

*Муратова М.М., Сабирова Т.С., Зурдинова А.А.*

**О ПРОБЛЕМАХ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
ЛЕКАРСТВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

*Muratova M.M., Sabirova T.S., Zurdinova A.A.*

**ABOUT PROBLEMS OF RATIONAL DRUG USE IN KYRGYZ REPUBLIC**

УДК: 61+615.2

*Было проведено исследование степени приверженности сектора здравоохранения Кыргызской Республики рациональному использованию лекарств по 6 из 12 ключевых моментов, разработанных ВОЗ. Установлено, что в целом сектор здравоохранения КР следует данным рекомендациям (разработка и внедрение клинических протоколов, разработка и периодическое обновление ПЖВЛС, издание формуляра ОЛС и т.д.). Однако, для достижения хороших результатов требуется проведение постоянного мониторинга правильного закупа и использования лекарств; повышение уровня знаний и квалификации медицинских работников; организация тренингов или обучающих программ для населения по рациональному использованию лекарств.*

**Ключевые слова:** рациональное использование лекарств, рекомендации ВОЗ, сектор здравоохранения.

*Research of adherence degree of sector the public health services in Kyrgyz Republic to rational use of medicines on 6 of 12 key moments, developed the WHO has been carried out. It is established that as a whole the sector of public health services KR follows the given recommendations (working out and introduction of clinical reports, working out and periodic updating LVID, the edition of data card MM etc.). However, for achievement of good results carrying out of constant monitoring correct the purchase and uses of medicines is required; increase the level of knowledge and qualification of medical workers; the organization of trainings or training programs for the population on rational use of medicines.*

**Key words:** rational drug use, WHO recommendations, health sector.

**Введение**

Начиная со второй половины XX века, проблема рационального использования лекарств, несомненно, стала одной из актуальнейших во всем мире. По определению ВОЗ, рациональное использование лекарственных средств (РИЛС) – это такое их применение, когда больные получают препараты в соответствии с клинической необходимостью, в дозах, отвечающих индивидуальным потребностям, на протяжении адекватного периода времени и с наименьшими затратами для себя и общества (1985) [1].

В мире более 50% лекарственных средств (ЛС) назначают, отпускают или реализуют нецелесообразно, половина больных применяют их не должным образом, а треть населения мира не имеют доступа к необходимым медикаментам (ВОЗ, 2002) [2]. Многие исследования показывают, что назначения ЛС оказываются, зачастую,

ненужными, неадекватными или нерациональными [3]. Нерациональному использованию ЛС часто способствуют вполне определенные причины, такие как недостаток знаний и умений врача, независимой информации, неограниченная доступность лекарственных препаратов, неадекватная реклама препаратов, финансовая мотивация их продаж и др. Стало вполне очевидным, что сам факт широкого применения ЛС совсем не означает, что обеспечивается хорошее лечение; существенное количество ЛС не обязательно соответствует ожидаемой степени их использования [4].

В результате того, что по всему миру возрастали случаи нерационального назначения и использования ЛС, ВОЗ в 1989 году создала Международную сеть по рациональному использованию лекарств (МСРИЛ), задачей которой являлось проведение междисциплинарных исследовательских проектов, способствующих более эффективному использованию лекарств [5]. Впоследствии были разработаны показатели ВОЗ/МСРИЛ для изучения использования ЛС.

Следуя рекомендациям, составленным на Первой международной конференции по улучшению использования ЛС [6], в 2002 г. Секретариат издал директивный документ по основным компонентам содействия РИЛС.

С приобретением суверенитета в Кыргызстане проводится реформа здравоохранения и фармацевтического сектора страны, принята Национальная лекарственная политика, в течение ряда лет активно продвигаются основополагающие концепции ВОЗ в сфере использования лекарств. Для того, чтобы определить, насколько эффективными являются проведенные реформы, необходимо иметь надежные данные об использовании лекарств. Подобные данные необходимы не только для оценки существующей ситуации, но и для установления важнейших тенденций и приоритетов для планирования информационных и образовательных проектов по дальнейшему реформированию здравоохранения.

**Цель исследования** – изучение степени приверженности РИЛС сектора здравоохранения Кыргызстана по 6 из 12 ключевых моментов, разработанных ВОЗ [7].

**Материалы и методы исследования.** В ходе исследования использовались: сравнительный,

наукометрический, формальный методы исследования. Материалом для исследования служила вся нормативно-правовая документация, регламентирующая деятельность сектора здравоохранения Кыргызской Республики в сфере обращения лекарств, предоставления услуг (медицинских, лекарственных) и т.д.

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

В результате проведенного анализа нами получены данные, отражающие уровень РИЛС в Кыргызстане по следующим ключевым критериям, рекомендуемых ВОЗ.

*1. Учреждение полномочного многопрофильного национального органа для координации политики в области использования лекарственных средств в качестве части национальной политики в области лекарственных средств.*

Государственный регуляторный орган – это агентство, разрабатывающее и внедряющее большинство законодательных и административных нормативов по лекарственным препаратам. В Кыргызстане большинство законодательных и нормативных актов, в том числе по лекарственным препаратам разрабатываются Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР). МЗ КР осуществляет политику здравоохранения, разрабатывает и реализует вместе с другими службами и ведомствами целевые программы здравоохранения. Оно отвечает за качество медицинских услуг, а также за контроль качества, безопасности и эффективности ЛС [8]. В 1997 г. в стране создан Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при МЗ КР, который отвечает за лекарственную политику, мониторинг и оценку качества ЛС.

*2. Разработка на основе фактических данных клинического руководства и его использование для подготовки персонала и осуществления контроля.*

В Кыргызстане работа по созданию клинических протоколов началась еще в 1996 году. Тогда были созданы рабочие группы согласно основным клиническим направлениям, таким как педиатрия, акушерство и гинекология, хирургия, внутренние неинфекционные болезни, инфекционные болезни. Отдельная группа была создана по специализированным направлениям (БППП, фтизиатрия, онкология, психиатрия). Рабочие группы разрабатывали протоколы по 20-ти наиболее часто встречающимся заболеваниям для всех уровней оказания медицинской помощи.

В апреле 2001 года был создан Координационный Совет при МЗ КР по разработке и внедрению клинических протоколов. В него вошли 12 ведущих специалистов здравоохранения республики. К началу января 2002 года разработан

и утвержден 31 протокол для врачей первичного звена:

Протоколы являются одним из инструментов повышения качества медицинской помощи, если они используются разумным способом. Процесс внедрения и последующего использования клинических протоколов значительно более важен, чем сам документ [9]. К началу января 2004 года в Кыргызстане было разработано и утверждено:

- 58 клинических протоколов для первичного уровня;
- 44 - для вторичного;
- 39 - для третичного уровня.

На сегодняшний день разработано 154 клинических протокола по наиболее распространенным нозологиям. Деятельность по разработке, доработке и внедрению новых клинических протоколов ведется и по сей день. Так, в феврале 2010 года, после одобрения Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов, Приказом МЗ КР был утвержден «Клинический протокол по диагностике и лечению болезней органов дыхания», разработанный для первичного и вторичного уровня здравоохранения.

*3. Отбор перечней основных лекарственных средств на основе видов лечения по выбору.*

Первый перечень жизненно важных (основных) лекарственных средств (ПЖВЛС) в Кыргызстане был разработан при поддержке ВОЗ в 1996 году.

Пересмотры ПЖВЛС Кыргызской Республики были осуществлены в 1996, 1999, 2001, 2003, 2006, 2009 г.г. На основании утвержденных ПЖВЛС вышли 3 издания Национального Формуляра ОЛС Кыргызской Республики.

При отборе ЛС, вошедших в формуляр, использовались четкие, предварительно согласованные критерии, основанные на данных об эффективности, безопасности, качестве, цене препарата и соотношении цена/эффективность.

Однако, анализ показывает, что ПЖВЛС для КР еще далек от совершенства: финансовые возможности государства не позволяют расширить его до желаемого уровня, при составлении ПЖВЛС допускаются некоторые серьезные просчеты, например, в него включаются ряд препаратов, эффективность и безопасность которых имеет недостаточную доказательную базу и высокую стоимость (актовегин, ноотропные средства), имеет место включение в список нескольких препаратов из одной фармакотерапевтической группы (блокаторы ангиотензиновых рецепторов) и др.

*4. Учреждение в более крупных больницах комитетов по лекарственным средствам и терапии.*

Работа по созданию и внедрению лекарственно-терапевтических комитетов в КР была начата

в 1996 году. Тогда же приказом Министерства Здравоохранения КР № 201 «О Лекарственном комитете» было решено внедрение лекарственных комитетов в лечебно-профилактических организациях (ЛПО) в целях улучшения качества лечебно-профилактической помощи населению республики, для внедрения концепции РИЛС в соответствии с рекомендациями ВОЗ, а также, в целях усиления контроля распределения и использования медикаментов и изделий медицинского назначения. Данный приказ несколько раз пересматривался (в 2000, № 240, 2003 году № 174 «О национальном лекарственном комитете МЗ КР, «О типовом лекарственном комитете лечебно-профилактического учреждения», «О лекарственном комитете» и действующих приказов ЛПУ о лечебно-контрольных комиссиях), но так и не был реализован в полной мере.

Работа данного комитета в ЛПО позволила бы, несомненно, улучшить всю цепочку логистических мероприятий, т.к. именно в обязанности ЛК входят процессы, связанные с отбором, закупом и распределением ЛС в стационаре. Кроме того, лекарственный комитет, участвуя в процессе отбора и закупок ЛС, также должен мониторить их рациональное распределение по отделениям больницы. В промышленно развитых странах такие комитеты успешно работают и способствуют внедрению программы РИЛС.

В настоящее время в КР в реальной практике данные комитеты не выполняют свои функции, находясь как бы в «замороженном» состоянии, еще с 1996 года, в связи с тем, что работа по возобновлению их деятельности не была доведена до своего завершения.

*5. Составление и исполнение регулирующих положений, включая положение о стимулирующей деятельности.*

Нормативно-законодательные акты, регламентирующие деятельность стационаров, а также обращение ЛС:

- Закон КР №265 от 20 апреля 2004 года «О Лекарственных средствах»;
- Постановление Правительства КР №11 от 12 января 2007 года о Государственной лекарственной политике на 2007-2010 годы;
- Закон КР №6 от 9 января 2005 года «Об охране здоровья граждан в КР»;
- Закон КР №208 от 28 декабря 2006 года «О медицинском страховании граждан КР»;
- «О Программе Госгарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью»;
- Постановление Правительства КР от 16 февраля 2006 года №100 « О Национальной программе реформы здравоохранения КР «Манас Таалими».

Эти нормативные акты позволяют осуществлять политику в сфере обращения ЛС, они регулируют взаимоотношения между организацией и государством, между организацией здравоохранения и населением, между государством и населением. Основными целями и задачами вышеперечисленных нормативных актов являются обеспечение гарантированного доступа населения КР к высокоэффективным, безопасным, качественным ЛС по приемлемым ценам и их рациональное использование.

*6. Резервирование достаточных государственных средств для обеспечения справедливой доступности лекарственных средств и медицинского персонала*

После приобретения независимости затраты на здравоохранение в КР упали с 3,7% ВВП до 2,4%. В 1995г. доля расходов на нужды здравоохранения составляла только 50% от уровня затрат по сравнению с 1990г. [10]. Это говорит о том, что в те годы наблюдалось резкое сокращение затрат на нужды сектора здравоохранения. Однако, в настоящее время наблюдается значительный рост в финансировании здравоохранения из средств республиканского бюджета страны. Например, в 2004 общие затраты составляли 646,6 тысяч сом, а в 2009 они составили 5472,6 сом. Можно отметить, что увеличение в финансировании позволило поставить здравоохранение на новый этап и улучшить здоровье нации.

Кроме того, Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС), начиная с 1999 года [11] были разработаны и внедрены специальные программы для наиболее социально незащищенных категорий граждан КР, в целях повышения доступности населения к получению квалифицированной и качественной медицинской и лекарственной помощи. Например, была принята Программа государственных гарантий, согласно которой базовые услуги первичного здравоохранения предоставляются бесплатно не только для определенной категории граждан, но и для всего населения. Исполнение Программы государственных гарантий из консолидированного бюджета по итогам 2008 года составило в сумме 3621,7 млн. сомов, что превышает прошлогодний уровень на 541,6 млн. сомов или на 17,6% [12].

Для улучшения доступности населения к основным лекарственным средствам Фондом обязательного медицинского страхования с 2000 года внедрена «Дополнительная программа лекарственного обеспечения застрахованных граждан на первичном уровне» (ДП ОМС), основной целью, которой является улучшение качества предоставляемой на первичном уровне услуг, в том числе через обеспечение экономической доступности к лекарствам.

При разработке механизмов возмещения затрат основной стратегией, избранной для преодоления ограниченности финансовых ресурсов, была стратегия определения приоритетов. Поэтому перечень ЛС по ДП ОМС сфокусирован на основных заболеваниях, эффективно регулируемых на первичном уровне. Перечень ЛС, подлежащий возмещению по ДП ОМС состоит из 74 генерических наименований (около 300 торговых наименований). Отбор лекарств в Перечень ЛС по ДП ОМС проводился в рамках Национальной лекарственной политики по генерическим наименованиям на основе ПЖВЛС.

Таким образом, результаты нашего исследования на предмет степени приверженности сектора здравоохранения КР основным рекомендациям ВОЗ по РИЛС позволяют отметить, что сектор здравоохранения КР по большому счету следует данным рекомендациям. Например, работа по написанию и внедрению клинических протоколов активно продолжается; ПЖВЛС периодически пересматривается, дополняется, корректируется и издается; существует достаточно сильная нормативная база и т.д.

Однако, для улучшения доступности населения, оптимизации использования ЛС потребуются еще много усилий, т.к., некоторые позиции имеют до сих пор свои слабые места. Например, возобновление деятельности лекарственных комитетов, несомненно, будет способствовать более рациональному использованию ЛС в стационарах, путем проведения постоянного мониторинга правильного закупа и использования лекарств; кроме того, для улучшения использования лекарств необходимо постоянно повышать уровень знаний и квалификацию медицинских работников; организовывать тренинги или обучающие программы для населения (пациентов) по рациональному использованию лекарств; повышать уровень информированности медицинских специалистов по вопросам безопасности, эффективности препаратов; включать во внутрибольничные формуляры препараты с доказанной эффективностью, основанные на результатах

клинических испытаний, включать препараты генерики и т.д.

Также, можно отметить, что в целом в КР работа по улучшению рационального использования ЛС активно продолжается. Но, для достижения определенных целей и результатов должен проводиться постоянный мониторинг существующих проблем, связанных с недостатком знаний медицинских работников по РИЛС, устаревших принципов работы, а также с задержкой внедрения новых методов в практику здравоохранения.

#### Литература:

1. Рациональное использование лекарственных средств: доклад Конференции экспертов, Найроби, 25-29 ноября 1985 года. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1987 год.
2. Документ WHO/EDM/2002.3.
3. Stolley.P.D.&Lasagna. L. Prescription patterns of physicians. Journal of chronic diseases, 22:395-405 (1969), Vesterholm,B. Therapeutic auditing at the national and international level. British journal of clinical pharmacology, 22: 55S-59S (1986).
4. Laporte. J.R. et.al. Drug utilization studies: a tool for determining the effectiveness of drug use. British journal of clinical pharmacology, 16: 301-304 (1983).
5. inrud@msh.org, <http://www.msh.org/inrud>.
6. ВОЗ. Чиангмай, Таиланд, 1-4 апреля 1997 г.
7. ВОЗ. Рациональное использование лекарственных средств теми, кто выписывает лекарственные средства, и пациентами. Доклад Секретариата. 16 декабря 2004 г. EB115/40.
8. Мейманалиев А., Ибраимова А., Bernd Rechel. Health Care System in Transition., Кыргызстан, 2005. Стр 19-21.
9. [kg.carebmc.net/page/news\\_dok\\_medical/371](http://kg.carebmc.net/page/news_dok_medical/371)
10. Savas. S.& Gedik.G. From the 1990s to 2010 s: health care reforms in Central Asia- a discussion paper. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г..
11. Закон Кыргызской Республики «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» от 18 октября 1999 года.
12. Нормативно-правовые акты и результаты мониторинга ФОМС.

Рецензент: д.м.н., профессор Тилекеева У.М.