

# К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт

Г.А. Слабкий, Г.Я. Пархоменко

Государственное учреждение «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», Киев

*В статье отражены некоторые вопросы международного опыта реформирования здравоохранения через призму реформ, проводимых в Украине, как индикатор действий власти, организаторов здравоохранения и медицинских работников при ее проведении.*

**Ключевые слова:** здравоохранение, реформирование, международный опыт.

В Украине начата широкая программа реформирования системы здравоохранения, которая определена Программой экономических реформ Президента Украины на 2010–2014 гг. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Пилотная отработка реформирования системы осуществляется в Донецкой, Днепропетровской, Винницкой областях и городе Киеве, что определено принятым Верховным Советом страны Законом (см. также Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»). Целью реформы является обеспечение населения страны более доступной и качественной медицинской помощью в соответствии с реальной потребностью населения, что в конечном счете должно привести к улучшению медико-демографической ситуации (Лехан В.М. та співавт., 2009). Суть реформы заключается в структурной перестройке системы медицинской помощи населению с приоритетным развитием первичной медико-санитарной помощи на основе общей врачебной практики и семейной медицины, создании нового типа больницы вторичного уровня с их дифференциацией в зависимости от интенсивности оказываемой медицинской помощи и внедрении принципиально новой системы финансирования учреждений здравоохранения, построенной на децентрализации процесса планирования и распределения средств, мотивации как учреждений, так и медицинских работников к эффективному труду и рационализации использования средств (Лехан В.М., Рудий В.М. (ред.), 2005; Лехан В.М., Зюков О.Л., 2009).

Как указывают Р.Б. Салтман и Дж. Фигейрас (2000), на успех процесса реформирования непосредственно влияет система государственного устройства, а также разделение полномочий между центральным и местным уровнями.

Как показывает международный опыт, в большинстве государств правительство передает определенные полномочия в об-

ласти планирования, управления и принятия решений с более высоких на менее высокие уровни управления (Салтман Р.Б., Фигейрас Дж., 2000; Всемирная организация здравоохранения, 2009; Лехан В.М., Зюков О.Л., 2009). Однако на практике схемы децентрализации существенно различаются (Всемирная организация здравоохранения, 2009). В одних случаях центральная власть осуществляет жесткий контроль над более низкими уровнями управленческой системы через законодательные и финансовые механизмы. В других — органы территориального уровня управления имеют значительную самостоятельность в толковании политики центральных органов власти и могут самостоятельно осуществлять определенный контроль над расходами, особенно если они имеют право на получение доходов. Таким образом, процесс реформирования зависит от того, какой политической властью наделена система государственного устройства на всех уровнях управления и какие механизмы регулирования, включая законодательство (дискреционное или императивное), а также финансовые стимулы и санкции может использовать центральная власть по отношению к территориальным органам управления.

Данные литературы указывают на то, что ключевыми факторами осуществления реформы здравоохранения являются статус и полномочия центрального органа власти отрасли. Так, делегирование полномочий страховым компаниям или региональным/местным органам власти привело к такому положению, когда министерства здравоохранения, отвечая за ход осуществления реформ, имели мало полномочий и механизмов для их проведения, что характерно на этом этапе и для Украины в связи с отсутствием вертикали управления. Примером может быть Российская Федерация, в которой значительную часть реформирования системы проводили региональные органы власти лишь при слабом руководстве министерства (Curtis S. et al., 1995). Аналогичная ситуация в Казахстане привела к возвращению контроля за системой здравоохра-

нения в руки центрального правительства (Saltman R.B., Akanov A., 1996).

Хотя распределение полномочий между центральными и территориальными/местными органами власти оказывают влияние на процесс реформирования, существуют и другие факторы, которые в значительной степени определяют его исход. Это стремление определенных политических сил влиять на проведение реформ, опираясь скорее на «умелое использование символов и общих аргументов», чем на тщательное прогнозирование и анализ (Marmor T.R., Hamburger T., 1994). При этом опыт некоторых стран указывает на различия между стратегией реформы здравоохранения и приведением намеченных планов в действие. Так, в Болгарии была введена новая государственная система медицинского страхования, которая находится под контролем Министерства здравоохранения, но очень мало внимания было уделено обсуждению вопросов о том, каким образом правительство будет сотрудничать с учреждениями здравоохранения в рамках новой системы (Borissov V., Rathwell T., 1996).

Реформирование здравоохранения направлено на перестройку отношений между государственным и частным сектором, организаторами здравоохранения и представителями власти, поставщиками и потребителями медицинской помощи; в конечном итоге этот процесс зависит от того, как будут проходить изменения и кто может выступать в поддержку реформ, а кто будет противостоять им.

В техническом отношении реформа системы здравоохранения является сложным процессом. Для ее осуществления необходимы соответствующие инфраструктура с современными информационными системами и высоким профессиональным уровнем сотрудников, а также значительные дополнительные ресурсы, направленные на создание новых организационных структур. В связи с этим для успешного проведения реформ необходимо сотрудничество или определенный консенсус между множеством участников процесса со стороны как государственно-

го, так и частного секторов. Кроме того, программы реформирования имеют тенденцию к постановке большого количества задач, когда некоторые из них могут вступать в противоречие с действующими в стране политическими и социальными ценностями (Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2009).

Можно выделить некоторые типичные факторы, которые содействуют либо противодействуют осуществлению реформ в области здравоохранения (табл. 1) (Cleaves P., 1980).

Украина, имея слабо оснащенную технологически и технически систему здравоохранения, вынуждена идти по второму, более сложному пути ее реформирования, что, в свою очередь, требует более решительных, четко спланированных и конкретных подходов к осуществлению намеченных заданий.

Одним из важных аспектов реформирования системы здравоохранения являются темпы осуществления намеченных изменений. Способность к осуществлению быстрых изменений в конкретной стране зависит от роли отдельных участников проведения реформы, которые поддерживают изменения или противостоят им.

Радикальная реформа здравоохранения в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии была проведена правительством вопреки мощной оппозиции со стороны Британской медицинской ассоциации и значительной части населения за короткий период (Klein R., 1995). При этом правительством выделялись средства для ускорения внедрения системы управления ресурсами больниц, что способствовало превращению медицинских работников во владельцев государственных ценных бумаг, путем финансовой поддержки компьютеризации процесса управления и ведения медицинских карт пациентов. Убежденность правительства страны в необходимости реформы была такова, что оно действовало без опытных проектов и при минимальном

консультировании, чему способствовало большинство в унитарном национальном правительстве в деле осуществления указанной реформы (Gladstone D., Goldsmith M., 1995). Перестройка системы здравоохранения в Новой Зеландии осуществлялась аналогичным образом, и несмотря на то что реформы имели спорный характер и сталкивались со значительным противодействием, они были проведены быстро (Ashton T., 1995). Некоторые авторы объясняют быстрое осуществление реформ в этих странах характером политических систем в них (Borren P., Maynard A., 1994; Robinson R., Le Grand J. (Eds.), 1994).

В Нидерландах и Германии организационная структура вместе с основными социальными и политическими ценностями привела к более осторожному, постепенному переходу к реформе (Dekker W., 1988; De Roo A.A., 1995).

Реформы здравоохранения в Италии и Греции проводились по принципу нарастания. Ключевые аспекты планов реформ, например изменение основного источника финансирования (от социального страхования к общему налогообложению) и разработка новых моделей оказания медицинских услуг, были реализованы только частично. Причиной ограниченности частичного проведения реформ является противостояние политических партий и заинтересованных групп, нехватка квалифицированных кадров для осуществления изменений, предоставление местным органам власти значительной самостоятельности в установлении приоритетов (Figueras J. et al., 1994).

Помимо условий и характера процесса реформ, ключевыми определяющими факторами их осуществления является четыре группы участников данного преобразования: население, медицинские работники, политические деятели и чиновники, а также заинтересованные группы (Салтман Р.Б., Фигейрас Дж., 2000).

Широкая публичная поддержка реформы может быть эффективным катализатором изменений, равно как и ее отсутствие

может стать серьезным препятствием для проведения, хотя, как свидетельствует опыт, мнения пациентов о реформе здравоохранения во многих случаях учитываются слабо. При этом в некоторых государствах (Нидерланды, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, скандинавские страны) разработаны механизмы участия населения в развитии служб здравоохранения. Так, в Нидерландах участие населения достаточно оформлено на официальном уровне, причем Голландская федерация пациентов и потребителей участвует в процессе принятия различных решений (Abel-Smith B. et al., 1995).

Известно, что в Украине принятие решений как на государственном, так и на местном уровне находится под сильным влиянием медицинских работников, на что указывают специалисты в области социальной медицины и других стран. Это объясняет высокий социальный статус медицинских работников во многих европейских странах. В результате политические деятели, имеющие тесные связи со здравоохранением, могут оказывать достаточно сильное влияние, отстаивая скорее профессиональные, нежели государственные интересы (Wilding P., 1984; Harrison S., Pollitt C., 1994). В настоящее время в странах СНГ, в том числе и в Украине, растет число медицинских организаций, стремящихся играть более влиятельную роль в развитии национальной политики в области здравоохранения. Поэтому для украинской власти является важным положительным фактором наличие медицинских работников в сторонниках проведения реформы здравоохранения.

Политические деятели, чиновники и управленцы, которые формируют и осуществляют политику реформ, являются влиятельной группой в системе здравоохранения. Важную роль при решении вопросов о реформировании здравоохранения в этой заинтересованной группе играет распределение полномочий среди них. Таким образом, необходимо разработать действующий механизм, который заставит чиновников и управленцев внедрить новые стратегии, которые полностью соответствуют поставленным целям и задачам, а не принимать на местном уровне решения, которые дискредитируют среди населения и медицинских работников суть реформы. Во избежание таких действий политики обычно считают полезным получить поддержку вне среды чиновников. В Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии центральную роль в осуществлении преобразований системы здравоохранения в государстве играли именно политики, а не чиновники Министерства здравоохранения (Piergon P., 1994). При этом политики могут как поддерживать изменения, так и препятствовать им. Так, во Франции и Швеции, несмотря на то что политики часто говорили о стремлении децентрализовать управление в пользу медицинских учреждений, они проявили явное нежелание ограничить свое прямое участие в контро-

**Таблица 1** Факторы, оказывающие влияние на процесс проведения реформ

| Содействующие факторы  | Тормозящие факторы  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Четко определенные политические цели</li> <li>◊ Одна основная цель помогает избежать путаницы или конфликта</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Цели реформы во многих случаях противоречат друг другу</li> <li>◊ Множество целей, часть из которых вступают в противоречие с политическими и социальными ценностями, приводят к конфликтам</li> </ul>                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Простые технические факторы</li> <li>◊ Имеются необходимые знания и технология</li> <li>◊ Не требуются дополнительных ресурсов</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Очень сложные технические факторы</li> <li>◊ Опыт отсутствует</li> <li>◊ Необходима подготовка кадров</li> <li>◊ Необходима разработка дорогостоящих информационных систем и систем расчета стоимости услуг</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Незначительное отклонение от существующего положения</li> <li>◊ Легче договориться о постепенных изменениях</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Реформа требует крупных изменений по сравнению с существующим положением</li> <li>◊ Крупные изменения могут столкнуться с серьезным сопротивлением</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Осуществление силами одного участника</li> <li>◊ Межсекторальное сотрудничество усложняет процесс</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Реформы во многих случаях предусматривают множество участников</li> <li>◊ Сотрудничество между государственным и частным сектором затруднено</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Быстрое осуществление</li> <li>◊ Короткие сроки ограничивают нарастание сопротивления и отклонения в политике</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Сложные реформы и медленное осуществление</li> <li>◊ Необходимо разработать и внедрить новые системы (процедуры и учреждения)</li> </ul>   |

ле медицинских учреждений, и в определенном смысле ход реформы здравоохранения натолкнулся на сопротивление членов той самой группы, которая стремилась к их осуществлению (Brommels M., 1995).

В связи с этим при рассмотрении роли политических деятелей важно учитывать уровень, на котором они действуют. Чиновники на центральном уровне могут быть относительно оторваны от повседневных забот управленцев местного уровня. Как свидетельствует и украинский опыт, чиновники центрального уровня не обязательно учитывают потенциальные проблемы на местах или не осведомлены о них, что отрицательно сказывается на ходе реформы.

Опыт проведения реформ здравоохранения в Европе указывает на растущую роль заинтересованных групп, имеющих коммерческие интересы: фармацевтические предприятия и предприятия по производству медицинского оборудования, медицинские страховые компании (Richardson J., 1982). Эти влиятельные группы обычно стремятся к защите своих собственных интересов, что необходимо учитывать как один из факторов риска в осуществлении реформы (Steinmo S., Watts J., 1995).

Необходимо отметить, что положительное влияние в содействии осуществлению реформ и обеспечении общественной поддержки оказывают средства массовой информации. Так, рекламная кампания государства была одним из факторов, содействующих перестройке части сектора здравоохранения на северо-востоке Бразилии (Tendler J., Freedheim S., 1994). В Турции официальные лица использовали средства массовой информации для продвижения реформы и обеспечения общественной поддержки, а также с целью настроить общественное мнение против медицинских работников, сопро-

тивлявшихся изменениям (Keen J. et al., 1993).

Некоторые меры, способные содействовать осуществлению реформы, отражены в табл. 2 (Салтман Р.Б., Фигейрас Дж., 2000). Их значение заключается в том, что организаторы здравоохранения могут выбрать те меры, которые дадут им возможность разработать достаточно надежные действия для проведения реформы.

При этом общий анализ указывает на необходимость организаторам здравоохранения ознакомиться с работой и проблемами других учреждений здравоохранения для понимания того, кто и как именно может оказать влияние на достижение поставленных целей.

Общий анализ включает признание влиятельности заинтересованных групп, привлечение и установление контактов с участниками реформы, определение четких и достижимых целей на местном уровне и формирование коалиций для проведения преобразований. Детальный анализ касается важнейших внутренних структур, систем и процедур, что означает наращивание и/или сохранение технической поддержки, необходимой для осуществления реформы. Анализ перспективы развития определяется как способность видеть перспективу при решении краткосрочных задач с учетом долгосрочных целей, при этом тактические изменения должны соответствовать поставленным задачам.

### Выводы

Анализ опыта осуществления реформ здравоохранения в различных странах указывает на 7 факторов, которые играют центральную роль в осуществлении преобразований: политическая воля и руко-

водство; временные рамки; финансовая поддержка; стратегические союзы; управление процессом; поддержка общественности; техническая инфраструктура и потенциал.

В Украине, ставшей на путь реформирования системы здравоохранения, процесс осуществления которого является многогранным и поэтапным, необходимо умело применить имеющийся разносторонний позитивный международный опыт.

### Список использованной литературы

**Всемирная организация здравоохранения** (2009) Европейская министерская конференция ВОЗ «Системы здравоохранения — здоровье — благосостояние» ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/78951/E92150R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf)).

**Лехан В.М., Зюков О.Л.** (2009) Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації, 1–2 (9–10): 71–74.

**Лехан В.М., Рудий В.М. (ред.)** (2005) Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт. Видавництво Раєвського, Київ, 168 с.

**Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В.** (2009) Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ, 50 с.

**Салтман Р.Б., Фигейрас Дж.** (2000) Реформи здравоохранения в Европе: анализ современных стратегий. Гэотар Медицина, Москва, 432 с.

**Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України** (2009) Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. МОЗ України, Київ, 384 с.

**Abel-Smith B., Figueras J., Holland W. et al.** (1995) Choices in Health Policy: an agenda for the European Union. Luxembourg, Aldershot: Office for Official Publications of the European Communities and Dartmouth Publishing Company.

**Ashton T.** (1995) From evolution to revolution: restructuring the New Zealand health system.

Таблица 2

Комплекс мер, способных содействовать осуществлению реформы

| Потенциал/ресурсы*   | Культурные/социологические факторы**  | Политические союзы***   | Системные меры****   |
|--|---|---|--|
| <b>Общий анализ</b>  |   |   |  |
| Предоставление возможности для ознакомления представителей основных заинтересованных групп   | 1. Начало дискуссии по реформе и процесс разработки политики<br>2. Поощрение поставщиков медицинских услуг к нововведениям              | 1. Определение действий заинтересованных групп<br>2. Привлечение профсоюзов и соответствующих общественных организаций<br>3. Готовность к компромиссу | 1. Установление четких, точных целей<br>2. Определение ожидаемых результатов<br>3. Выявление основных заинтересованных групп   |
| <b>Детальный анализ</b>  |   |   |  |
| 1. Создание приемлемых механизмов, обеспечивающих финансирование<br>2. Четкое определение охвата и роли системы налогообложения<br>3. Введение бюджетных и аудиторских процедур<br>4. Сосредоточение внимания на эффективности и результативности преобразований<br>5. Согласование целей и финансовых ресурсов<br>6. Наращивание потенциала за счет подготовки кадров | 1. Избегание широкой опоры на рыночные принципы<br>2. Установление четких механизмов в области отчетности                               | 1. Ограничение лоббирования со стороны учреждений здравоохранения и производителей услуг<br>2. Учет идеологических и конституционных организаций      | 1. Установление поддающихся выявлению и оценке целей<br>2. Избегание слишком сложных управленческих систем<br>3. Передача технических вопросов на усмотрение управленцев |
| <b>Анализ перспективы развития</b>   |   |   |  |
| 1. Финансирование реформы отдельно от других видов деятельности<br>2. Создание механизмов для урегулирования конфликтов<br>3. Готовность к резкому изменению роли основных участников  | 1. Установление постоянной обратной связи в отношении прогресса<br>2. Установление темпов реформы на основе небольших необратимых шагов | 1. Избегание чрезмерной зависимости от основных заинтересованных групп<br>2. Составление планов действий основных заинтересованных групп              | 1. Разработка нормативных актов на основе законодательства<br>2. Сбалансированные финансовые и технические цели<br>3. При необходимости – перераспределение ролей        |

\*Технические, управленческие и финансовые ресурсы, необходимые для проведения реформы; \*\*факторы, содействующие или препятствующие разработке и проведению реформы системы здравоохранения; \*\*\*процесс формирования отношений, которые будут содействовать успешным преобразованиям; \*\*\*\*цели, достижение которых будет содействовать поддержке преобразований и их проведения.

In Seedhouse D. (Ed.) *Reforming Health Care: the Philosophy and Practice of International Health Reform*. Chichester: John Wiley, p. 85–93.

**Borissov V., Rathwell T.** (1996) Health care reforms in Bulgaria: an initial appraisal. *Soc. Sci Med.*, 42(11): 1501–1510.

**Borren P., Maynard A.** (1994) The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes. *Health Policy*, 27(3): 233–252.

**Brommels M.** (1995) Contracting and political boards in planned markets. In: Saltman R.B., von Otter C. (Eds.) *Implementing planned markets in health care*. Buckingham: Open University Press, p. 86–109.

**Cleaves P.** (1980) Implementation amidst scarcity and apathy: political power and policy design. In Grindle M. (Ed.) *Politics and Policy Implementation in the Third World*. Princeton: Princeton University Press, p. 294.

**Curtis S., Petukhova N., Taket A.** (1995) Health care reforms in Russia: the example of St Petersburg. *Soc. Sci Med.*, 40(6): 755–765.

**De Roo A.A.** (1995) Contracting and solidarity: market-oriented changes in Dutch health insurance systems. In: Saltman R.B., von Otter C. (Eds.). *Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility*, p. 45–64.

**Dekker W.** (1988) Changing health care in the Netherlands. Report of the Committee on the Struc-

ture and Financing of Healthcare, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. 90 p.

**Figueras J., Mossialos E., Mckee M., Sassi F.** (1994) Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean paradigm? *Int. J. Health Sci.*, 5(4): 135–146.

**Gladstone D., Goldsmith M.** (1995) Health care reform in the UK: working for patients? In Seedhouse D. (Ed.) *Reforming Health Care: the Philosophy and Practice of International Health Reform.*, John Wiley, Chichester, p. 71–84.

**Harrison S., Pollitt C.** (1994) Controlling Health Professionals. *The Future of Work and Organization in the National Health Service*. London, Open University Press.

**Keen J., Buxton M., Packwood T.** (1993) Doctors and resource management: incentives and goodwill. *Health Policy*, 24(1): 71–82.

**Klein R.** (1995) Big bang health care reform — does it work? The case of Britain's 1991 National Health Service reforms. *Milbank Q.*, 73(3): p. 299–337.

**Marmor T.R., Hamburger T.** (1994) The missing alternative: how Washington elites pushed single-payer reform plans off the agenda. In: Manner T. (Ed.). *Understanding Health Care Reform*. New Haven: Yale University Press, p. 159–169.

**Pierson P.** (1994) *Dismantling the Welfare State?* Cambridge: Cambridge University Press, 213 p.

**Richardson J.** (1982) *Policy Styles in Western Europe*. London, George Allen and Unwin, 223 p.

**Robinson R., Le Grand J. (Eds.)** (1994) *Evaluating the NHS Reforms*. London, King's Fund Institute, 288 p.

**Saltman R.B., Akanov A.** (1996) *Decentralization: the Case of Kazakhstan*. Geneva: World Health Organization, 246 p.

**Steinmo S., Watts J.** (1995) It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America. *J. Health Polit. Policy Law*, 20(2): 329–372.

**Tendler J., Freedheim S.** (1994) Trust in a rent-seeking world: health and government transformed in Northeast Brazil. *World Dev.*, 22: 1771–1791.

**Wilding P.** (1984) *Professional Power and Social Welfare*. Routledge and Kegan Paul, Henley-on-Thames, 169 p.

**Адрес для переписки:**

Слабкий Геннадий Алексеевич  
02099, Киев, пер. Волго-Донский, 3  
Государственное учреждение  
«Украинский институт стратегических  
исследований МЗ Украины»

**Реферативна інформація**

**Какой метод контрацепции эффективен на 100%?**



Поведение женщин, подвластное колебаниям гормонального фона, таит немало загадок, порой для них самих, но на вопрос: «Родить ребенка или повременить с беременностью?» они, как правило, всегда знают четкий ответ. Несмотря на то что вся физиология женского организма благоприятствует зачатию, вынашиванию, рождению и вскармливанию потомства, материнство, даже желательное с акушерско-гинекологической точки

зрения, далеко не всегда является своевременным для самой женщины. Так или иначе, но проблема выбора оптимального метода контрацепции актуальна на протяжении всего периода женской фертильности.

Американские исследователи — Брук Виннер (Brooke Winner), сотрудник кафедры акушерства и гинекологии Школы медицины Вашингтонского университета (Department of Obstetrics and Gynecology, Washington University School of Medicine) в Сент-Луисе, штат Миссури, и ее коллеги — убеждены, что любой метод контрацепции эффективен, но лишь при правильном и последовательном применении. И все же, на какой из них современная женщина, не планирующая беременность, по крайней мере, в ближайшее время, может положиться «на все 100%»?

В большом проспективном когортном исследовании, результаты которого опубликованы 24 мая 2012 г. в «New England Journal of Medicine», приняли участие 7486 женщин в возрасте 14–45 лет, нуждавшихся в длительной, но обратимой контрацепции. После предварительного консультирования относительно эффективности, рисков для здоровья, преимуществ и побочных эффектов различных средств предохранения от беременности (пероральные контрацептивы, вагинальное кольцо, трансдермальный пластырь, инъекции медроксипрогестерона, внутриматочная спираль, подкожные имплантаты) женщинам предлагали остановить свой выбор на одном из них с возможностью перехода на другой в дальнейшем. Для исключения определяющей роли

материального фактора контрацептивы предлагались безвозмездно.

Внутриматочной спирали и подкожным имплантатам, как правило, отдавали предпочтение женщины старшего возраста, имевшие более высокий паритет; пероральным контрацептивам, вагинальным кольцам и трансдермальному пластырю — нерожавшие участницы молодого возраста без истории нежелательных беременностей, аборт и инфекций, передающихся половым путем; инъекциям медроксипрогестерона — преимущественно афроамериканки с низким уровнем образования и социально-экономического статуса и наличием в анамнезе инфекций, передающихся половым путем.

Через 3; 6 мес и затем каждые 6 мес в течение 3 лет проводили интервью участниц по телефону, в котором отслеживали все случаи нежелательной беременности (всего 334). Коэффициент неудач контрацепции (failure rate) для противозачаточных таблеток, вагинальных колец и трансдермального пластыря составил 4,55 на 100 человеко-лет (133 беременности) по сравнению с 0,27 (21 беременность) среди тех, кто использовал внутриматочные спирали и подкожные имплантаты (скорректированное отношение рисков (OR) 21,84; 95% доверительный интервал (ДИ) 13,67–34,88), и был обратно пропорционален возрасту участниц. Так, у женщин в возрасте <21 года, применявших противозачаточные таблетки, вагинальные кольца или трансдермальный пластырь, он был почти в 2 раза выше, чем у старших по возрасту участниц, использовавших эти же средства (скорректированное OR 1,9, 95% ДИ 1,2–2,8; p=0,02). Этого не наблюдали среди участниц, предпочитавших внутриматочную спираль, подкожный имплантат или инъекции медроксипрогестерона.

Таким образом, контрацепция с применением внутриматочных спиралей и подкожных имплантантов, преимущественно у рожавших женщин более старшего возраста, оказалась в 20 раз более эффективной по сравнению с другими часто используемыми методами предохранения от нежелательной беременности.

**Lewis R.** (2012) IUDs, Implants More Effective Than Pills, Rings, and Patches. *Medscape*, May 23 (<http://www.medscape.com/viewarticle/764432>).

**Winner B., Peipert J.F., Zhao Q. et al.** (2012) Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N. Engl. J. Med.*, 366(21): 1998–2007.

*Ивета Щербак*