



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



**Отчет о ходе выполнения
Программы и плана
мероприятий по профилактике
и контролю неинфекционных
заболеваний в Кыргызской
Республике, 2013-2020 гг.**





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**



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Отчет о ходе выполнения Программы и плана мероприятий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике, 2013-2020 гг.

Frederiek Mantingh, Sylvie Stachenko, Marina Popovich, Oskonbek Moldokulov, Enrique Loyola, Anna Kontsevaya и Jill Farrington

Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г.

Резюме

В 2013 году Кыргызстан принял программу и план реализации программы по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний (НИЗ) на 2013-2020 гг. Страна обратилась к Региональному бюро ВОЗ за помощью в проведении среднесрочной оценки реализации программы с целью мониторинга прогресса в достижении целей, выявления проблем и возможностей для улучшения реализации программы и внедрения инноваций на втором этапе. Проведение оценки программы и плана реализации программы по НИЗ руководствовалось всеобъемлющим механизмом, основанным на логической матрице цепочки результатов. Ключевые рекомендации, разработанные и согласованные с Министерством здравоохранения, касались следующих направлений: активизации усилий в отношении контроля факторов риска НИЗ; наращивания потенциала в области мониторинга и оценки; повышения эффективности распределения ресурсов; укрепления координации и подотчетности в целях наращивания потенциала

Ключевые слова

CHRONIC DISEASE

HEALTH CARE SYSTEMS

HEALTH PROMOTION

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 благодарности | v |
| Принятые сокращения | v |
| 1. Введение | 1 |
| 1.1. История вопроса | 1 |
| 1.2. Цель и задачи программы по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской республике и плана реализации программы НИЗ на 2013-2020 годы | 1 |
| Цель | 1 |
| Задачи | 2 |
| 1.3. Методы разработки отчета о ходе работы, включая вопросы качества данных | 2 |
| Схема проведения | 2 |
| Показатели и сбор данных | 3 |
| Информационная система по НИЗ в Кыргызстане | 4 |
| Программа миссии | 5 |
| Ограничения | 5 |
| 2. Прогресс в достижении целей | 6 |
| 2.1. Стабилизация показателя общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний | 6 |
| 2.2. Относительное сокращение вредного употребления алкоголя не менее чем на 10% | 6 |
| 2.3. Относительное снижение распространенности недостаточной физической активности на 10% | 7 |
| 2.4. Относительное снижение среднегопопуляционного потребления соли/натрия на 30% | 7 |
| 2.5. Относительное снижение распространенности употребления табака на 15% | 7 |
| 2.6. Увеличение показателя системы эффективного контроля гипертонической болезни с 2% до 4% | 8 |
| 2.7. Предотвращение перехода преддиабета в диабет | 8 |
| 2.8. Получение лекарственной терапии и консультирования (включая гликемический контроль) для профилактики сердечных приступов и инсультов не менее чем 50% лиц, которые удовлетворяют определенным критериям (старше 40 лет, с риском сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, инфаркта) | 9 |
| 2.9. Наличие доступных по цене диагностических и лечебных основных технологий, лекарственных средств, включая генерики, требуемых для лечения основных неинфекционных заболеваний как в государственных, так и в частных учреждениях на уровне 75% | 9 |
| 3. Прогресс в области вмешательств на уровне населения | 12 |
| 3.1. Потребление алкоголя | 12 |
| 3.2. Питание и физическая активность | 14 |
| 3.3. Табак | 16 |
| 4. Прогресс в достижении основных задач программы профилактики и контроля НИЗ и плана мероприятий по ее реализации | 19 |
| 4.1. Задача 1: Создание эффективной системы межсекторального сотрудничества и партнерства для повышения приоритета профилактики и контроля НИЗ | 19 |
| 4.2. Задача 2: Изучение и проведение оценки распространенности основных НИЗ и их факторов риска на уровне первичного звена здравоохранения | 21 |
| 4.3. Задача 3: Снижение влияния общих модифицируемых факторов риска НИЗ на отдельных индивидуумов и население в целом: табакокурение, нездоровое питание, низкая физическая активность и вредное потребление (использование) алкоголя | 22 |
| 4.4. Задача 4: Повышение качества оказания медицинской помощи при НИЗ на всех уровнях здравоохранения с использованием доступных вмешательств, соответствующих принципам доказательной медицины | 24 |
| 4.5. Задача 5: Снижение неравенства в доступности медицинской помощи для населения независимо от географических условий проживания, транспортной доступности и уровня доходов | 26 |
| 5. Финансирование | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 6. Основные выводы и рекомендации | 31 |
| 6.1. Активизация усилий по контролю факторов риска НИЗ | 31 |
| Выводы | 31 |
| Рекомендации | 32 |
| 6.2. Повышение потенциала в области мониторинга и оценки | 32 |
| Выводы | 32 |
| Рекомендации | 33 |
| 6.3. Повышение эффективности распределения ресурсов | 33 |
| Выводы | 33 |
| Рекомендации | 34 |
| 6.4. Укрепление координации и подотчетности для наращивания потенциала | 34 |
| Выводы | 34 |
| 7. Библиография | 36 |
| Приложение 1. Список участников и программа миссии | 39 |

Выражение благодарности

Авторы выражают искреннюю благодарность представителям государственной власти Кыргызстана. Проведение оценки и составление настоящего отчета не были бы возможны без великодушной поддержки и радушного участия всех опрошиваемых, которые нашли время принять участие в процессе интервьюирования и поделились с авторами своими мнениями, идеями, озабоченностью и видением.

Сотрудникам Европейского регионального бюро ВОЗ: Joao Breda, Kristina Mauer-Stender, Lars Møller and Marilyс Corbex выражается благодарность за рассмотрение материалов и внесение своих замечаний. Дополнительную помощь в процессе своей стажировки в Европейском региональном бюро ВОЗ предоставила Kina Hiller.

Особая благодарность David Breuer за редактирование текста и Møller & Kompagni за изготовление макета и верстку отчета.

Оценка осуществлялась под общим руководством Jarno Habicht, представителя ВОЗ в страновом офисе ВОЗ в Кыргызстане и Gauden Galea, директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни в Европейского регионального бюро ВОЗ.

Подготовка настоящего отчета координировалась Европейским региональным бюро ВОЗ и страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане в рамках Двухгодичного Соглашения о Сотрудничестве между Министерством здравоохранения Кыргызстана и Европейским региональным бюро ВОЗ на 2016-2017 гг., и финансируется за счет добровольного взноса Министерства здравоохранения Российской Федерации.

- Frederiek Mantingh, Европейское региональное бюро ВОЗ
- Sylvie Stachenko, консультант, Европейское региональное бюро ВОЗ
- Enrique Loyola, Европейское региональное бюро ВОЗ
- Jill Farrington, Европейское региональное бюро ВОЗ
- Анна Концевая, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Российской Федерации
- Осмонбек Молдокулов, Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане
- Марина Попович, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Российской Федерации

Принятые сокращения

| | |
|-------|---|
| СПИД | синдром приобретенного иммунодефицита |
| ИМТ | индекс массы тела |
| ССЗ | сердечно-сосудистые заболевания |
| ВИЧ | вирус иммунодефицита человека |
| НИЗ | неинфекционные заболевания |
| НПО | неправительственная организация |
| РЕН | Пакет ВОЗ основных мероприятий [вмешательств] по неинфекционным заболеваниям |
| SWAp | общесекторальный подход |
| STEPS | Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска развития хронических болезней |

1. Введение

1.1. История вопроса

В 2013 году Кыргызстан принял программу и план реализации программы по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний (НИЗ) на 2013-2020 гг. Страна обратилась к Европейскому региональному бюро ВОЗ за помощью в проведении среднесрочной оценки реализации программы с целью мониторинга прогресса в достижении целей, выявления проблем и возможностей для улучшения реализации программы и внедрения инноваций на втором этапе. Для достижения этих целей многопрофильная команда международных экспертов посетила Кыргызстан с миссией и в период с 30 мая по 2 июня 2016 года провела ряд встреч с национальными представителями (Приложение 1). В периоды с 22-26 августа и 6-10 октября 2016 года были организованы последующие миссии для сбора дополнительной информации по экономике здравоохранения и медико-санитарному обслуживанию населения. Поддержка осуществлялась в рамках Двухгодичного Соглашения о Сотрудничестве между Министерством здравоохранения Кыргызстана и Европейским региональным бюро ВОЗ на 2016-2017 гг., и получила финансирование в рамках проекта по профилактике и борьбе с НИЗ, который финансируется за счет добровольного взноса Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Несмотря на то, что в рамках проведения оценки основное внимание было сосредоточено на программе и плане действий Кыргызстана по профилактике и контролю НИЗ на 2013-2020 годы, были также изучены синергии с другими связанными программами, в том числе со стратегией охраны и укрепления здоровья, программой реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики “Ден соолук” на 2012-2016 годы и одним из ее четырех приоритетных направлений деятельности - сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), стратегией по борьбе против табака, проектом программы по борьбе с алкоголем, проектом программы по диабету и проектом Рамочной программы Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития.

В том же году проведения среднесрочной оценки заинтересованные стороны провели три другие оценки, описываемые в главе о выводах и рекомендациях.

- В марте 2016 года Межведомственная целевая группа ООН по профилактике неинфекционных заболеваний оценила прогресс, достигнутый Кыргызстаном в отношении ограниченных во времени обязательств Организации Объединенных Наций по НИЗ, в том числе смертности от НИЗ и распространенности сопутствующих факторов риска. В этой миссии участвовали представители девяти агентств (1).
- В июне 2016 года представителями правительства Кыргызстана совместно с партнерами по развитию в секторе здравоохранения, под председательством министра здравоохранения был проведен всесторонний обзор хода реализации программы “Ден соолук”. Учитывая тот факт, что борьба с ССЗ является одним из приоритетных направлений программы, в этом обзоре рассматривались достигнутые показатели по сравнению с ожидаемыми результатами и уровень реализации мер, в том числе мер борьбы против табака.
- В июле 2016 года был проведен обзор программы “Ден соолук” и вспомогательных проектов независимо друг от друга (2). В этом обзоре также изучался прогресс в отношении ССЗ и борьбы против табака.

1.2. Цель и задачи программы по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской республике и плана реализации программы НИЗ на 2013-2020 годы

Цель

Целью программы по профилактике и контролю НИЗ в Кыргызстане на 2013-2020 годы и плана реализации программы является создание национальной системы профилактики и контроля НИЗ путем:

- снижения уровня заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности по причине НИЗ;
- снижения распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний;

- уменьшение социального и экономического бремени НИЗ на основе принципа межотраслевого взаимодействия посредством комплексных действий по контролю основных факторов риска НИЗ и повышению качества медицинской помощи на основе принципов доказательной медицины.

Задачи

К основным задачам программы и плана реализации относятся:

1. Создание эффективной системы межсекторального сотрудничества и партнерства для повышения приоритета профилактики и контроля НИЗ.
2. Изучение и проведение оценки распространенности основных НИЗ и их факторов риска на уровне первичного звена здравоохранения.
3. Снижение влияния общих модифицируемых факторов риска НИЗ на отдельных индивидуумов и население в целом: табакокурение, нездоровое питание, низкая физическая активность и вредное потребление (использование) алкоголя.
4. Повышение качества оказания медицинской помощи при НИЗ на всех уровнях здравоохранения с использованием доступных вмешательств, соответствующих принципам доказательной медицины.
5. Обеспечение равного доступа населения к медицинской помощи независимо от географических условий проживания, транспортной доступности и уровня доходов.

1.3. Методы разработки отчета о ходе работы, включая вопросы качества данных

Схема проведения

Обзор программы и плана действий Кыргызстана по НИЗ на 2013-2020 годы (таблица 1) выполнялся в соответствии с комплексной схемой. Логическая матрица цепочки результатов включает компоненты программы и плана действий и наглядно представляет, как вводимые ресурсы (такие как финансирование, инфраструктура и кадровые ресурсы) и мероприятия (такие как обучение и сотрудничество в области здравоохранения) находят свое выражение в результатах работы (например, доступность услуг и продуктов), конечных результатах (например, изменения в поведении в отношении здоровья) и воздействии (таком как снижение преждевременной заболеваемости) (3,4).

Таблица 1. Матрица результатов, скорректированная для целей этой работы

| | Ресурсы | | Результаты | | |
|----------------------|---|---|--|---|--|
| | Как | Что | Что | Почему | |
| Цепочка результатов | Вводимые ресурсы | Меры и процесс | Результаты | Конечные результаты | Воздействие |
| Область деятельности | Ресурсы, которые могут быть выделены на программу, включая персонал и материалы | Принятые меры, позволяющие мобилизовать потенциал и средства (для получения конкретных результатов) | Количество предоставленных продуктов или услуг | Результат действия продуктов или услуг Эффект от результата вмешательства Изменения в здоровье и благополучии | Перспективный или широкий общественный результат |

| | Ресурсы | | Результаты | |
|--|--|---|---------------------|--|
| | Как | Что | Что | Почему |
| Индикаторы | Контекстный анализ Изучение заинтересованных сторон Экономическая оценка Национальные документы: решения, законы, положения, стратегии и планы действий | Как указано в плане действий по борьбе с НИЗ и других смежных планах, первичных и вторичных Возможная система оценок: Прогресс-монитор ВОЗ за 2015 год | Ключевые достижения | Как указано в плане действий по борьбе с НИЗ и других смежных планах, первичных и вторичных Международное руководство: Глобальная система мониторинга неинфекционных заболеваний ВОЗ, цели и индикаторы “Здоровья-2020”, цели и индикаторы Целей в области устойчивого развития |
| Источники данных (примеры - упомянутые источники не являются исчерпывающими) | Отчеты о проведении оценки; финансовые данные; интервью; программа и план действий по НИЗ, включая источники данных, необходимые для показателей плана действий по НИЗ; страновые бюллетени; Прогресс-монитор ВОЗ за 2015 год; обследования на уровне населения; система клинической отчетности; национальные, региональные и глобальные базы данных; регистрация актов гражданского состояния | | | |
| Анализ и синтез | Оценка качества данных, оценки и прогнозы, углубленные исследования, использование результатов исследований, оценка или прогресс, а также результативность и эффективность | | | |
| Коммуникация и использование | Целенаправленная и комплексная отчетность; регулярные обзоры; представление национальных, региональных и глобальных отчетов; корректировка потенциала и ресурсов; корректировка приоритетов; корректировка целей | | | |

Показатели и сбор данных

Команда придерживалась мнения, что собранная информация должна быть достоверной и имеющей отношение к Министерству здравоохранения, а также заслуживающей доверия, чтобы заинтересованные стороны могли согласиться с выводами и действовать в соответствии с полученными рекомендациями. Данные собирались в соответствии с целями программы по НИЗ и конкретными, поддающимися наблюдению или измерению и актуальными показателями. Кроме того, была собрана информация о реализации четырех ограниченных во времени обязательств Организации Объединенных Наций по НИЗ (5,6) и основных вмешательствах на уровне населения, как предлагается в глобальных и региональных планах действий по борьбе с НИЗ (7,8).

Интервью с рабочей группой по НИЗ, экспертами и внешними заинтересованными сторонами были организованы и основывались на следующих вопросах:

- Какие мероприятия были запланированы?
- Проходил ли процесс реализации так, как планировалось? Каковы были основные достижения?
- Какие факторы, которые содействовали или препятствовали реализации, были отмечены?
- Были ли финансовые средства выделены, как планировалось? Соответствовал ли потенциал требованиям по осуществлению?
- Улучшилась ли ситуация с обеспечением равенства в отношении здоровья?

Первоначальная информация была собрана с помощью аналитического обзора ключевых справочных документов, таких как программа и план реализации программы по НИЗ, отчет о проведении оценки барьеров и возможностей систем здравоохранения для улучшения показателей по неинфекционным заболеваниям (9), обзор систем

здравоохранения стран переходного периода (10) и ряд страновых фактологических бюллетеней ВОЗ (11-13). Полученные результаты были затем подтверждены в ходе обсуждений с рабочей группой по НИЗ и ее партнерами во время миссий. Поскольку данные для систем показателей на уровне результатов были собраны ранее, для оценки системы здравоохранения в отношении показателей по НИЗ в 2014 году (9) и миссии Межведомственной целевой группы Организации Объединенных Наций в 2016 году (1), соответственно, можно было провести анализ тенденций реализации мер вмешательств по НИЗ.

Источники данных для показателей, которые использовались для измерения прогресса в достижении целей, обозначенных в Глобальной системе мониторинга НИЗ (14) и программе профилактики и контроля НИЗ в Кыргызстане, включали базу данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех” (15), базу данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ (16) и данные национального обследования поэтапного подхода к эпиднадзору за факторами риска развития хронических болезней (STEPS).

В отношении финансовой оценки, были рассчитаны общая стоимость программы и плана реализации программы по НИЗ в год в целом, а также специально для каждого вмешательства на уровне населения и меры вмешательства на уровне первичной медико-санитарной помощи. Были изучены только мероприятия, на которые были специально выделены конкретные суммы в программе и плане реализации программы по НИЗ; остальные, как предполагалось, реализовывались из регулярного бюджета.

Информационная система по НИЗ в Кыргызстане

Мониторинг прогресса требует тщательного анализа имеющейся информации. Для неинфекционных заболеваний он должен основываться на ретроспективном анализе данных о смертности, текущем кросс-секционном анализе данных о заболеваемости и ретроспективном и перспективном анализе данных о факторах риска, чтобы отразить текущие достижения и спрогнозировать, как НИЗ могут усугублять бремя болезней в будущем. В идеале, эти данные будут стратифицированы по половому и социально-экономическому признаку, чтобы определить потенциальные несправедливости в отношении здоровья.

Кыргызстан имеет трехуровневую информационную систему. Данные собираются на уровне центров семейной медицины, на региональном уровне и на национальном уровне.

В Кыргызстане на национальном уровне были созданы следующие регистры: регистр новорожденных; регистр детской смертности; регистр людей, страдающих диабетом; регистр материнской смертности.

Регистр мозгового инсульта был создан для Бишкека, столицы Кыргызстана, и Ошской области в 1997 году (17). Тем не менее, сегодня он функционирует только в столице и находится под управлением службы скорой помощи города, которая регистрирует все случаи инсульта и инфаркта миокарда. Опубликованные результаты предлагают интересный анализ тенденций и эпидемиологии инсульта (18). Регистр дородовой медицинской помощи, регистр больных туберкулезом, регистр людей, живущих с ВИЧ/СПИД внедрены в пилотных учреждениях. Начата работа по созданию регистра онкологических заболеваний.

Данные о факторах риска включают в себя следующие национальные обследования взрослых: STEPS-Кыргызстан (2013 г.) (19), Медико-демографическое исследование (2012 г.) (20), Обзор систем здравоохранения стран переходного периода (2011 г.) (10), национальное эпидемиологическое исследование распространенности употребления табака 2005 года (21) и СИНДИ-Кыргызстан (2002 г.) (22). Исследования среди молодежи включают: Глобальный опрос молодежи о потреблении табака 2004, 2008 и 2014 годов. Республиканский центр медицинской информации также получает данные о факторах риска НИЗ, но эти данные касаются только людей, которые приходят на прием к врачу, и только учреждений системы здравоохранения, которые принимают участие в пилотных проектах. На 2017 год планируется проведение второго раунда обследования STEPS и Инициативы ВОЗ по эпиднадзору за ожирением в детском возрасте (23).

Миссия отметила, что существует ряд факторов, препятствующих оптимальному функционированию существующей информационной системы. К ним относятся отсутствие надлежащего компьютерного оборудования в медицинских учреждениях, недостаточный уровень компьютерной грамотности медицинского персонала и слабая приверженность использованию информационно-технических систем, слабая инфраструктура в регионах (информационный обмен, техническое оснащение и электроснабжение), а также ограниченное внедрение и использование информационных технологий из-за ограниченного финансирования и недостатка кадровых ресурсов.

Программа миссии

Поскольку использование надежного мониторинга и оценки в процессе разработки политики имеет важное значение, а результаты являются основой для изменения политики и эффективного будущего управления, оценки на местах были организованы в рамках процесса, проводимого совместно основной группой национальных экспертов по НИЗ и международной командой экспертов. Первые два дня программы миссии были построены вокруг интерактивных обсуждений между двумя группами и членами небольших рабочих групп. Сбор данных и их обсуждение осуществлялось в рамках совместного мероприятия.

Было признано, что в среднесрочной оценке должны принять участие те, кто участвует в реализации программы, а также те, на кого она направлена или кого она затрагивает, чтобы создать доверие к методологии и содействовать налаживанию доверительных взаимоотношений и понимания. Для целей взаимодействия с партнерами для национальных и международных команд было организовано обсуждение за круглым столом. Среди партнеров присутствовали представители сектора здравоохранения, а также представители организаций вне сектора здравоохранения, включая работников Министерства здравоохранения, адвокатов, специалистов в области здравоохранения, представителей групп пациентов, неправительственных организаций (НПО), организаций гражданского общества и научных кругов.

По окончании каждой миссии национальными и международными командами обсуждались основные рекомендации, которые затем были представлены министру здравоохранения.

Ограничения

С этим исследованием были связаны некоторые ограничения. Во-первых, отсутствовали данные, которые могли быть использованы для оценки прогресса в достижении целей, сформулированных в Глобальной системе мониторинга НИЗ (14) и программе и плане реализации программы по НИЗ. Национальной команде полезно было бы пересмотреть цели и систему сбора соответствующих данных, чтобы обеспечить наличие измеримого прогресса в отношении поставленных целей.

Во-вторых, данные об осуществлении мер были собраны исключительно посредством интервью и поэтому являлись субъективными. В министерстве здравоохранения нет специального отдела по НИЗ, отвечающего за реализацию программы и плана реализации программы по НИЗ, который мог бы представить план действий и отчет о ходе работы. Это создавало трудности при анализе цепочки результатов.

Финансовая оценка была затруднительной, не все необходимые данные были доступны, не все мероприятия плана действий по НИЗ были заложены в бюджет.

И, наконец, в рамках одной миссии не удалось собрать полную информацию из-за повестки дня экспертов; пришлось выполнить три отдельные миссии. Во избежание возможных несоответствий, руководители команд первой и последующих миссий находились в тесном контакте и обменивались соответствующими материалами.

2. Прогресс в достижении целей

На международном уровне правительства приняли ряд механизмов мониторинга, включающих цели и показатели, связанные с НИЗ, как, например, целевые ориентиры и индикаторы политики “Здоровье-2020” (24), Целей в области устойчивого развития (25) и Глобальной системы ВОЗ мониторинга НИЗ (14). Однако, для оценки прогресса в достижении целей были выбраны цели программы Кыргызстана по НИЗ до 2020 года. Таблица 2 отражает прогресс в отношении целевых показателей, сформулированных в Глобальной системе ВОЗ мониторинга НИЗ (14), так как она является ключевой системой мониторинга, принятой Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций.

Ограничение исследования состояло в том, что данные, имеющиеся в стране, не всегда соответствовали показателям, установленным в программе и в Глобальной системе ВОЗ мониторинга НИЗ (14). Это следует учитывать во время ознакомления с результатами оценки прогресса в достижении целей.

2.1. Стабилизация показателя общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний

Цель, сформулированная в программе по НИЗ, является менее масштабной, чем цель Глобальной системы мониторинга НИЗ, в которой предлагается снижение смертности на 25% к 2025 году (14). Данные Европейской базы данных “Здоровье для всех” (15) показывают, что уровень преждевременной смертности от НИЗ в Кыргызстане сократился с 659,5 на 100 000 населения в 2010 году до 604,1 в 2013 году, или почти на 9% в течение четырехлетнего периода (приблизительно 2,2% в год). На основании этих данных, можно сделать прогноз, что, если подобные тенденции сохранятся, то цели “Здоровья-2020” (26) будут достигнуты по этому показателю к 2020 г., глобальная цель по НИЗ (7) будет достигнута к 2025 году, и цели в области устойчивого развития (25) - к 2030 году.

Уровни смертности (от НИЗ и всех причин, вместе взятых) демонстрируют гендерный разрыв; показатели для мужчин превышают показатели для женщин почти в два раза. Хотя имеется тенденция к сокращению уровней смертности как среди мужчин, так и среди женщин, соотношение выросло с 1,87 в 2008 году до 2,03 в 2012 году (15), что позволяет предположить, что выгоды от проводимых мер не достигают мужчин также быстро, как женщин. По конкретным НИЗ, аналогичная ситуация наблюдается в отношении цереброваскулярных, но не онкологических заболеваний, потенциально в связи с увеличением смертности от рака молочной железы и рака шейки матки у женщин.

Из 13 показателей по ССЗ в “Ден соолук”, наблюдается улучшение ситуации по четырем показателям. По данным национальной статистики, общий коэффициент смертности от ССЗ снизился в течение 2012-2015 гг. среди мужчин и женщин трудоспособного возраста (30-39 лет и 40-59 лет) (2). Показатели смертности от инсульта, а также показатели преждевременной смертности от острого инфаркта миокарда уменьшились для всех возрастов, однако изменения произошли более быстро для женщин, чем для мужчин.

2.2. Относительное сокращение вредного употребления алкоголя не менее чем на 10%

Эта цель программы по НИЗ согласуется с целью Глобальной системы мониторинга НИЗ (14). Однако, данные свидетельствуют о том, что страна не сможет достичь целевого показателя, и что необходимы более жесткие меры (27).

В период с 2000 по 2014 год уровень потребления чистого алкоголя на душу населения в целом возрос с 3,6 литров до 5,0 литров в год среди людей старше 15 лет (27). С 2011 года уровни потребления стабилизировались. По данным обследования STEPS (19), об употреблении алкоголя в течение последних 12 месяцев сообщили 45% мужчин и лишь 18% женщин. Из тех, кто в настоящее время употребляет алкоголь, 9% мужчин и 6% женщин сообщили, что за последние 7 дней употребляли “незарегистрированный алкоголь”. Об эпизодическом злоупотреблении алкоголем

в течение последнего месяца сообщили 23% мужчин и 3% женщин. По оценкам ВОЗ, в 2014 году алкоголь являлся причиной 60% случаев цирроза печени, 5% случаев заболевания раком, 6% случаев ССЗ и 20% травм (27).

Второе обследование STEPS, запланированное на 2017 год, позволит провести дальнейший анализ показателей, связанных с достижением этой цели, и осуществить соответствующую корректировку цели в рамках программы борьбы с НИЗ.

2.3. Относительное снижение распространенности недостаточной физической активности на 10%

Эта цель программы по НИЗ (снижение заболеваемости) отличается от цели Глобальной системы мониторинга НИЗ (снижение распространенности). Европейская база данных “Здоровье для всех” не имеет данных о тенденциях в области физической активности, но в качестве косвенного показателя может использоваться индекс массы тела (ИМТ). Распространенность ИМТ>25 (избыточный вес и ожирение) среди мужчин и женщин старше 18 лет увеличилась с 45% до 47% в период между 2010 и 2014 г. (15). Это не представляется соразмерным зарегистрированному уровню распространенности физической активности 11% среди людей в возрасте 25-64 лет (19).

Агрегированные и стратифицированные по половому признаку данные доступны в исследовании STEPS (19), которое указывает почти на 60% большую вероятность отсутствия физической активности среди женщин, чем среди мужчин (14% против 9%). Опрос STEPS продемонстрировал более высокий уровень ИМТ>25 (56% населения), чем Европейская база данных “Здоровье для всех”, что может быть объяснено различиями в источниках данных. Кроме того, еще более важно, STEPS показал, что 23% населения страдает ожирением (ИМТ>30).

2.4. Относительное снижение среднепопуляционного потребления соли/натрия на 30%

Эта цель соответствует цели Глобальной системы мониторинга НИЗ и является особо важной из-за высокой распространенности гипертонии (48%), связанной с высоким потреблением соли. Достижение этой цели невозможно оценить, так как данные по индивидуальному потреблению соли недоступны, ни в рамках обследования рациона питания, ни в рамках 24-часового наблюдения за выведением натрия с мочой. Тем не менее, в контексте проекта ВОЗ “FeedCities”, проводимого под руководством офиса ВОЗ по неинфекционным заболеваниям в Москве, и программы “Питание, физическая активность и ожирение” Европейского регионального бюро ВОЗ, в наиболее распространенных пищевых продуктах, покупаемых на рыночных площадях в столице, было обнаружено чрезвычайно высокое содержание соли.

Дополнительным, хотя и очень неточным, косвенным показателем может быть частое добавление соли в пищу во время еды. Некоторые из этих мер могут быть полезны для оценки прогресса в достижении цели по сокращению потребления соли, так как в стране пока не имеется данных, полученных при использовании стандартного метода оценки. Недавно другая страна Центральной Азии оценила индивидуальное потребление соли на уровне 15 г в день и стала первой страной в Европейском регионе, выполнившей эту оценку. Согласно результатам обследования STEPS, 18% населения часто или всегда добавляют соль в пищу (19).

2.5. Относительное снижение распространенности употребления табака на 15%

ВОЗ высказала мнение, что в отношении этой цели программы по НИЗ, данные о потреблении табачных изделий являются довольно скудными. Однако, по данным Европейской базы данных “Здоровье для всех”, распространенность курения среди населения в возрасте 15 лет и старше в Кыргызстане составляет 4% у женщин и 51% у мужчин (2013 г.). Обследование STEPS 2013 года (19) показало, что 56% мужчин и 3% женщин в возрасте 25-64 лет употребляют табак (курительный и/или бездымный) (2013 г.). Гендерный разрыв может также помочь объяснить более высокий риск смертности от ССЗ среди мужчин. Также вызывает беспокойство воздействие вторичного

табачного дыма; 24% взрослых подвергаются воздействию табачного дыма на рабочих местах и 23% - в домашних условиях (19).

Глобальный опрос молодежи о потреблении табака, проведенный в Кыргызстане в 2014 году, показал, что 12% мальчиков и 5% девочек в возрасте 13-15 лет употребляют табачные изделия; 14% студентов сообщили, что они подвергаются воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях и - в закрытых общественных местах. В отношении доступа и доступности, 85% курильщиков сигарет покупают сигареты непосредственно в магазинах, лавках, у уличных торговцев, в киосках, небольших магазинах или на рынках (базарах); 68% не были лишены возможности покупать сигареты из-за своего возраста.

С целью анализа тенденций команда изучила самые последние данные, опубликованные в Глобальном докладе ВОЗ о тенденциях в области распространенности курения табака 2015 г. (28). Поскольку в отношении употребления табака анализ тенденций был недоступен, в качестве косвенного показателя была использована распространенность курения табака. В Кыргызстане распространенность курения не снизилась среди людей старше 15 лет: она составила 50% у мужчин в 2000 и 2015 году, 5% и 4% у женщин, соответственно, и, по прогнозам, составит 51% у мужчин и 3% у женщин в 2025 году. Если не произойдет никаких серьезных изменений, цель сокращения потребления табака на 15% к 2020 году не будет достигнута. Для достижения добровольной цели ВОЗ по сокращению распространенности табака, указанной в Глобальной системе мониторинга НИЗ (относительное сокращение на 30% с 2010 года до 2025 года), распространенность курения в Кыргызстане должна быть снижена до 34% у мужчин и 3% у женщин.

2.6. Увеличение показателя системы эффективного контроля гипертонической болезни с 2% до 4%

Эта конкретная цель призвана отражать улучшения в системе контроля артериального давления. В предыдущих докладах были подчеркнуты недостатки в этой области, особенно в отношении мужчин, и исследованы детерминанты доступности, такие как доступность лекарственных препаратов, экономическая доступность и отсутствие осведомленности о заболевании (9, 29). Согласно результатам обследования STEPS 2013 года (19), 43% населения имели либо систолическое давление выше 140 мм рт.ст., либо диастолическое давление выше 90 мм рт. Почти 80% пациентов с поставленным диагнозом повышенного артериального давления не принимали лекарственные препараты (86% мужчин и 73% женщин). Поскольку для выполнения анализа тенденций не имеется данных, оценка показателей по достижению этой цели не может быть проведена ни в рамках программы профилактики и контроля НИЗ, ни в соответствии с показателями эффективности системы контроля артериальной гипертензии в рамках программы “Ден соолук”.

2.7. Предотвращение перехода преддиабета в диабет

У людей с преддиабетом уровни глюкозы в крови выше нормы, но при этом ниже критической отметки, при которой ставится диагноз - сахарный диабет 2-го типа.¹ Без таких устойчивых изменений в образе жизни, как обеспечение здорового питания, физической активности и контроль веса, примерно у одного из трех пациентов, страдающих преддиабетом, разовьется сахарный диабет 2 типа. Фактические данные свидетельствуют о том, что интенсивные изменения образа жизни могут предотвратить переход более половины (58%) случаев преддиабета в сахарный диабет 2 типа (30).

Существует два преддиабетических состояния: нарушение толерантности к глюкозе и нарушение гликемии натощак. Нарушение гликемии натощак включено в обследование STEPS (19), по итогам которого обнаружено, что 4,5% (4,3% мужчин и 4,7% женщин) населения Кыргызстана имеют нарушенную гликемию натощак и 8,8% (7,1% мужчин и 10,5% женщин) имеют диабет 2-го типа. Следующий раунд STEPS позволит оценить изменение распространенности и успех в предотвращении перехода одного состояния в другое.

¹ Определяется как повышенная концентрация глюкозы в крови натощак (уровень глюкозы в плазме венозной крови ≥ 7.0 ммоль/л или в цельной капиллярной крови ≥ 6.1 ммоль/л) или если пациент принимает лекарства от повышенного уровня глюкозы в крови.

2.8. Получение лекарственной терапии и консультирования (включая гликемический контроль) для профилактики сердечных приступов и инсультов не менее чем 50% лиц, которые удовлетворяют определенным критериям (старше 40 лет, с риском сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, инфаркта)

Число пациентов, поступающих в больницу с острым инфарктом миокарда, получающих стандартный пакет услуг, увеличилось (17). В 2013 году в Кыргызстане получили лечение и консультирование 49% людей в возрасте 40-64 лет (48% мужчин и 51% женщин) с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (общий риск заболевания сердечно-сосудистыми болезнями $\geq 30\%$ или с существующими ССЗ) (19), что означает, что в 2013 году для женщин эта цель была уже достигнута. Следующий раунд STEPS сможет показать, была ли цель для женщин достигнута на устойчивой основе, а также была ли она достигнута для мужчин.

Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. (7) рекомендует стандартный пакет услуг для лечения острого инфаркта миокарда. Одновременно проводимая оценка услуг экстренной медицинской помощи и реабилитации при инфарктах и инсультах в Кыргызстане не имел возможности провести мониторинг числа пациентов, получающих такой пакет услуг в Кыргызстане. Аналогичный показатель содержится среди показателей “Ден соолук” и характеризует “процент пациентов с острым инфарктом миокарда, получающих стандартный пакет услуг в больнице (аспирин, бета-блокаторы и гепарин)”. Среднесрочная оценка “Ден соолук” (2) показала, что этот показатель не может регулярно измеряться без проведения специального исследования, поэтому уместность индикатора была поставлена под сомнение.

2.9. Наличие доступных по цене диагностических и лечебных основных технологий, лекарственных средств, включая генерики, требуемых для лечения основных неинфекционных заболеваний как в государственных, так и в частных учреждениях на уровне 75%

Ряд проведенных исследований выявил проблемы в физической и экономической доступности лекарственных препаратов в Кыргызстане (29, 31). Цены на лекарственные средства не регулируются; недорогие генерики используются нечасто, так как и медицинские работники, и пациенты не доверяют их качеству. Обеспечивается доступ к медицинскому обслуживанию для лечения приоритетных заболеваний²; лекарства должны предоставляться бесплатно, но на самом деле их стоимость составляет 80-90% от розничной цены. Имеющие медицинскую страховку (70% населения), имеют возможность получать лекарства, используя дополнительный пакет лекарственных средств, ориентированный в основном на медицинские препараты для борьбы с НИЗ и покрывающий около 50% стоимости лекарства. Согласно результатам опроса, проведенного Министерством здравоохранения в 2011 году, только 37% опрошенных пациентов были осведомлены о наличии дополнительного пакета лекарственных средств (32).

Необходимо срочно разработать простые инструменты для мониторинга физической и экономической доступности лекарственных средств, чтобы использовать полученные данные для оценки прогресса в достижении этого показателя. Перед началом внедрения Пакета основных мероприятий в отношении НИЗ (WHO PEN) для первичной медико-санитарной помощи (33), в пилотных медицинских учреждениях было проведено исследование для оценки доступа к базовым технологиям и лекарственным средствам. В принципе, это исследование может быть продолжено или проведено снова, чтобы установить наличие улучшений.

² К приоритетным заболеваниям относятся острый инфаркт миокарда, туберкулез, бронхиальная астма, рак в терминальной фазе, психические расстройства (шизофрения и аффективные расстройства), эпилепсия, диабет и гемофилия (32).

Таблица 2. Карта балльной оценки выбранных целей, направленных на сокращение преждевременной смертности от НИЗ и факторов риска неинфекционных заболеваний

| Цели Глобальной системы мониторинга НИЗ на 2025 год | Цели программы по НИЗ Кыргызстана на 2020 год | Оценка 2016 года |
|---|--|---|
| <p>1. 25%-ное относительное сокращение риска преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета</p> | <p>Стабилизация показателя общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний</p> <p>Повышение ожидаемой продолжительности (5-летняя выживаемость) и качества жизни больных злокачественными новообразованиями на 2,1 случая на 100 тысяч населения путем снижения уровня смертности от онкологических заболеваний на 1,4%.</p> | <p>Реализуется надлежащим образом. Цель программы может быть скорректирована исходя из текущих тенденций. При сохранении тенденции сокращения преждевременной смертности почти на 2,2% в год, Глобальная цель будет превышена.</p> <p>По данным Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ, в период с 2010 по 2015 год смертность от рака увеличилась на 11%. Поэтому необходимы более решительные меры, чтобы обратить вспять эту тенденцию и обеспечить прогресс в достижении цели. Был достигнут прогресс в оказании паллиативной помощи, что означает прогресс в достижении цели по улучшению качества жизни.</p> |
| <p>2. По крайней мере 10%-ное относительное сокращение вредного употребления алкоголя, в зависимости от обстоятельств и с учетом национального контекста</p> | <p>Относительное сокращение вредного употребления алкоголя, в соответствующих случаях не менее чем на 10%</p> | <p>Общее потребление алкоголя (зарегистрированное и незарегистрированное) увеличилось с 2000 года на 11%, но остается стабильным с 2011 года. Необходимо внедрение эффективной политики, особенно в области ценообразования, маркетинга и физической доступности.</p> |
| <p>3. 10%-ное относительное сокращение распространенности недостаточной физической активности</p> | <p>Относительное снижение распространенности недостаточной физической активности - на 10%</p> | <p>Обследование STEPS показывает уровень физической неактивности. Только по итогам следующего обследования STEPS возможно будет оценить изменения.</p> <p>На основе использования распространенности избыточного веса и ожирения в качестве косвенного показателя, недостаток физической активности увеличился, поэтому для достижения цели необходимо внедрение более жестких мер.</p> |
| <p>4. 30%-ное относительное сокращение среднего потребления населением соли/натрия</p> | <p>Относительное снижение среднепопуляционного потребления соли/натрия на 30%</p> | <p>Данные о потреблении соли отсутствуют. Тем не менее, в контексте проекта "FeedCities", в распространенных пищевых продуктах на рынках столицы было обнаружено чрезвычайно высокое количество соли.</p> |

| Цели Глобальной системы мониторинга НИЗ на 2025 год | Цели программы по НИЗ Кыргызстана на 2020 год | Оценка 2016 года |
|--|--|---|
| 5. 30%-ное относительное сокращение распространенности настоящего уровня потребления табака лицами в возрасте 15 лет и старше | Относительное снижение распространенности употребления табака лицами в возрасте 15 лет и старше - на 15% | Последний Доклад о мировых тенденциях за 2015 год (28) не указывает на тенденцию к сокращению распространенности курения, однако курение стабилизировалось с 2000 года. Если не произойдет никаких крупных изменений, национальная цель и цель Глобальной системы мониторинга НИЗ ВОЗ не будут достигнуты. |
| 6. 25%-ное относительное сокращение распространенности повышенного кровяного давления или сдерживание распространенности случаев повышенного кровяного давления в соответствии с национальными условиями | Увеличение показателя системы эффективного контроля гипертонической болезни с 2% до 4% | Обследование STEPS выявило высокую распространенность повышенного кровяного давления, в том числе людей с высоким кровяным давлением, не принимающих лекарства. Следующее обследование STEPS позволит оценить изменения. |
| 7. Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения | Предотвращение перехода преддиабета в диабет | Обследование STEPS измеряет распространенность нарушения гликемии натощак. Только следующее обследование STEPS позволит оценить степень распространенности преддиабета и диабета и успехи в предотвращении перехода одного состояния в другое. Глобальная цель по ожирению не будет достигнута, поскольку наблюдается тенденция к увеличению ожирения. |
| 8. Обеспечение, по крайней мере, для 50% людей, имеющих соответствующие показания, лекарственной терапии и консультирования (включая контроль гликемии) для профилактики инфарктов и инсультов | Получение лекарственной терапии и консультирования (включая гликемический контроль) для профилактики сердечных приступов и инсультов не менее чем 50% лиц, которые удовлетворяют определенным критериям (старше 40 лет, с риском сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, инфаркта) Увеличение количества пациентов, госпитализированных по причине острого инфаркта миокарда, которые получают стандартный пакет услуг | Страна близка к достижению этой цели; в настоящее время 49% получают медикаментозную терапию. Эта цель уже достигнута в 2013 году для женщин. |

| Цели Глобальной системы мониторинга НИЗ на 2025 год | Цели программы по НИЗ Кыргызстана на 2020 год | Оценка 2016 года |
|---|---|---|
| 9. 80%-ный уровень наличия приемлемых в ценовом отношении базовых технологий и основных лекарственных средств, включая препараты-генерики, необходимых для лечения основных НИЗ, как в частных, так и в государственных учреждениях | Наличие доступных по цене диагностических и лечебных основных технологий, лекарственных средств, включая генерики, требуемых для лечения основных неинфекционных заболеваний как в государственных, так и в частных учреждениях на уровне 75% | Для проведения оценки достижения этой цели необходимо регулярное измерение показателей. |

3. Прогресс в области вмешательств на уровне населения

3.1. Потребление алкоголя

Несмотря на то, что Кыргызстан не имеет рабочего плана в отношении алкоголя, проект плана действий по контролю потребления алкоголя находится в процессе принятия, а мероприятия по снижению вредного употребления алкоголя уже реализуются. Например, правительство увеличило налоги на отечественную алкогольную продукцию, и эти меры будут усиливаться в дальнейшем в рамках Евразийского экономического союза. Тем не менее, 40% потребляемого алкоголя импортируется или производится незаконно, и по-прежнему остается неохваченным мерами по повышению налогов. Введены обоснованные законодательные меры, ограничивающие рекламу алкогольных напитков, такие как Закон о рекламе 2006 года, запрещающий прямую и косвенную рекламу алкогольных напитков в общественных местах, ограничивающий продолжительность рекламы на телевидении и радио, а также вводящий запрет на спонсорство мероприятий с использованием логотипов алкогольной продукции. Тем не менее, командой экспертов, проводящих оценку, отмечено ограниченное соблюдение закона.

В процессе обсуждения за круглым столом с заинтересованными сторонами отмечалось, что более строгие законодательные меры прошлых лет в отношении уровня содержания алкоголя в крови во время вождения автомобиля (максимум 0,3 г/л) имел положительный эффект: количество случаев вождения в нетрезвом виде уменьшилось с увеличением размера штрафов.

С 2006 года введены правила, запрещающие продажу алкоголя в общественном транспорте, государственных учреждениях, в парках и на городских площадях, в детских учреждениях, учреждениях образования, спорта и культуры, а также в местах, расположенных в радиусе 100 метров от них. Водка в маленьком пластиковом стаканчике объемом 100 мл, более известная как “йогурт”, продается по очень доступной цене (2 сома, что дешевле, чем цена фруктов).

Таблица 3. Карта балльной оценки вмешательств по снижению злоупотребления алкоголем

| Мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем | | | | | | |
|---|--------------|-----------|---------------|--|---|--|
| | Ограниченное | Умеренное | Всеобъемлющее | Оценка укрепления системы здравоохранения для борьбы с НИЗ в 2012-2013 гг. | Целевой показатель к концу реализации программы “Ден соолук” (2016г.) | Среднесрочная оценка, май-июнь 2016 года |

Мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---|
| <p>Повышение налогов на алкогольную продукцию</p> | <p>Налогообложение алкогольных напитков осуществляется в соответствии с текущим индексом потребительских цен</p> | <p>Налогообложение алкогольных напитков осуществляется в соответствии с текущим индексом потребительских цен; специальные налоги на продукты, привлекательные для молодежи</p> | <p>Налогообложение алкогольных напитков осуществляется в соответствии с текущим индексом потребительских цен и привязано к содержанию алкоголя; специальные налоги на продукты, привлекательные для молодежи</p> | <p>Умеренное Налогообложение алкогольных напитков осуществляется в соответствии с текущим индексом потребительских цен Уровень налога привязан к содержанию алкоголя Большое количество нелегального и импортного алкоголя создает проблемы для политики налогообложения</p> | <p>Не отмечено в программе “Ден соолук”</p> | <p>Умеренное Были увеличены налоги на алкоголь; однако, большое количество алкоголя продолжает импортироваться или производится незаконно</p> |
| <p>Ограничения и запреты на рекламу/ продвижение</p> | <p>Существуют нормативные рамки, регулирующие содержание и объем рекламы алкоголя</p> | <p>Существуют нормативные рамки, регулирующие содержание и объем рекламы алкоголя, включая прямую и косвенную рекламу и спонсорство</p> | <p>Полный запрет на любую рекламу алкоголя</p> | <p>Умеренное Существуют стандарты, запрещающие распространение алкоголя в общественном транспорте, государственных учреждениях, в парках и на городских площадях, в детских учреждениях, учреждениях образования, спорта и культуры, а также в местах, расположенных в радиусе менее 100 метров от них.</p> | <p>Не отмечено в программе “Ден соолук”</p> | <p>Умеренное Ограничения на прямую и косвенную рекламу действуют, но слабо соблюдаются.</p> |
| <p>Ограничения наличия алкоголя в секторе розничной торговли</p> | <p>Нормативные рамки на продажу и распространение алкоголя в государственных и образовательных учреждениях</p> | <p>Нормативные рамки на продажу и распространение алкоголя в государственных учреждениях и запрет на продажу и распространение алкоголя в образовательных учреждениях</p> | <p>Все государственные и образовательные учреждения свободны от алкоголя</p> | <p>Умеренное Существует запрет на продажу и распространение алкоголя в государственных и образовательных учреждениях; однако практическое внедрение происходит медленно, как и влияние на отношение потребителей</p> | <p>Не отмечено в программе “Ден соолук”</p> | <p>Умеренное Правила запрещают продажу алкоголя в общественных местах</p> |

| Мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--------------------------------------|---|
| Регулирование минимального возраста, когда разрешено покупать алкоголь ^а | Минимальный возраст покупки 18 лет, для всех продуктов, содержащих алкоголь | Минимальный возраст покупки 18 лет, для всех продуктов, содержащих алкоголь, и эффективное обеспечение соблюдения ограничений | Минимальный возраст покупки 18 лет, для всех продуктов, содержащих алкоголь, и строгое соблюдение ограничений; изъятие лицензии на продажу алкоголя за нарушение | Ограниченное Ограничение продажи алкоголя лицам моложе 18 лет не обеспечивается на практике | Не отмечено в программе “Ден соолук” | Ограниченное Закон запрещает продажу, но часто не соблюдается; местные администрации несут ответственность за регулирование |
| Допустимый уровень алкоголя в крови для водителей ^а | Максимальный уровень содержания алкоголя в крови 0,5 г/л | Максимальный уровень содержания алкоголя в крови 0,5 г/л и ноль - для водителей-новичков и профессиональных водителей | Максимальный уровень содержания алкоголя в крови 0,2 г/л и ноль - для водителей-новичков и профессиональных водителей | Умеренное Максимальный уровень содержания алкоголя в крови составляет 0.3 г/л; ноль - для профессиональных водителей; не определен для водителей-новичков | Не отмечено в программе “Ден соолук” | Умеренное Максимальный уровень содержания алкоголя в крови во время вождения 0.3 г/л; водители проверяются, но штрафы не собираются систематически |

^аДополнительные критерии к тем, о которых говорится в Глобальном плане действий по НИЗ (7).

3.2. Питание и физическая активность

Команда, проводящая оценку, отметила увеличивающееся число вспомогательных мероприятий, связанных с питанием и физической активностью. Предпринимаются усилия, чтобы привести политические документы в соответствие с положениями закона о техническом регламенте по маркировке пищевых продуктов, а также с Договором о присоединении Кыргызской Республики к Договору о Евразийском экономическом союзе 2014 года. Технический регламент вступит в силу 12 августа 2017 года (двухлетний переходный период) и напрямую затронет Кыргызстан.

Сотрудничество между Министерством здравоохранения и Министерством образования привело к пересмотру правил рациона питания и безопасности пищевых продуктов в школах и дошкольных учреждениях. Была разработана Программа продовольственной безопасности и питания, а также руководство по основным принципам здорового питания (пищевая пирамида). В стране разработаны и утверждены технические регламенты о маркировке пищевых продуктов в соответствии с положениями регламента Евразийского экономического союза, который вступит в силу в августе 2017 года. В тоже время, в Кыргызстане нет конкретных нормативных положений, направленных на сокращение маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием сахара, соли и жира для детей, и не принято каких-либо политических мер по уменьшению потребления соли и транс-жирных кислот. Большинство инициатив в отношении соли сосредоточены на дефиците йода и йодировании соли, и никаких реальных усилий не принимается для обеспечения надлежащего баланса между необходимостью сокращения соли и одновременным достижением йодного баланса; никаких усилий не предпринимается также для того, чтобы уменьшить содержание соли в продуктах питания с целью снижения высокой распространенности гипертонии. В Кыргызстане нет центра питания, который занимался бы разработкой и внедрением национальных стандартов для потребления соли, сахара и транс-жиров, а также не было проведено национальное исследование потребления соли.

Отмечается повышенный интерес населения и ряд достижений в отношении повышения физической активности. Например, в пилотных городах Бишкек и Ош были построены велосипедные и пешеходные дорожки для содействия развитию велосипедного и пешеходного движения. Для обеспечения более интенсивного использования этих

дорожек по назначению, местные органы власти должны запретить парковку автомобилей на этих дорожках; городские улицы должны быть перепроектированы таким образом, чтобы обеспечить достаточно места как для езды на велосипеде, так и для парковки машин.

Другие мероприятия, связанные с продвижением физической активности, стали результатом сотрудничества между Министерством здравоохранения и Министерством образования: кампания “Марш Здоровья” и распоряжение, которое требует, чтобы первые 15 минут каждого учебного дня были посвящены физической нагрузке. Марш здоровья был недавно инициирован и получил хорошее освещение в СМИ, так как некоторые политические лидеры присоединились к маршу.

Таблица 4. Карта балльной оценки вмешательств на уровне населения по улучшению питания и повышению физической активности

| Мероприятия по улучшению питания и повышению физической активности | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|---|
| | Ограниченное | Умеренное | Всеобъемлющее | Оценка укрепления системы здравоохранения для борьбы с НИЗ в 2012-2013 гг. | Целевой показатель к концу реализации программы “Ден соолук” (2016г.) | Среднесрочная оценка, май-июнь 2016 года |
| Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания | <10% сокращение потребления соли за последние 10 лет | Приблизительно 10% сокращение потребления соли за последние 10 лет | >10% сокращение потребления соли за последние 10 лет | Не отмечено в оценке | Не отмечено в программе “Ден соолук” | Ограниченное Отсутствуют меры политики по сокращению потребления соли Доступны только косвенные данные о потреблении соли, такие как данные проекта “FeedCities” о количестве соли в наиболее распространенных продуктах питания |
| Полное устранение трансжирных кислот из питания | Нет доказательств значительного сокращения трансжиров в рационе | Использование трансжиров сокращено в некоторых категориях пищевых продуктов и некоторыми компаниями отрасли, но не в целом | Трансжиры исключены из пищевой цепи с помощью государственного законодательства и/или саморегулирования | Не отмечено в оценке | Не отмечено в программе “Ден соолук” | Ограниченное Отсутствуют политические меры по снижению уровня трансжирных кислот. Отсутствуют политические меры по снижению уровня трансжирных кислот, но на основании технического регламента Таможенного союза в документе «Пищевая продукция в части маркировки» четко обозначены количества трансжирных кислот в продуктах |

| Мероприятия по улучшению питания и повышению физической активности | | | | | | |
|---|---|---|---|----------------------|--------------------------------------|---|
| Снижение потребления свободных сахаров ^а | Цель сокращения потребления свободных сахаров упоминается в документах политики, но никаких действий предпринято не было | Упоминается сокращение потребления свободного сахара на 5%, и оно частично достигнуто в пищевых категориях | Мониторинг сокращения потребления свободного сахара на 5% с упором на подслащенные сахаром напитки | Не отмечено в оценке | Не отмечено в программе "Ден соолук" | Ограниченное Отсутствие политики |
| Увеличение потребления фруктов и овощей ^а | Упоминается цель увеличения потребления фруктов и овощей, но данные мониторинга не были собраны | Цель увеличения потребления фруктов и овощей, в соответствии с рекомендациями ВОЗ/ФАО, по крайней мере до 400 граммов в день; наличие некоторых инициатив | Цель увеличения потребления фруктов и овощей, в соответствии с рекомендациями ВОЗ/ФАО, по меньшей мере до 400 граммов в день, с инициативами на уровне населения и стимулами для повышения их наличия, а также физической и экономической доступности | Не отмечено в оценке | Не отмечено в программе "Ден соолук" | Ограниченное Отсутствие политики |
| Снижение давления рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей ^а | Маркетинг продуктов и напитков для детей отмечен в качестве проблемы, но не переведен в конкретные действия в инициативах правительства | Рекомендации ВОЗ по маркетингу признаны, предприняты шаги в рамках саморегулирующего подхода для снижения маркетингового давления на детей | Рекомендации ВОЗ по маркетингу и основные принципы реализации в области маркетинга последовательно соблюдаются, включая механизм мониторинга | Не отмечено в оценке | Не отмечено в программе "Ден соолук" | Ограниченное Отсутствие политики |
| Повышение осведомленности о правильном питании и физической активности ^а | Отсутствие подготовки персонала по вопросам питания и физической активности; питание и физическая активность не являются приоритетными направлениями первичной медико-санитарной помощи | Некоторая подготовка персонала по вопросам питания и физической активности; питание и физическая активность начинают становиться приоритетными направлениями первичной медико-санитарной помощи | Имеется подготовка персонала по вопросам питания и физической активности; питание и физическая активность являются приоритетными направлениями первичной медико-санитарной помощи | Не отмечено в оценке | Не отмечено в программе "Ден соолук" | Умеренное Существуют некоторые политические меры по увеличению физической активности |

^аДополнительные критерии к тем, о которых говорится в Глобальном плане действий по НИЗ (7).

3.3. Табак

Стратегия Кыргызстана по борьбе против табака интегрирована в программу профилактики и контроля НИЗ, программу здравоохранения "Ден соолук", стратегию охраны и укрепления здоровья населения и программу по переходу Кыргызстана к устойчивому развитию на 2013-2017 годы.

Кыргызстан ратифицировал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака в 2003 году. В 2006 году был принят закон “О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака”, а в 2009 году в него были внесены изменения и дополнения. В 2009 году были внесены изменения в Закон о рекламе, принятый в 1998 году. С 2008 по 2015 год работала государственная программа по защите здоровья граждан от вредного воздействия употребления табака, которая находилась под надзором Координационного совета по борьбе против табака, позже объединившегося в Координационный совет по общественному здравоохранению в 2014 году. Был разработан проект новой стратегии борьбы против табака, который пока не одобрен правительством.

Согласно Докладу ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2015 года (13), общая сумма налога на табачные изделия в Кыргызстане составляет 39%, что значительно ниже общего рекомендуемого ВОЗ налога в размере 75%. Цена сигарет очень низкая; средняя цена пачки в 2015 году составила лишь 34,7 сом (0.50 USD) (34). В течение 2011-2014 годов, ставки табачных акцизов увеличились в четыре раза, что привело к пятикратному увеличению налоговых поступлений (34). В исследовании, проведенном ВОЗ, рекомендуется провести увеличение акциза на табачные изделия, предусмотренное на 2017 год, в оперативном порядке (34). По предварительным данным Национального комитета статистики Кыргызской республики, между 2014 и 2015 годами объем рынка сократился почти в два раза. Снизился объем отечественного производства табака, поэтому большинство табачных изделий импортируются. Тем не менее, местный жевательный табак (насвай) становится все более популярным и остается нерегулируемым.

Курение полностью запрещено в учебных заведениях, организациях для отдыха детей, организациях здравоохранения, кинотеатрах, театрах, спортивных помещениях и аренах, цирках, концертных залах и других закрытых организациях культуры и спорта. Курение также запрещено в салонах междугородних автобусов, маршрутных такси, микроавтобусов и городского электротранспорта. Нарушение закона влечет за собой штраф в размере от 10 000 до 50 000 сом. Законодательство слабо соблюдается, в общественных местах, где курение официально запрещено, продолжают курить. Курение продолжает оставаться разрешенным в районах, расположенных вблизи школ и учреждений здравоохранения, а также в специально отведенных местах в кафе и ресторанах. Для согласования национальной антитабачной политики с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака необходимы дополнительные усилия, включая введение полного запрета на курение во всех закрытых общественных местах. Новый проект закона содержит такое положение. В Кыргызстане отсутствует запрет на продажу сигарет лицам моложе 18 лет, и сигареты размещаются в супермаркетах в открытом доступе.

Несмотря на внесение в 2009 году изменений в Закон о рекламе 1998 года, он не запрещает прямую и косвенную рекламу табачных изделий, что идет вразрез с требованиями Статьи 13 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и руководящими принципами ее осуществления. Действующий закон должен быть пересмотрен по этому вопросу. Кроме того, надзорные органы, в том числе районная полиция, не обеспечивают эффективное соблюдение закона.

На пачках сигарет печатаются двенадцать видов графических предупреждений о вреде табака. Существующие предупреждения занимают 40% поверхности пачки. На пачке также печатается телефонный номер линии отказа от курения. В настоящее время при Республиканском центре укрепления здоровья работает две национальных телефонных линии по отказу от курения, которые получают 450 звонков в месяц на одну линию. Эти линии отказа от курения работают пять дней в неделю с 9:00 до 21:00. Другие виды помощи курильщикам в отказе от курения не предлагаются. Например, никотинзаместительная терапия не всегда доступна и должна оплачиваться за свой счет.

В рамках реализации программы по НИЗ и плана действий проводятся кампании по информированию общественности о вреде употребления табака. К ним относятся информационные семинары для сотрудников таможенных служб и кампании “Вы курите? Проверьте ваши легкие”. С шестью сельскими комитетами здоровья было проведено совещание с целью содействия распространению информационных листовок среди таксистов, водителей автобусов и местных администраторов. Другие информационные мероприятия пока не проводятся в связи с отсутствием финансирования. В будущем на средства Фонда охраны здоровья планируется организовать кампании в средствах массовой информации, такие как “Бросай курить и выигрывай”; молодые люди потенциально могут быть вовлечены в процесс подготовки информационных материалов для кампаний в рамках студенческих

олимпиад. Для того, чтобы быть эффективными, запланированные мероприятия, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, должны быть реализованы в рамках комплексного подхода.

Таблица 5. Карта балльной оценки вмешательств по борьбе против табака на уровне всего населения

| Мероприятия по борьбе против табака на уровне населения | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|---|
| | Ограниченное | Умеренное | Всеобъемлющее | Оценка укрепления системы здравоохранения для борьбы с НИЗ в 2012-2013 гг. | Целевой показатель к концу реализации программы "Ден соолук" (2016г.) | Среднесрочная оценка, май-июнь 2016 года |
| Повышение налогов на табак | Налог составляет менее 25% от розничной цены | Налог составляет от 25% до 75% от розничной цены | Налог составляет более 75% от розничной цены | Ограниченное Общий объем налогов варьировался от 30% до 45% от розничной цены в зависимости от марки. | Умеренное Постепенное повышение табачных налогов до 75% от розничной цены к 2016 г. | Умеренное Налоги на табак составляют около 50% розничной цены |
| Среда, свободная от курения и табачного дыма ^a | 100% соблюдение среды, свободной от курения, только в школах и больницах | 100% соблюдение среды, свободной от курения, в школах, больницах, университетах, общественном транспорте и на рабочих местах | 100% соблюдение среды, свободной от курения, во всех общественных местах, включая сектор гостеприимства | Ограниченное Законы существуют и хорошо известны ответственные учреждения; реализация законов не обеспечивается, за исключением школ и больниц. | Умеренное Расширение среды, свободной от табачного дыма и обеспечение выполнения законодательства. | Ограниченное Закон не охватывает все закрытые общественные места и должен быть ужесточен и приведен в соответствие с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака |
| Предупреждения о вреде курения и дыма ^a | Предупреждения на табачных изделиях, размер не определен | Предупреждения на всех табачных изделиях, составляющие не менее 30% размера упаковки (спереди и сзади) | Предупреждения составляют более 30% размера упаковки (спереди и сзади), с пиктограммами (стандартизированная упаковка) | Ограниченное В 2011 году Министерство здравоохранения разработало 12 предупреждающих надписей с иллюстрациями, занимающими 30% передней и задней частей упаковки. Они были утверждены Правительством, но все еще не внедрены | Умеренное Внедрение и обеспечение законного исполнения утвержденных Правительством предупреждающих надписей | Умеренное Были реализованы графические предупреждения, на пачках печатается номер телефона для линии отказа от курения; однако, предупреждения занимают лишь 40% пачки |
| Запреты на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство | Отсутствие запрета или запрет на национальном телевидении, радио и в печатных СМИ | Запрет на прямую и косвенную рекламу и стимулирование продаж | Запрет на всю рекламу и стимулирование продаж, в том числе в торговых точках, эффективное соблюдение | Умеренное Прямая и косвенная реклама и продвижение запрещены с наложением ограничений на рекламу в точках продажи | Умеренное Усиление исполнения существующего законодательства | Умеренное Не все формы прямой и косвенной рекламы запрещены в соответствии с действующим законодательством, которое необходимо укрепить; слабое соблюдение |

Мероприятия по борьбе против табака на уровне населения

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| “Горячие линии” и никотин-заместительная терапия (НЗТ) ^а | Отсутствие линий для помощи в отказе от курения или услуг по прекращению курения, финансируемых государством, но НЗТ разрешена и доступна для лиц, способных оплатить полную стоимость | Доступны линии помощи в отказе от курения и финансируемые государством услуги по прекращению курения (возможно, с доплатой); никотинзаместительная терапия доступна для лиц, способных оплатить полную стоимость | Бесплатные телефонные линии помощи в отказе от курения; услуги по прекращению курения и НЗТ физически и экономически доступны (субсидируются, по крайней мере, частично) | Ограниченное. Горячие телефонные линии не работают. Правительство оказывает услуги по прекращению курения через группы врачей общей практики, которые включены в подушевую оплату. НЗТ разрешена и доступна только на платной основе | Умеренное. Повышение уровня поддержки для желающих бросить курить через сельские комитеты здоровья, консультации на уровне ПМСП и горячие телефонные линии. | Умеренное. Работающие линии помощи в отказе от курения, но НЗТ не всегда доступна и оплачивается за свой счет |
|---|--|--|--|--|---|---|

^аДополнительные критерии к тем, о которых говорится в Глобальном плане действий по НИЗ (7).

4. Прогресс в достижении основных задач программы профилактики и контроля НИЗ и плана мероприятий по ее реализации

4.1. Задача 1: Создание эффективной системы межсекторального сотрудничества и партнерства для повышения приоритета профилактики и контроля НИЗ

В рамках реализации первой задачи программы в 2014 году при правительстве был создан Координационный совет по общественному здравоохранению под председательством вице-премьера и министра здравоохранения в качестве заместителя председателя. Совет представляет собой межсекторальную структуру, в которую входят представители министерств и ведомств, а также НПО, работающих в различных областях, таких как онкология, табак и респираторные заболевания.

Совет был образован в результате слияния Совета по борьбе против табака и Совета по вопросам охраны репродуктивного здоровья. Его деятельность охватывает более широкие вопросы общественного здравоохранения и отвечает за координацию работы по реализации как программы и плана по НИЗ, так и стратегии охраны и укрепления здоровья населения. Отдельная структура была создана для осуществления “Ден соолук”. Для координации реализации программы, созданная межсекторальная группа, в которую также входят представители учреждений Организации Объединенных Наций и донорских организаций, проводит тематические встречи и ежегодный обзор прогресса, под руководством министра здравоохранения.

Рисунок 1. Структура правительства



К настоящему моменту Координационный совет по общественному здравоохранению провел два совещания. Первое было посвящено началу работы Совета, а второе - стратегии охраны и укрепления здоровья населения, а также результатам обследования STEPS (19). Проведение третьего совещания по питанию (йодирование соли и фортификация муки) и физической активности и спорту было намечено на 2016 год. Однако, ввиду застоя в работе Совета из-за изменений в правительстве, это совещание проведено не было.

Привлечение заинтересованных сторон, работающих в других секторах, имеет важное значение для успешной реализации мероприятий, указанных в плане реализации программы по НИЗ. Поэтому на первом совещании Совета за партнерами были закреплены задачи и распределена ответственность за осуществление мероприятий, результаты которых далее обсуждались на втором совещании. Тем не менее, Министерство здравоохранения является единственным органом, ответственным за реализацию мер в соответствии с планом действий по НИЗ, поэтому Совету принадлежит лишь формальная роль. Для укрепления роли Совета в координации деятельности, связанной с профилактикой и контролем НИЗ, Министерству здравоохранения следует создать секретариат, который будет лучше функционировать, а план реализации программы по НИЗ скорректировать с учетом ролей и обязанностей других партнеров.

На уровне Министерства здравоохранения, Координационный совет по неинфекционным заболеваниям возглавляет заместитель министра, отвечающий за предоставление медицинской помощи. В Совете задействовано большое число субъектов, в том числе специалисты общественного здравоохранения Министерства здравоохранения, руководители учреждений, связанных с НИЗ, представители научно-исследовательских институтов и академических кругов, НПО и центров первичной медико-санитарной помощи. Совет проводит свои заседания два раза в год с целью обсуждения прогресса, достигнутого в деле осуществления мероприятий в рамках плана по НИЗ, изучения промежуточных отчетов и обсуждения последних событий и проблем. Решения Совета утверждаются постановлениями Министерства здравоохранения. Одним из ключевых достижений Совета является создание в центрах семейной медицины специальных кабинетов для профилактического осмотра на наличие НИЗ (см. задачу 2).

В каждом районе и каждой области были созданы координационные советы, разрабатывающие на основе программы местные планы действий по НИЗ, которые затем утверждаются местной администрацией. Эти планы

действий учитывают конкретные приоритеты для каждого региона и участие партнеров в разработке, реализации и обеспечении отчетности.

На местном уровне за координацию деятельности отвечает отдел социальной политики. Это является поводом для беспокойства, так как представители этих отделов обычно заняты решением социальных вопросов и не имеют образования и опыта в вопросах здравоохранения, ограничивая таким образом потенциал для содействия разработке и реализации программы профилактики и контроля и плана мероприятий по НИЗ. Тем не менее, существуют механизмы координации и взаимодействия между субъектами национального и субнационального уровня. На национальном уровне могут предлагаться рекомендации, которые обычно учитываются на субнациональном.

Еще одним механизмом поддержки деятельности по контролю НИЗ на местном уровне является программа пропаганды здорового образа жизни “Сообщества за здоровый образ жизни”. Эта программа основана на вовлечении граждан через сельские комитеты здоровья, где работают волонтеры, обученные проведению медицинских осмотров. Эта программа оказала огромное влияние на улучшение ранней диагностики и лечения артериальной гипертонии, а также позволила донорским организациям воспользоваться структурой сельских комитетов здоровья для осуществления своей деятельности (9).

НПО принимают активное участие в разработке и реализации программ, дополняющих работу Министерства здравоохранения. Они иницируют и выступают в роли катализатора публичных дискуссий по вопросам, связанным с профилактикой НИЗ и борьбой с ними. Посредством проведения опросов, организации мероприятий и участия в качестве членов в тематических группах, НПО оказывают воздействие на решения правительства и считаются важным ресурсом. Рекомендуется тесное сотрудничество между правительством и НПО, так как общественность восприимчива к их идеям и действиям.

4.2. Задача 2: Изучение и проведение оценки распространенности основных НИЗ и их факторов риска на уровне первичного звена здравоохранения

Вторая задача плана мероприятий, направленного на реализацию программы по НИЗ, состоит из трех основных частей: оценки на уровне первичной медико-санитарной помощи распространенности НИЗ и их факторов риска; оценки на уровне первичной медико-санитарной помощи наличия и доступности диагностических, терапевтических и профилактических вмешательств по НИЗ; контроля на уровне первичной медико-санитарной помощи факторов риска и проведения профилактических и лечебных мероприятий. Источники финансирования бюджета распределены между международными фондами, грантами и фондами Министерства здравоохранения.

Первым запланированным мероприятием по оценке распространенности факторов риска НИЗ было внедрение поэтапного подхода STEPwise к надзору за факторами риска. Результаты обследования STEPS в Кыргызстане (19) были представлены на совещании под эгидой Министерства здравоохранения, в котором приняли участие различные партнеры, включая директоров национальных медицинских центров, представителей научно-исследовательских институтов, лидеров общественного здравоохранения, членов Координационного совета по общественному здравоохранению и рабочих групп, занимающихся вопросами реализации программы “Ден соолук” и программы “Здоровье-2020”. Проведение обследования STEPS позволило создать потенциал для проведения эпиднадзора за факторами риска, и национальная команда научилась анализировать и использовать данные обследования для разработки политики. Проведение следующего обследования STEPS планируется на 2017 год.

В качестве второго мероприятия была запущена ежегодная кампания “Знай свое кровяное давление!”. Кампания направлена на улучшение раннего выявления и лечения гипертонической болезни и повышение осведомленности широкой общественности о рисках высокого кровяного давления. В ходе этой кампании удалось охватить 480 289 человек, в том числе 326 795 человек из сельских районов. Высокое кровяное давление наблюдалось у 66 102 человек (14%), из которых у 16 776 человек высокое кровяное давление было установлено впервые. К сожалению,

последующее наблюдение людей с выявленным высоким кровяным давлением не было частью проекта, поэтому информация о воздействии этого проекта отсутствует.

Третье мероприятие включало разработку национального регистра страдающих диабетом, включающего основную информацию, такую как персональные данные, тип диабета и дату диагноза, а также информацию, связанную с осложнениями, вызванными назначенными препаратами. Регистр считается важным инструментом для ведения пациентов с диабетом и определения потребности в приобретении инсулина. Кроме того, министерство здравоохранения приступило к выполнению распоряжения о создании национального регистра онкологических заболеваний, который собирает и анализирует данные медицинских учреждений в Бишкеке и Чуйской области.

Для оценки наличия и доступности диагностических, терапевтических и профилактических вмешательств по НИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи, при поддержке ВОЗ была проведена работа по оценке учреждений первичной медико-санитарной помощи в Бишкеке. До внедрения пакета мер WHO PEN, ВОЗ рекомендовала определение наличия инфраструктуры и потенциала (персонала, оборудования и лекарственных средств) с помощью одного из инструментов PEN.

Для контроля основных факторов риска НИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи в центрах семейной медицины по всей стране были созданы специальные кабинеты для профилактического осмотра на наличие НИЗ. В приказе Министерства здравоохранения No. 445 от 5 августа 2014 года были определены местоположение оборудования, обязанности медсестер и формы учета пациентов. В 10 центрах, которые являются частью пилотного проекта PEN, медсестры прошли дополнительную подготовку по оценке факторов риска НИЗ и определению показателя общего риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также по вопросам соответствующих назначений пациентов к специалистам в зависимости от уровня риска (см. задачу 4). Специальные кабинеты для профилактического осмотра на наличие НИЗ продемонстрировали наибольшую функциональность в Бишкеке и в медицинских учреждениях, где в настоящее время внедряется PEN.

Были предприняты шаги по обеспечению контроля качества, в том числе создание комитетов поддержки центров семейной медицины и общей практики, а также разработка дополнительных систем для финансирования и мотивации врачей в рамках увязки оплаты труда с результатами работы. Показатели уже разработаны в рамках системы медицинского страхования, но эти показатели в настоящее время не привязаны к финансированию. Рабочие группы занимаются разработкой системы, которая позволит использовать эти показатели в мотивационных целях.

4.3. Задача 3: Снижение влияния общих модифицируемых факторов риска НИЗ на отдельных индивидуумов и население в целом: табакокурение, нездоровое питание, низкая физическая активность и вредное потребление (использование) алкоголя

Эта задача включает в себя три основные направления: повышение информированности, здоровый образ жизни на протяжении всего жизненного цикла и проведение кампаний через сельские комитеты здоровья. Деятельность по этим направлениям осуществляется в основном под руководством Республиканского центра укрепления здоровья; некоторые мероприятия осуществляются при финансовой поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ, Департамента международного развития Соединенного Королевства, Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству и за счет средств, выделенных Российской Федерацией на борьбу с НИЗ. Однако многие запланированные мероприятия были отложены и начаты только в этом году в связи с отсутствием финансирования. Ниже приводится подробный обзор конкретных мероприятий, запланированных для достижения задачи 3.

Первая группа мероприятий в рамках этой задачи связана с осуществлением образовательных мероприятий по профилактике и контролю НИЗ и их факторов риска. Получено согласие и разработан план работы со средствами массовой информации по созданию телевизионной программы по здоровому образу жизни на русском и кыргызском языках. Однако существуют препятствия для полного осуществления и поддержки этих мероприятий.

Например, финансирование ЮНИСЕФ оказало поддержку в строительстве студии для записи телевизионной программы, но этих средств оказалось недостаточно для съемки более трех эпизодов. Кроме того, коммерческие телевизионные компании не предоставляют бесплатное эфирное время. Предпринимаются совместные усилия Министерства культуры и Министра здравоохранения для обеспечения бесплатного эфирного времени для показа сообщений о здоровом образе жизни.

Кроме того, Республиканский центр укрепления здоровья нацелен на привлечение поставщиков услуг мобильной связи к проведению кампаний по НИЗ. Было подготовлено соглашение с поставщиком услуг мобильной связи Megascom об использовании службы коротких сообщений (SMS) для рассылки посланий, касающихся охраны здоровья. Однако эта услуга не предоставляется бесплатно. Некоторые средства были выделены для обучения лидеров на местном уровне вопросам работы со средствами массовой информации по вопросам профилактики высокого кровяного давления. Республиканский центр укрепления здоровья имеет официальный веб-сайт для распространения информации о здоровом образе жизни, однако его содержание остается проблемой из-за ограниченности кадровых ресурсов.

Вторая группа мероприятий сосредоточена на использовании принципов здорового образа жизни с детства и на протяжении всего жизненного цикла. В 2015 году было начато несколько мероприятий, направленных на повышение осведомленности среди населения в целом и на улучшение знаний учащихся о здоровом образе жизни. В этой связи в 2015 году Республиканский центр укрепления здоровья в сотрудничестве с министерством образования подготовил методический учебник внеклассной работы по здоровому образу жизни, ориентированный на преподавателей 6-11 классов.

Третья группа мероприятий в рамках этой задачи связана с вовлечением населения в программы и кампании по пропаганде здорового образа жизни через сельские комитеты здоровья. В рамках компонента “Действие сообщества по вопросам здоровья” программы “Манас таалими” Республиканский центр укрепления здоровья создал сельские комитеты здоровья в 1700 деревнях по всей стране, и они успешно функционируют в 1480 деревнях. Основным источником финансирования этого направления является Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству. Многие мероприятия направлены на укрепление потенциала сельских комитетов здоровья в целях обеспечения распространения информации и знаний по вопросам здорового образа жизни на местном уровне. Например, были проведены обучающие семинары и круглые столы по борьбе с табаком и высоким артериальным давлением, а в октябре 2016 года был проведен круглый стол по вопросам пищевых продуктов и питания. Члены сельских комитетов здоровья, прошедшие подготовку, имеют большой потенциал распространения информации и обучения населения на местном уровне по вопросам здорового образа жизни. Несколько оценок, финансируемых Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству, показали, что сельские комитеты здоровья добились реальных успехов в охране здоровья матери и ребенка, борьбе с артериальным давлением и инфекционными заболеваниями.

С 2012 года Республиканский центр укрепления здоровья при содействии Мировой продовольственной программы и, с недавнего времени, ЮНИСЕФ, финансирует информационную кампанию “Первые 1000 дней” жизни ребенка, от момента зачатия до двухлетнего возраста, с особым упором на важность грудного вскармливания. По результатам этой кампании, 84% женщин кормят грудью, пока ребенку не исполнится один год. Сельские комитеты здоровья также эффективно поддерживают грудное вскармливание на общинном уровне.

Республиканский центр укрепления здоровья организует ежегодный День здоровья с круглыми столами, спортивными состязаниями и национальными играми с участием представителей государственных администраций, медицинских и образовательных учреждений, общественных организаций и средств массовой информации. Проводятся другие ежегодные кампании, в том числе “Знай свое кровяное давление!”, Всемирный день без табака, Всемирный день борьбы с диабетом, Всемирный день сердца и Всемирный день борьбы с бронхиальной астмой.

4.4. Задача 4: Повышение качества оказания медицинской помощи при НИЗ на всех уровнях здравоохранения с использованием доступных вмешательств, соответствующих принципам доказательной медицины

Эта задача формально не оценивалась во время основной миссии в мае и июне, поэтому этот раздел составлен на основе наблюдений, полученных во время других соответствующих миссий ВОЗ по НИЗ в августе и октябре 2016 года. В этом отчете имеются ссылки на эти миссии; результаты миссий будут опубликованы в ближайшее время (17, 35).

Первым мероприятием в рамках выполнения этой задачи является совершенствование и оптимизация управления во всех звеньях здравоохранения, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи, с ориентацией на выявление групп повышенного риска и раннее обнаружение и контроль НИЗ. В этой связи программа и план мероприятий по реализации программы по НИЗ направлены на реализацию следующих мероприятий:

- Осуществление программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом и хроническими обструктивными болезнями легких в рамках первичной медико-санитарной помощи в период с 2014 по 2020 год для улучшения ранней диагностики и лечения людей с НИЗ (без дополнительного финансирования);
- Осуществление с 2014 по 2020 год программ укрепления потенциала “Школы диабета” и “астматического кабинета” на уровне первичной медико-санитарной помощи (без дополнительного финансирования) для улучшения ранней диагностики и лечения людей с диабетом и хронической обструктивной болезнью легких;
- Разработка с 2014 по 2020 год прикладной эпидемиологии по НИЗ (без дополнительного финансирования) для обеспечения соответствующей информации;
- Внесение изменений в список документов для лицензирования аптек (включая информацию об измерении артериального давления), которое должно быть реализовано в течение первых двух лет (2013-2014 гг.) без дополнительного финансирования, для обеспечения дополнительных возможностей раннего выявления людей с гипертонией.

Оценка по этим мероприятиям в среднесрочных рамках официально не проводилась; ни одно из этих мероприятий не рассматривалось на получение дополнительного финансирования. Сердечно-сосудистые заболевания являются одним из приоритетных направлений “Ден соолук” 2012-2016. Отдельной программы по ССЗ не существует. Министерство здравоохранения недавно приняло Программу действий в отношении хронических респираторных заболеваний на 2016-2020 гг., в которую входит: эпиднадзор; профилактика (борьба против табака, включая краткие консультации в первичной медико-санитарной помощи, а также загрязнение воздуха внутри помещений, особенно на большой высоте); ранняя диагностика в первичной медико-санитарной помощи, включая спирометрию и эффективное лечение; обучение медицинских работников.

Конкретные меры по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом и хроническими обструктивными заболеваниями легких в первичной медико-санитарной помощи в той или иной степени охватываются осуществлением протоколов WHO PEN, о чем говорится ниже.

Вторым мероприятием в рамках выполнения этой задачи является применение пакета услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи и адаптация и внедрение интегрированных клинических протоколов с одним ассоциированным событием:

- Осуществление в период с 2014 по 2020 год клинических протоколов по НИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, с ожидаемым результатом улучшения качества диагностики и лечения людей с НИЗ.

ВОЗ и Министерство здравоохранения договорились разработать протоколы вмешательства WHO PEN в июне 2014 года; пилотный проект начал осуществляться с июня 2015 года. По принципу случайной выборки для проведения пилотного проекта были отобраны центры семейной медицины в Бишкеке и Чуйской области, которые затем оценивались с использованием специально разработанных материалов на предмет существующей инфраструктуры,

потенциала и подготовки кадров. С тех пор пилотный проект был расширен и теперь включает в себя центры семейной медицины в Иссык-Кульской, Чуйской и Баткенской областях.

Как описано в Задаче 2, в центрах семейной медицины были созданы кабинеты для медсестер. Медсестры принимают пациента первыми и оценивают факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний до осмотра пациента врачом. В рамках пилотных проектов PEN общий риск заболевания сердечно-сосудистыми болезнями рассчитывается с использованием шкалы ВОЗ. В соответствии с критериями стратификации риска, люди с умеренным или высоким риском направляются к врачу для управления риском. Люди с низким риском консультируются и наблюдаются медсестрой. Почти три четверти (71%) людей, прошедших обследование в первой половине 2016 года, имели риск сердечно-сосудистых заболеваний, и девять десятых (90%) населения измеряли артериальное давление.

Внедрение протоколов WHO PEN было включено в “Дэн соолук” в рамках направления по ССЗ. До сих пор основное внимание уделялось протоколам 1 и 2, связанным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом, направленным на оценку и управление кардиометаболическим риском и поведенческое консультирование по вопросам изменения образа жизни. В последнее время началось внедрение протокола 3 по борьбе с хронической обструктивной болезнью легких и астмой; первые результаты оценки его реализации будут опубликованы в ближайшее время.

Бюджет плана по НИЗ включает средства на возмещение стоимости препаратов для лечения диабета, поэтому они предоставляются бесплатно. Лекарственные средства для управления факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у людей с диабетом не являются бесплатными, за исключением пациентов особых категорий (старше 70 лет или имеющих инвалидность).

Мониторинг проекта предполагает улучшение нескольких показателей, таких как показатель выявления факторов риска и заболеваний сердечно-сосудистой системы в центрах семейной медицины, участвующих во внедрении протоколов PEN, во времени и в сравнении с центрами семейной медицины, не участвующими во внедрении протоколов PEN, но различия не были статистически значимыми. В настоящее время ВОЗ проводится оценка экономической эффективности этой инициативы.

Третьим мероприятием в рамках этой задачи является развитие и укрепление кадрового потенциала в области профилактики, ранней диагностики и лечения НИЗ, а также реабилитационных мероприятий, особенно связанных с лечением острого коронарного синдрома. К этому мероприятию относятся два основных события:

- Создание кафедры эндокринологии и диабетологии в Кыргызской государственной медицинской академии непрерывного образования с целью улучшения ранней диагностики и лечения людей с НИЗ;
- Создание программы реабилитации после интервенционных процедур при остром коронарном синдроме для поддержания ранней сердечной реабилитации.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации организует курсы и семинары по повышению квалификации. Среди курсов, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, основное внимание уделяется первичной медико-санитарной помощи и ССЗ, и меньшее - инсульту.

Учебные курсы по НИЗ для семейных врачей и медсестер предлагаются, например, в рамках проекта по внедрению WHO PEN. Изначально направленные на подготовку медицинских работников в пилотных районах проекта WHO PEN, они затем были расширены для подготовки других медицинских работников области и общины, а также преподавателей Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации и Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Компоненты медико-санитарной помощи, основанной на фактических данных, частично применяются для лечения острого коронарного синдрома и инсульта, однако системе не хватает современных медицинских технологий, оборудования и лекарственных средств. В качестве высокоэффективных мер для Кыргызстана были

предложены лечение после острого инфаркта миокарда и вторичная профилактика через кардиореабилитацию и медикаментозную терапию (бета-блокаторами, аспирином и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента) (36). Параллельный обзор услуг, оказываемых пациентам с инфарктами и инсультами, не обнаружил национальных рекомендаций по кардиореабилитации, но обнаружил множественные пробелы в обеспечении вторичной профилактики и кардиореабилитации для пациентов с острым коронарным синдромом. Доступность лекарственных средств для вторичной профилактики инсульта и острого коронарного синдрома ограничена, так же, как и количество учреждений государственного сектора, где пациенты могут получать кардиореабилитационные услуги. Наблюдение после выписки и обучение пациентов в основном осуществляется в Центрах семейной медицины, Центрах общеврачебной практики и в службах первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, фрагментация и ограничения в клинических вариантах лечения острого инфаркта миокарда и острой фазы инсульта приводят к предотвращаемым хроническим заболеваниям и инвалидности.

4.5. Задача 5: Снижение неравенства в доступности медицинской помощи для населения независимо от географических условий проживания, транспортной доступности и уровня доходов

Первым запланированным мероприятием в рамках этой задачи является обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами для преодоления неравенства, обусловленного социальными и географическими условиями жизни. Это мероприятие планируется провести с 2014 года по 2020 год; оно финансируется за счет бюджета Министерства здравоохранения.

Для решения проблемы ограниченного медицинского персонала в сельских районах была разработана система стимулирования для набора врачей на 150 медицинских позиций в сельских районах. В рамках этой программы врачи получают дополнительные выплаты сверх заработной платы, выплачиваемой правительством. Программа хорошо разработана и успешно работает; все 150 должностей заполнены врачами моложе 45 лет на срок до трех лет; проводится ежеквартальный обзор программы. Однако основная проблема заключается в том, что дополнительные выплаты производятся только в первые три года. Для предотвращения текучести кадров местным администрациям необходимо найти способы оказания поддержки врачам, которые переехали в тот или иной район только из-за схемы стимулирования. Поскольку программа была запущена в мае 2013 года, эта проблема стала очевидной в ходе проведения среднесрочной оценки. Кроме того, рабочая группа по НИЗ сообщила, что фактическая потребность во врачах в сельских районах вдвое больше (300 позиций).

Вторым мероприятием в рамках этой задачи является организация транспорта для пациентов в медицинские учреждения на период 2016-2020 гг., финансируемая из бюджета Министерства здравоохранения и осуществляемая в партнерстве с Министерством транспорта и коммуникаций. Было предложено несколько проектов, направленных на поддержку доставки пациентов в медицинские учреждения и на прием к врачу в отдаленных районах. Было предложено распространение бесплатных билетов на транспорт, чтобы пациенты могли добраться до поликлиник и больниц на прием к врачу после того, как им был поставлен диагноз, например, высокого кровяного давления, в сельских комитетах здоровья. Министерство транспорта играет ведущую роль в этом проекте. Было также предложено предоставлять билеты медицинскому персоналу, чтобы они могли добраться до дома пациентов или в районы, где есть только медсестра или фельдшер. Однако в сельских районах существует не только нехватка медицинских работников, но и потребность в оборудовании. Для решения этой проблемы в 2015 году были закуплены три "каравана здоровья", которые являются мобильными подразделениями, укомплектованными лабораторным оборудованием и группой медицинских работников. Предполагается, что в ближайшие годы число таких "караванов здоровья" возрастет, в зависимости от наличия бюджета.

Третье мероприятие, проводимое в 2016-2020 гг., направлено на содействие снижению экономического бремени неинфекционных заболеваний для людей с низким уровнем доходов и осуществляется в партнерстве между Министерством здравоохранения и Государственным агентством по делам местного самоуправления и межэтнических отношений. На момент проведения этой оценки никаких конкретных мероприятий не проводилось.

Во время проведения оценки рабочая группа по НИЗ сообщила, что проекты по обучению пациентов также способствовали осуществлению Задачи 4. Страна борется с низким уровнем мотивации и осведомленности пациентов. Многие люди избегают посещения врача. К этой группе относятся, например, мужчины трудоспособного возраста. Для повышения осведомленности населения страна инвестировала средства в распространение информационных материалов, таких как инфографика и видеосюжеты для телевидения, а в особых случаях, таких как Всемирный день здоровья, медицинские работники посещают заводы и фабрики с целью измерения артериального давления. Необходимо усиление потенциала программ по укреплению здоровья на рабочем месте.

5. Финансирование

План реализации программы по НИЗ имеет множество внутренних и внешних источников финансирования. Он предусматривает бесплатное предоставление лекарственных средств для лечения диабета по всей стране, что является дорогостоящим и составляет более 70% всего бюджета плана действий по НИЗ и более 80% внутренних ресурсов. Поскольку одно мероприятие оказывает такое серьезное воздействие на бюджет, анализ проводился с учетом и без учета этих затрат.

Большинство внутренних источников финансирования поступает из национального бюджета, главным образом из бюджета Министерства здравоохранения, который покрывает затраты на многие мероприятия в рамках плана реализации программы по НИЗ и на заработную плату национального координатора по НИЗ и всех сотрудников Республиканского центра укрепления здоровья. Из бюджета Министерства здравоохранения план реализации программы по НИЗ получает 1,04-1,16% общего бюджета здравоохранения (с учетом лекарств для лечения диабета) или 0,03-0,08% общего бюджета здравоохранения (без учета лекарств для лечения диабета) (таблица 6). По оценкам ВОЗ, для обеспечения эффективности приоритетных мер вмешательства по НИЗ в странах с низким уровнем дохода необходимо выделение на эти нужды 4% бюджета здравоохранения (37). Затраты на профилактику НИЗ составляют 4,2-4,3% общего бюджета здравоохранения с учетом более широкой перспективы и с включением затрат за пределами плана по НИЗ, например, на программы Агентства по делам молодежи, физической культуры и спорта по физической активности, а также на спортивные программы Министерства образования в школах и программы Министерства здравоохранения по организации здоровых школ и университетов.

Таблица 6. Процентная доля бюджета плана действий по НИЗ, реальных и общих расходов на профилактику НИЗ из всего бюджета здравоохранения Министерства здравоохранения (%)

| | 2014 | | 2015 | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Запланировано | Израсходовано | Запланировано | Израсходовано |
| Бюджет плана по НИЗ и реальные расходы, с учетом диабета | 1.46 | 1.16 | 1.32 | 1.04 |
| Бюджет плана по НИЗ и реальные расходы, без учета диабета | 0.38 | 0.08 | 0.31 | 0.03 |
| Все мероприятия по профилактике НИЗ в процентах от бюджета плана по НИЗ | 4.58 | 4.26 | 4.21 | 4.20 |

Несмотря на то, что национальный бюджет составляет большую часть внутренних источников финансирования, некоторые мероприятия финансируются из муниципальных бюджетов (205 000 сомов в 2015 году), а также из фонда медицинского страхования (97 000 сомов в 2015 году). Например, финансирование организации велосипедных дорожек осуществлялось из городского бюджета Бишкека, а финансирование оборудования и заработной платы медицинского персонала центров семейной медицины - из фонда медицинского страхования.

К внешним источникам прямого финансирования международными организациями относятся ВОЗ и Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству. Планируется также, что некоторые конкретные мероприятия будут финансироваться в рамках объединенного финансирования проекта многосекторальной поддержки сектора здравоохранения (SWAp-2), осуществляемого под эгидой Всемирного банка, с использованием Плана закупок. Однако эти средства не были ассигнованы в 2014 и 2015 годах.

В таблице 7 представлен обзор запланированных и выделенных средств для финансирования плана реализации программы по НИЗ. Внутренние источники составили 94% (2014 г.) и 97% (2015 г.) бюджета плана, с учетом медицинских препаратов для лечения диабета. Однако, без учета ресурсов, выделяемых на препараты для лечения диабета, эти цифры составили 6,7% (2014 год) и 3,4% (2015 год).

Таблица 7. Бюджет плана реализации программы по НИЗ, запланированные и выделенные средства на 2014-2015 гг., по источникам финансирования (в сомах)

| | 2014 | | 2015 | |
|---|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Запланировано | Выделено | Запланировано | Выделено |
| Внутренние источники | | | | |
| Национальный бюджет (Министерство здравоохранения) | 150 427 000 | 124 092 000 | 152 612 000 | 123 619 000 |
| Муниципальный бюджет (Бишкек) | 205 000 | 205 000 | 205 000 | 205 000 |
| Фонд медицинского страхования | 0 | 0 | 0 | 97 000 |
| Итого, внутренние источники | 150 632 000 | 124 297 000 | 152 817 000 | 123 921 000 |
| Всего, внутренние источники, без препаратов для лечения диабета | 26 947 000 | 612 000 | 29 132 000 | 139 000 |
| Внешние источники | | | | |
| Прямое финансирование донорами (ВОЗ, Швейцарско-Кыргызской проект) | 13 503 000 | 8 490 000 | 6 053 000 | 4 009 000 |
| SWAp-2 (сбор средств доноров) | 2 878 750 | 0 | 2 878 750 | 0 |
| Итого, внешние источники | 16 381 750 | 8 490 000 | 8 931 750 | 4 009 000 |
| Всего, внутренние и внешние источники | | | | |
| Итого, внутренние и внешние источники | 167 013 750 | 132 787 000 | 161 748 750 | 127 930 000 |
| Всего, внутренние и внешние источники, без препаратов для лечения диабета | 43 328 750 | 9 102 000 | 38 063 750 | 4 148 000 |
| % от внутренних источников, весь план с использованием препаратов для лечения диабета | 90.2 | 93.6 | 94.5 | 96.9 |
| % от внутренних источников, весь план действий, без препаратов для лечения диабета | 62.2 | 6.7 | 76.5 | 3.4 |

Агентство по делам молодежи, физической культуры и спорта ежегодно выделяет значительные средства на продвижение физической активности, в том числе на кампании по продвижению физических упражнений, на обслуживание и строительство спортивных сооружений и организацию любительских спортивных соревнований.

Размер бюджета программы по физической активности в два раза превышает размер всего годового бюджета плана реализации программы по НИЗ, включая медицинские препараты для лечения диабета. Однако между программой Агентства по делам молодежи, физической культуры и спорта и мероприятиями плана реализации программы по НИЗ нет никакой координации.

В таблице 8 представлен обзор запланированного и израсходованного бюджета на мероприятия по НИЗ на душу населения. Плановый бюджет на мероприятия по алкоголю, физической активности и питанию был низким и составлял менее 1 сома на душу населения. Для мероприятий по борьбе против табака запланированный бюджет составил 3,26 сома (2014 год) и 3,46 сома (2015 год). Однако фактические расходы на душу населения в 2015 году были намного ниже, чем планировалось: 0,05 сома на меры в области табака, 0,01 сома - в области алкоголя и 0,03 сома - в области физической активности. В 2014-2015 гг. никаких средств не было потрачено на мероприятия в области питания и загрязнения воздуха, хотя на их проведение был запланирован бюджет в размере 0,44-0,45 сома и 0,12 сома на душу населения. Эти цифры ниже, чем оценки ВОЗ средних расходов на душу населения: 0,1 доллара США (~7 сомов) на борьбу против табака, 0,138 долларов США (~9 сомов) на борьбу с алкоголем, 0,077 долларов США (~5 сомов) на физическую активность и 0,82 долларов США (~57 сомов) на пакет “наилучших покупок”, чтобы продемонстрировать воздействие этих мер на здоровье населения в странах с низким уровнем дохода (20).

В 2015 году расходы на предоставление первичной медико-санитарной помощи на душу населения составили 21,50 сомов, из которых 20,95 сомов были выделены на препараты для лечения диабета. Расходы плана по НИЗ составили 22,99 сом (2014 год) и 21,70 сом (2015 год) на душу населения. Расходы на все мероприятия по НИЗ, в том числе не упомянутые в плане мероприятий по НИЗ, составили 84,13 сома (2014 год) и 87,48 сомов (2015 год) на душу населения.

Таблица 8. Расходы на душу населения в 2014-2015 гг. в соответствии с планом мероприятий по НИЗ (и более широкие для мероприятий по физической активности), по факторам риска и общие (в сомах)

| | 2014 | | 2015 | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Запланировано | Израсходовано | Запланировано | Израсходовано |
| Вмешательства по множественным факторам риска | 0.84 | 0.09 | 0.88 | 0.09 |
| Табак | 3.26 | 0.02 | 3.46 | 0.05 |
| Алкоголь | 0.25 | 0.01 | 0.25 | 0.01 |
| Физическая активность (только план действий по НИЗ) | 0.05 | 0.12 | 0.09 | 0.03 |
| Физическая активность (широкий спектр профилактических мероприятий по НИЗ) | 59.29 | 59.36 | 58.14 | 58.08 |
| Питание | 0.45 | 0 | 0.44 | 0 |
| Загрязнение воздуха | 0.12 | 0 | 0.12 | 0 |
| Первичная медико-санитарная помощь | 22.90 | 21.46 | 22.44 | 21.50 |
| Препараты для лечения диабета | 21.87 | 21.38 | 21.43 | 20.95 |
| Весь план действий по НИЗ | 28.91 | 22.99 | 27.44 | 21.70 |
| Весь план действий по НИЗ, без препаратов для лечения диабета | 7.50 | 1.58 | 6.46 | 0.70 |
| Все профилактические мероприятия по НИЗ | 90.30 | 84.13 | 87.69 | 87.48 |

В таблице 9 показаны годовые расходы на мероприятия по факторам риска и некоторым другим мероприятиям в абсолютном выражении. В рамках плана мероприятий по НИЗ было ассигновано 19% ресурсов на вмешательства на уровне населения по всем факторам риска и 82% - на индивидуальные услуги в области первичной медико-санитарной помощи. Однако в 2015 году были реализованы только запланированные расходы на первичную медико-санитарную помощь, на контроль факторов риска НИЗ было потрачено гораздо меньше средств, запланированных в бюджете (0,8%). Ресурсы Агентства по делам молодежи, физической культуры и спорта превысили эти цифры и составили 49% от общих расходов на профилактику НИЗ.

Таблица 9. Ежегодные расходы на мероприятия по факторам риска в плане по НИЗ и более широкие мероприятия по борьбе с НИЗ (в сомах)

| | 2014 | | 2015 | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | Запланировано | Израсходовано | Запланировано | % от общей суммы | Израсходовано | % от общей суммы |
| Вмешательства по множественным факторам риска | 4 835 000 | 500 000 | 5 205 000 | 3.2 | 520 000 | 0.4 |
| Табак | 18 838 000 | 100 000 | 20 373 000 | 12.6 | 300 000 | 0.2 |
| Алкоголь | 1 465 000 | 50 000 | 1 500 000 | 0.9 | 60 000 | 0.001 |
| Физическая активность (только план действий по НИЗ) | 275 000 | 705 000 | 520 000 | 0.3 | 205 000 | 0.2 |
| Питание | 2 580 000 | 0 | 2 580 000 | 1.6 | 0 | 0 |
| Загрязнение воздуха | 700 000 | 0 | 700 000 | 0.4 | 0 | 0 |
| Обследование STEPS | 7 450 000 | 7 450 000 | --- | --- | --- | --- |
| Всего, факторы риска | 36 143 000 | 8 805 000 | 30 878 000 | 191 | 1 085 000 | 0.8 |
| ПМСП, все | 132 270 750 | 123 982 000 | 132 270 750 | 81.8 | 126 748 000 | 99.1 |
| Препараты для лечения диабета | 126 358 750 | 123 480 000 | 126 358 750 | 78.1 | 123 480 000 | 96.5 |
| Весь план действий по НИЗ | 167 013 750 | 132 787 000 | 161 748 750 | 100 | 127 930 000 | |
| Весь план действий по НИЗ, без препаратов для лечения диабета | 43 328 750 | 9 102 000 | 38 063 750 | | 4 148 000 | |

| | 2014 | | 2015 | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | Запланировано | Израсходовано | Запланировано | % от общей суммы | Израсходовано | % от общей суммы |
| Физическая активность: Агентство по делам молодежи, физической культуры и спорта ^а | 254 571 900 | 254 571 900 | 254 571 900 | 49.2 | 254 571 900 | 49.4 |
| Итого: все мероприятия по профилактике НИЗ | 521 622 050 | 485 995 300 | 516 936 450 | 100 | 515 673 400 | 100 |

^аДанные получены только в 2015 году.

6. Основные выводы и рекомендации

6.1. Активизация усилий по контролю факторов риска НИЗ

Выводы

В рамках оценки эффективности осуществления программы и плана мероприятий по ее реализации группа экспертов рассмотрела имеющуюся информацию о смертности от НИЗ и распространенности факторов риска. В качестве ориентиров были выбраны показатели и целевые ориентиры программы и плана мероприятий по реализации программы по НИЗ и Глобальной системы мониторинга НИЗ. Из тех, которые можно было оценить, только достижение цели по смертности от НИЗ осуществляется надлежащим образом; ни одна из целей, связанных с факторами риска НИЗ, несмотря на почти достигнутую цель по предоставлению медикаментозной терапии и консультированию, не выполняется. В частности, необходимы более решительные меры для достижения целевых показателей, связанных с употреблением алкоголя, табака; с рационом питания, избыточным весом и ожирением в качестве косвенных показателей физической неактивности и диабета. Из-за отсутствия данных анализ тенденций не мог быть выполнен для целевых показателей, связанных с отсутствием физической активности, потреблением соли, гипертонией, диабетом и доступностью диагностики и лечения.

Недавние оценки показывают, что несмотря на наличие схемы полномочий, реализация основных вмешательств на уровне населения и основных индивидуальных услуг в стране может быть усилена (1,9), что также подтвердила среднесрочная оценка. Осуществление затратоэффективных мер борьбы против табака и алкоголя, направленных на достижение целей Глобального плана действий по НИЗ и обязательств Организации Объединенных Наций, проходит надлежащим образом. По сравнению с предыдущей оценкой ВОЗ в 2014 году, ставшей частью оценки проблем и возможностей систем здравоохранения в отношении реагирования на НИЗ, наибольший прогресс был достигнут в борьбе против табака: введение графических предупреждений на пачках сигарет с номером телефонных линий для содействия прекращению употребления табака; в тоже самое время проводится недостаточно мероприятий для достижения целей в области борьбы со злоупотреблением алкоголя. Отсутствие механизмов обеспечения соблюдения закона и мониторинга в обеих областях по-прежнему является проблемой, и поэтому проведение мероприятий не дает ожидаемых результатов. В области питания и физической активности необходимо укрепить

меры политики и повысить уровень осведомленности общественности (который в настоящее время является не очень высоким).

Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (март 2016 года) (1), а также независимый обзор осуществления программы “Дэн соолук” и вспомогательных проектов (июль 2016 года) (2) также отметили прогресс в области борьбы против табака в отношении введения налоговых мер и предупреждений о вреде курения, а также подтвердили вывод, сделанный в настоящем отчете о том, что необходимо введение дополнительных мер для улучшения осуществления Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Табачные изделия должны облагаться более высоким налогом, а запрет на курение в общественных местах должен быть ужесточен. Кроме того, Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (март 2016 года) (1) пришла к выводу, что необходимо увеличить налоги на алкогольные напитки, ввести регулирование в отношении доступности алкоголя, а также запрет на рекламу и продвижение алкогольных напитков. Целевая группа также рекомендовала принять соответствующие меры для увеличения доли населения, употребляющего здоровую пищу (1). Настоящий отчет подтверждает выводы этих двух предыдущих обзоров.

Рекомендации

- Необходимо введение более решительных мер для снижения распространенности высокого кровяного давления в стране.
 - Приоритетные действия на 2017 год. Алкоголь: внедрение скрининга и кратких консультаций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, в том числе семинары по обучению инструкторов. Табак: принятие обновленной стратегии и плана действий по борьбе против табака и подготовка к принятию законодательства, согласованного с ограниченными по срокам обязательствами Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, включая увеличение налога на табак. Питание и физическая активность: оценка потребления соли и введение плана по сокращению потребления соли, устранение трансжиров из пищевых продуктов и увеличение физической активности школьников.
 - В долгосрочной перспективе необходимо внедрить эффективную политику контроля за употреблением алкоголя, особенно в области ценообразования, маркетинга и доступности алкоголя. В отношении табака, необходимо активизировать осуществление других аспектов Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Для повышения физической и экономической доступности здорового питания в план действий по борьбе с НИЗ включить такие аспекты, как сокращение свободных сахаров в пищевых продуктах и напитках, а также потребление фруктов и овощей.
 - В первичной медико-санитарной помощи необходимо активизировать внедрение вмешательств по НИЗ на индивидуальном уровне, особенно в отношении оценки и управления кардиометаболическим риском и вторичной профилактики для лиц с высоким риском, таких как пациенты, пережившие сердечный приступ или инсульт. Анализ оценок и уроков, извлеченных из существующих пилотных проектов по внедрению протоколов WHO PEN и мероприятий по НИЗ в сфере первичной медико-санитарной помощи, поможет в разработке дорожной карты для расширения возможностей системы здравоохранения и улучшения охвата и качества медицинской помощи.

6.2. Повышение потенциала в области мониторинга и оценки

Выводы

Среднесрочная оценка заложила основу для строительства институционального потенциала и определения ролей и обязанностей внутристрановых институтов с целью обеспечения более регулярного мониторинга, обзора и (корректирующих) действий. Необходимо разработать четкий механизм наращивания потенциала в отношении всех аспектов мониторинга и оценки, включая сбор, анализ, обобщение, оценку качества, а также распространение и использование данных с целью обеспечения обзоров результативности и эффективности. Использование опыта и потенциала внутристрановых институтов, таких как академические, общественные и научно-исследовательские учреждения, будет способствовать повышению качества статистических данных, связанных с показателями здоровья.

Из-за недостаточного потенциала отсутствуют данные для анализа прогресса в достижении нескольких целевых показателей, а также эффективности осуществления мероприятий и проведения более комплексной финансовой оценки. Проведение второго раунда обследования STEPS позволит оценить прогресс в достижении большинства целей. Логическую модель можно использовать для планирования дальнейших мероприятий в рамках плана по НИЗ, а также для разработки показателей отслеживания прогресса.

Все миссии, проводившие обзоры в 2016 году, отметили наличие проблем, связанных с ограниченностью данных, в том числе в отношении показателей, установленных в программе “Ден соолук” и плане мероприятий по НИЗ, а также отсутствие планов осуществления, которые можно было бы использовать для объяснения цепочки действий и результатов. Всесторонний обзор “Ден соолук”, совместное мероприятие правительства и партнеров по развитию, четко показал, что одним из основных приоритетов в 2017 году должно быть проведение обследования STEPS.

Рекомендации

- Источники, потенциал и механизмы сбора и анализа данных в Кыргызстане слабо развиты. Стране необходимо создать потенциал для мониторинга и эпиднадзора с целью проведения оценки прогресса и соответствующей корректировки приоритетов.
 - В качестве основного приоритета на 2017 год рекомендуется провести второй раунд STEPS для наращивания потенциала и информирования о достижении прогресса, основанного на анализе тенденций. Цели программы по НИЗ необходимо скорректировать в соответствии с задачами, сформулированными в Глобальной системе мониторинга НИЗ.
 - В долгосрочной перспективе страна получила бы выгоду от создания рамочной основы, определяющей обязанности по сбору и предоставлению данных, а также механизмов для коммуникации и распространения результатов.
 - Расширение и укрепление регистров для острого инфаркта миокарда, инсульта и диабета может стать возможностью выявления и обмена передовым опытом, обеспечения обратной связи с врачами, а также мониторинга эффективности и сопоставимости с международными стандартами. Ограниченный, но реалистичный набор показателей, хорошо измеряемый и четко контролируемый, будет способствовать мониторингу и оценке тематических программ по конкретным заболеваниям.
- Рекомендуется разработать рамочную основу осуществления, включая показатели программы и плана действий по борьбе с НИЗ.
 - В качестве приоритета на 2017 год предлагается начать пилотную разработку плана осуществления Задачи 1 плана мероприятий по НИЗ для обеспечения межсекторального сотрудничества и партнерства.
 - В долгосрочной перспективе эти планы осуществления могут быть разработаны для всех целей плана мероприятий по НИЗ и тем самым повысят возможность отслеживания прогресса в осуществлении мероприятий.

6.3. Повышение эффективности распределения ресурсов

Выводы

Проводились многочисленные мероприятия по реализации задач программы профилактики и контроля НИЗ и плана ее выполнения. Был создан Координационный совет по общественному здравоохранению для укрепления работы во всех секторах. Также создан Координационный совет по НИЗ при Министерстве здравоохранения под председательством заместителя министра здравоохранения. Для оценки распространенности факторов риска НИЗ было проведено обследование STEPS; в настоящее время в нескольких пилотных учреждениях первичной медико-санитарной помощи для оценки кардиометаболического риска и улучшения управления сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом внедряется инструмент PEN. Кроме того, были проведены просветительские мероприятия, осуществленные благодаря деятельности сельских комитетов здоровья. Наконец, предпринимаются

усилия по сокращению неравенств в доступе к медико-санитарному обслуживанию путем создания системы стимулирования врачей, улучшения транспортного сообщения в сельских районах и создания “караванов здоровья”.

Одной из основных трудностей является обеспечение финансирования проектов. Из-за дефицита ресурсов задерживается начало проведения многих мероприятий. Некоторые программы важно продолжать, чтобы обеспечить преимущества для всей страны и устойчивое развитие сектора здравоохранения, в том числе проект WHO PEN и систему стимулирования врачей.

Поскольку бюджет плана мероприятий по НИЗ в основном относится к вмешательствам в области первичной медико-санитарной помощи и предоставлению лекарственных средств для лечения диабета, финансирование из внутренних источников мероприятий, направленных на профилактику факторов риска на уровне всего населения, было особенно недостаточным. За исключением мероприятий по физической активности, финансируемых Агентством по делам молодежи, физической культуры и спорта, расходы на душу населения на мероприятия по профилактике НИЗ довольно низкие. Фактические расходы часто не соответствуют запланированным бюджетным расходам из внутренних источников; распределение ресурсов из внешних источников происходит в основном в соответствии с планом.

Существует возможность улучшить финансирование мероприятий по НИЗ путем улучшения координации и распределения имеющихся ресурсов. Этот вывод согласуется с выводом независимого обзора “Ден соолук” и вспомогательных проектов (июль 2016 года) (2), в котором рекомендуется повышение эффективности распределения ресурсов и сосредоточение внимания на “высвобождении и перераспределении существующих финансовых и других ресурсов внутри сектора здравоохранения таким образом, чтобы они оказывали наибольшее воздействие” (2).

Рекомендации

- Начало проведения многих мероприятий было отложено в связи с дефицитом средств. Для повышения эффективности реализации программы и обеспечения ее устойчивости необходимо усовершенствовать систему распределения ресурсов.
 - В качестве приоритета на 2017 год рекомендуется организовать рабочее совещание для рассмотрения потенциальной отдачи от инвестиций в мероприятия по профилактике НИЗ и обсудить вопрос об улучшении распределения средств в соответствии с рекомендациями независимого обзора “Ден соолук” и вспомогательных проектов (2). По результатам рабочего совещания в 2017 году должен быть разработан долгосрочный план осуществления рекомендаций.
 - Управление ресурсами также имеет большое значение для ССЗ. Подготовка в 2017 году обзора доклада об инфарктах и инсультах также даст возможность проанализировать эффективное использование ресурсов, в том числе усовершенствование имеющейся инфраструктуры, наличие ресурсов для установления очередности оказания медицинской помощи, использование профессиональных сетей и координации, а также планирование новых разработок.

6.4. Укрепление координации и подотчетности для наращивания потенциала

Выводы

Для решения проблемы НИЗ в стране уже имеется ряд механизмов, распределяющих обязанности между различными институтами. Для создания межсекторального и внутрисекторального потенциала необходимо укрепление координации и подотчетности на уровне министерства здравоохранения и правительства. В качестве первого шага можно создать специализированное подразделение по борьбе с НИЗ в Министерстве здравоохранения. Кроме того, сотрудничество между партнерами, занимающимися профилактикой НИЗ и борьбой с ними, может осуществляться на высоком уровне за счет активизации деятельности Координационного совета по общественному здравоохранению, межсекторального органа под председательством вице-премьер-министра, и включения НИЗ в качестве постоянного приоритета в их повестку дня. Отчет о достигнутом прогрессе должен

осуществляться Координационным советом по неинфекционным заболеваниям и поддержан будущим отделом по НИЗ, который может функционировать в качестве секретариата.

Рекомендация о создании специального отдела по НИЗ также содержится в выводах обзора Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, проведенного в марте 2016 года (1), и подкрепляется выводами независимого обзора программы “Ден соолук” и вспомогательных проектов (2), где говорится, что министерство здравоохранения имеет недостаток сотрудников и поэтому не может надлежащим образом выполнять свою ответственность и руководящую роль.

Кроме того, необходимо расширить специализированные кадровые ресурсы, компетентные в стратегических вопросах и владеющие знаниями в области общественного здравоохранения, а также знаниями в области профилактики и контроля НИЗ. Это потребует дополнительных усилий по разработке и внедрению образовательных программ по профилактике и контролю НИЗ в учебные планы медицинских образовательных учреждений. Этот вывод подтверждается всесторонним обзором “Ден соолук”, совместным мероприятием правительства и партнеров по развитию, который определил укрепление подготовки врачей по НИЗ в качестве приоритетной области на 2016-2018 годы.

Рекомендации

- Рекомендуется применение межсекторального подхода для обеспечения эффективной профилактики и контроля НИЗ.
 - В качестве приоритета на 2017 год предлагается подготовить план реализации Задачи 1 плана мероприятий по НИЗ в отношении межсекторального сотрудничества и партнерства, включая определение ролей и обязанностей партнеров, а также установление целевых показателей. Одной из ключевых рекомендаций на 2017 год является возрождение деятельности Координационного совета по общественному здравоохранению и включение НИЗ в качестве постоянного пункта в его повестку дня.
 - В долгосрочной перспективе можно изучить варианты, предлагаемые хорошо отлаженной координационной структурой “Ден соолук”. Неинфекционные заболевания должны быть более высоким приоритетом повестки дня программы “Ден соолук”; хорошо зарекомендовавший себя механизм координации программы может применяться для координации и анализа факторов риска помимо тех, которые связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями и употреблением табака.
- Рекомендуется укрепить обеспечение координации и подотчетности посредством наращивания потенциала в области НИЗ. Создание в Министерстве здравоохранения стратегического подразделения, занимающегося вопросами, связанными с профилактикой и лечением НИЗ, имеет важное значение для содействия осуществлению и оценки плана мероприятий по НИЗ, а также сохранения НИЗ в повестке дня министра здравоохранения.
 - В качестве приоритета на 2017 год предлагается создать стратегическое подразделение по НИЗ в Министерстве здравоохранения. Это подразделение должно обладать высоким потенциалом в отношении профилактики и контроля НИЗ.
 - В долгосрочной перспективе стратегическое подразделение по НИЗ должно координировать осуществление и оценку плана мероприятий по НИЗ и выполнять функции секретариата для координации межсекторальной деятельности.
 - Существует также необходимость проведения обзора и усиления стратегического руководства тематической рабочей группой по ССЗ, а также разработки дорожной карты действий по профилактике, лечению и реабилитации после сердечно-сосудистых заболеваний, которая создаст систему и позволит направить дальнейшие инвестиции на достижение максимальной пользы.

7. Библиография

1. 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; 2016 (unpublished).
2. Anderson I, Buga M, Obermann K, Temirov A, Ibragimova G. Independent review of Den Sooluk and project in support of the mid-term review. 2016, unpublished.
3. United Nations Development Programme. Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results. New York: UNDP; 2009 (<http://web.undp.org/evaluation/evaluations/handbook/english/documents/pme-handbook.pdf>, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
4. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/1085_IER_131011_web.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
5. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2012 г. (http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
6. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Итоговый документ совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. (<http://www.who.int/nmh/events/2014/a-res-68-300.pdf>, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
7. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
8. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
9. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения – Оценка ситуации в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/272108/BetterNCDoutcomes_challengesOpportunitiesHealthSystems_Kyrgyzstan1.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
10. Ibraimova A, Akkazieva B, Ibraimov A, Manzhieva E, Rechel B. Kyrgyzstan: health system review. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011 (Health Systems in Transition, 13(3):1–152; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/142613/e95045.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
11. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Оценка ситуации в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/243308/Kyrgyzstan-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
12. Alcohol. Country profile Kyrgyzstan. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/kgz.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
13. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2015 г. Профиль страны: Кыргызстан. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 год (http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/kgz.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
14. Глобальная система мониторинга НИЗ [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
15. Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайн-база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
16. Данные Глобальной обсерватории здравоохранения. Банк данных [онлайн-база данных]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<http://www.who.int/gho/database/en>, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).

17. Farrington J, Pezzella FR, Yakovlev A, Rotar O. Review of acute care and rehabilitation services for heart attacks and strokes in Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; in press.
18. Turgunbayev DD, Artykbayev AS, Kadyrova N, Abdraimova A, Urmanbetova A. Analysis of stroke diagnosis verification in patients that died at home. Bishkek: Health Policy Analysis Center; 2014 (Policy Research Paper No. 82; <http://www.hpac.kg/en/14-recent-documents-policy-research/30-situatsionnyj-analiz-po-obosnovannosti-gospitalizatsij-sredi-detej-do-5-let-i-beremennykh-zhenshchin>, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
19. Обследование “STEPS-Кыргызстан”, 2013 г. Не опубликовано.
20. Национальный комитет статистики Кыргызской Республики, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, ICF International, Обзор демографической ситуации и здоровья в Кыргызской Республике, 2012 г. Calverton (MD): ICF International; 2013 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
21. Kyrgyzstan national epidemiological study of tobacco use prevalence 2005. Bishkek: Ministry of Health of Kyrgyzstan; 2005.
22. Bekbasarova CH, Meimanaliev T. Kyrgyzstan Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme (CINDI) highlights 2002. Bishkek: Ministry of Health, National Statistical Committee; 2002.
23. Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
24. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 2 Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/251775/Health-2020-Targets-and-indicators-version2-ENG.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
25. Цели в области устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 г. (<http://www.un.org/sustainabledevelopment>, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
26. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 3. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/317936/Targets-indicators-Health-2020-version3.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
27. Успехи и упущенные возможности общественного здравоохранения. Тенденции в области употребления алкоголя и обусловленной алкоголем смертности в Европейском регионе ВОЗ, 1990-2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/319122/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-19902014.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
28. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
29. Abdraimova A, Iliasova A, Zurdinova A. Underlying reasons for low levels of seeking medical care in men. Policy research document. Bishkek: Health Policy Analysis Center; 2015.
30. Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*, 2006;368:1673–9.
31. Akkazieva B, Jakab M, Temirov A. Long-term trends in the financial burden of health care seeking in Kyrgyzstan, 2000–2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<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 20 февраля 2017 г.).
32. Реформа ценообразования в области лекарственных средств и возмещения затрат на лекарства в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/325823/Pharmaceutical-pricing-reimbursement-reform-Kyrgyzstan.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
33. Пакет основных мероприятий в отношении НИЗ (WHO PEN) для первичной медико-санитарной помощи в странах с низким уровнем материальных ресурсов. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44260/1/9789241598996_eng.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).

34. Tobacco taxation policy in Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293640/Tobacco-taxation-policy-Kyrgyzstan-en.pdf?ua=1, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
35. Kontsevaya A, Farrington J. Implementation of a Package of Essential Noncommunicable disease interventions in Kyrgyzstan: evaluation of effects and costs in Bishkek after one year. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; in press.
36. Akkazieva B, Chisholm D, Akunov N, Jakab M. The health effects and costs of the interventions to control cardiovascular diseases in Kyrgyzstan. Bishkek: Health Policy Analysis Center; 2009 (Policy Research Paper No. 60; http://www.hpac.kg/images/pdf/prp60cvd_eng.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).
37. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction.pdf, доступ осуществлялся 20 февраля 2017 г.).

Приложение 1. Список участников и программа миссии

Цели и задачи

Целью среднесрочной оценки является мониторинг прогресса в Кыргызстане в тех областях, которые охватываются планом НИЗ, позволяя улучшать и регулировать, совместимо с возможностями и ресурсами страны, и согласованными с национальными и международными обязательствами и руководством.

Участники

Международная команда:

- Frederiek Mantingh, Технический сотрудник по НИЗ, Европейское Региональное Бюро ВОЗ
- Sylvie Stachenko, консультант плана НИЗ по развитию и реализации, Европейское Региональное Бюро ВОЗ
- Марина Попович, консультант, плана НИЗ Россия, ПЭН
- Осмон Молдокулов, национальный сотрудник ВОЗ Кыргызстан
- Анна Концевая, экономист по здравоохранению, (по скайпу 1 июня 2016)

Национальная команда:

- Роза Джакипова, рабочая группа НИЗ
- Алина Алтымышева, рабочая группа НИЗ
- Рыскулова Сайра, рабочая группа НИЗ
- Абдрахманова Гулай, рабочая группа НИЗ
- Князева Валерия, рабочая группа НИЗ
- Сасыкулова Динара, рабочая группа НИЗ
- Гульмира Айтмурзаева, директор, Республиканский Центр Укрепления Здоровья
- Бактыгуль Исмаилова, глава отдела ОЗ, МЗ
- Чинара Бекбасарова, координатор по табаку
- Руслан Токубаев, директор Центра Наркологии
- Зуура Долонбаева, глава отдела анализа политики здравоохранения, МЗ
- Мурзакаримова Лариса, глава РМИЦ, МЗ
- Талант Сооронбаев, главный пульмонолог, МЗ
- Анара Ешходжаева, эксперт отдела Аппарата Правительства КР по образованию, культуре, спорту и здравоохранению
- Бактыгуль Камбаралиева, консультант по ПМСП, МЗ
- Вера Асеева, глава Центра Семейной Медицины #8, Бишкек
- Эльнура Боронбаева, главный специалист, МЗ
- Нургуль Ибраева, главный специалист, МЗ
- Керимкулова Алина, Ассоциация кардиологов
- Таалайгуль Садыбекова, НПО Эргэнэ

- Гульмира Кожобергенова, Сеть SUN
- Джангазиева Бактыгуль, производители соли
- Нурлан Бримкулов, проректор, КГМА
- Тологон Чубаков, ректор КГМИИПК
- Чолпон Иманалиева, ЮНИСЕФ
- Эльвира Мураталиева, SDC
- Медер Омурзаков, Фонд организации объединенных наций в области народонаселения
- Бермет Сыдыгалиева, Всемирная Продовольственная Программа ООН в Кыргызской Республике
- Сарина Абдышева, Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН в Кыргызской Республике (ФАО ООН)

Предварительная программа

| Понедельник, 30 мая 2016 г. | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| 16:00-17:00 | Брифинг <i>Международная команда</i> | Гостиница Парк отель |
| Вторник, 31 мая 2016 г. | | |
| 09:00-10:00 | Встреча с Представителем/главой офиса ВОЗ <i>Ярно Хабихт и международная команда</i> | Страновой офис ВОЗ, зал Дубанаева |
| 10:30-11:00 | Введение <i>вся Международная и Национальная команда</i> | Гостиница Парк отель |
| 11:00-12:00 | Обзор результатов, итогов и воздействия Рабочая группа1: <i>Обзор прогресса по целям Здоровье-2020 и индикаторам, Целям Устойчивого Развития (ПРИЛОЖЕНИЕ 4,5 и 6 Методологии)</i> <i>Международная команда: Фредерик Мантинг, Марина Попович</i> <i>Национальная команда: Алина Алтымышева, Рыскулова Сайра, Абдрахманова Гулай, Князева Валерия, Сасыкулова Динара, Гульмира Айтмурзаева, Бактыгуль Исмаилова, Чинара Бекбасарова, Талант Сооронбаев, Руслан Токубаев, Зуура Долонбаева, Лариса Мурзакаримова</i> Рабочая группа2: <i>Обзор достижений по обязательствам ООН с оговоренными сроками и охват населения, основанный на интервенции (ПРИЛОЖЕНИЯ 2 и 3 Методологии)</i> <i>Международная команда: Сильви Стаченко, Осмон Молдокулов</i> <i>Национальная команда: Алина Алтымышева, Гульмира Айтмурзаева, координатор Комитета здоровья в селах</i> | Гостиница Парк отель |

Вторник, 31 мая 2016 г.

| | | |
|-------------|--|----------------------|
| 12:00-13:30 | <i>Обеденный перерыв</i> | |
| 13:30-16:00 | Обзор результатов, итогов и воздействия (продолжение) | Гостиница Парк отель |
| 16:00-17:00 | Обратная связь рабочих групп <i>вся международная и национальная команда</i> | Гостиница Парк отель |

Среда, 1 июня 2016 г.

| | | |
|-------------|---|--|
| 09:00-12:00 | Обзор поддержки и мероприятий <i>Цель № 1 плана НИЗ (национальная политика посредством мультисекторного подхода и партнерства – ПРИЛОЖЕНИЕ 1 из Методологии)</i> <i>Вся международная команда</i> <i>Национальная команда (Санжар Исаев, Марат Калиев, Чинара Бекбасарова, Бактыгуль Исмаилова, Лариса Мурзакаримова)</i> | Гостиница Парк отель, зал Сигнечер |
| 12:00-13:30 | <i>Обеденный перерыв</i> | Гостиница Парк отель |
| 13:30-16:00 | Обзор поддержки и мероприятий (продолжение) Рабочая группа 1: <i>Цель № 2 плана НИЗ (НИЗ и ПМСП – ПРИЛОЖЕНИЕ 1 из Методологии)</i> <i>Международная команда: Осмон Молдокулов, Марина Попович</i> <i>Национальная команда: Рабочая группа ПЭН/НИЗ – 2 участника будут известны позже, Роза Джакипова, Бактыгуль Камбаралиева, Вера Асеева, Нургуль Ибраева</i> Рабочая группа 2: <i>Цель № 3 плана НИЗ (сообщества и привлечение населения - and population engagement – ПРИЛОЖЕНИЕ 1 из Методологии)</i> <i>Международная команда: Сильви Стаченко</i> <i>Национальная команда: Чинара Бекбасарова, Руслан Токубаев, Зуура Долонбаева, Лариса Мурзакаримова, Талант Сооронбаев</i> Рабочая группа 3: <i>Цель № 5 плана НИЗ (неравенства – ПРИЛОЖЕНИЕ 1 из Методологии)</i> <i>Международная команда: Фредерик Мантинг</i> <i>Национальная команда: члены Рабочей группы НИЗ, Эльнура Боронбаева, Ибраева Нургуль</i> | Гостиница Парк отель РЦУЗ Гостиница Парк отель |
| 16:00-17:00 | Обратная связь рабочих групп <i>вся международная и национальная команда</i> | Гостиница Парк отель |

| Четверг, 2 июня 2016 г. | | |
|--------------------------------|---|--|
| 09:30-11:00 | <p>Круглый стол с заинтересованными сторонами</p> <p><i>Обзор аспектов плана НИЗ, связанных с мультисекторальным подходом, партнерством, подходом сообществ, вовлечением населения (ПРИЛОЖЕНИЕ 1 из Методологии)</i></p> <p><i>Вся международная и национальная команда.</i></p> <p><i>НПО (Керимкулова Алина, Садырбекова Таалайгуль, Эргэнэ, Гульмира Кожобергенова, Джангазиева Бактыгуль, Чинара Бекбасарова, С.Мукеева)</i></p> <p><i>Академия (Нурлан Бримкулов, Тологон Чубаков)</i></p> <p><i>Заинтересованные стороны (отдел образования, культуры, спорту и здравоохранению Apparata правительства)</i></p> <p><i>Международные организации: UNICEF, SDC, UNFPA, WFP, FAO)</i></p> | Гостиница Парк отель, зал Сигнечер |
| 11:00-11:15 | Кофе-брейк | |
| 11:15-12:30 | <p>Резюме, ключевые рекомендации по регулированию программы, следующие шаги</p> <p><i>международная и национальная команда</i></p> | Гостиница Парк отель |
| 12:30-13:00 | Кофе-брейк | |
| 15:30-16:30 | <p>Встреча с Представителем/главой офиса ВОЗ для обсуждения предварительных рекомендаций</p> <p><i>Ярно Хабихт и международная команда</i></p> | Гостиница Парк отель |

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

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, 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