



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



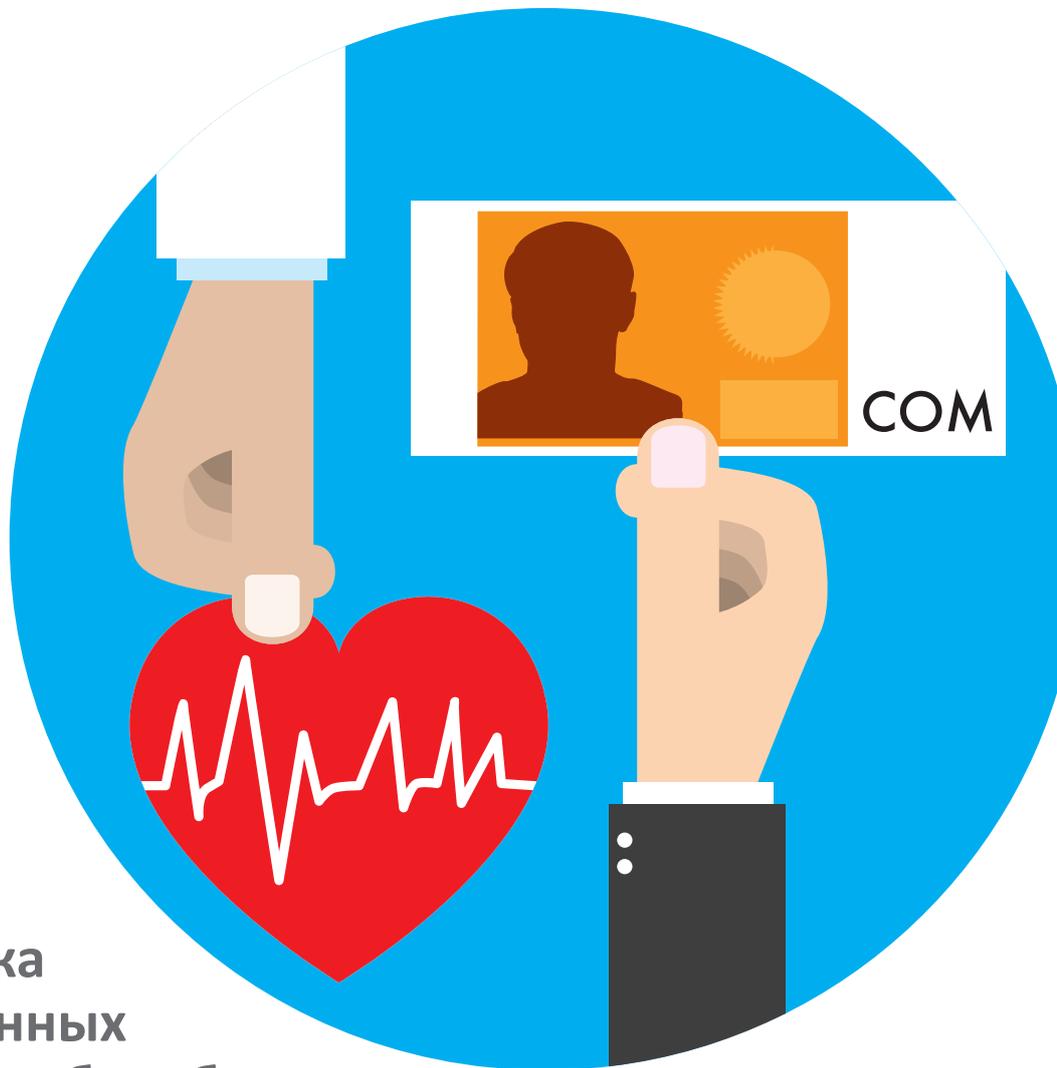
UN INTERAGENCY
TASK FORCE ON NCDs



@un_ncd



UN
DP



Профилактика
неинфекционных
заболеваний и борьба
с ними в Кыргызстане:

Аргументы в пользу инвестирования





**Европейский офис ВОЗ по
профилактике неинфекционных
заболеваний и борьбе с ними**

**Леонтьевский переулок, д.9
125009 Москва, Российская Федерация
Адрес электронной почты:
NCDoffice@who.int**

**Вебсайт:
www.euro.who.int/ru/NCDoffice**

Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Кыргызстане:

Аргументы в пользу инвестирования

Подготовлено для Министерства здравоохранения Кыргызстана

Европейским региональным бюро ВОЗ
Программой развития Организации Объединенных Наций

14 сентября 2017 года

Аннотация

Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания, а также их факторы риска, являются растущей проблемой в области развития и общественного здравоохранения в Кыргызстане. В настоящем докладе приводятся полученные по итогам трех оценок фактические данные о роли НИЗ в снижении объемов производства, а также обсуждаются меры вмешательства, которые могут быть предприняты для решения этой проблемы, и их относительная рентабельность. Анализ экономического бремени показал, что экономические потери от НИЗ эквивалентны 3,9% валового внутреннего продукта страны. Расчет стоимости вмешательства позволяет оценить объемы финансирования, необходимого для реализации комплекса мер политики.

Ключевые слова

CHRONIC DISEASE - ECONOMICS

CHRONIC DISEASE – PREVENTION AND CONTROL

COST-BENEFIT ANALYSIS

KYRGYZSTAN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение признательности.....	iv
Сокращения	v
Исполнительное резюме.....	vi
1. Введение	1
Значимость составляющей экономического анализа в обосновании целесообразности инвестирования в меры борьбы с НИЗ	2
2. Ситуационный анализ: НИЗ и их факторы риска	3
Табак	4
Алкоголь.....	4
Недостаток физической активности	5
Нездоровое питание (соль)	5
Метаболические факторы риска	6
3. Меры политики и методы лечения, направленные на уменьшение бремени НИЗ.....	7
Табак.....	7
Отсутствие физической активности	9
Нездоровое питание (соль)	10
Клинические вмешательства по ССЗ.....	12
4. Методика.....	15
Расчет экономического бремени НИЗ	16
Анализ рентабельности инвестиций	17
5. Результаты	18
Оценка экономического бремени.....	18
Расчет стоимости вмешательств	23
Оценка пользы для здоровья	25
Оценка экономического эффекта.....	26
Оценка рентабельности инвестиций.....	26
6. Выводы.....	28
Библиография.....	31
Приложение 1 Данные, использованные для расчета бремени НИЗ.....	34
Приложение 2. Источники данных для мер политики - популяционный уровень	36

Выражение признательности

Авторы хотели бы выразить свою искреннюю благодарность Министерству здравоохранения Кыргызстана, национальной команде, оказавшей содействие в процессе сбора и анализа данных, а также заинтересованным сторонам, которые нашли время, чтобы дать интервью и поделиться своими мнениями по многочисленным вопросам в процессе проведения визита.

Экономический анализ проводился Анной Концевой, консультантом ВОЗ и членом Сотрудничающего центра ВОЗ “Разработка и осуществление политики и программ профилактики неинфекционных заболеваний”, Москва, Российская Федерация. Настоящий доклад подготовлен Анной Концевой и Jill Farrington, Европейское региональное бюро ВОЗ, при содействии: Алексея Куликова, Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций, Оксаны Ротарь, консультанта ВОЗ и члена Федерального государственного бюджетного учреждения “Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова” Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация, и Douglas Webb, Программа развития Организации Объединенных Наций.

Глубокая признательность выражается рецензенту, Dan Chisholm, Европейское региональное бюро ВОЗ, и Roy Small, за предоставление комментариев. В документе использованы рекомендации Melanie Bertram, Всемирная организация здравоохранения, и Dudley Tarlton, Программа развития Организации Объединенных Наций, а также элементы подхода, применяемого для программ инвестирования, связанных с НИЗ, во Вьетнаме и Монголии.

С благодарностью отмечается вклад в организацию визита ВОЗ и подготовку национальных материалов, легших в основу настоящего доклада, Осмонбека Молдокулова, Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане, и Розы Джакиповой от имени Министерства здравоохранения.

Огромная благодарность Lydia Wanstall за редактирование текста, Виктории Францевой за перевод доклада на русский язык, а также Lars Møller за подготовку макета и набор текста настоящего доклада.

Оценка проводилась под общим руководством д-ра Jarno Habicht - официального представителя ВОЗ в Кыргызстане, д-ра Gauden Galea - директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ, и д-ра Nick Vanatvala, Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций.

Подготовка этого доклада координировалась Европейским региональным бюро ВОЗ и Страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане в рамках Двухгодичного соглашения о сотрудничестве на 2016-2017 гг. между Министерством здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ. Эта публикация стала возможной благодаря финансированию со стороны Правительства Российской Федерации.

Сокращения

CHOICE	Выбор экономически эффективных мер [методология ВОЗ]
MPOWER	Мониторинг употребления табака и меры профилактики; защита людей от табачного дыма; предложение помощи в целях прекращения употребления табака; предупреждение об опасностях, связанных с табаком; обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий; повышение налогов на табачные изделия [пакет ВОЗ]
PEN	Пакет основных мероприятий [вмешательств] по неинфекционным заболеваниям
ROI	Рентабельность инвестиций
SHAKE	Эпиднадзор; Вовлечение промышленности; Принятие стандартов маркировки и маркетинга; Повышение осведомленности; Окружение [пакет ВОЗ]
STEPS	Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска развития хронических заболеваний [исследование]
UNIATF	Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними
ВВП	Валовой внутренний продукт
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РКБТ	Рамочная конвенция по борьбе против табака [ВОЗ]
СНГ	Содружество Независимых Государств
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания

Исполнительное резюме

Основной рекомендацией Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (UNIATF) во время визита в Кыргызстан в марте 2016 года была рекомендация подготовить экономическое обоснование целесообразности инвестирования в меры профилактики и борьбы с НИЗ. С целью выполнения этой рекомендации в августе 2016 года состоялся совместный визит представителей нескольких учреждений Организации Объединенных Наций (ООН) в Кыргызстан, а также последующий визит в октябре 2016 года. Настоящий доклад представляет собой отчет о проведенном экономическом анализе.

Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), диабет и хронические респираторные заболевания (ХРЗ), а также их факторы риска (употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание и отсутствие физической активности) являются растущей проблемой в области развития и общественного здравоохранения в Кыргызстане. НИЗ являются причиной 80% всех случаев смерти в стране. Вероятность преждевременной смерти (то есть в возрасте до 70 лет) от четырех основных НИЗ для человека, проживающего в Кыргызстане, в 2015 году составила 1 из 4.

Доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 50%. Хотя почти половина взрослого населения страны (43%) страдает от артериальной гипертонии, большинство (79%) не принимают антигипертензивные препараты. 45% мужчин употребляют табак. Каждый пятый житель Кыргызстана страдает ожирением. По оценкам, в Кыргызстане один из самых высоких уровней потребления соли в мире. В стране существуют хорошо разработанные политические и законодательные механизмы для борьбы с НИЗ в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения “Ден соолук”, Программы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на 2013-2020 годы и Стратегии охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года. Тем не менее, имеются пробелы в осуществлении рекомендованных ВОЗ рентабельных профилактических и клинических вмешательств по НИЗ.

Преждевременная смертность, заболеваемость и инвалидизация населения, связанные с НИЗ, оказывают негативное воздействие на социально-экономическое развитие. Как и во многих частях мира, НИЗ в Кыргызстане вызывают резкое увеличение расходов на здравоохранение, затрат на социальную поддержку и обеспечение, а также рост бремени, связанного с отсутствием человека в школе и на рабочем месте, что в результате приводит к снижению производительности труда и текучести кадров. По оценкам, в 2015 году правительство израсходовало 3,7 млрд. сомов на лечение 4 основных НИЗ.

В настоящем докладе приводятся фактические данные о роли НИЗ в сокращении объемов производства, а также обсуждаются варианты мер, которые могут быть предприняты для решения этой проблемы, с оценкой их относительной рентабельности. Было проведено три оценки, каждая из которых опирается на инструмент стратегического планирования ООН OneHealth:

- Анализ экономического бремени показывает масштаб ущерба, наносимого НИЗ экономике, путем оценки прямых затрат и потерь для экономики, обусловленных НИЗ. Прямые затраты включают государственные расходы на здравоохранение, ассигнованные на лечение сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, рака и респираторных заболеваний. Потери для экономики включают выплаты по инвалидности, стоимость невыходов на работу (временная нетрудоспособность), презентизма (снижение производительности труда при присутствии на работе), и объемы экономических потерь, связанные с преждевременной смертностью граждан трудоспособного возраста.
- Расчет стоимости вмешательства осуществлялся с целью определения объемов финансирования, необходимого для проведения комплекса вмешательств по НИЗ. Стоимость мер политики

рассчитывалась на основе запланированных расходов на проведение мер в рамках Национальной программы по профилактике и контролю НИЗ и данных других источников (таких как Министерство здравоохранения и Министерство труда, миграции и молодежи); стоимость клинических вмешательств по ССЗ и диабету рассчитывалась с использованием инструмента ВОЗ OneHealth (“Одно здоровье”) на основе стоимости лекарственных средств и расходных материалов, а также размера зарплат медицинских работников.

- Анализ рентабельности инвестиций (ROI) позволяет сравнить стоимость вмешательств, полученную в предыдущем расчете, с прогнозируемым улучшением показателей здоровья и экономическим эффектом от осуществления комплекса мер вмешательства.

Анализ экономического бремени показал, что государственные расходы на здравоохранение, ассигнованные на лечебно-профилактические меры по НИЗ, являются лишь “верхушкой айсберга”. Потери для экономики, связанные со снижением производительности труда, почти в 4 раза превышают объемы этих ассигнований и составляют 14,6 млрд. сомов. В целом текущие экономические последствия для экономики Кыргызстана, связанные с НИЗ, составляют 17,1 млрд. сомов в год, что эквивалентно 3,9% годового ВВП страны.

Меры, направленные на профилактику НИЗ в Кыргызстане, относительно низкозатратны и рентабельны. Кроме того, поскольку осуществление этих мер будет выходить за пределы сектора здравоохранения и проходить с привлечением других секторов, таких как секторы финансов, экономики, сельского хозяйства, то затраты будут распределяться на все правительство. Расчет стоимости вмешательства был проведен для четырех пакетов вмешательств в области профилактики и борьбы с НИЗ - меры борьбы против табака, меры по увеличению уровня физической активности и меры, направленные на улучшение режима питания, - а также пакета клинических вмешательств, направленных на лечение сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Оценка стратегий борьбы с алкоголем была на тот момент исключена по причинам эпидемиологического характера и недостатка данных. Стоимость пакетов мер, направленных на снижение употребления табака, соли и увеличение уровня физической активности, оценивалась в 0,14 млрд. сомов, 0,04 млрд. сомов и 0,12 млрд. сомов, соответственно. В анализ также была рассчитана удельная стоимость отдельных мер вмешательства в рамках всего пакета. Стоимость вмешательств, направленных на лечение сердечно-сосудистых заболеваний и диабета, была признана самой высокой и составила 175 млрд. сомов.

Согласно результатам экономического моделирования, наиболее рентабельными для Кыргызстана вмешательствами являются меры, направленные на снижение потребления соли. Сокращение употребления табака, например, за счет увеличения налогообложения табачных изделий, и повышение уровня физической активности населения, также будут очень рентабельными для Кыргызстана. Экономический эффект от осуществления этих пакетов мер намного превосходит их стоимость, особенно в долгосрочной перспективе. Коэффициент рентабельности пакета мер, направленных на сокращение потребления соли, равен 12 за 15-летний период.

В анализе сделан вывод о том, что повышение акцизов на табак и алкоголь станет важным дополнительным потоком бюджетных поступлений в государственную казну. Следующим шагом будет целевое выделение соответствующих средств на программы общественного здравоохранения, направленные на реализацию мер профилактики и контроля НИЗ в Кыргызстане. Например, при целевом использовании суммы, эквивалентной 10% налоговых поступлений от продажи табачных изделий, для финансирования Программы профилактики и контроля НИЗ на 2013-2020 гг. (“Национальная программа по НИЗ”), бюджет Программы увеличится втрое по сравнению с нынешним (с 100 до 300 млн. сомов в год). Добавление суммы, эквивалентной 10% поступлений, полученных от увеличения налогов на алкоголь, приведет к четырехкратному увеличению бюджета Национальной программы по НИЗ (со 100 до 400 млн. сомов в год).

Растущее и относительно молодое население Кыргызстана (в настоящее время численность населения составляет 6 миллионов человек и, по прогнозам, к 2050 году эта цифра возрастет до 7-9 миллионов), а также увеличивающаяся распространенность факторов риска НИЗ позволяют сделать вывод о том, что, если в ближайшее время не будет принято соответствующих мер, то затраты, обусловленные НИЗ, значительно возрастут, что станет серьезным препятствием для развития экономики страны. Сегодняшнее инвестирование в меры профилактики будет иметь последствия для будущих трудовых ресурсов.

1. Введение

В 2015 году неинфекционные заболевания (НИЗ) являлись причиной 80% всех смертей в Кыргызстане, что превышает глобальный показатель смертности от НИЗ (71% всех смертей в мире). В 2015 году (последние данные) вероятность преждевременной смерти (то есть в возрасте до 70 лет) от четырех основных НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, хронические респираторные заболевания или рак) составила для гражданина Кыргызстана 1 из 4 (24%), с большей вероятностью у мужчин (32%), чем у женщин (17%) (WHO Regional Office for Europe, в печати). Этот факт открывает широкие возможности добиться прогресса в достижении Задачи 3.4 Целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития, направленной на сокращение на одну треть преждевременной смертности от НИЗ к 2030 году.

Воздействие НИЗ на здоровье человека очевидно, но это лишь один аспект проблемы. НИЗ также сопряжены с высокими экономическими издержками, выходящими далеко за рамки прямых расходов на здравоохранение. НИЗ снижают производительность на макроэкономическом уровне, нарушая полноценное участие человека в трудовой деятельности и оказывая последующее воздействие на самого человека, а также лиц, осуществляющих за ним уход, и государство в целом. Когда человек умирает преждевременно, объем продукции, который он мог бы произвести в непрожитые годы трудовой деятельности, теряется. Кроме того, люди, страдающие от какого-либо заболевания, чаще всего пропускают рабочие дни (временная нетрудоспособность) или имеют сниженную трудоспособность во время пребывания на работе (формальное присутствие или презентизм¹). Снижение объемов экономического производства, обусловленное НИЗ, в странах с низким и средним уровнем дохода в период между 2011 и 2030 гг. оценивается более, чем в 21 триллион долларов США, причем почти треть этой суммы приходится на долю сердечно-сосудистых заболеваний (Bloom, et al., 2011). Для частных лиц и правительств расходы на здравоохранение могут означать серьезные издержки утраченных возможностей, включая снижение инвестиций в образование, транспортные проекты или другие формы человеческого или физического капитала, обеспечивающие отдачу в долгосрочной перспективе.

Высокие социальные и экономические затраты подчеркивают необходимость снижения бремени НИЗ в Кыргызстане. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает, что риск развития НИЗ может быть уменьшен путем изменения четырех поведенческих факторов риска (употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание и отсутствие физической активности), а также метаболических факторов риска, таких как высокое кровяное давление или высокий уровень холестерина (WHO, 2013). На рисунке 1 показаны детерминанты и факторы риска, способствующие развитию НИЗ, многие из которых находятся за пределами контроля одного лишь сектора здравоохранения.

В рамках Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (WHO, 2013) ВОЗ разработала набор вариантов политики и рентабельных мер, направленных на оказание помощи государствам-членам в снижении бремени НИЗ. Они были обновлены на Всемирной ассамблее здравоохранения (WHO, 2017a) и включают меры по снижению поведенческих и метаболических факторов риска, которые приводят к развитию НИЗ, а также клинические вмешательства, направленные на профилактику и лечение заболеваний. В связи с тем, что в 2015 году половина всех смертей в Кыргызстане была вызвана сердечно-сосудистыми заболеваниями, инсультом, инфарктом миокарда и другими болезнями системы кровообращения, экономический анализ, описанный в данном исследовании, ориентирован в первую очередь на вмешательства, направленные на уменьшение бремени сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

¹ Формальное присутствие (презентизм) определяется как снижение производительности труда работника, выполняющего свои функции в состоянии нездоровья.

Рисунок 1: Детерминанты НИЗ и сферы ответственности



Значимость составляющей экономического анализа в обосновании целесообразности инвестирования в меры борьбы с НИЗ

Количественная оценка стоимости лечения НИЗ и мер вмешательства, связанных с профилактикой и контролем НИЗ, а также их эффективности по сравнению с ценой бездействия, является приоритетной просьбой государств-членов ВОЗ. Аргументы в пользу целесообразности инвестирования призваны помочь странам составить собственные экономические обоснования инвестиций в меры профилактики и контроля НИЗ. Экономические аспекты НИЗ зачастую не принимаются во внимание в процессе выделения бюджетных ассигнований.

Основной рекомендацией Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (UNIATF) во время визита в Кыргызстан в марте 2016 года была рекомендация подготовить экономическое обоснование целесообразности инвестирования в меры профилактики и борьбы с НИЗ (UNIATF, 2017). В августе 2016 года состоялся совместный визит представителей нескольких учреждений Организации Объединенных Наций (ООН) в Кыргызстан, а также последующий визит в октябре 2016 года, целью которых было проведение экономического анализа и оказание помощи стране в принятии обоснованных решений по вопросам снижения бремени НИЗ.

Для содействия всеобъемлющему экономическому анализу командой был проведен обзор эпидемиологической ситуации (использован в Разделе 2) и анализ институционального контекста (использован в Разделах 3 и 6) - оценка учреждений и субъектов, участвующих в проведении мер профилактики и контроля НИЗ. Вместе с другими докладами о ситуации с НИЗ они помогли выявить сильные стороны политики, а также области, требующие дальнейшей разработки.

Обоснование целесообразности инвестирования позволяет оценить ситуацию с учетом расширения масштабов деятельности и без него, и составить модели на среднесрочный (5 лет) и долгосрочный (15 лет) период. Одним из возможных вариантов является сохранение статус-кво (никаких новых мер политики, существующие масштабы охвата остаются на прежнем уровне - т.е. цена бездействия). При другом варианте в течение следующих 15 лет происходит масштабирование конкретных мер и клинических вмешательств. Для проведения анализа был использован Инструмент ВОЗ OneHealth, эпидемиологическая модель, разработанная партнерами ООН для проведения стратегического планирования, расчета стоимости вмешательств и прогнозирования показателей улучшения здоровья, ожидаемого от их осуществления. Показатели улучшения здоровья выражаются в натуральных единицах (число предотвращенных смертей), а также монетизируются с использованием подхода, основанного на оценке человеческого капитала, для определения коэффициента рентабельности (основной показатель доходности инвестиций) каждого пакета вмешательств.

Раздел 2 начинается с анализа поведенческих факторов риска развития НИЗ в Кыргызстане, включая текущие уровни употребления табака, алкоголя и соли, а также содержит анализ существующей среди населения распространенности метаболических факторов риска, таких как повышенный уровень общего холестерина и повышенное кровяное давление. В разделе 3 излагаются меры политики, основанные на фактических данных, и клинические вмешательства, которые могут способствовать снижению бремени неинфекционных заболеваний, в частности ССЗ, а также подробная информация о текущей ситуации с осуществлением мер политики и вмешательств в Кыргызстане. Раздел 4 описывает методы и инструменты, использованные при проведении анализа. В разделе 5 представлены результаты, включая общую стоимость, а также ожидаемый эффект для здоровья и экономики (например, добавленные здоровые годы жизни, число предотвращенных смертей и повышение производительности) от осуществления трех описанных пакетов мер политики и пакета клинических вмешательств. Раздел 6 содержит основные выводы.

2. Ситуационный анализ: НИЗ и их факторы риска

В этом разделе приводится справочная информация, использованная при подготовке анализа целесообразности инвестирования в меры по НИЗ, общая информация о НИЗ, а также рассматривается вопрос о том, какова распространенность рискованных моделей поведения, таких как употребление табака и алкоголя, отсутствие физической активности и повышенное потребление соли, а также метаболических факторов риска, таких как повышенное кровяное давление, повышенное содержание холестерина в крови и диабет, в кыргызском обществе. Выбор поведенческих и метаболических факторов риска был сужен таким образом, чтобы сосредоточиться на факторах, наиболее актуальных для экономического анализа.

Ключевые эпидемиологические показатели для Кыргызстана:

- Стандартизированный по возрасту коэффициент преждевременной смертности от четырех групп основных НИЗ (рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания) для возрастной группы 30-69 лет в 2013 году (последний год, за который имеются данные) в Кыргызстане составил 833 на 100 000 для мужчин и 417 на 100 000 для женщин (по сравнению со средними показателями по Европейскому региону ВОЗ - 548 и 266, соответственно).
- Как уже отмечалось, НИЗ являются основной причиной смертности в Кыргызстане; около половины всех случаев смертности вызвано сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- Несмотря на то, что в последние годы уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане постоянно снижается, сохраняется разрыв между Кыргызстаном и другими странами Европейского региона ВОЗ.

- В возрастной группе 0-64 лет показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин превышает показатель смертности у женщин в 2,5 раза.
- Показатель смертности от инсульта в Кыргызстане намного выше, чем в странах Содружества Независимых Государств (СНГ)², и лишь немногим ниже показателя смертности от ишемической болезни сердца.
- По состоянию на 2013 год ожидаемая продолжительность жизни в Кыргызстане составляет 67,0 лет для мужчин и 74,9 лет для женщин.

Табак

Результаты третьего национального исследования STEPS, проведенного в 2013 году, свидетельствуют о том, что 26% взрослых кыргызов (в возрасте 25-64 лет) курят (WHO Regional Office for Europe, 2016a). Существует выраженный гендерный баланс: только 2,7% женщин курят по сравнению с 48,2% курящих мужчин. Почти все курильщики курят ежедневно. Бездымный табак употребляется 10,1% мужчин и 0,1% женщин.

По оценкам, 2,4% молодежи (4% мальчиков; 0,9% девочек) в возрасте 13-15 лет курят сигареты и 5,1% молодежи (7,6% мальчиков, 2,9% девочек) употребляют бездымный табак (CDC, 2014).

За последние 30 дней 28,2% женщин, 18% мужчин и 13,5% молодежи подвергались воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях, а 11,9% женщин, 36,7% мужчин и 28,2% молодежи подвергались воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте или в общественных местах.

Основные факты приведены во вставке 1.

Алкоголь

Результаты исследования STEPS 2013 года показывают, что около двух пятых (44,8%) мужчин и почти одна пятая (17,7%) женщин Кыргызстана употребляют алкоголь, что означает, что они употребляли алкоголь хотя бы один раз за последние 30 дней (WHO Regional Office for Europe, 2016a). Тем не менее, уровень употребления алкоголя в стране сокращается. В 2003-2005 гг. взрослые кыргызы (в возрасте 15 лет и старше) употребляли 5,1 литра чистого спирта на душу населения. К 2008-2010 гг. этот показатель уменьшился до 4,3 литра, что составляет меньше половины среднего уровня потребления алкоголя (10,9 литра) в Европейском регионе ВОЗ (WHO, 2014). По оценкам, мужчины потребляют в три раза (6,9 литра) больше алкоголя на душу населения, чем женщины (2,0 литра).

Среди лиц, употребляющих алкоголь, 22,8% мужчин употребляли шесть или более порций алкоголя за один раз (пьянство) за последние 30 дней, по сравнению с 2,7% женщин (WHO Regional Office for Europe, 2016a). Среди лиц, употребляющих алкоголь хотя бы один раз в течение 30 дней, мужчины употребляли в среднем 5,1 порции алкоголя за один раз, а женщины - 2,5 порции.

Основные факты приведены во вставке 2.

Вставка 1: Табак-Краткий обзор

Употребление табака вызывает серьезную озабоченность, поскольку 48,2% кыргызских мужчин курят, почти все каждый день.

Атрибутивные НИЗ включают: множественные формы рака; ИБС, инсульт и другие сердечно-сосудистые заболевания и заболевания сердечно-сосудистой системы; хроническую обструктивную болезнь легких и пневмокопоз; язвенную болезнь, диабет, катаракту, дегенерацию желтого пятна и ревматоидный артрит.

Вставка 2: Алкоголь-Краткий обзор

Употребление алкоголя вызывает озабоченность, поскольку в среднем мужчины употребляют в три раза больше алкоголя, чем женщины; 1 из 5 мужчин злоупотреблял алкоголем (шесть или более порций за один раз) за последние 30 дней.

Атрибутивные НИЗ включают множественные формы рака, панкреатит, эпилепсию, диабет, цирроз печени, ИБС, инсульт и другие сердечно-сосудистые заболевания и болезни системы кровообращения

² В страны СНГ входят: Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан.

Недостаток физической активности

Согласно исследованию STEPS 2013 года, около 1 из 9 (11,4%) взрослых кыргызов в возрасте 25-64 лет испытывает недостаток физической активности, уделяя менее 150 минут в неделю физической активности средней интенсивности. Уровень физической активности ниже у женщин, чем у мужчин, а также ниже у тех, кто живет в городских районах. Около половины (53,6%) всей физической активности связано с работой, другая часть связана с транспортом (42,7%), оздоровительная физическая активность практически отсутствует (3,7%).

Почти три четверти (70,6%) взрослых, особенно женщины, не уделяют время физической активности высокой интенсивности.

Исследование также показало, что треть взрослого населения (33,1%) страдает избыточным весом и четверть (23,1%) - ожирением.

Основные факты приведены во вставке 3.

Нездоровое питание (соль)

Потребление натрия в Кыргызстане является одним из самых высоких в мире: четвертое место в рейтинге 187 стран (Powles, et al., 2013). В 2010 году стандартизированный по возрасту коэффициент потребления натрия для возрастной группы 20 лет и старше составил 5,38 г в сутки, что превышает уровень потребления натрия в количестве 2 г в сутки, рекомендованный ВОЗ.

Результаты исследования STEPS 2013 года показывают, что примерно пятая часть взрослых кыргызов регулярно добавляет соль в пищу перед ее употреблением (18%), и две трети добавляют соль при приготовлении пищи (63,8%) WHO Regional Office for Europe, 2016a).

Исследование, посвященное химическому составу общедоступных пищевых продуктов в Кыргызстане, проведенное ВОЗ в 2016 году, выявило чрезвычайно высокое содержание трансжирных кислот и соли в распространенных продуктах питания, продаваемых в Бишкеке (WHO Regional Office for Europe, 2016b). В некоторых порциях распространенных пищевых продуктов содержится максимальное рекомендованное ВОЗ дневное количество соли. Например, в 300 г хлеба содержится 4,7 г соли.

В 2010 году в возрастной группе 20-69-лет более четверти (28,5%) смертей от сердечно-сосудистых заболеваний было связано с потреблением более 2 г натрия в сутки, с более высоким процентом смертей от инсульта, чем от ишемической болезни сердца (Mozaffarian et al., 2014).

Основные факты приведены во вставке 4.

Вставка 3: Недостаток физической активности-Краткий обзор

Уровень активности вызывает беспокойство, поскольку 1 из 9 взрослых испытывает недостаток физической активности.

Атрибутивные НИЗ включают ишемическую болезнь сердца, диабет 2 типа, рак молочной железы и толстой кишки (Lee, et al., 2012).

Вставка 4: Соль-Краткий обзор

Потребление соли - одно из самых высоких в мире, по оценкам, более чем в 2,5 раза выше, чем рекомендованное ВОЗ. Две трети взрослых добавляют соль при приготовлении пищи; одна пятая добавляет соль в пищу перед ее употреблением.

Атрибутивные НИЗ включают рак желудка и повышенный риск развития ИБС, инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний системы кровообращения в связи с гипертонией.

Процент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, связанный с чрезмерным потреблением натрия - 28,5%

Метаболические факторы риска

Высокий уровень метаболических факторов риска, таких как повышенное кровяное давление, высокий индекс массы тела или высокое содержание липидов в крови, значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистого события. В таблице 1 показана распространенность повышенного кровяного давления³, повышенного уровня холестерина⁴ и диабета⁵ в Кыргызстане, по данным исследования STEPS 2013 года (WHO Regional Office for Europe, 2016a).

Таблица 1: Общая распространенность метаболических факторов риска, по возрасту и полу

Фактор	Мужчины		Женщины	
	25–44 лет	45–64 лет	25–44 лет	45–64 лет
Повышенное кровяное давление	30,9%	63,9%	26,6%	68,7%
Повышенный общий уровень холестерина	11,8%	27,7%	22,5%	41,2%
Диабет	2,4%	10,1%	2,2%	9,4%

Источник: WHO Regional Office for Europe (2016a)

Повышенные уровни любого метаболического фактора могут увеличить риск сердечно-сосудистого события; риск усугубляется у людей с множественными факторами риска. С помощью таблиц оценки общего риска ССЗ, разработанных ВОЗ, можно оценить десятилетнюю вероятность развития у пациента смертельного или несмертельного сердечно-сосудистого события, в зависимости от шести факторов: пол, возраст, артериальное давление, уровень холестерина, статус курения и наличие или отсутствие диабета (WHO, 2016a). Распространенность высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Кыргызстана может быть рассчитана по результатам исследования STEPS в зависимости от наличия факторов риска, сердечно-сосудистых заболеваний или диабета в анамнезе (WHO Regional Office for Europe, 2016a). Вероятность развития смертельного или несмертельного сердечно-сосудистого события в течение 10 лет составляет 30% или больше для 17,4% взрослых кыргызов в возрасте от 40 до 64 лет; этот показатель увеличивается с возрастом (таблица 2).

Таблица 2: Общая распространенность высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний, по возрасту и полу

Фактор	Мужчины		Женщины	
	40–54 лет	55–64 лет	40–54 лет	55–64 лет
10-летний риск ССЗ \geq 30% или уже имеющееся ССЗ	12,2%	26,7%	13,2%	29,4%

Источник: WHO Regional Office for Europe (2016a)

³ Систолическое артериальное давление \geq 140 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление \geq 90 мм рт.ст., или в настоящее время получает лекарственную антигипертензивную терапию.

⁴ Повышенный уровень общего холестерина \geq 5,0 ммоль/л или \geq 190 мг/дл, или в настоящее время получает лекарственную терапию от повышенного холестерина.

⁵ Повышенный уровень глюкозы в крови [определялся как концентрация в плазме венозной крови \geq 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) или общая концентрация в цельной капиллярной крови \geq 6,1 ммоль/л (110 мг/дл)], или в настоящее время получает лекарственную терапию от диабета.

3. Меры политики и методы лечения, направленные на уменьшение бремени НИЗ

Как подчеркивается в Разделе 1, ВОЗ опубликовала набор вариантов политики и мер вмешательства, направленных на профилактику и лечение НИЗ (WHO Regional Office for Europe, 2016a; WHO, 2017a). Настоящий экономический анализ целесообразности инвестиций ориентирован в первую очередь на оценку конкретных вмешательств, направленных на профилактику НИЗ (мер, связанных с употреблением табака, соли и физической активностью) и вмешательств, связанных с управлением сердечно-сосудистым риском и заболеваниями. Оценка стратегий борьбы с алкоголем была исключена из-за относительно низкого употребления алкоголя по сравнению со средним показателем по Европейскому региону ВОЗ и отсутствия данных на момент проведения исследования. В Программе профилактики и контроля неинфекционных заболеваний также лишь очень немногие вмешательства в отношении алкоголя были низкозатратными.

В Кыргызстане существуют хорошо разработанные стратегии и законодательные механизмы для борьбы с НИЗ в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения “Ден соолук”, Программы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на 2013-2020 годы и Стратегии охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года, направленные на повышение межсекторального сотрудничества в интересах здоровья. Ожидаемое улучшение показателей здоровья в рамках национальной программы “Ден соолук”: сокращение среднегодового показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 1%.

В следующих разделах предлагается описание действий в этих конкретных областях, предпринимаемых на национальном уровне, и их сопоставление с полным набором вариантов политики, рекомендованных ВОЗ. В разделах используются выводы анализа институционального контекста, а также соответствующие доклады, опубликованные ВОЗ и другими организациями.

Табак

Кыргызстан ратифицировал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) в 2006 году и принял обязательство осуществлять всеобъемлющую политику борьбы против табака (WHO, 2017b). На момент проведения оценки в Кыргызстане проходил процесс пересмотра антитабачного закона, который будет рассмотрен парламентом, как только он будет повторно представлен.

В таблице 3 приведено сопоставление текущей ситуации с осуществлением мер борьбы против табака в Кыргызстане с комплексом мер MPOWER (Мониторинг употребления табака и меры профилактики; защита людей от табачного дыма; предложение помощи в целях прекращения употребления табака; предупреждение об опасностях, связанных с табаком; обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий; повышение налогов на табачные изделия), по данным Доклада о глобальной табачной эпидемии (WHO, 2017c) и результатам анализа институционального контекста. Как видно из таблицы, для сокращения употребления табака и обеспечения соблюдения рекомендаций РКБТ ВОЗ могут быть приняты дополнительные меры, в частности в отношении налогообложения табачных изделий, снижения ценовой доступности сигарет и создания среды, свободной от табачного дыма.

Таблица 3: Текущая ситуация с осуществлением комплекса мер борьбы против табака MPOWER в Кыргызстане

Мера политики	Достижение (максимум 4)	Текущая ситуация с осуществлением
MONITOR – Мониторинг употребления табака	3	Последние и репрезентативные данные для взрослых и для молодежи
PROTECT – Защита людей от табачного дыма	2	Из восьми категорий общественных мест ⁶ , оцененных ВОЗ, 3-5 полностью свободны от табачного дыма. Основная проблема связана с соблюдением закона в области борьбы против табака. Курение запрещено, например, в больницах; законом также предусматривается наличие отдельных зон курения в кафе / ресторанах. Эти положения повсеместно игнорируются; по итогам проведения анализа институционального контекста выявлено, что только 15% кафе и ресторанов исполняют положения закона
OFFER – Предложение помощи в целях прекращения употребления табака	3	Доступны никотинзаместительная терапия и/или некоторые другие услуги по отказу от курения (стоимость, по крайней мере, одной из услуг покрывается за счет национального / федерального медицинского страхования или Национальной службы здравоохранения)
WARN – Предупреждение об опасностях, связанных с табаком	4	Предупреждения о вреде для здоровья: крупные предупреждения на табачных упаковках со всеми соответствующими характеристиками. Средства массовой информации: данные не сообщаются
ENFORCE Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий	3	Запрет на рекламу на национальном телевидении, радио и в печатных СМИ, а также на некоторые, но не все, другие формы прямой и/или косвенной рекламы
RAISE – Повышение налогов на табачные изделия	2	Было запланировано десятикратное увеличение акцизов на табак в 2015-17 гг.; акцизный налог на табак вырос на 30% только в 2015 году. MPOWER сообщает, что налог составляет 26-50% розничной цены, изменения тенденции в отношении ценовой доступности сигарет с 2008 года не наблюдается

Источник: WHO (2017b)

Анализ институционального контекста обнаружил недавнее изменение в производстве табака в Кыргызстане. В 2014 году закрылся завод “Реемтсма” (дочерняя компания Imperial Tobacco Group) в Бишкеке, по причине избыточной производственной мощности при небольшом объеме производства.

⁶ Для определения, обеспечивает ли антитабачное законодательство наличие полностью бездымного окружения в закрытых помещениях в любое время, была проведена оценка соблюдения антитабачного закона во всех помещениях следующих восьми категорий общественных мест: медицинские учреждения; образовательные учреждения, не включая университеты; университеты; государственные учреждения; рабочие места внутри помещений и рабочие места, не учтенные ни в какой другой категории; рестораны или объекты общественного питания; кафе, пабы и бары или объекты, где торгуют в основном напитками; общественный транспорт (WHO, 2017d).

Весь табак теперь импортируется из Казахстана, Турции и России. Любые небольшие объемы местного частного производства экспортируются в Таджикистан и Украину. Насвай является местным жевательным табаком и разрешен к употреблению без любых ограничений.

Экономический анализ (ROI) включал следующие изменения политики:

- Мониторинг и профилактика употребления табака
- Меры по защите людей от табачного дыма
- Поддержка людям, желающим бросить курить
- Предупредительные этикетки на упаковках
- Предупреждение людей об опасностях, связанных с табаком и табачным дымом (кампании в средствах массовой информации)
- Обеспечение соблюдения ограничений для молодежи
- Повышение акцизов на табачную продукцию
- Стандартизированная упаковка табачных изделий.

Отсутствие физической активности

В обновленном Добавлении 3 к Глобальному плану действий ВОЗ по НИЗ на 2013-2020 гг. приводится перечень вариантов политики, направленных на повышение уровней физической активности (WHO, 2017a). Они приведены в таблице 4 наряду с некоторыми достижениями в области повышения уровней физической активности в Кыргызстане, отмеченными в недавнем обзоре ВОЗ (WHO Regional Office for Europe, 2017a) и анализе институционального контекста.

Таблица 4: Текущая ситуация с осуществлением мер по повышению уровней физической активности в Кыргызстане

Мера политики	Набор вариантов политики	Текущая ситуация с осуществлением
Повышение осведомленности	Информирование и повышение осведомленности в отношении преимуществ физической активности, в том числе кампании в средствах массовой информации, направленные на изменение моделей поведения в отношении физической активности - вмешательство, которое показало свою экономическую эффективность по итогам анализа с использованием методологии WHO-CHOICE (Выбор экономически эффективных мер)	Сельские комитеты здоровья, обеспечивающие повышение осведомленности, играют важную роль в плане охвата (80% страны) и масштаба участия общественности
Система здравоохранения	Краткое консультирование по вопросам физической активности и направление к специалисту в ходе повседневного приема пациентов врачом первичной медико-санитарной помощи	В рамках пилотных проектов по внедрению Пакета ВОЗ основных вмешательств по неинфекционным заболеваниям (PEN) в ПМСП врачи и медсестры прошли подготовку по предоставлению консультаций и кратких вмешательств по вопросам здорового образа жизни

Таблица 4 (продолжение)

Мера политики	Набор вариантов политики	Текущая ситуация с осуществлением
Окружающая среда	<p>Обеспечить, чтобы городское проектирование на макроуровне учитывало такие основные элементы, как плотность населения, взаимосвязанные уличные сети, включающие тротуары, легкий доступ к различным пунктам назначения, а также доступ к общественному транспорту</p> <p>Обеспечить удобный и безопасный доступ к качественным общественным паркам и адекватной инфраструктуре для содействия пешим и велосипедным прогулкам</p>	<p>В городах Бишкек и Ош были построены велосипедные и пешеходные дорожки для содействия развитию велосипедного и пешеходного движения. Чтобы добиться их более интенсивного использования, местные власти должны принять более строгие меры для запрета парковки автомобилей на этих дорожках; улицы города должны быть перепроектированы таким образом, чтобы обеспечить достаточное пространство для велосипедного движения и автомобильных стоянок</p>
Окружение	<p>Внедрить общешкольную программу, включающую качественное физическое воспитание и наличие соответствующих помещений и программ для содействия физической активности среди всех детей</p> <p>Внедрить многокомпонентные программы физической активности на рабочем месте</p>	<p>Результатом сотрудничества между Министерством здравоохранения и Министерством образования стало распоряжение, которое требует, чтобы первые 15 минут каждого учебного дня были посвящены физической нагрузке</p>
Продвижение	<p>Продвижение физической активности посредством организации спортивных групп и клубов, программ и мероприятий</p>	<p>Результатом сотрудничества между Министерством здравоохранения и Министерством образования стал “Марш Здоровья”, который получил хорошее освещение в средствах массовой информации</p>

Источник: WHO (2017a).

Экономический анализ (ROI) включал следующее изменение политики:

- Проведение кампаний по повышению осведомленности общественности о преимуществах физической активности.

Нездоровое питание (соль)

В Кыргызстане отсутствуют конкретные меры политики, направленные на уменьшение потребления соли (WHO Regional Office for Europe, 2017a). Большинство инициатив в отношении соли сосредоточены на дефиците йода и йодировании соли; никаких реальных усилий для поиска баланса между необходимостью сокращения соли и ее одновременным обогащением йодом не принимается. С июня 2016 года производство продовольствия и обеспечение продовольственной безопасности входит в полномочия Министерства сельского хозяйства и пищевой промышленности. Анализ институционального контекста выявил недостаточную осведомленность о глобальных и национальных целях 30-процентного сокращения потребления соли за пределами Министерства здравоохранения. В таблице 5 сопоставляется

текущая ситуация с осуществлением мер по сокращению потребления соли в Кыргызстане с комплексом мер технического пакета ВОЗ SHAKE, предлагающего конкретные шаги, которые могут быть предприняты странами для снижения потребления соли (WHO, 2016b).

Таблица 5: Текущая ситуация с осуществлением мер политики в отношении сокращения потребления соли в Кыргызстане

Мера политики	Описание ^a	Текущая ситуация с осуществлением
Эпиднадзор: измерение и мониторинг потребления соли	Оценка и мониторинг моделей потребления соли в популяции, а также содержания натрия в пище	Исследование STEPs 2013 года (WHO Regional Office for Europe, 2016a) содержало вопрос о моделях потребления соли. Опрос, проведенный ВОЗ в 2016 году (WHO, 2016a), оценивал содержание соли в распространенных пищевых продуктах (более подробно см. Раздел 2)
Вовлечение промышленности в процесс изменения состава продуктов	Установить целевые пределы содержания соли в пищевых продуктах и готовых блюдах и реализовать стратегии, направленные на изменение состава продуктов	Не достигнуто
Принять стандарты маркировки: Размещение маркировки на лицевой стороне упаковок пищевых продуктов	Принять систему маркировки пищевых продуктов на лицевой стороне упаковок (например, цветная кодировка этикетки по содержанию соли, предупреждения о высоком содержании соли)	Не достигнуто
Повышение осведомленности: Информационно-просветительская работа	Осуществлять интегрированные информационно-просветительские кампании с целью повышения осведомленности о вреде для здоровья и пищевых источниках соли, направленные на изменение пищевых привычек	Не достигнуто
Окружение: Стратегии сокращения потребления соли в местах общественного питания	Осуществлять многокомпонентные стратегии, направленные на сокращение потребления соли в общественных местах (например, в школах, на рабочих местах, в больницах)	Не достигнуто

^a Информация и формулировки в колонке "Описание" взяты из Технического пакета мер по снижению потребления соли SHAKE (WHO, 2016b).

Экономический анализ (ROI) моделировал следующие изменения политики:

- Эпиднадзор
- Повышение осведомленности: Проводить информационно-просветительскую работу с целью повышения осведомленности о вреде для здоровья от потребления соли
- Окружение: Осуществлять многокомпонентные стратегии, направленные на сокращение потребления соли в местах общественного питания.

Клинические вмешательства по ССЗ

В обновленном Добавлении 3 глобального плана действий по НИЗ приводится перечень клинических вмешательств, направленных на лечение сердечно-сосудистых заболеваний и диабета (WHO, 2017a). Наиболее актуальные для целей настоящего анализа вмешательства приводятся в таблице 6 наряду с оценкой ситуации в Кыргызстане, на основе докладов, недавно опубликованных ВОЗ и другими организациями. Ситуация с мерами политики в отношении диабета не исследовалась отдельно, но частично затронута в разделе, посвященном оценке и управлению сердечно-сосудистым риском.

В 2009 году в Кыргызстане уже была проведена оценка влияния на здоровье и затрат на вмешательства по контролю сердечно-сосудистой заболеваемости в Кыргызстане (Аккаzieva, et al., 2009). В рамках этого исследования проводился анализ экономической эффективности вмешательств для трех видов ССЗ: острый инфаркт миокарда (ОИМ); инсульт и острая сердечная недостаточность (ОСН) на амбулаторном и стационарном уровнях. Анализ проводился с использованием методологии WHO-CHOICE. В рамках исследования была проведена оценка 37 различных вмешательств и выявлены семь наиболее рентабельных вмешательств для кыргызского контекста:

- просвещение людей о пользе прекращения курения, снижения уровня холестерина в крови и ежедневного потребления соли через кампании в средствах массовой информации;
- предоставление медикаментозного лечения для снижения артериального давления лицам, чье систолическое давление превышает 160 мм.рт.ст.;
- назначение аспирина во время острой стадии острого инфаркта миокарда (ОИМ);
- назначение бета-блокаторов, аспирина и ингибиторов АПФ после острой стадии ОИМ;
- назначение аспирина после острой стадии ишемического инсульта;
- назначение диуретиков при острой сердечной недостаточности (ОСН);
- назначение реабилитации при всех трех состояниях.

Экономический анализ (ROI) включал следующие вмешательства:

- Лечение пациентов группы высокого абсолютного риска ССЗ (> 30%)
- Лечение пациентов с первичным острым инфарктом миокарда (ОИМ) аспирином
- Лечение пациентов с установленной ишемической болезнью сердца (ИБС) и пациентов после ИМ
- Лечение пациентов с установленными цереброваскулярными заболеваниями и пациентов после инсульта
- Стандартный гликемический контроль
- Интенсивный гликемический контроль.

Таблица 6: Текущая ситуация с осуществлением мер политики в отношении снижения сердечно-сосудистого риска

Мера политики	Описание	Текущая ситуация с осуществлением
Оценка и управление сердечно-сосудистым риском (CVRAM)	<p>Лекарственная терапия (включая гликемический контроль у пациентов с сахарным диабетом и контроль гипертензии, с использованием подхода, основанного на оценке общего риска) и консультирование для лиц, перенесших инфаркт или инсульт, и для лиц в группе высокого ($\geq 30\%$) риска возникновения смертельного или несмертельного сердечно-сосудистого осложнения в ближайшие 10 лет</p> <hr/> <p>Лекарственная терапия (включая гликемический контроль у пациентов с сахарным диабетом и контроль гипертензии, с использованием подхода, основанного на оценке общего риска) и консультирования для лиц, перенесших инфаркт или инсульт, и для лиц в группе умеренно высокого ($\geq 20\%$) риска возникновения смертельного или несмертельного сердечно-сосудистого осложнения в ближайшие 10 лет</p>	<p>В системе здравоохранения предусмотрено наличие профилактических вмешательств на уровне ПМСП, финансируемых МЗ, фондом медицинского страхования и другими партнерами. По итогам собственной оценки в рамках опроса ВОЗ, цель обеспечения доступности CVRAM в 50% или более учреждений ПМСП не была достигнута (WHO Regional Office for Europe, 2017b). Протоколы PEN внедряются в Кыргызстане в рамках пилотных проектов; врачи и медсестры ПМСП проходят подготовку по вопросам стратификации и управления рисками. Оценка реализации протоколов PEN в течение одного года не смогла продемонстрировать их эффективности (WHO Regional Office for Europe, 2017c); для дальнейшего изучения ситуации проводится качественное исследование. Исследование STEPS (WHO Regional Office for Europe, 2016a) показало, что только 39,8% взрослых с ранее диагностированной гипертензией принимают лекарства. Оно также обнаружило, что 79,1% пациентов, у которых в ходе исследования было выявлено повышенное кровяное давление, не принимали лекарств. Исследования выявили финансовые барьеры в качестве основной причины, по которой пациенты не принимают лекарственные препараты, особенно пролонгированные препараты, необходимые для лечения гипертензии (Abdraimova, et al., 2014; 2015)</p>

Таблица 6 (продолжение)

Мера политики	Описание	Текущая ситуация с осуществлением
Острый инфаркт миокарда (ОИМ)	Лечение первичного острого инфаркта миокарда одним из следующих методов: с помощью ацетилсалициловой кислоты или комбинации ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела, либо с помощью тромболитических препаратов, либо путем проведения первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ)	Доступность лекарственных средств для вторичной профилактики ОИМ и инсульта ограничена. Высокая наличная (“из кармана”) оплата лекарственных средств, приобретённых на амбулаторном уровне, является главной причиной катастрофических расходов, приводящих к обнищанию населения (WHO Regional Office for Europe, 2016c; 2016d) (WHO Regional Office for Europe, 2016). Несмотря на то, что большинство пациентов после ИМ получают длительную терапию аспирином и бета-блокаторами (хотя имеются значительные региональные различия), лишь немногие принимают статины или получают эффективную помощь в отказе от курения

4. Методика

В период с 22 по 26 августа 2016 года совместная команда, состоявшая из представителей правительства Кыргызстана, ВОЗ и ПРООН, провела первоначальный сбор и анализ данных, а также анализ институционального контекста в Кыргызстане для завершения трехуровневого обоснования целесообразности инвестирования в меры профилактики и контроля НИЗ. В состав команды вошли экономисты, эпидемиологи, специалисты в области социального развития и общественного здравоохранения. Дальнейший сбор и анализ данных проводился в период с августа по декабрь 2016 года; второй визит состоялся в октябре 2016 года. Была проведена оценка следующих мер вмешательства (таблица 7):

Таблица 7: Сводный перечень оцененных мер вмешательства

Меры борьбы против табака	Меры, направленные на повышение уровней физической активности	Меры по сокращению потребления соли	Клинические вмешательства в отношении ССЗ и диабета
Мониторинг и профилактика употребления табака	Кампания по повышению осведомленности общественности о преимуществах физической активности	Эпиднадзор Повышение осведомленности о вреде для здоровья от потребления соли	Лечение пациентов группы высокого абсолютного риска ССЗ (>30%)
Меры по защите людей от табачного дыма			Лечение пациентов с первичным острым инфарктом миокарда (ОИМ) аспирином
Поддержка людям, желающим бросить курить		Осуществление мер, направленных на сокращение потребления соли в местах общественного питания	Лечение пациентов с установленной ишемической болезнью сердца (ИБС) и пациентов после ИМ
Предупредительные этикетки на упаковках			Лечение пациентов с установленными цереброваскулярными заболеваниями и пациентов после инсульта
Предупреждение людей об опасностях, связанных с табаком (кампании в СМИ)			Лечение пациентов с установленными цереброваскулярными заболеваниями и пациентов после инсульта
Повышение акцизов на табачную продукцию			Лечение пациентов с установленными цереброваскулярными заболеваниями и пациентов после инсульта
Обеспечение соблюдения ограничений для молодежи			Стандартный гликемический контроль
			Интенсивный гликемический контроль

В этом разделе описываются методы и экономические модели, использованные на разных этапах экономического анализа:

- расчет экономического бремени НИЗ с точки зрения прямых затрат и потерь для экономики (временная нетрудоспособность, презентизм и преждевременная смертность);
- расчет стоимости вмешательств (клинические вмешательства и меры политики);
- воздействие на здоровье;
- анализ рентабельности (ROI).

Расчет экономического бремени НИЗ

Использованная модель для расчета экономического бремени НИЗ была разработана совместно ВОЗ и ПРООН и дает возможность оценить суммы текущих прямых затрат и потерь для экономики, связанных с НИЗ, в Кыргызстане. Для моделирования использовались данные Национального комитета статистики по демографии с разбивкой по возрасту и полу на период 2015-2030 гг., в том числе показатели заболеваемости для инфаркта и инсульта с разбивкой по возрасту и полу; распространенности диабета, гипертонической болезни и хронических респираторных заболеваний с разбивкой по возрасту и полу, а также показатели смертности для каждого заболевания, по возрасту и полу. Моделированием создавались прогнозы распространенности, заболеваемости и смертности от диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и хронических респираторных заболеваний на период 2015-2030 гг., при условии сохранения текущих показателей.⁷ Эти прогнозы суммировались для получения общего показателя распространенности, заболеваемости и смертности для всего населения и населения трудоспособного возраста, определяемого как лица в возрасте 15-64 лет.

Затем для определения экономического ущерба предпринимались следующие шаги:

- Поскольку в Кыргызстане доступны только общие данные о государственных расходах на здравоохранение, доля общих затрат на здравоохранение, ассигнованных на лечебно-профилактические меры по НИЗ, рассчитывалась на основе данных о структуре затрат по НИЗ, взятых из анализа ВОЗ 13 других стран (Garg & Evans, 2011; см. Приложение 1, таблица A1).
- Оценка годовой стоимости (с точки зрения экономического производства) каждого работника в Кыргызстане, занятого полный рабочий день. Она основана на ВВП на одного занятого, определяемого делением ВВП страны на количество работающих с учетом коэффициента занятости и численности рабочей силы. Для нахождения показателя занятой рабочей силы в Кыргызстане были использованы данные Всемирного банка по общей численности рабочей силы в возрасте 15 лет и старше, уровень безработицы и коэффициент трудового участия.
- Интеграция данных о том, в какой степени НИЗ снижают производительность труда работника. В научной литературе (Anesetti-Rothermel & Sambamoorthi, 2011) (Wang, et al., 2003) были найдены данные о: (а) снижении коэффициента трудового участия по причине гипертонии, инсульта, ОИМ и диабета; (б) сокращении количества полностью отработанных часов по причине временной нетрудоспособности; (в) снижении уровня производительности по причине презентизма; (г) общем времени, необходимом для замещения работника (см. Приложение 1, таблица A2).
- Определение фактического числа работников с НИЗ в Кыргызстане в 2015 году. Используя коэффициент трудового участия, уровень безработицы и смертности, модель рассчитала число кыргызов трудоспособного возраста, имеющих НИЗ. Далее вычиталось число работников, решивших не участвовать в трудовой деятельности или тех, кто был безработным, затем тех, кто не мог участвовать в трудовой деятельности непосредственно по причине наличия НИЗ, и умерших. В результате получилось число “активных работников” с НИЗ.

⁷ Важно отметить, что модель оценивает рост распространенности, заболеваемости и смертности только на основе роста численности населения, а НЕ роста показателей заболеваемости.

- Заключительным шагом был расчет стоимости замещения как умерших активных работников, так и потенциальных работников, которые не могли участвовать в трудовой деятельности, а также потерь от временной нетрудоспособности и презентизма для активных работников с НИЗ. В модели показатели относительной производительности, найденные на втором этапе расчетов, были применены к популяциям, определенным на третьем этапе, и затем умножены на ВВП на одного занятого. В результате получилась сумма общих потерь для экономики на на каждое НИЗ.

Анализ рентабельности инвестиций

Анализ рентабельности инвестиций (ROI), основанный на Excel-модели, разработанной ВОЗ для целей настоящего анализа, позволил определить социальный и экономический эффект от инвестирования в комплекс рентабельных мер, определенных в ходе визита. Меры вмешательства, включенные в анализ рентабельности, перечислены в таблице 7.

Применяемая методология - это модель ROI для НИЗ, разработанная в 2015 году для Совместной программы ПРООН-ВОЗ по управлению неинфекционными заболеваниями с использованием инструмента OneHealth, который имеет встроенную функциональность для расчета ожидаемой стоимости вмешательства. Для каждого вмешательства инструмент OneHealth принимает в качестве вводных данных такие показатели, как данные о зарплате медицинского персонала, количестве необходимых лекарственных средств и материалов, а также их стоимости. Более подробную информацию об использовании ОНТ можно найти в Руководстве по применению инструмента OneHealth (Avenir Health, 2017). Инструмент также детально обсуждается в Техническом приложении к докладу RTI International *“Обоснование инвестирования в меры профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними”* (RTI International, в печати).

Для оценки общего воздействия комплекса мер с точки зрения увеличения ВВП, были оценены показатели производительности с использованием следующих шагов:

- Интеграция данных по показателям снижения производительности труда у работников с НИЗ, полученных в результате моделирования экономического бремени НИЗ. Поскольку вмешательства способствуют снижению прогнозируемой заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) и инсультом, соответственно увеличивается число здоровых лет жизни населения. На основе оценки показателей увеличения продолжительности здоровой жизни, ВВП на одного занятого, а также снижения дней временной нетрудоспособности и презентизма, определялось увеличение ВВП, обусловленное предотвращением временной нетрудоспособности и презентизма.
- На основе коэффициента трудового участия для Кыргызстана и прогнозируемого числа предотвращенных смертей рассчитывалось увеличение коэффициента трудового участия, обусловленное предотвращением смертности. Таким образом, показатель увеличения объема производства обусловлен показателем предотвращенной смертности.
- Последняя экономическая выгода связана с сокращением времени, затрачиваемого на поиск новых работников взамен старых. В научной литературе приводятся оценки времени, затрачиваемого на замещение работников; оно составляет в среднем 10 недель. На основе коэффициента замещения работников, общего числа предотвращенных смертей и увеличения срока здоровой жизни, обусловленного отсутствием ИБС и инсульта, рассчитывалось увеличение ВВП, связанное с отсутствием необходимости частого замещения персонала.

Для вмешательств, перечисленных в таблице 7, была проведена оценка рентабельности инвестиций. Выбор этих вмешательств основывался на доступности данных для проведения расчетов. Данным должно было быть достаточно для расчета стоимости вмешательств и их воздействия на здоровье. Инструмент ОНТ рассчитал стоимость клинических вмешательств, направленных на лечение сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Для анализа мер политики использовались реальные и/или запланированные

расходы, включая запланированные расходы на осуществление мер политики, перечисленных в Программе по НИЗ и других источниках. Подробный перечень мероприятий и источников, использованных для расчета стоимости мер политики, содержится в Приложении 2.

Прогнозируемый экономический эффект от осуществления рентабельных мероприятий: i) сокращение потерь от презентизма; ii) сокращение потерь от временной нетрудоспособности; iii) сокращение потерь от преждевременной смертности. Воздействие меры вмешательства, измеряемое как общее увеличение ВВП, рассчитывалось путем суммирования числовых значений всех предотвращенных потерь.

Рентабельность инвестиций для Кыргызстана вычислялась путем сопоставления воздействия мер вмешательства (увеличение ВВП) с общей стоимостью внедрения и осуществления этих вмешательств.

5. Результаты

В этом разделе дается оценка экономического бремени НИЗ, затем обобщаются составляющие анализа рентабельности инвестиций, включая пользу для здоровья, экономический эффект и общую стоимость; далее обсуждается рентабельность инвестиций для каждого пакета вмешательств.

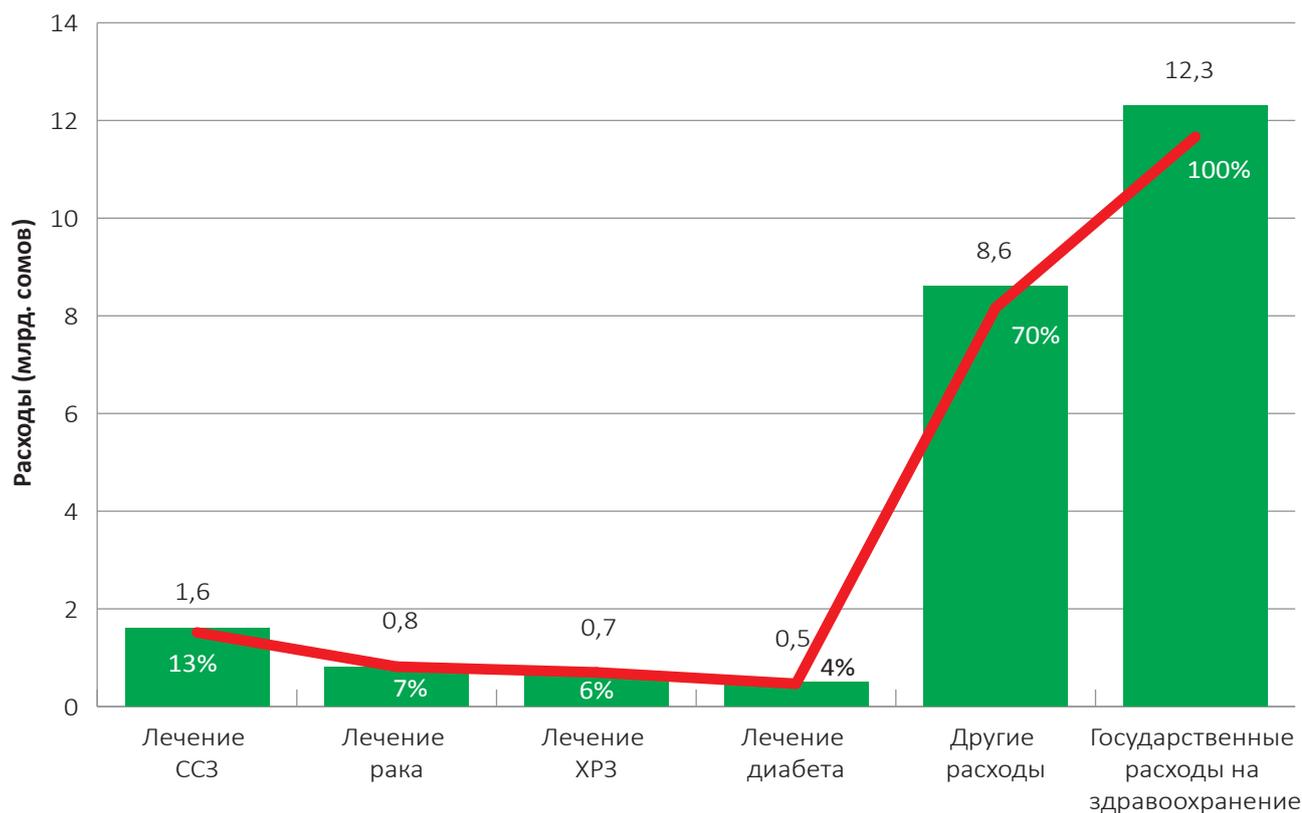
Оценка экономического бремени

Прямые затраты

Оценка прямых затрат, связанных с экономическим бременем НИЗ, базировалась только на государственных расходах на здравоохранение и не включала затраты, непосредственно не связанные со здравоохранением, такие как транспорт.

В 2015 году общие государственные расходы на здравоохранение составили в Кыргызстане 12,3 млрд. сомов. Как уже говорилось, доля общих затрат на здравоохранение, ассигнованных на лечебно-профилактические меры по НИЗ в Кыргызстане, оценивалась по структуре затрат по НИЗ, взятых из Национальных счетов здравоохранения 13 других стран (Garg & Evans, 2011). Предполагая, что затраты на НИЗ в Кыргызстане сопоставимы с затратами этих стран (все страны имеют одинаково тяжелое бремя НИЗ, хотя некоторые из них являются странами с высоким доходом), 30% государственных расходов на здравоохранение тратится на лечение НИЗ (13,4% на лечение ССЗ, 7% - рака, 6% - хронических респираторных заболеваний, 4% - диабета). Использование международных, а не специфических для страны данных, является ограничением настоящего исследования, учитывая, что вариабельность доли расходов на здравоохранение, потраченных на проведение вмешательств по каждой группе заболеваний, значительна (Приложение 1, таблица А1). Таким образом, на 2015 год доля общих затрат на здравоохранение, потраченная на лечебно-профилактические меры по четырем основным НИЗ, составила 3,7 млрд. сомов. Это показано на рисунке 2.

Рисунок 2: Государственные расходы на здравоохранение, 2015 г.

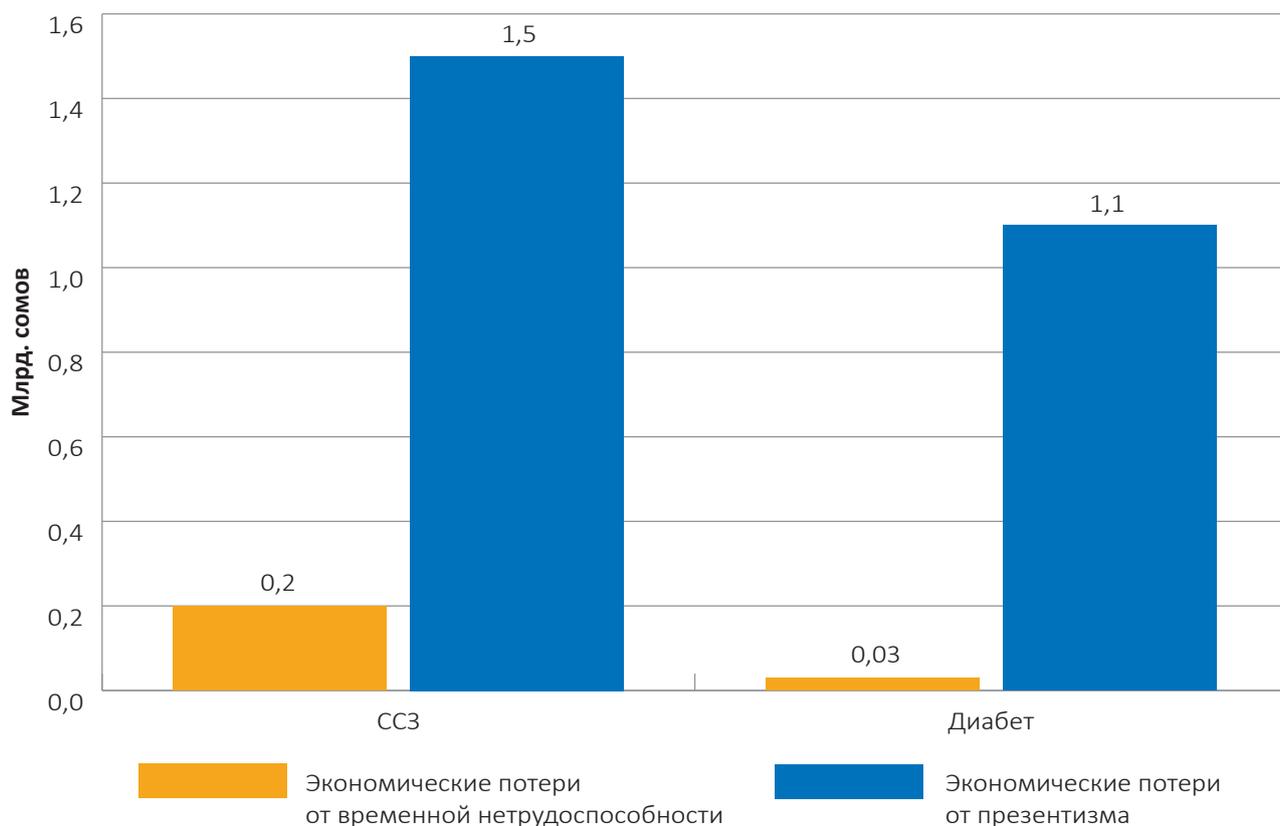


Потери для экономики

Для Кыргызстана экономические потери от НИЗ были смоделированы на основе показателя снижения трудового участия, увеличения потерь от временной нетрудоспособности и презентизма, а также потерь по причине преждевременной смертности.

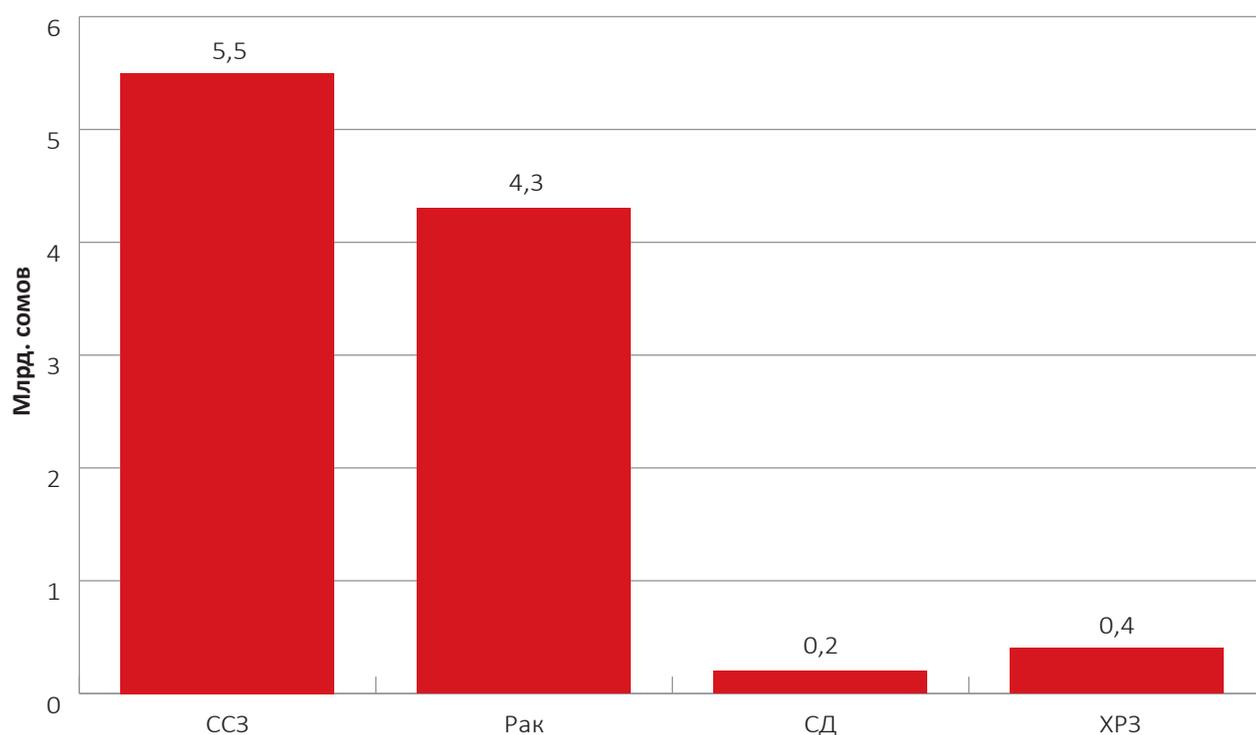
Расчет потерь от временной нетрудоспособности и презентизма основывался на величине активной рабочей силы. Результаты проиллюстрированы на рисунке 3, а подробные данные, лежащие в основе графиков, приведены в Приложении 1, таблица А2. Показатели удалось рассчитать только для ССЗ и диабета. Число рабочих дней, пропущенных работником в связи с наличием сердечно-сосудистого заболевания, составило 1 196; диабета - 173; это означает, что общая потери от временной нетрудоспособности в Кыргызстане составляет 0,3 млрд. сомов. Для презентизма соответствующий расчет показал, что количество непроизводительных рабочих дней составляет 8 073 для ССЗ и 5 799 для диабета. Это означает, что бремя презентизма исчисляется в 2,6 млрд. сомов.

Рисунок 3: Экономические потери от временной нетрудоспособности и презентизма, для ССЗ и диабета, 2015 г.



Экономические потери, ассоциированные с преждевременной смертностью в Кыргызстане, рассчитывались на основе метода оценки человеческого капитала. Этот метод предполагает, что стоимость потерянного экономического производства эквивалентна стоимости общего объема продукции, которая могла бы быть произведена работниками в течение их трудовой жизни, если бы они доработали до пенсионного возраста. Экономические потери, ассоциированные с преждевременной смертностью рассчитывались путем умножения ВВП на одного занятого на коэффициент трудового участия, на показатель уровня занятости для населения определенной возрастной группы, и на 216 929 лет жизни, потерянных в 2015 году от 4 основных НИЗ. Общая стоимость потерь производства, обусловленных преждевременной смертностью от НИЗ, составила 10,4 млрд. сомов (рисунок 4).

Рисунок 4: Экономические потери, ассоциированные с преждевременной смертностью, 2015 г.



ССЗ обуславливают самые высокие экономические потери, ассоциированные с преждевременной смертностью, из четырех НИЗ. Диабет не является основной причиной преждевременной смертности, несмотря на сниженную производительность труда при формальном присутствии на работе. Тем не менее, многие люди с диабетом могут умереть от сердечно-сосудистых событий.

Общий экономический ущерб

В таблице 8 суммируются общие прямые затраты и потери для экономики, связанные с НИЗ, в Кыргызстане. Экономические потери, почти в четыре раза превышают прямые затраты. Запланированные расходы правительства по 4 основным НИЗ уже составляют 3,7 млрд. сомов, а дополнительные потери для экономики в виде временной нетрудоспособности, презентизма и преждевременной смертности исчисляются в 13,3 млрд. сомов. Эти показатели были бы гораздо выше, если бы было возможно рассчитать показатели временной нетрудоспособности и презентизма для онкологических и респираторных заболеваний.

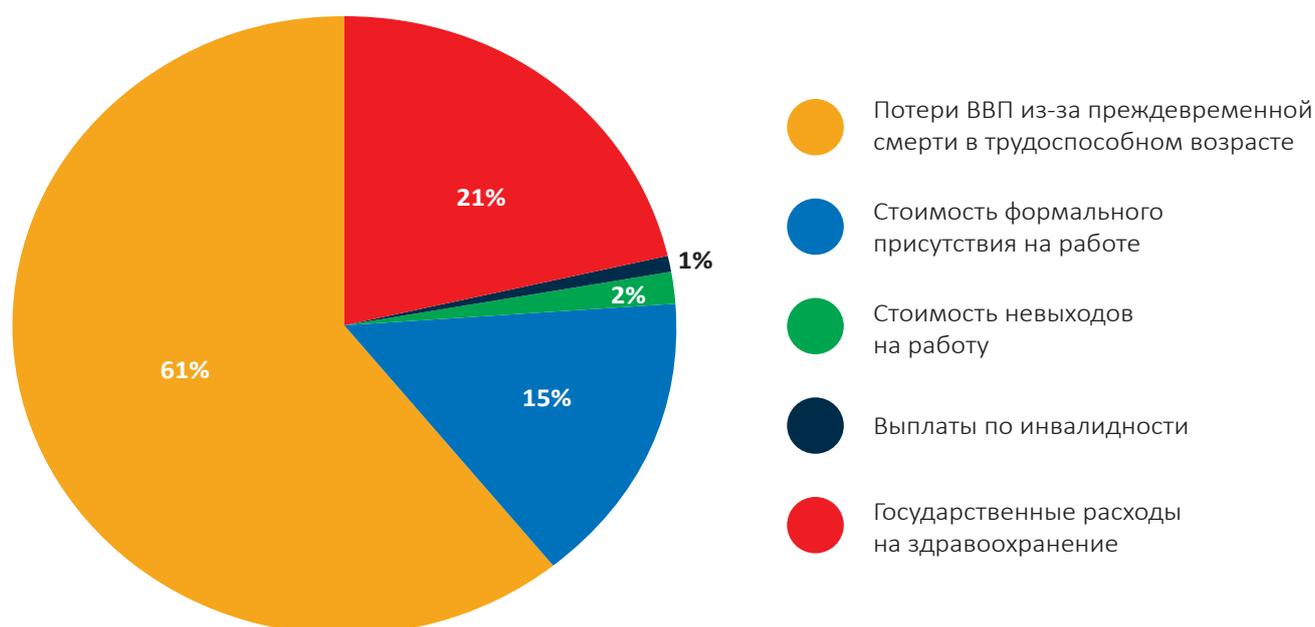
Таблица 8: Экономическое бремя НИЗ в Кыргызстане (млрд.сомов), 2015 г.

Расходы	ССЗ	Хронические респираторные заболевания	Рак	Диабет	Всего, все НИЗ
Прямые затраты					
Здравоохранение					
<i>Государственные расходы</i>	1,64	0,71	0,82	0,49	3,67
Вне системы здравоохранения					
<i>Выплаты по инвалидности</i>	0,08	0,01	0,04	0,03	0,16
Общая сумма прямых затрат	1,72	0,72	0,86	0,52	3,83
Потери для экономики					
Временная нетрудоспособность	0,23	N/A	N/A	0,03	0,26
Презентизм	1,53	N/A	N/A	1,10	2,63
Преждевременная смертность	5,50	0,44	4,26	0,16	10,40
Общая сумма потерь для экономики	7,26	0,44	4,26	1,29	13,29
Общее бремя	8,99	1,16	5,12	1,81	17,12

Совокупный годовой показатель бремени НИЗ для экономики Кыргызстана составляет 17,1 млрд. сомов, что эквивалентно 3,9% ВВП.

На рисунке 5 показана структура бремени НИЗ в Кыргызстане на 2015 год. Государственные расходы составляют лишь 21% всех затрат, связанных с НИЗ; это всего лишь “верхушка айсберга” экономического бремени НИЗ.

Рисунок 5: Структура бремени НИЗ в Кыргызстане, 2015 г.



Расчет стоимости вмешательств

Для периода 2016-2030 гг. была рассчитана удельная стоимость вмешательств. В таблице 9 показана удельная стоимость вмешательств для каждого из первых пяти лет этого периода и общая стоимость за первые пять лет (без дисконтирования и со ставкой дисконтирования 3% в год⁸).

Стоимость клинических вмешательств, направленных на лечение ССЗ, является самой высокой. Стоимость лечения пациентов с высоким абсолютным риском сердечно-сосудистых заболеваний составила 26,4 млрд. сомов в базовый год и возрастет до 51,1 млрд. сомов в 2020 году. Внедрение полного пакета клинических вмешательств по ССЗ в течение 5-летнего периода масштабирования обойдется в 175 млрд. сомов.

Стоимость пакетов вмешательств по табаку, физической активности и потреблению соли рассчитывалась с использованием запланированных расходов на осуществление этих мер политики в рамках Национальной программы по НИЗ и других стратегий. Общая стоимость пакета мер борьбы против табака, в соответствии с рекомендациями MPOWER, составит 0,14 млрд. сомов. Стоимость осуществления индивидуальных вмешательств, входящих в пакет мер, варьируется. Некоторые меры вмешательств, такие как кампании в средствах массовой информации или защита людей от курения, имеют высокую запланированную стоимость. Тем не менее, существует целый ряд недорогих антитабачных мер. К таким недорогим вариантам относятся предупреждения на упаковках табачных изделий, запреты на рекламу табака и повышение налогов.

Таблица 9: Обзор стоимости осуществления мер политики и клинических вмешательств (млн.сомов) на 2016-2020 гг.

Мера вмешательства	2016	2017	2018	2019	2020	Общая стоимость за 5 лет	Общая стоимость за 5 лет (Чистая приведенная стоимость) ^a
Пакет клинических мер по ССЗ							
Лечение пациентов группы высокого абсолютного риска ССЗ (> 30%)	2 133,7	3 066,3	4 064,7	5 131,6	6 289,1	20 685,3	18 666,0
Лечение пациентов с первичным острым инфарктом миокарда (ОИМ) аспирином	35,3	50,6	67,8	84,0	102,0	338,5	305,6
Лечение пациентов с установленной ишемической болезнью сердца (ИБС) и пациентов после ИМ	201,8	290,0	384,3	485,0	592,8	1 953,9	1 763,2
Лечение пациентов с установленными цереброваскулярными заболеваниями и пациентов после инсульта	444,3	636,6	840,2	1 055,3	1 282,7	4 259,1	3 844,4
Стандартный гликемический контроль	16 462,8	18 197,9	19 982,7	21 819,6	23 712,1	100 175,0	91 264,2

⁸ 3% - обычная ставка дисконтирования, применяемая к экономическим моделям.

Таблица 9 (продолжение)

Мера вмешательства	2016	2017	2018	2019	2020	Общая стоимость за 5 лет	Общая стоимость за 5 лет (Чистая приведенная стоимость) ^а
Интенсивный гликемический контроль	7 171,7	10 056,4	13 001,3	16 014,3	19 103,1	65 346,8	59 047,0
Общая стоимость пакета клинических мер по ССЗ	26 499,6	32 297,8	38 340,0	44 589,8	51 081,8	192 758,6	174 890,4
Пакет мер борьбы против табака							
Мониторинг употребления табака и стратегий профилактики	5,6	5,6	5,7	5,6	5,7	28,1	25,7
Защита людей от табачного дыма	9,3	9,3	9,3	0,5	0,5	28,9	27,2
Предложение помощи в целях прекращения употребления табака: mCessation	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	9,5	8,7
Табак: Предупреждение об опасностях: предупредительные этикетки	2,4	2,5	2,7	2,8	2,9	13,3	12,2
Предупреждение об опасностях: Кампании в средствах массовой информации	5,4	6,0	6,6	7,2	7,9	33,1	30,1
Обеспечение соблюдения запретов для несовершеннолетних	1,6	1,8	1,9	2,1	2,3	9,8	8,9
Повышение налогов на табачные изделия	3,0	3,2	3,3	3,5	3,7	16,6	15,2
Стандартизированная упаковка табачных изделий	2,4	2,5	2,7	2,8	2,9	13,3	12,2
Общая стоимость пакета мер борьбы против табака	31,6	32,8	34,1	26,4	27,8	152,6	140,2
Пакет мер по повышению уровней физической активности							
Кампании по повышению осведомленности общественности о преимуществах физической активности	24,0	25,3	26,5	27,8	29,2	132,9	121,4
Общая стоимость пакета мер по физической активности	24,0	25,3	26,5	27,8	29,2	132,9	121,4
Пакет мер по сокращению потребления соли							
Натрий: Эпиднадзор	0,5	0,5	1,2	0,5	0,5	3,2	3,0
Повышение осведомленности: Информационно-просветительская работа	5,4	5,9	6,6	7,2	8,0	33,1	30,1

Таблица 9 (продолжение)

Мера вмешательства	2016	2017	2018	2019	2020	Общая стоимость за 5 лет	Общая стоимость за 5 лет (Чистая приведенная стоимость) ^a
Окружение: Стратегии, направленные на сокращение потребления соли в местах общественного питания	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	5,1	4,6
Общая стоимость пакета мер по сокращению потребления соли	6,9	7,4	8,8	8,7	9,5	41,4	37,7

^a Чистая приведенная стоимость, дисконтированная по ставке 3%

Оценка пользы для здоровья

Все меры вмешательства обеспечивают значительное сокращение числа жизней, потерянных по причинам, связанным с ССЗ. Польза для здоровья от осуществления клинических вмешательств по ССЗ - наиболее значительная (9 307 спасенных жизней). За ними следуют меры борьбы против табака, ориентированные на модификацию метаболических факторов риска (1 537). Число жизней, спасенных в результате осуществления вмешательств, направленных на сокращение потребления соли и повышение уровней физической активности, сравнимо с числом спасенных жизней от осуществления антитабачных мер (таблица 10).

Таблица 10: Прогноз пользы для здоровья на 15-летний период

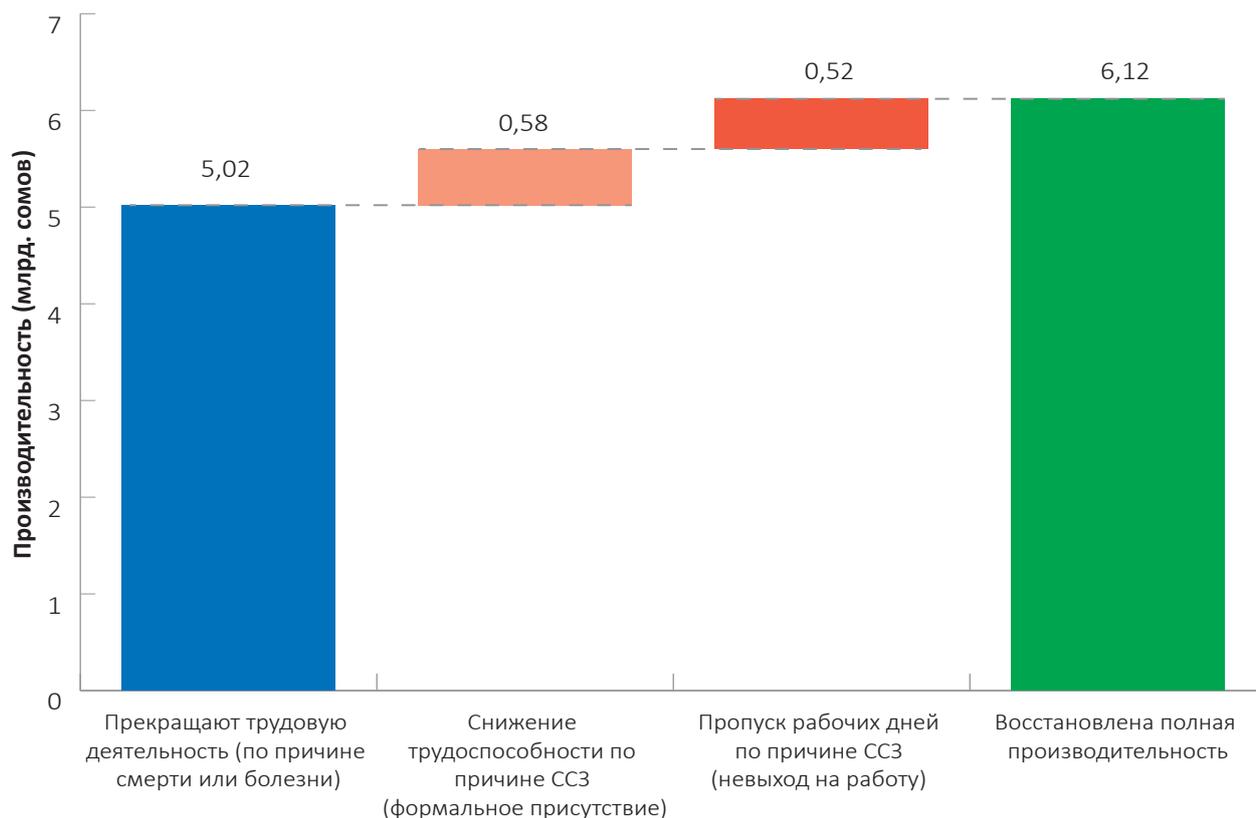
Пакет мер вмешательства	Число предотвращенных инсультов	Число предотвращенных случаев ССЗ	Число предотвращенных смертей	Добавленные годы здоровой жизни
Клинические меры вмешательства по ССЗ	3 780	7 676	9 307	46 612
Меры борьбы против табака	2 155	1 987	1 537	11 013
Меры, направленные на повышение уровней физической активности	2 363	2 042	1 192	11 745
Меры, направленные на снижение потребления соли	2 155	1 699	1 161	15 493

Каждый пакет мер вмешательства также способствует увеличению числа лет здоровой жизни. Клинические вмешательства по ССЗ, а также пакеты мер борьбы против табака и чрезмерного потребления соли, направлены на профилактику инсультов и сердечно-сосудистых событий, что способствует предотвращению инвалидизирующих состояний (например, частичный паралич после инсульта), усугубляющих боль и страдания, снижающих мобильность и вызывающих нарушение мышления и речи.

Оценка экономического эффекта

С НИЗ, включенными в настоящий анализ, связано снижение численности трудовых ресурсов и производительности труда вследствие преждевременной смертности, уменьшения числа рабочих дней (временная нетрудоспособность) и снижения производительности труда во время присутствия на работе (презентизм). На рисунке 6 показано повышение производительности труда в результате предотвращения случаев смерти и болезни на 15-летний период, описанное в таблице 10.

Рисунок 6: Предотвращенные потери производительности труда вследствие осуществления мер борьбы против табака, чрезмерного потребления соли, мероприятий по увеличению физической активности, и мер первичной профилактики ССЗ, 15-летний период



Наибольшее положительное воздействие на производительность труда окажет снижение смертности (82% от общего повышения производительности); за ней следует сокращение презентизма (9,5%) и временно нетрудоспособности (8,5%). Внедрение пакетов мер и клинических вмешательств по лечению ССЗ и диабета в первичной медико-санитарной помощи за 15 летний период позволит обеспечить чистую приведенную стоимость в 6,12 млрд. сомов за счет прироста производительности труда (что эквивалентно 1,4% ВВП Кыргызстана в 2015 году).⁹

Оценка рентабельности инвестиций

Сравнение затрат и выгод от осуществления каждого пакета мер показывает, что все включенные в анализ вмешательства, направленные на профилактику НИЗ - меры борьбы против табака и чрезмерного потребления соли, меры по увеличению уровней физической активности - имеют положительную доходность инвестиций на период 15 лет (таблица 11).

⁹ ВВП 2015 г. = 437 миллиардов сомов

Таблица 11: Затраты, эффекты и рентабельность инвестиций, по пакетам мер вмешательства, на периоды 5 и 15 лет (млрд. сомов)

Пакет мер вмешательства	5 лет			15 лет		
	Общие затраты	Общий выигрыш в производительности	Возврат инвестиций	Общие затраты	Общий выигрыш в производительности	Возврат инвестиций
Соль	0,04	0,04	0,4	0,1	0,7	12,3
Табак	0,14	0,08	0,2	0,5	0,7	3,8
Физическая активность	0,12	0,04	0,1	0,4	0,6	3,6
Клинические вмешательства по ССЗ	174,9	0,6	0,001	871	4,1	0,01

Меры вмешательства, направленные на сокращение потребления соли, имеют самый высокий коэффициент рентабельности: за каждый сом, инвестированный в пакет мер по борьбе с чрезмерным потреблением соли, за 15-летний период ожидается получить 12 сомов. За ним следует пакет мер борьбы против табака (ROI=4); пакет вмешательств по увеличению уровней физической активности (ROI=3,6).

Пакет клинических вмешательств фактически не обеспечивает рентабельность инвестиций, ни для 5-летнего, ни для 15-летнего периода. Такая ситуация часто встречается в экономике здравоохранения из-за высокой стоимости лечения заболеваний. Кроме того, оцениваемые варианты лечения (вторичная профилактика после острых событий) имеют низкий потенциал увеличения коэффициента трудового участия после инсульта, инфаркта миокарда и диабета.

Пакет мер, направленный на сокращение потребления соли, является самым рентабельным, предлагая за 15-летний период самый высокий коэффициент ROI.

В течение более короткого пятилетнего периода все анализируемые пакеты мер будут иметь относительно более низкие показатели рентабельности, что можно объяснить двумя факторами:

- Меры политики, направленные на изменение образа жизни, требуют времени для проявления результатов. Например, сокращение потребления соли может способствовать снижению кровяного давления в краткосрочной и среднесрочной перспективе, но снижение показателей инсульта произойдет позже.
- Меры политики в настоящей модели не считаются действующими до третьего года анализа. Это означает, что на первые два года приходятся затраты на разработку и внедрение мер при отсутствии какого-либо эффекта.

6. Выводы

НИЗ представляют значительную угрозу для здоровья населения и экономического развития Кыргызстана. В настоящем докладе приводится аргументация в пользу дальнейшего вложения средств в мероприятия, направленные на борьбу с НИЗ. В настоящем докладе оцениваются экономическое бремя НИЗ для страны и стоимость конкретных вмешательств, а также проводится анализ рентабельности четырех пакетов мер вмешательства с целью выявления наиболее экономически эффективных.

Анализ экономического бремени НИЗ в 2015 году показал, что общие экономические потери от НИЗ составляют для Кыргызстана 17,1 млрд. сомов в год, что эквивалентно 3,9% годового ВВП страны. Прямые затраты на здравоохранение составляют одну пятую этой суммы. Более половины обусловлено преждевременной смертностью (61% от общей суммы потерь). Преждевременная смертность от НИЗ обходится экономике в 10,4 млрд. сомов. В дополнение к оценке потерь, связанных с преждевременной смертностью, была проведена количественная оценка сниженной производительности по причине временной нетрудоспособности (число рабочих дней, когда работник отсутствовал) и презентизма (формального присутствия на работе при сниженной производительности труда) работников с ССЗ и диабетом.

Для выбора наиболее эффективных мер с экономической точки зрения были оценены четыре пакета мер политики: три пакета мер, направленных на снижение распространенности факторов риска НИЗ, и один пакет клинических вмешательств. Стоимость пакетов мер политики, направленных на снижение употребления табака и соли, и увеличение уровней физической активности, была оценена в 0,14 млрд. сомов, 0,04 млрд. сомов и 0,12 млрд. сомов соответственно. Стоимость пакета вмешательств, направленных на снижение уровней ССЗ и диабета, была признана наиболее высокой и составила в 175 млрд. сомов. Наиболее рентабельными для Кыргызстана являются вмешательства, направленные на сокращение потребления соли. Экономический эффект от реализации пакетов мер намного превышает их стоимость в долгосрочной перспективе. Коэффициент возврата инвестиций пакета вмешательств по снижению потребления соли равен 12,3 за 15-летний период.

Ряд обзоров политики в области НИЗ в Кыргызстане выявил пробелы в осуществлении по сравнению с перечнем ВОЗ “лучших покупок” или наиболее рентабельных вмешательств. Например, антитабачное законодательство Кыргызстана лишь частично согласовано с Рамочной конвенцией по борьбе против табака (РКБТ), и существует большое количество возможностей для дальнейшей активизации усилий по борьбе против табака в Кыргызстане. Действующие законы по-прежнему плохо соблюдаются, и, хотя цены на табачные изделия значительно увеличились (с опережением инфляции), они остаются недостаточно высокими для снижения уровня распространенности употребления табака. В результате прогресс в осуществлении большинства эффективных мер борьбы против табака на уровне населения остается ограниченным или умеренным.

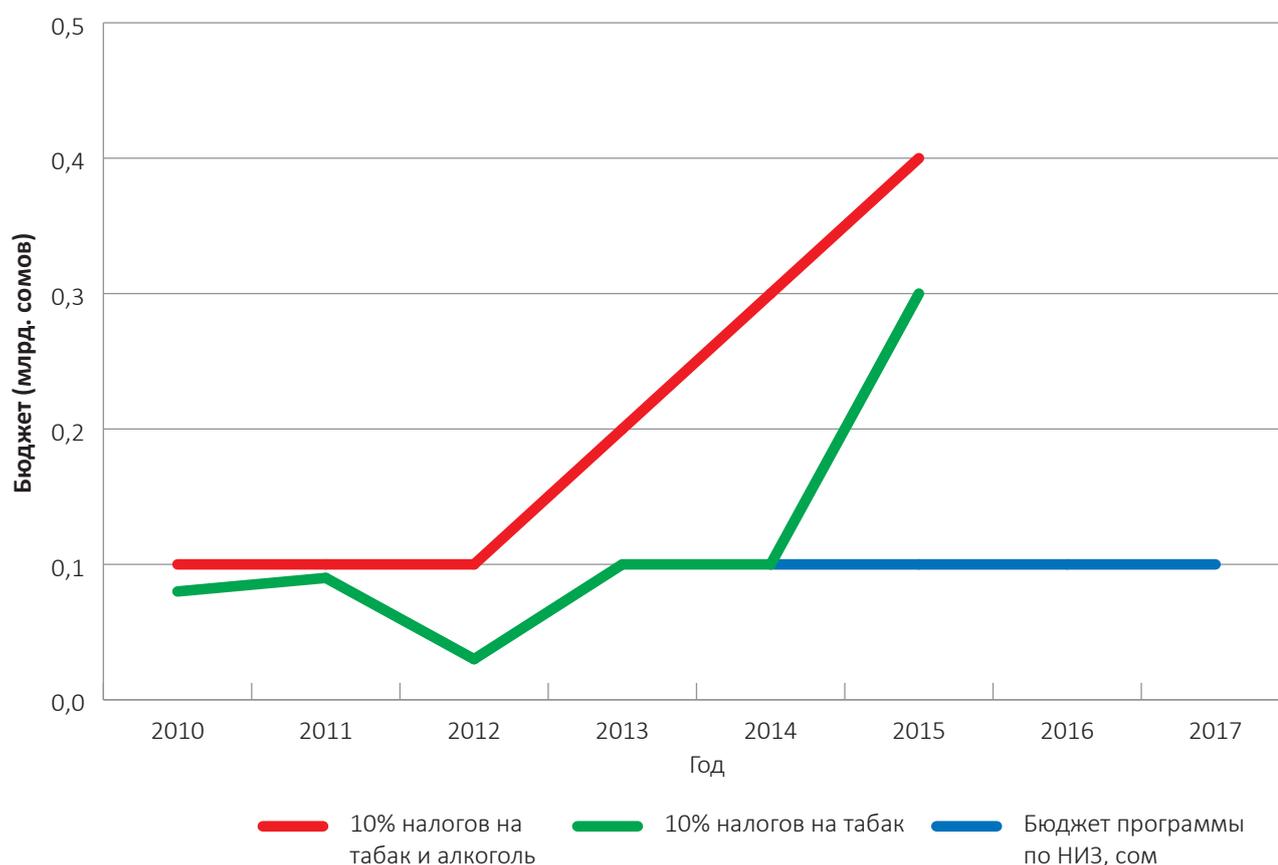
Чтобы установить более эффективные цены на табачные изделия и снизить ценовую доступность табака в Кыргызстане, необходимо увеличивать акцизный налог на табачные изделия (как для сигарет с фильтром, так и без фильтра) не менее, чем на 30% ежегодно в течение следующих трех лет. Эта мера позволит снизить употребление табака и увеличить доходы в казну от налогов на табак. Международный опыт показывает, что повышение акцизов на табачные изделия приводит к увеличению объема государственных поступлений, поскольку динамика повышения налога обычно превосходит динамику снижения употребления табачных изделий. Повышение акцизов на табачные изделия обычно считается экономически эффективной мерой, поскольку оно применяется к продукту с неэластичным спросом. Группы населения с низким и средним уровнем дохода более чувствительны к изменениям налогов и цен.

Кыргызстан имеет относительно низкий валовой внутренний продукт (ВВП) по сравнению с другими постсоветскими странами. Тем не менее, общие государственные расходы на здравоохранение в

процентах от общих государственных расходов относительно высоки по сравнению с аналогичными странами. В настоящем докладе рассматриваются дополнительные источники государственных поступлений: акцизы на табачную и алкогольную продукцию. Они обладают многообещающим потенциалом с точки зрения обеспечения дополнительных доходов. Ассигнование этих налогов на цели восполнения пробелов в расходовании на социальные нужды в других странах показало, что это часто стимулирует их признание общественностью (WHO, 2016c). Следующим шагом может стать целевое выделение соответствующих средств на программы общественного здравоохранения, направленные на реализацию мер профилактики и контроля НИЗ в Кыргызстане, а именно для осуществления стратегии по НИЗ, а также соответствующих программ, направленных на борьбу с употреблением табака, алкоголя (в настоящее время - проект), а также программ в области питания и пищевой безопасности. Например, если бы в 2015 году сумма, эквивалентная 10% поступлений от налогообложения табака, была ассигнована на цели реализации Национальной программы по НИЗ, ее общий бюджет увеличился бы втрое. Добавление суммы, эквивалентной 10% поступлений, полученных от увеличения налогов на алкогольную продукцию, привело бы к четырехкратному увеличению бюджета Национальной программы по НИЗ, со 100 до 400 миллионов сомов (см. рисунок 7).

Необходимо разработать сценарии для повышения налогов с нынешнего уровня до уровней, соответствующих полному осуществлению РКБТ ВОЗ и Глобальной стратегии ВОЗ сокращения вредного употребления алкоголя (WHO, 2010). Фискальная политика, направленная на поощрение здорового рациона питания - в частности, путем воздействия на цены посредством налогообложения и субсидий - также является важной мерой вмешательства на уровне всего населения, нацеленной на сокращение потребления высококалорийной пищи и решение проблемы ожирения и диабета, и может служить дополнительным источником поступлений для осуществления Национальной программы по НИЗ (WHO 2016d).

Рисунок 7: Бюджет программы по НИЗ с учетом потенциального целевого выделения на ее реализацию 10% поступлений от налогообложения табачной и алкогольной продукции



Улучшение финансирования национальной программы по НИЗ приведет к увеличению государственных инвестиций в меры профилактики НИЗ и будет способствовать оптимизации государственных затрат от дорогостоящего лечения к рентабельным мерам профилактики. Реализация Национальной программы по НИЗ приведет к снижению заболеваемости и преждевременной смертности от НИЗ, что в свою очередь будет способствовать уменьшению прямых и затрат и потерь для экономики на борьбу с эпидемией НИЗ в стране. В частности, ожидается, что бремя НИЗ для национальной системы здравоохранения снизится или перестанет расти из-за меньшей распространенности ССЗ, диабета, онкологических и респираторных заболеваний.

Более здоровое население означает экономию на выплатах по инвалидности, снижение количества потерь по причине временной нетрудоспособности, или презентизма, уменьшение затрат на замещение работников и экономические выгоды от сокращения преждевременной смертности людей трудоспособного возраста.

По итогам проведенного анализа ожидается, что наилучшее воздействие на показатели здоровья, связанные с НИЗ, и наибольший экономический эффект будут иметь следующие рентабельные меры вмешательства:¹⁰

- Снижение уровня употребления табака за счет усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, Стороной которой является Кыргызстан, в частности, налогообложения и повышения стоимости табачных изделий, создания общественных мест, свободных от табака, введения запретов на рекламу и графических предупреждений о вреде для здоровья от употребления табака, создания служб содействия в отказе от курения.
- В частности, правительству рекомендуется ежегодно повышать акцизный налог на табачные изделия не менее чем на 30%. Чем больше повышение налога на табак, тем больше снижение уровня его употребления, и тем больше объем бюджетных поступлений. Повышение налогов должно распространяться как на сигареты с фильтром, так и без фильтра; уровень повышения налога должен переоцениваться каждый раз в зависимости от ценовой доступности табачных изделий.
- Несмотря на отсутствие данных о вредном употреблении алкоголя и невозможность их использования в обосновании инвестирования в меры профилактики и борьбы с НИЗ, сокращение вредного употребления алкоголя посредством осуществления ценовых мер, регулирования ценовой доступности, маркетинга и продажи алкоголя.
- Вмешательства, направленные на сокращение потребления соли, являются высоко рентабельными в долгосрочной перспективе (ROI=12).

Растущее население Кыргызстана (в настоящее время численность населения составляет 6 миллионов человек и, по прогнозам, возрастет до 7-9 миллионов к 2050 году), а также увеличивающаяся распространенность факторов риска НИЗ, свидетельствуют о том, что, если в ближайшее время не будут приняты соответствующие меры, то затраты, обусловленные НИЗ, значительно возрастут, что станет серьезным препятствием для развития экономики страны. Учитывая относительную молодость населения (каждый третий житель Кыргызстана моложе 15 лет), сегодняшнее инвестирование в меры профилактики будет иметь последствия для будущих трудовых ресурсов. Меры, направленные на профилактику НИЗ в Кыргызстане, относительно низкозатратны и рентабельны. Кроме того, поскольку осуществление этих мер будет выходить за пределы сектора здравоохранения и проходить с привлечением других секторов, таких как секторы финансов, экономики, сельского хозяйства, то затраты будут распределены на все правительство. Это уникальный момент поучиться у других регионов и стран и принять правильные решения.

¹⁰ Все перечисленные меры вмешательства являются частью Добавления 3 Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. (ВНО, 2017а) и имеют хороший потенциал как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Библиография

- Абдраимова А., Ильясова А. и Зурдинова А., 2015 год. Причины низкой обращаемости мужчин с повышенным артериальным давлением за медицинской помощью. Документ исследования политики., Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
- Абдраимова А., Урманбетова А., Борчубаева Г. и Азизбекова Ю., 2014 год. Оценка затрат на медикаментозные вмешательства по контролю ГБ в КР с целью выработки возможных механизмов обеспечения лекарствами для лечения ГБ на бесплатной основе. Документ исследования политики № 83., Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
- Акказиева Б., Чисхольм, Д., Акунов Н., Джакаб М., 2009 г. Влияние на здоровье и затраты на вмешательства по контролю сердечно-сосудистой заболеваемости в Кыргызстане. Документ исследования политики № 60. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения.
- Anesetti-Rothermel, A. & Sambamoorthi, U., 2011. Physical and mental illness burden: disability days among working adults. *Population Health Management*, 14(5), pp. 223-230.
- Avenir Health, 2017. One Health Tool. [Online] Available at: <http://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>
[доступ осуществлялся 25 июля 2017 г.].
- Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S et al. (2011). The global economic burden of non-communicable diseases, Geneva: World Economic Forum (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18806en/>, доступ осуществлялся 21 августа 2017 г.).
- CDC, 2014. Информационный бюллетень Глобального опроса о потреблении табака среди молодежи. Кыргызстан, Атланта: Центры по контролю и профилактике заболеваний. CDC (<https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>, доступ осуществлялся 22 августа 2017 г.)
- Garg CC, Evans DB (2011). What is the impact of noncommunicable diseases on national health expenditures: a synthesis of available data. Geneva: World Health Organization (NCD discussion paper no. 3; <http://www.who.int/healthsystems/NCDdiscussionpaper3.pdf>, доступ осуществлялся 23 августа 2017 г.).
- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 380(9838):219–29.
- Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014;371(7):624–34.
- Powles J, Fahimi S, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Ezzati M et al. (2013). Global, regional and national sodium intakes 1990 and 2010: a systematic analysis of 24h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. *BMJ Open*. 3(12):e003733.
- RTI International (in press). The investment case for noncommunicable disease prevention and control: technical appendix. Geneva: World Health Organization.
- UNIATF (2017). Joint Mission of the United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Kyrgyzstan, 14–17 March 2016. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/ncds/un-task-force/en/>, доступ осуществлялся 22 августа 2017 г.).

Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D et al. (2003). Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med.* 45(12):1303–11.

WHO (2010). Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_strategy_reduce_harmful_use_alcohol/en/, доступ осуществлялся 23 августа 2017 г.).

WHO (2013). Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21446en/>, доступ осуществлялся 21 августа 2017 г.).

WHO (2014). Global status report on alcohol and Health, 2014: country profile – Kyrgyzstan. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en/, доступ осуществлялся 1 сентября 2017 г.).

WHO (2016a). Cardiovascular risk prediction charts. In: World Health Organization [website] (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/Chart_predictions/en/, accessed 22 July 2017).

WHO (2016b). SHAKE the salt habit: the SHAKE technical package for salt reduction. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/shake-salt-habit/en/>, доступ осуществлялся 25 июля 2017 г.).

WHO (2016c). Целевое использование поступлений от налогообложения табачных изделий: практический опыт девяти стран. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (<http://www.who.int/tobacco/publications/economics/earmarked-tobacco-taxes-lesson-nine-countries/en/>, доступ осуществлялся 23 августа 2017 г.).

WHO (2016d). Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5–6 May 2015, Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en/>, доступ осуществлялся 23 августа 2017 г.).

WHO (2017a). Подготовка к третьему Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое состоится в 2018 г.: Доклад Генерального директора. Женева: Всемирная организация здравоохранения (WHA A70/27; http://apps.who.int/gb/e/e_wha70.html, доступ осуществлялся 21 августа 2017 г.).

WHO (2017b). Рамочная конвенция по борьбе против табака [вебсайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/fctc/en/>, доступ осуществлялся 23 августа 2017 г.).

WHO (2017c). Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2017 г. Профиль страны - Кыргызстан. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/en/#K, доступ осуществлялся 22 августа 2017 г.).

WHO (2017d). Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2017 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/, доступ осуществлялся 1 сентября 2017 г.).

WHO Regional Office for Europe (2016a). Increasing information on noncommunicable disease risk factors in the Region. In: WHO/Europe [website]. (<http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/news/news/2016/08/>

increasing-information-on-noncommunicable-disease-risk-factors-in-the-region, доступ осуществлялся 8 сентября 2017 г.).

WHO Regional Office for Europe (2016b). Salt and trans-fats assessed in Kyrgyz Republic with WHO support. In: WHO/Europe [website]. (<http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/news/news/2016/11/salt-and-trans-fats-assessed-in-kyrgyz-republic-with-who-support>, доступ осуществлялся 19 августа 2017 г.).

WHO Regional Office for Europe (2016c). Долгосрочные тенденции финансового бремени в ходе обращения за медицинскими услугами в Кыргызстане, 2000 – 2014 гг. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения. (<http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/publications/long-term-trends-in-the-financial-burden-of-health-care-seeking-in-kyrgyzstan,-20002014-2016>, доступ осуществлялся 22 августа 2017 г.).

WHO Regional Office for Europe (2016d). Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызстане. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/pharmaceutical-pricing-and-reimbursement-reform-in-kyrgyzstan-2016>, доступ осуществлялся 22 августа 2017 г.).

WHO Regional Office for Europe (2017a). Отчет о ходе выполнения Программы и плана мероприятий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике, 2013-2020 гг. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/publications/progress-report-on-the-implementation-of-kyrgyzstans-programme-and-action-plan-on-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases,-20132020-2017>, доступ осуществлялся 22 августа 2017 г.).

WHO Regional Office for Europe (2017b). Noncommunicable diseases progress monitoring. Are we meeting the time-bound United Nations targets? Background paper for the WHO European Meeting of National NCD Directors and Programme Managers, Moscow, Russian Federation, 8–9 June 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/340867/Report-2.pdf, доступ осуществлялся 21 августа 2017 г.).

WHO Regional Office for Europe (2017c). Внедрение пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) в Кыргызстане: оценка эффективности и затрат в течение 1 года. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/who-european-office-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncd-office/publications-and-tools/implementation-of-a-package-of-essential-noncommunicable-pen-disease-interventions-in-kyrgyzstan-evaluation-of-effects-and-costs-in-bishkek-after-one-year-2017>, доступ осуществлялся 22 августа 2017 г.).

WHO Regional Office for Europe (in press). Draft noncommunicable diseases country profile for Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Приложение 1. Данные, использованные для расчета бремени НИЗ

Таблица А1. Доля затрат на НИЗ в общих расходах на здравоохранение

Категория	Австралия	Канада	Чехия	Германия	Эстония	Франция	Грузия	Венгрия	Индия	Республика Корея	Нидерланды	Словения	США
Уровень доходов по классификации Всемирного банка	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Ниже среднего	Высокий	Ниже среднего	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий
Сердечно-сосудистые заболевания	8,6%	9,0%	9,2%	16,2%	22,0%	12,0%	0,8%	18,4%	15,6%	13,4%	11,1%	13,6%	17,0%
Онкологические заболевания (новообразования)	4,7%	3,1%	5,5%	7,9%	9,4%	7,1%	1,9%	8,2%	4,7%	7,7%	5,5%	6,7%	7,2%
Доля затрат по группе болезней	4,4%	2,1%	2,0%	4,0%	5,4%	3,9%	0,0%	6,1%	4,8%	4,1%	2,7%	2,4%	4,4%
Эндокринные заболевания и метаболические нарушения													
Респираторные заболевания	4,8%	4,5%	3,2%	5,4%	7,2%	7,3%	0,4%	5,8%	8,9%	10,8%	4,9%	6,2%	6,6%
Всего: 4 НИЗ	22,5%	18,7%	19,9%	33,5%	44,0%	30,3%	3,1%	38,5%	34,0%	36,0%	24,2%	28,9%	35,2%

Источник: Garg CC, Evans DB (2011). What is the impact of noncommunicable diseases on national health expenditures: a synthesis of available data. Geneva: World Health Organization (NCD discussion paper no. 3; <http://www.who.int/healthsystems/NCDdiscussionpaper3.pdf>, доступ осуществлялся 23 августа 2017 г.).

Таблица А2. Данные о производительности

Заблевание	Значение параметра	Год	Источник данных	Подробная информация об источнике данных
Снижение коэффициента трудового участия				
Гипертония	11,0%	2009	Институт научных исследований и информации в области экономики здравоохранения	Barnay T, Debrand T (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. Questions d'économie de la Santé. 109 (http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html), Доступ осуществялся 8 сентября 2017 г.).
Инсульт	11,0%	2009	Институт научных исследований и информации в области экономики здравоохранения	Barnay T, Debrand T (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. Questions d'économie de la Santé. 109 (http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html), Доступ осуществялся 8 сентября 2017 г.).
Острый ИМ	11,0%	2009	Институт научных исследований и информации в области экономики здравоохранения	Barnay T, Debrand T (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. Questions d'économie de la Santé. 109 (http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html), Доступ осуществялся 8 сентября 2017 г.).
Диабет 2 типа	11,0%	2009	Институт научных исследований и информации в области экономики здравоохранения	Barnay T, Debrand T (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. Questions d'économie de la Santé. 109 (http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html), Доступ осуществялся 8 сентября 2017 г.).
Сокращение отработанного рабочего времени из-за временной нетрудоспособности				
Гипертония	0,5%	2011	Mitchell RJ, Bates P (2011). Measuring health-related productivity loss. Popul Health Manag. 14(2): 93–8.	
Инсульт	5,5%	2011	Mitchell RJ, Bates P (2011). Measuring health-related productivity loss. Popul Health Manag. 14(2): 93–8.	
Острый ИМ	1,1%	2011	Mitchell RJ, Bates P (2011). Measuring health-related productivity loss. Popul Health Manag. 14(2): 93–8.	
Диабет 2 типа	0,3%	2011	Mitchell RJ, Bates P (2011). Measuring health-related productivity loss. Popul Health Manag. 14(2): 93–8.	
Снижение производительности из-за формального присутствия на работе (презентизма)				
ССЗ/инсульт	3,7%	2011	Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D et al. (2003). Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. J Occup Environ Med. 45(12):1303–11.	
Диабет	11%	2011	Holden L, Scuffham PA, Hilton MF, Ware RS, Vecchio N, Whiteford HA (2011). Which health conditions impact on productivity in working Australians? J Occup Environ Med.53(3):253–7. doi:10.1097/JOM.0b013e31820d1007.	
Время, необходимое для замещения работника (% года)	20%	2012	Центр американского прогресса (CAP)	Boushey H, Glynn SJ (2012). There are significant business costs to replacing employees. Washington, DC: Center for American Progress (https://www.americanprogress.org/issues/labor/report/2012/11/16/44464/there-are-significant-business-costs-to-replacing-employees/), Доступ осуществялся 8 сентября 2017 г.).

Приложение 2. Источники данных для мер политики - популяционный уровень

Конкретное вмешательство	Источник	Вид деятельности
Табак		
Мониторинг употребления табака и стратегий профилактики	Национальная программа по НИЗ	10% бюджетных ассигнований на неспецифические виды деятельности ⁸
	Национальная программа по НИЗ	Координация и контроль за осуществлением мер борьбы против табака
Защита людей от табачного дыма	Национальная программа по НИЗ	20% эпидемиологический мониторинг факторов риска по методологии ВОЗ
	Национальная программа по НИЗ	Разработка и реализация пилотных проектов в Бишкеке "Здоровые больницы, центры семейной медицины", "Здоровые университеты, гимназии, бездымные школы"
	Национальная программа по НИЗ	10% бюджетных ассигнований на неспецифические виды деятельности
Предложение помощи в целях прекращения употребления табака: mCessation	Национальная программа по НИЗ	Предоставление информационных материалов по отказу от курения и материалов для работников здравоохранения
	Национальная программа по НИЗ	Разработать механизмы для усиления мотивации самих работников здравоохранения в отказе от курения
Предупреждение об опасности: Предупредительные этикетки	Американское онкологическое общество	Оценочный показатель
	Конкретные оценки для Кыргызстана	
Предупреждение об опасности: Кампании в средствах массовой информации	Аказиева Б., Чисхольм, Д., Акунов Н., Джанаб М., 2009 г. Влияние на здоровье и затраты на вмешательства по контролю и сердечно-сосудистой заболеваемости в Кыргызстане. Документ исследования политики № 60. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения	Оценочный показатель
	Национальная программа по НИЗ	Обеспечение соблюдения запрета продажи табачных изделий лицам моложе 18 лет
Повышение налогов на табачные изделия	Американское онкологическое общество	Оценочный показатель
	Конкретные оценки для Кыргызстана	
Стандартизированная упаковка табачных изделий	Американское онкологическое общество	Оценочный показатель
	Конкретные оценки для Кыргызстана	
Отсутствие физической активности		
Отсутствие физической активности: Кампании по повышению осведомленности о преимуществах физической активности	Бюджет Государственного агентства по делам молодежи, физической культуры и спорта	Кампании в средствах массовой информации, вовлечение населения в занятия физической культурой, мероприятия по повышению уровня физической активности

Конкретное вмешательство	Источник	Вид деятельности
Натрий		
Эпиднадзор	Национальная программа по НИЗ	10% эпидемиологический мониторинг факторов риска по методологии ВОЗ
Повышение осведомленности: Информационно-просветительская работа	Национальная программа по НИЗ	Информационные кампании, “круглые столы” с работодателями об опасностях чрезмерного потребления соли
	Национальная программа по НИЗ	Повышение осведомленности экспертов и общественности по вопросам здоровых и “нездоровых” пищевых продуктов
Окружение: Стратегии, направленные на сокращение потребления соли в местах общественного питания	Национальная программа по НИЗ	Представление предложений по пересмотру рациона питания в школах и дошкольных учреждениях

^a Мероприятия включают:

- выпуск телевизионных и радиопрограмм о факторах риска НИЗ
- проведение семинаров с представителями местных органов власти для реализации принципов здорового образа жизни, расширения возможностей занятия спортом
- разработка механизмов взаимодействия пресс-центра Министерства здравоохранения с пресс-центрами соответствующих министерств и ведомств
- проведение выборочных социальных опросов населения о факторах риска
- учебные семинары для журналистов, работников кабинетов укрепления здоровья, проведение “Дней открытых дверей”, пресс-туров, фотовыставок по профилактике факторов риска развития НИЗ
- проведение семинаров для преподавателей школ и университетов
- кампании по НИЗ с наращиванием потенциала сельских комитетов здоровья
- форум по здоровому образу жизни.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int