателей по индикатору «процент назначений лекарственных средств из Республиканского лекарственного формуляра» с 2011 по 2015 годы

Учитывая значимость данного индикатора также подготовлены рекомендации по его перманентному мониторингованию.

Таким образом, результаты исследования показали наличие существенных несоответствий между рекомендуемыми значениями индикаторов и клинической практикой.

## II. Индикаторы качества оказания услуг

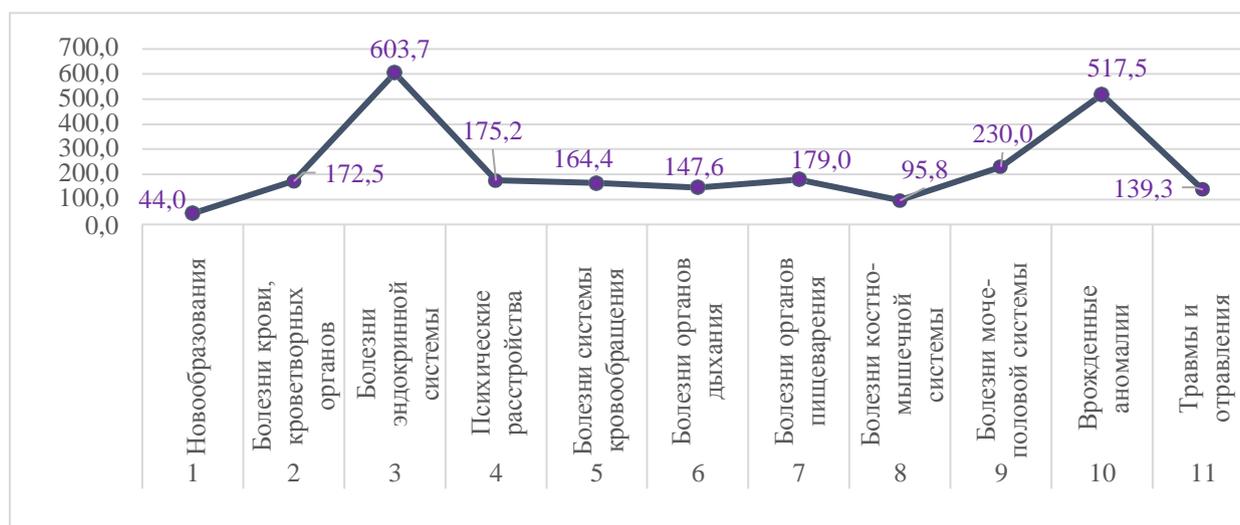
- *среднее время консультации пациентов* также не соответствует оптимальному уровню индикаторов и составляет от 9,7мин. В 2011г. до 12,2 мин в 2015г., в то время как по рекомендациям ВОЗ должно составлять 30минут, включая время проведения осмотра, диагностики и назначения лечения.

## III. ≥ Индикаторы учреждения

По результатам анализа индикаторов медицинского учреждения было определено, что в 2011 году всего 10% медицинских организаций имели в наличии РЛФ и в среднем 30% медицинских учреждений располагали независимой информацией о лекарственных средствах. Начиная с 2013 г. во всех медицинских организациях, участвовавших в исследовании, эта ситуация была исправлена.

Проведенное исследование по определению взаимосвязи между лекарственным обеспечением на амбулаторном уровне и уровнем госпитализации и летальности на основе данных электронного регистра стационарных больных показало, что увеличилось количество госпитализированных больных практически по всем нозологическим группам, в частности по

болезням органов дыхания – в 1,8 раз, психическим расстройствам – в 1,7 раз, болезням системы кровообращения – в 1,9 раз. Уменьшилось количество госпитализированных больных только по категории новообразования – в 11 раз. Различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ) (Рисунок 8).



**Рисунок 8.** Показатель наглядности количества госпитализированных больных по группам заболеваний за первое полугодие 2013г.к аналогичному периоду 2012 (%)

Установлено, что несмотря на увеличение объема финансирования и количества обеспеченных пациентов на амбулаторном уровне за первое полугодие 2013 года, в сравнении с аналогичным периодом 2012 года, уровень летальности вырос практически по всем нозологическим группам: 1. Болезни эндокринной системы – в 6,0 раз, 2. врожденные аномалии – в 5,2 раз, 3. психические расстройства – в 1,8 раз, 4. болезни органов пищеварения – в 1,8 раз, 5. болезни системы кровообращения – в 1,6 раз, 6. болезни органов дыхания – в 1,5 раза. Уменьшился уровень летальности только по категориях новообразования – в 2,3 раза и болезни мочеполовой системы – в 0,9 раз. Различия являются статистически значимыми ( $p < 0,05$ ) (Рисунок 9).

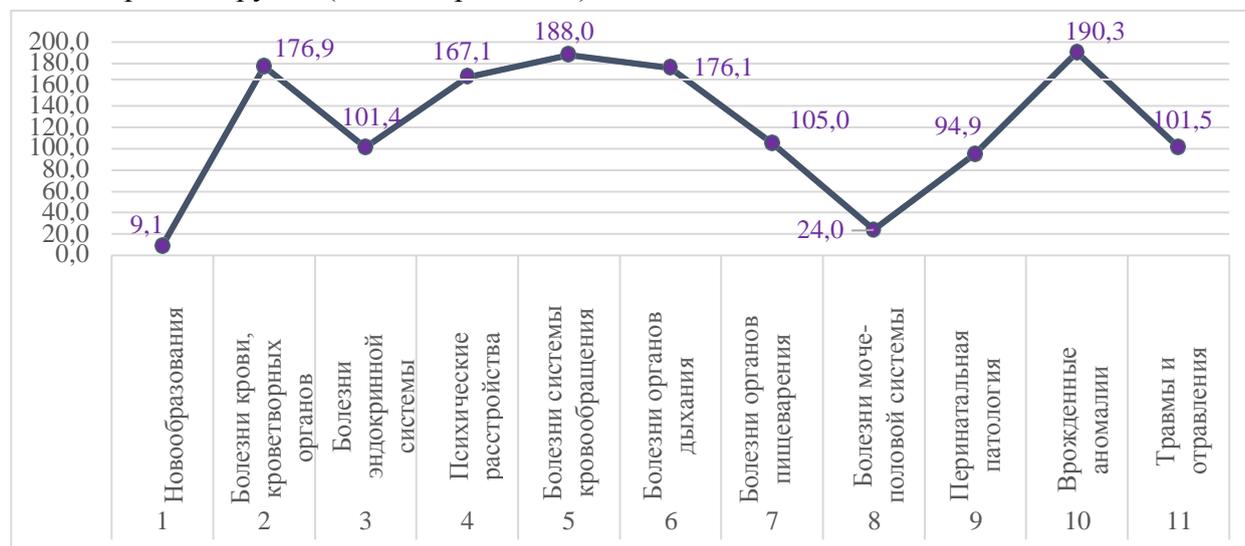
Для изучения причин вышеуказанных проблем проведен анализ амбулаторного лекарственного обеспечения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с применением клинко-экономического (ABC, VEN, частотный анализы) и экспертного методов [17]. Проведена оценка затрат, клинической и экономической эффективности при использовании лекарственных средств, а также оценка количества обеспеченных пациентов в разрезе нозологий, входящих в Перечень. ABC анализ позволил распределить заболевания с учетом потребности в финансовых средствах на лекарственное

обеспечение на три группы:

А- наиболее затратная группа (80% всех расходов);

В- среднзатратная группа (15% всех расходов);

С- малозатратная группа (5% всех расходов).



**Рисунок 9.** Показатель наглядности уровня летальности по нозологическим группам за первое полугодие 2013 гг. к аналогичному периоду 2012 (%), по выходным данным портала ЭРСБ

В результате установлено, что объем финансирования и охват пациентов лекарственным обеспечением на амбулаторном уровне остается неполным, при этом распределение бюджетных средств по регионам является неравномерным. Для обеспечения полного охвата пациентов ЛС на амбулаторном уровне необходимо выделение дополнительных средств, что требует разработки механизмов по выравниванию финансирования системы амбулаторной помощи с учетом различий подушевого финансирования.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне. Для повышения доступности медицинской помощи населению необходимо дальнейшее расширение перечня нозологий и лекарственных средств на амбулаторном уровне за счет снижения госпитализации и сокращения стационарного лечения.

Объем финансирования и охват пациентов лекарственным обеспечением на амбулаторном уровне остается неполным, при этом распределение бюджетных средств по регионам является неравномерным. Для обеспечения полного охвата пациентов ЛС на

амбулаторном уровне необходимо выделение дополнительных средств, что требует разработки механизмов по выравниванию финансирования системы амбулаторной помощи с учетом различий подушевого финансирования.

Наличие существенных несоответствий между рекомендуемыми значениями индикаторов ВОЗ и клинической практикой требует постоянного повышения квалификации медицинских работников в области проблемной фармакотерапии.

### Список литературы

1. [10 facts about essential medicines]. Available by: [http://www.who.int/features/factfiles/essential\\_medicines/essential\\_medicines\\_facts/ru/index5.html](http://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/essential_medicines_facts/ru/index5.html). Link is active on 16.09.2017г.
2. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года №193-IV [О здоровье народа и системе здравоохранения].
3. Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик [http://www.libussr.ru/doc\\_ussr/usr\\_11071.htm](http://www.libussr.ru/doc_ussr/usr_11071.htm).
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 июня 2007 года № 376 [Об утверждении Перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях].
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 сентября 2009 года № 446. [Об утверждении Перечней лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного и льготного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне].
6. Жусупова Г.К., Есбатырова Л.М., Басибекова А.Р. и др.. Амбулаторное лекарственное обеспечение. //Лекарственный бюллетень. - 2017. - Выпуск 19.С.-6. <http://www.druginfo.kz/index.php/ru/dlya-naseleniya/lekarstvennye-byulleteni/lekarstvennye-byulleteni-19>.
7. Жусупова Г.К., Сквирская Г.П. Анализ назначения лекарственных средств на уровне первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан за период 2011-2015 годы [Проблемы стандартизации в здравоохранении]. -Москва, 2016.-№11-12-С.30-35:
8. Guidance on international nonproprietary names (INN). Available from: <http://www.who.int/medicines/services/inn/innguidance/en/>;
9. H.V. Hogerzeil, Bimo, D. Ross-Degnan, R.O. Laing, D. et al. \\Field tests for rational drug

use in twelve developing countries\\Original Research Article\\The Lancet, Volume 342, Issue 8884, 4 December 1993, Pages 1408-1410. <http://medical-diss.com/medicina/farmakologicheskie-printsiipy-sozdaniya-spiska-osnovnyh-lekarstvennyh-sredstv-i-lekarstvennyh-formulyarov-kak-osnovapovysh#ixzz4rFr387KV>;

10. Ola A. Akl, MBBSa, Azza A. El Mahalli, MBBSb, Ahmed AwadElkahky et al.. WHO/INRUD drug use indicators at PHC centers in Alexandria, Egypt\\ [Journal of Taibah University Medical Sciences] (2014) 9(1), 54–64).

11. NICE UK. National Institute for Health and Care Excellence. Available by: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk). Link is active on 07.01.2018г.;

12. WHO. The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences, World Health Organization, 2012. Available by: [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/en/](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/). Link is active on 07.09.2016г.;

13. Otto Cars, SigvardMolstad, Arne Melande\\ Variation in antibiotic use in the European Union\\Original Research Article\\The Lancet, Volume 357, Issue 9271, 9 June 2001, Pages 1851-1853;

14. WHO. Irrational drug use causing rise of anti-microbial resistance. WHO Report 2005. Geneva: WHO; 2005.

15. D.Ross-Degnan, R.Laing, J.Quicket al.\\A strategy for promoting improved pharmaceutical use: The international network for rational use of drugs\\ Original Research Article\\Social Science & Medicine, Volume 35, Issue 11, December 1992, Pages 1329-1341;

16. P. Wiffen, M. Gill, J. Edwards et al.Adverse drug reactions in hospital patients: a systematic review of the prospective and retrospective studies Bandolier Extra (2002);).

17. Жусупова Г.К., АйсинаЖ.Т., Макалкина Л.Г. Анализлекарственногообеспечениянаселениянаамбулаторномуровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета в 2015 году // Фармация Казахстана-Астана, 2016. -№11 (186)-С.13-18.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgements.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of Interest.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Жусупова Гульзира Кенжеевна** – кандидат медицинских наук, руководитель Центра рационального использования лекарственных средств РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, 01000,

г. Нур-Султан, ул. Иманова 13, ORCID: 0000-0003-3956-6952, SPIN-код: 6527-1926

**Сквирская Галина Петровна** - доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), 119991, Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2, ORCID: 000-0003-3574-4096, SPIN-код: 8773-8344

**Есбатырова Лаззат Муратовна** – магистр фармации, начальник отдела поиска доказательств РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, 01000, г. Нур-Султан, ул. Иманова 13

**Байдуллаева Дидар Курасбековна**– главный редактор редакции «Казахстанский национальный лекарственный формуляр» РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, 01000, г. Нур-Султан, ул. Иманова 13

**Калиева Шолпан Сабатаевна** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической фармакологии и доказательной медицины, Карагандинский медицинский университет, 100000 г. Караганда, ул. Гоголя, 40, Казахстан

#### Information about authors

**Zhussupova Gulzira Kenzheevna** - candidate of Medical Sciences, Head of the Center for the Rational Use of Medicines of RSE on REM "Republican Center for Health Development" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, 01000, Nur-Sultan, st. Imanova 13, ORCID: 0000-0003-3956-6952, SPIN-код: 6527-1926

**Skvirskaya Galina Petrovna**-doctor of medical Sciences, Professor, Honored doctor of the Russian Federation, Professor of the Department of public health and healthcare. N. A. Semashko FIRST Moscow state medical University. I. M. Sechenova " Ministry of health of the Russian Federation (Sechenov University), 119991, Moscow, str. Trubetskaya, 8, p. 2, ORCID: 000-0003-3574-4096, SPIN code: 8773-8344

**Esbatyrova Lazzat Muratovna**– Master of Pharmacy, chief of the Evidence Search of RSE on REM "Republican Center for Health Development" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, 01000, Nur-Sultan, st. Imanova 13

**Baidullayeva Didar Kurasbekovna**– Chief editor edition of «Kazakhstan National Medicines Formulary» of RSE on REM "Republican Center for Health Development" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, 01000, Nur-Sultan, st. Imanova 13

**Kaliyeva Sholpan Sabataevna** – MD, PhD in medicine, associate professor, head of the clinical pharmacology and evidence- based medicine department, Karaganda Medical University, 100000 Karaganda, 40, Gogolya street, Kazakhstan

Статья получена: 26.11.2019 г.  
Принята в печать: 10.12.2019 г.