



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения

Страновая оценка

КЫРГЫЗСТАН



Мелитта Якаб
Бартон Смит
Нина Саутенкова
Аида Абдраимова

Адыл Темиров
Рыскуль Кадыралиева
Суюмжан Мукуева
Лариса Мурзакаримова



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ: БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Оценка ситуации в Кыргызстане: фокус на сердечно-сосудистые заболевания

Мелитта Якаб

Бартон Смит

Нина Саутенкова

Аида Абдраимова

Адыл Темиров

Рыскуль Кадыралиева

Суюмжан Мукеева

Лариса Мурзакаримова

РЕФЕРАТ

За последние семь лет в Кыргызстане отмечается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в некоторой степени, благодаря проведению впечатляющих реформ в системе здравоохранения. Однако продолжают существовать значительные трудности, связанные с достижением цели снижения преждевременной смертности от НИЗ на 25% к 2025 году и решением вопросов значительного гендерного разрыва в преждевременной смертности. Несмотря на то, что Кыргызстан уже далеко шагнул в области реализации политики против курения, снижения вредного воздействия алкоголя и усиления политики правильного питания, у страны все еще имеются большие возможности улучшения за счет обеспечения исполнения принятого законодательства и мониторинга. Значительные барьеры также сохраняются в отношении охвата основными индивидуальными услугами, особенно в области эффективной диагностики и ведения основных состояний сердечно-сосудистых заболеваний, таких как гипертоническая болезнь и диабет. В настоящем отчете определяются ключевые барьеры системы здравоохранения, которые мешают расширить охват основными вмешательствами и услугами по НИЗ, а также предлагаются три стратегических направления для скорейшего улучшения показателей по ССЗ.

Ключевые слова

CHRONIC DISEASE
HEALTH CARE SYSTEMS
UNIVERSAL COVERAGE
HEALTH PROMOTION
PRIMARY HEALTHCARE
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

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?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 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.

Редактор английского текста: Patricia Butler

Дизайн издания и макет обложки: Christophe Lanoux, Париж, Франция

Содержание

Аббревиатуры и сокращения, используемые в документе.....	6
Выражение благодарности.....	7
Введение и обоснование	8
1. Показатели по неинфекционным заболеваниям.....	10
2. Охват основными вмешательствами и услугами в области ССЗ.....	13
2.1 Вмешательства на уровне населения.....	14
2.2 Индивидуальные услуги.....	18
3. Барьеры системы здравоохранения и возможности расширения охвата основными вмешательствами и услугами по ССЗ.....	24
Барьер 1. Политическая приверженность улучшению результатов по НИЗ.....	25
Барьер 2. Четкие подходы к определению приоритетов.....	26
Барьер 3. Межведомственное взаимодействие	28
Барьер 4. Расширение прав и возможностей граждан	28
Барьер 5. Модель предоставления услуг	29
Барьер 6. Координация между поставщиками услуг.....	32
Барьер 7. Регионализация, экономия средств за счет масштаба и специализации	32
Барьер 8. Интеграция доказательств в клиническую практику	33
Барьер 9. Доступ к качественным лекарственным препаратам	34
Барьер 10. Стимулы.....	38
Барьер 11. Кадровые ресурсы.....	40
Барьер 12. Управление системой здравоохранения	43
Барьер 13. Слабые информационные системы	44
Барьер 14. Соппротивление переменам.....	45
Барьер 15. Доступ и финансовое бремя.....	46
4. Инновации и передовой опыт	48
Действия сообществ по вопросам здоровья	48
Система непрерывного повышения качества	50
5. Рекомендации по вопросам политики	54
Стратегическое направление 1. Усиление борьбы против табака	54
Стратегическое направление 2. Дальнейшее укрепление ПМСП в целях обеспечения раннего выявления гипертонии и диабета и более качественного ведения больных с такими заболеваниями	54
Стратегическое направление 3. Улучшение реагирования на острые осложнения ССЗ (инфаркт и инсульт), а также усиление вторичной профилактики на стационарном уровне	55
Приложение 1. Подгруппы стран.....	61
Приложение 2. Распространенность гипертонической болезни, осведомленность о ней и лечение	61
Приложение 3. Сводная информация по барьерам при расширении охвата основными вмешательствами по НИЗ на уровне населения.....	64
Приложение 4. Сводная информация по барьерам при расширении охвата основными индивидуальными услугами по НИЗ	66
Библиография	68

Список рисунков

Рисунок 1. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов кровообращения, возрастная группа от 0 до 64 лет	11
Рисунок 2. Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца, возрастная группа от 0 до 64 лет.....	11
Рисунок 3. Стандартизованный коэффициент смертности от инсульта, возрастная группа от 0 до 64 лет.....	11
Рисунок 4. Гендерный разрыв в смертности от сердечнососудистых заболеваний: стандартизованный коэффициент смертности на 100 000 населения, 2010г	12
Рисунок 5. Распространенность и регистрация гипертонической болезни	20
Рисунок 6. Ключевые индикаторы эффективного контроля ГБ в разбивке по полу.....	
Рисунок 7. Региональные различия назначений при выписке после ОИМ, 2007г	21
Рисунок 8. Региональные различия в профиле задач в отношении хронических состояний на уровне ПМСП.....	22
Рисунок 9. Образцы оказания медицинской помощи при ГБ и удовлетворенность пациентов	30
Рисунок 10. Распределение возмещаемых средств за лекарственные препараты больным с ГБ	33
Рисунок 11. Распределение назначенных препаратов при ГБ	36
Рисунок 12. Количество случаев госпитализации при ГБ	36
Рисунок 13. Плотность врачей и медицинских сестер на 1000 населения, различные страны, 2011г*	39
Рисунок 14. Региональные различия по занятым должностям в ГСВ	41
Рисунок 15. Распределение ГСВ по количеству врачей	41
Рисунок 16. Гендерный разрыв в использовании услуг ПМСП.....	42
Рисунок 17. Систолическое и диастолическое давление, зарегистрированное медучреждениями до и после применения методики системы непрерывного повышения качества (СНПК) в течение года	46
Рисунок 18. Регистрация пациентов с ГБ и лечение неотложных состояний	51
Рисунок 19. Основные ресурсы по ССЗ в Нарынской области, 2011-2012гг	51
Рисунок 20. Стационарное лечение ОИМ по Нарынской области, 2011-12гг	62



Список таблиц

Таблица 1. Основные вмешательства на уровне населения и индивидуальные услуги по НИЗ.....	13
Таблица 2. Карта балльной оценки вмешательств по борьбе с курением на уровне населения	15
Таблица 3. Карта балльной оценки вмешательств по снижению злоупотребления алкоголем	16
Таблица 4. Карта балльной оценки индивидуальных услуг при ССЗ и диабете	19
Таблица 5. Пятнадцать барьеров системы здравоохранения и возможностей для улучшения показателей по НИЗ	24
Таблица 6. Сравнение средних медианных цен в Кыргызстане с данными Международного справочника оптовых цен.....	37
Таблица 7. Доступность выборочных лекарственных препаратов для лечения НИЗ, 2013г.....	37
Таблица 8. Результаты скрининга в рамках недели борьбы против гипертонической болезни	49
Таблица 9. Рекомендации по пятнадцати барьерам системы здравоохранения и ее возможностям	56



Аббревиатуры и сокращения, используемые в документе

АБ КР	Ассоциация больниц Кыргызской Республики
АГСВиСМ	Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер
АПФ	Ангиотензинпревращающий фермент
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ГБ	Гипертоническая болезнь
ГСВ	Группа семейных врачей
ДМ	Доказательная медицина
ДП ОМС	Дополнительная программа обязательного медицинского страхования
ДСВЗ	Действия сообществ по вопросам здоровья
ЕИСЗ	Единая информационная система здравоохранения
КЗГ	Клинико-затратная группа
КР/КП	Клинические руководства/клинические протоколы
КУЗ	Кабинет укрепления здоровья
НЗТ	Никотинозаместительная терапия
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НПО	Неправительственная организация
НСК	Национальный статистический комитет
НЦКиТ	Национальный центр кардиологии и терапии
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ПГГ	Программа государственных гарантий
РКБТ	Рамочная Конвенция по борьбе против табака
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
РЦУЗ	Республиканский центр укрепления здоровья
СКЗ	Сельский комитет здоровья
СКС	Стандартизованный коэффициент смертности
СНГ	Содружество Независимых Государств
СНПК	Система непрерывного повышения качества
ССЗ	Сердечно-сосудистое заболевание
УАК	Уровень алкоголя в крови
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦСМ	Центр семейной медицины
ШБС	Швейцарское бюро по сотрудничеству в Кыргызстане
ЭКГ	Электрокардиограф
НАIG	Международные/глобальные действия в области здравоохранения

Выражение благодарности

За поддержку, оказанную при выполнении данной оценки, авторы выражают благодарность Министерству здравоохранения и Фонду обязательного медицинского страхования Кыргызской Республики. Рабочую группу, созданную для обеспечения контроля и направления данной работы, возглавила д-р А. Эшходжаева (Министерство здравоохранения). В дополнение к авторам в группу также вошли Г. Исакова (Фонд обязательного медицинского страхования), А. Ибраева (Министерство здравоохранения) и А. Шергалиева (Республиканский центр укрепления здоровья). Выражается признательность за внесенный ими вклад.

Страновая оценка была проведена под общим руководством д-ра Ханса Ключе, директора Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, и д-ра Гауден Галеа, директора Отдела НИЗ и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ. Проведение оценки было бы невозможным без поддержки д-ра Оскона Молдокулова, директора Странового офиса ВОЗ в Кыргызстане.

Тобиас Шут из Швейцарского Красного Креста внес значительный вклад в отношении Программы «Действия сообществ по вопросам здоровья». Вижей Триведи из Секретариата Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака незамедлительно присоединился к миссии и поделился важной информацией в области контроля табака. Ан-Мари Перусич и Кристина Мауер-Стендер из ВОЗ помогли понять суть табачного налога.

С большой благодарностью признается поддержка Швейцарского бюро по сотрудничеству в Кыргызстане, оказанная в части предоставления частичного финансирования данной оценки.

Большую признательность хочется выразить Хуану Гарция за поддержку в обеспечении высокого уровня при публикации данной серии отчетов. Глубокая благодарность выражается Патриции Батлер за редакцию документа, а также Кристофу Лану за компоновку и набор текста данного отчета.



Введение и обоснование

Как и многие страны, Кыргызстан сталкивается с растущим бременем неинфекционных заболеваний (НИЗ), среди которых сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности и заболеваемости в стране. С 2006 года ССЗ формируют одну из четырех приоритетных программ улучшения здоровья, отражая как обязательства Правительства в этой области, так и приоритетный характер вопросов здоровья. В результате реализации последовательных программ реформирования системы здравоохранения - "Манас", "Манас таалими" и теперь "Ден соолук" - было достигнуто улучшение показателей эффективности системы здравоохранения и сокращение предотвратимого бремени от ССЗ (раздел 1).

В рамках Совместного ежегодного обзора хода реализации программы "Ден соолук" Министерство здравоохранения приняло решение изучить охват и набор услуг системы здравоохранения по каждой из четырех приоритетных областей, включая ССЗ. Примерно в то же самое время Европейское региональное бюро ВОЗ приступило к реализации проекта с участием многих стран для оценки достижений систем здравоохранения и барьеров в области контроля НИЗ в ряде стран. В качестве реакции на эти две инициативы, в Кыргызстане была проведена страновая оценка совместной командой экспертов из сектора здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ. Подобные оценки были проведены и в четырех других странах: Венгрия, Республика Молдова, Таджикистан и Турция.

Страновая оценка преследовала две цели. Во-первых, необходимо было разработать практические, обусловленные контекстом и выполнимые стратегические рекомендации по укреплению системы здравоохранения для наращивания темпов достижения улучшенных показателей по ССЗ. Выражается надежда, что оценка и рекомендации по вопросам политики будут содействовать проведению стратегического диалога по укреплению системы здравоохранения в Кыргызстане, а также будут включены в ежегодные планы работы Министерства здравоохранения. Оценка также предоставит базовые данные, на основании которых будут оцениваться достижения "Ден соолук" по окончании реализации программы. Во-вторых, будучи частью регионального проекта, оценка внесет свой вклад в базу знаний и опыта в регионе по общим барьерам систем здравоохранения в области контроля НИЗ и перспективным подходам к их преодолению. Первые результаты оценки были представлены на встрече высокого уровня, посвященной теме "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния в контексте политики Здоровье-2020", которая прошла в Таллине с 17 по 18 октября 2013г.; 10-м Флагманском курсе по укреплению систем здравоохранения в Барселоне, Испания, с 21 по 30 октября 2013г.; Международной конференции, посвященной 35-й годовщине Алма-Атинской Декларации по первичной медико-санитарной помощи в Алматы, Казахстан, с 6 по 7 ноября 2013г.; и Министерской Конференции ВОЗ по профилактике и контролю НИЗ в контексте политики Здоровье-2020 в Ашхабаде, Туркменистан с 3 по 4 декабря 2013г.

Данная страновая оценка была выполнена многопрофильной командой специалистов системы здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало общий подход на основе структурированного Руководства, адаптировав его с учетом специфики страны. Министерство здравоохранения поручило Центру анализа политики здравоохранения возглавить эту работу в Кыргызстане, а многопрофильная команда специалистов внесла свой вклад и предоставила рецензии. В целях обсуждения способов адаптации Руководства к условиям Кыргызстана были проведены встречи в режиме онлайн, а каждый член рабочей группы получил задания по сбору данных и их аналитической обработке. С 27 по 31 мая 2013г. в стране состоялась междисциплинарная миссия, за которой последовала интенсивная работа по ее результатам. Настоящая оценка отражает коллективные мнения экспертов, принявших в ней участие.

В целях получения более четкого представления о роли семейных врачей и специалистов в области ведения НИЗ, на уровне первичной медико-санитарной помощи была проведена экспресс-оценка для изучения мнений специалистов здравоохранения и пациентов об изменениях, которые произошли в отношении НИЗ на уровне ПМСП. Оценка проводилась в трех регионах страны: г. Бишкек - столице, Иссык-кульской области на севере страны и Ошской области - на юге. В общей сложности, на областном и районном уровнях было опрошено 93 семейных врачей, 27 специалистов узкого профиля (кардиологи, эндокринологи и невропатологи) и 117 пациентов, страдающих ССЗ и диабетом, а также осложнениями этих заболеваний. Результаты оценки включены в содержание настоящего отчета, который также опубликован в серии Документов исследований политики Центра анализа политики здравоохранения.

Структура отчета выглядит следующим образом: в разделе 1 описываются тенденции ключевых показателей по ССЗ в Кыргызстане с акцентом на коэффициентах смертности; в разделе 2 дается оценка охвата населения основными вмешательствами и индивидуальными услугами в области ССЗ; в разделе 3 описываются достижения и барьеры системы здравоохранения на пути достижения охвата данными мероприятиями и услугами; в разделе 4 описываются отобранные инновации и передовой опыт в Кыргызстане; в разделе 5 приводятся заключения, а также рекомендации по вопросам политики.



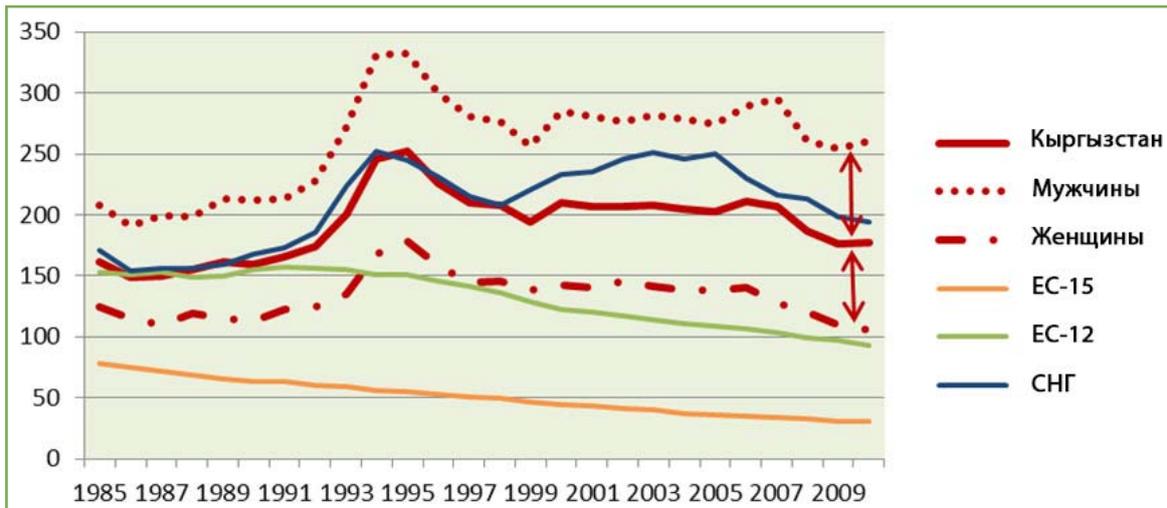
1. Показатели по неинфекционным заболеваниям

За последние семь лет в Кыргызстане снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно среди населения младше 64 лет. Тем не менее, все еще остается разрыв между Кыргызстаном и другими странами Европейского региона ВОЗ, и сокращение данного разрыва представляет собой значительный барьер. На Рисунках 1–4 видно, что уровень смертности от заболеваний кровеносной системы, ишемической болезни сердца и инсульта сократился со времен своих пиковых значений, зарегистрированных в начале 1990-х гг. Подобная тенденция весьма благоприятна, поскольку в Кыргызстане наблюдается самый высокий уровень смертности от данных заболеваний в Европейском регионе. ССЗ являются главной причиной смертности, представляя собой более 50% от общего количества смертельных исходов. От сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно умирает более 18 000 человек, что можно выразить в эквиваленте 50 смертей в день. Около 25% этих смертей наступает в возрасте младше 64 лет; считается, что большинства смертельных исходов можно было бы избежать, на что, в основном, и направлены мероприятия политического характера.

Данные о смертности по всем трем причинам за последние 20 лет демонстрируют три ярко выраженные фазы. Ниже представлены данные по населению в возрасте от 0 до 64 лет. Рабочая группа также проанализировала тенденции по всем возрастным группам, которые обычно являются зеркальным отражением тенденций, наблюдаемых в возрастной группе от 0 до 64 лет, с некоторыми исключениями, отмеченными по тексту.

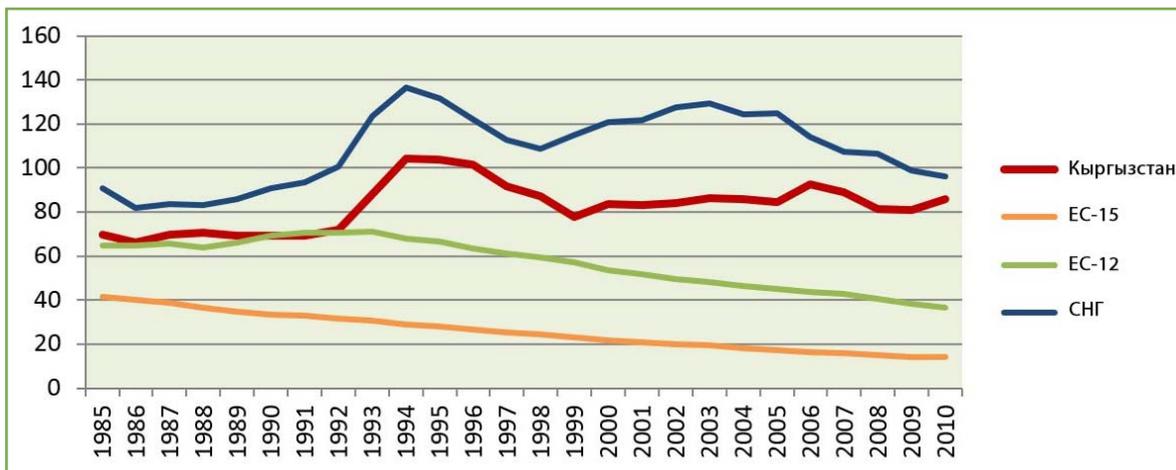
- **Фаза 1: резкий рост уровня смертности в начале 1990-х гг.** В ранние переходные годы после распада Советского Союза наблюдалось значительное увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Данный феномен был хорошо документально отражен во всех странах Содружества Независимых Государств (СНГ) и привязан к социально-психологическому стрессу, вызванному переходом, катастрофическим сокращением государственного финансирования, включая на нужды здравоохранения, ухудшением качества услуг здравоохранения и возросшими финансовыми барьерами.
- **Фаза 2: десятилетие застоя, 1995–2006 гг.** С середины 1990-х гг. наблюдалось снижение смертности после достижения пикового значения, но эта тенденция не продолжилась, приведя к стагнации уровня смертности вплоть до 2006 года. Именно в это время стали оформляться реформы системы здравоохранения (Национальная программа реформирования сектора здравоохранения), которые предстояло реализовать в течение ближайшего десятилетия. Реформы оказали некоторое благоприятное воздействие, но на том этапе было еще слишком рано наблюдать значительное изменение уровня смертности.
- **Фаза 3: стабильное снижение смертности с 2007 года.** Начиная с 2007 года в Кыргызстане стали стабильно сокращаться уровни смертности - через год после реализации комплексной Национальной программы реформирования сектора здравоохранения “Манас таалими”, которая стала логическим продолжением реформ, начатых в рамках программы “Манас”. Снижение было непрерывным и привело к сокращению смертных случаев на 2000 к 2010 году по сравнению с 2006 годом. Сокращение было наиболее показательным в отношении инсульта; смертность среди населения до 64 лет сократилась на 29%, а в целом по населению на 23%. Такое сокращение наблюдается как среди женщин, так и среди мужчин. Заметным исключением в данной тенденции является смертность от ишемической болезни сердца, которая получает все более широкое распространение среди возрастной группы от 64 и старше.

Рисунок 1. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов кровообращения, возрастная группа от 0 до 64 лет^а



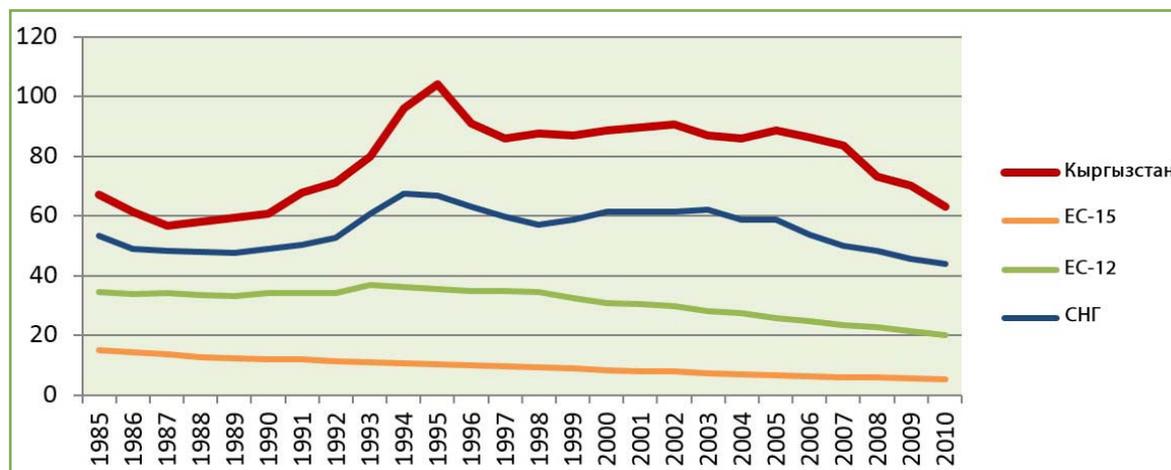
Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для Всех».

Рисунок 2. Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца, возрастная группа от 0 до 64 лет



Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для Всех».

Рисунок 3. Стандартизованный коэффициент смертности от инсульта, возрастная группа от 0 до 64 лет

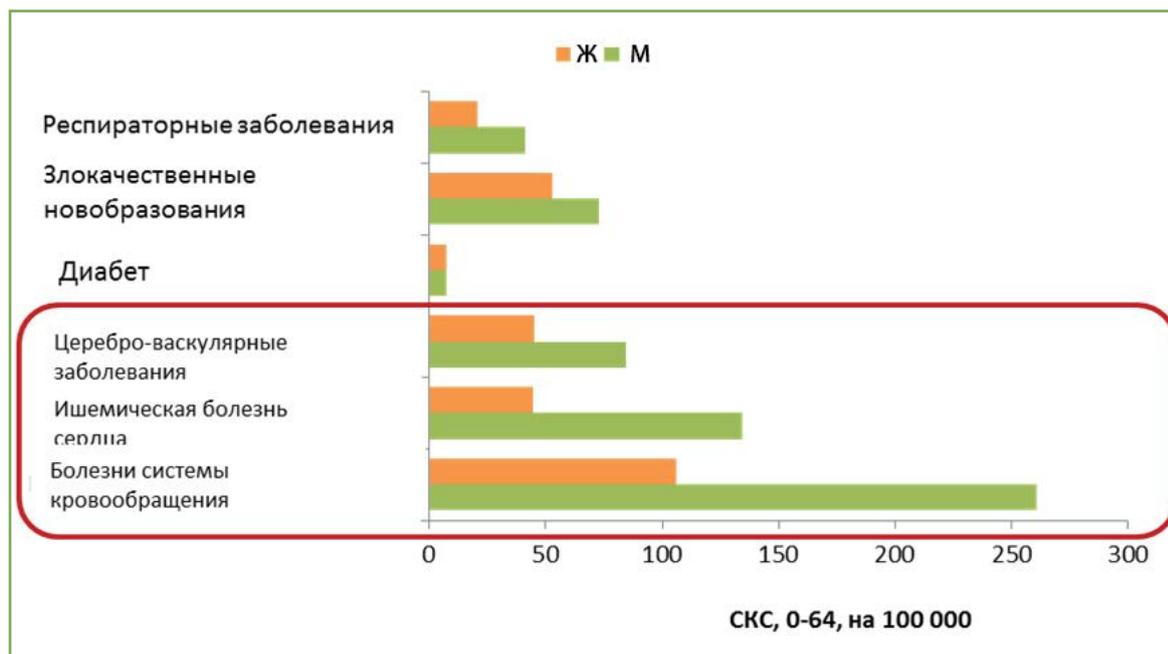


Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для Всех».

^а См. Приложение 1, где содержится объяснение состава стран в группе.

Существует значительный гендерный разрыв в преждевременной смертности от сердечнососудистых заболеваний. В возрастной группе от 0 до 64 лет смертность от заболеваний системы кровообращения среди мужчин превышает женскую смертность в 2.5 раза, от ишемической болезни сердца - в 3 раза, от цереброваскулярных заболеваний - в 1.9 раз. Более высокий уровень смертности среди мужчин обусловлен рядом факторов, включая высокий уровень курения (см. раздел 2), плохую осведомленность о состоянии здоровья, например, высокий уровень артериального давления (см. ниже) и низкий уровень использования услуг ПМСП, приводящий к позднему выявлению и некачественному ведению хронических состояний.

Рисунок 4. Гендерный разрыв в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний: стандартизованный коэффициент смертности на 100 000 населения, 2010г.



Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для Всех».



2. Охват основными вмешательствами и услугами в области ССЗ

В данном разделе речь идет об охвате населения основными вмешательствами (в отношении табака, алкоголя и питания) и индивидуальными услугами (в отношении ССЗ и диабета), которые тесно связаны с улучшением показателей по НИЗ. Основные услуги являются доказательными, обладают высокой степенью воздействия, экономичности, доступности и возможностью реализации в ряде систем здравоохранения. (Таблица 1). Основные услуги, изученные в рамках страновых оценок, тесно связаны с услугами, включенными в Глобальный и Европейский планы действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020гг.² Каждое вмешательство и услуга оценивались командой экспертов по трехбалльной шкале: ограниченные, умеренные, широкие. Точные критерии присвоения баллов были разработаны ВОЗ; они содержатся в Руководстве по оценке.¹

Таблица 1. Основные вмешательства на уровне населения и индивидуальные услуги по НИЗ

Основные вмешательства на уровне населения	Основные индивидуальные услуги
<p>Вмешательства по борьбе с курением</p> <ul style="list-style-type: none"> – Повышение табачных налогов в целях снижения финансовой доступности – Среда, свободная от курения и табачного дыма – Предупреждения о вреде табакокурения и дыма – Запреты на рекламу, продвижение и спонсорскую поддержку – Телефонные линии и никотинозаместительная терапия (НЗТ)* 	<p>ССЗ и диабет</p> <ul style="list-style-type: none"> – Стратификация риска на уровне ПМСП – Эффективное выявление и ведение гипертонии – Эффективная первичная профилактика среди групп высокого риска – Эффективная вторичная профилактика после острого инфаркта миокарда (ОИМ), включая ацетилсалициловую кислоту – Оперативное реагирование и госпитализация в случаях ОИМ и инсульта*
<p>Вмешательства по профилактике злоупотребления алкоголем</p> <ul style="list-style-type: none"> – Использование ценовой политики в отношении алкоголя, включая налоги – Ограничения и запреты на рекламу/ продвижение – Ограничения наличия алкоголя в магазинах розничной торговли – Регулирование и обеспечение соблюдения законодательства в области минимального возраста, когда разрешена покупка алкоголя* – Допустимый уровень алкоголя в крови для водителей* 	<p>Диабет</p> <ul style="list-style-type: none"> – Эффективное выявление и общее ведение заболевания* – Просвещение пациента в области питания и физической активности, а также контроля содержания глюкозы – Ведение гипертонии у пациентов с диабетом – Скрининг на выявление осложнений и ведение
<p>Вмешательства по улучшению питания и повышению физической активности</p> <ul style="list-style-type: none"> – Сокращение потребления соли и содержания соли в продуктах питания – Полное устранение трансжирных кислот из питания – Сокращение потребления сахара в чистом виде* – Увеличение потребления фруктов и овощей* – Сокращение маркетингового давления на детей, возникающего по причине рекламы еды и безалкогольных напитков* – Повышение осведомленности о питании и физической активности 	<ul style="list-style-type: none"> • Рак – услуги первого ряда <ul style="list-style-type: none"> – Профилактика рака печени посредством иммунизации против гепатита В – Скрининг на выявление рака шейки матки и лечение предраковых состояний • Рак – услуги второго ряда <ul style="list-style-type: none"> – Вакцинация против вируса папилломы человека в зависимости от обстоятельств, и если это является экономичным в соответствии с национальной политикой в этой области – Раннее выявление рака молочных желез и своевременное лечение всех стадий – Скрининг на выявление рака прямой кишки среди населения в возрасте >50 в увязке со своевременным лечением – Скрининг на выявление рака ротовой полости среди групп высокого риска в увязке со своевременным лечением

* Указывает на вмешательства и услуги, добавленные к списку в Глобальном плане действий для содействия проведению комплексной оценки.

2. 1 Вмешательства на уровне населения

Несмотря на то, что Кыргызстан уже далеко шагнул в области реализации политики против курения, снижения вредного воздействия алкоголя и усиления политики в области питания, у страны все еще имеются большие возможности улучшения, которые могли бы существенно повлиять на здоровье населения. В каждой из трех вышеперечисленных областей предусмотрено соответствующее нормативно-правовое регулирование, но наблюдается полное отсутствие обеспечения соблюдения принятого законодательства и мониторинга. В результате, законы остаются нереализованными, таким образом, не обеспечивая никакой защиты здоровья людей, в отличие от других стран. Наблюдается отсутствие репрезентативных данных на национальном уровне по курению, потреблению алкоголя и питанию, учитывая, что Кыргызстан далеко продвинулся в переводе результатов аналитических исследований в стратегии и политику. Многие аспекты реформ системы здравоохранения были хорошо исследованы и документально оформлены. Регулярный мониторинг образа жизни стал бы важной движущей силой и инструментом Министерства здравоохранения при проведении межотраслевых обсуждений.

Табак

Законодательство Кыргызстана в области борьбы против табака было частично приведено в соответствие с Рамочной конвенцией по борьбе против табака (РКБТ)³, открывшей широкие возможности для профилактики и борьбы против курения.^b

Однако Кыргызстан еще не воспользовался данными возможностями, и обеспечение реализации законов остается слабым. В результате наблюдается ограниченный или умеренный прогресс в реализации наиболее эффективных мероприятий против курения среди населения. В Таблице 2 приводится краткое обобщение оценки, а более подробное описание каждого вмешательства приводится ниже.

К удивлению, данные о распространенности курения в стране отсутствуют. Согласно Глобальному отчету по борьбе против табака за 2013г., текущая распространенность табакокурения составляет 21.8% среди лиц старше 15 лет. В целях получения более подробной информации в 2014 году планируется провести исследование по распространенности факторов риска НИЗ; для отслеживания прогресса критическую роль будет играть проведение непрерывного мониторинга.

Ценовые и налоговые меры недостаточны для снижения спроса на табачную продукцию; налог на табак в Кыргызстане находится в группе самых низких налогов среди всех стран-членов Европейского региона ВОЗ. В соответствии с налоговым законодательством 2013 года общий налог на тот момент составил 10.7% НДС + 10 % импортной пошлины + совокупный акцизный налог, который зависит от марки и стоимости. В 2013 году совокупный табачный акцизный налог состоял из акцизного налога в размере 120 сом на 1000 сигарет плюс 8% акцизный налог от расчетной стоимости, взимаемый с розничной цены за пачку. Совокупный акцизный налог варьируется от 10% до 30% от розничной цены за пачку. Обобщая вышесказанное, общий табачный налог в Кыргызстане варьируется от 30% за дорогие марки до 45% за более дешевые марки. Это значительно ниже общего рекомендуемого ВОЗ налога в размере 75%. В результате, маловероятно изменить отношение человека к курению с помощью цены на табачную продукцию.

Подверженность людей воздействию табачного дыма в общественных местах и на работе остается на высоком уровне, несмотря на вступление в силу закона “О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака”. В рамках данного закона определены органы, ответственные за выявление нарушений закона “О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака”, а также предусмотрены административные взыскания. Однако отмечается отсутствие механизма мониторинга соблюдения законодательства или наложения санкций и штрафов за его нарушения. В результате, руководители организаций, бизнеса, транспортных и

^b В свете отражения требований РКБТ было актуализировано два закона: закон «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики против вредного воздействия табака» и закон «О рекламной деятельности».

общественных заведений часто не соблюдают законодательные положения.

Регулирование упаковок табачной продукции долгое время оставалось нерешенным вопросом по причине сопротивления со стороны табачной промышленности Кыргызстана. Министерство здравоохранения разработало 12 предупреждений с иллюстрациями последствий табакокурения, которые предполагалось разместить на обеих сторонах упаковки табачной продукции. Изображения были утверждены Советом по вопросам здравоохранения Интеграционного комитета Евразийского экономического сообщества в 2011 году. Данное положение остается нереализованным, так как Правительство до сих пор не разработало и не утвердило технические спецификации к определению национальных технических правил в отношении табачной продукции. Представители табачной промышленности участвуют в разработке данных технических положений и активно лоббируют отказ от введения иллюстрированных предупреждений на табачной продукции.

Прямая и косвенная реклама табачной продукции запрещена, хотя данный запрет не был еще полностью реализован. В настоящее время табачные изделия не рекламируются на телевидении или на улицах. Это является большим достижением. По закону реклама табачной продукции допустима только в пунктах продажи. Были утверждены допустимый размер рекламных материалов и требования к предупредительным надписям в отношении здоровья, которые необходимо включать в рекламу. Однако привлечение к ответственности за несоблюдение данных требований отсутствует.

Услуги в области лечения никотиновой зависимости остаются ограниченными. У желающих бросить курить нет возможности воспользоваться «горячей линией». Никотинозаместительная терапия (НЗТ) предоставляется на платной основе и не субсидируется государством. По причине достаточной дороговизны данной услуги, только небольшое количество пациентов получили такое лечение. В настоящее время отсутствуют планы открытия «горячих линий» или предоставления субсидий на никотинозаместительную терапию.

Таблица 2. Карта балльной оценки вмешательств по борьбе с курением на уровне населения

Вмешательство	Базовая оценка (2012-2013)	Целевой показатель к концу реализации программы «Ден соолук» (2016г.)
Повышение налогов на табак	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 2016г.
Среда, свободная от курения и табачного дыма	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.
Предупреждения о вреде табакокурения и дыма	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.
Запреты на рекламу, продвижение и спонсорство	Умеренное. Прямая и косвенная реклама и продвижение запрещены с наложением ограничений на рекламу в точках продажи.	Умеренное. Усиление исполнения существующего законодательства.
Горячие телефонные линии и никотинозаместительная терапия (НЗТ)*	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.

Кыргызстан является одной из 16 стран Европейского региона ВОЗ, не имеющей национального плана в отношении алкоголя. Несмотря на это наблюдается умеренный прогресс в области реализации мероприятий по снижению злоупотребления алкоголем. Как и в случае с мероприятиями по борьбе против курения, законодательство было приведено в соответствие с ожиданиями, но мониторинг и привлечение к ответственности остаются на низком уровне. В результате, объем потребляемого алкоголя в стране за последние 5 лет оставался примерно на одном уровне - 4.3 литра на душу населения в год. За последние 12 месяцев 50.6% мужчин и 72.4% женщин воздерживались от употребления алкоголя. Однако среднее потребление алкоголя среди пьющего населения составляет 13.6 литров чистого алкоголя в год для мужчин и 7.4 литров - для женщин. Краткий обзор оценки представлен в Таблице 3.

Таблица 3. Карта балльной оценки вмешательств по снижению злоупотребления алкоголем

Вмешательство	Базовая оценка (2012-13)	Целевой показатель к концу реализации программы «Ден Соолук» (2016г.)
Повышение налогов на алкогольную продукцию	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.	Не отмечено в программе «Ден соолук»
Ограничения и запреты на рекламу/ продвижение	Умеренное. Существуют стандарты, запрещающие распространение алкоголя в общественном транспорте, государственных учреждениях, детских учреждениях, учреждениях образования, спорта и культуры, в парках и на городских площадях, а также в местах, расположенных в радиусе 100 метров от них.	Не отмечено в программе «Ден соолук»
Ограничения наличия алкоголя в секторе розничной торговли	Умеренное. Существует запрет на продажу и распространение алкоголя в государственных и образовательных учреждениях. Однако практическое внедрение происходит медленно, как и влияние на отношение потребителей.	Не отмечено в программе «Ден соолук»
Регулирование минимального возраста, когда разрешено покупать алкоголь, и обеспечение соблюдения данных законодательных требований	Ограниченное. Ограничение продажи алкоголя лицам младше 18 лет не обеспечивается на практике.	Не отмечено в программе «Ден соолук»
Допустимый уровень алкоголя в крови для водителей	Умеренное. Максимальный уровень содержания алкоголя в крови (УАК) составляет 0.3 г/л; ноль - для профессиональных водителей. Не определены уровни для водителей-новичков.	Не отмечено в программе «Ден соолук»
Разработка межотраслевой политики	Ограниченное. Существуют стратегии и концепции, но они в основном ограничены мероприятиями медицинского характера. Органы межотраслевой работы неактивны, а сектор неправительственных организаций (НПО) не развит в этом отношении.	Не отмечено в программе «Ден соолук»

Правительство повысило налоги на отечественную алкогольную продукцию. Однако наличие большой доли нелегального или импортного алкоголя означает, что данный инструмент политики менее эффективен, чем мог бы быть. Акцизный налог на алкогольные напитки возрос: в период с 2012 по 2013гг. наблюдался его трехкратный рост.^с Однако данные налоги применяются только к отечественной продукции. В соответствии с данными Государственной налоговой службы, около 70% алкоголя в стране является нелегальным, поэтому сложно ожидать более решительных шагов в области повышения цен на алкоголь. В условиях крупномасштабной контрабанды алкогольной продукции возникают вопросы ведения более эффективной ценовой политики, как в целях обеспечения здоровья, так и в целях торгово-экономической политики. Кроме того, все серьезней становится проблема потребления алкогольных коктейлей подростками. На продукцию, привлекательную для молодых людей, отсутствуют специальные налоги; в 2012 году группа депутатов предпринимала попытки ввести подобное законодательство, но безуспешно.

В стране уже принято законодательство, соответствующим образом ограничивающее рекламу алкогольных напитков, но в силу недостаточного контроля его исполнения, оно, в целом, бездействует. Закон “О рекламной деятельности” 2006 года запрещает прямую и косвенную рекламу алкогольных напитков в общественных местах, налагает ограничения на длительность рекламы на телевидении и радио, а также запрещает оказание спонсорской поддержки мероприятий с использованием логотипов алкогольной продукции. За последние семь лет ситуация изменилась совсем незначительно. Алкогольные напитки продолжают рекламироваться в общественных местах и магазинах. Кроме того, за это не предусмотрено никакой ответственности.

Запрет на продажу алкоголя в общественных и образовательных учреждениях еще не оказал ощутимого воздействия на распространенность употребления алкоголя или изменение привычек населения. Запрет на подобную продажу включен в Европейский план действий по сокращению пагубного потребления алкоголя, уже зарекомендовав свою эффективность в области сокращения такого потребления. В Кыргызстане отсутствуют нормы, ограничивающие потребление алкоголя в общественных и образовательных учреждениях, но с 2006 года действуют правила запрета на продажу алкоголя в общественном транспорте, государственных учреждениях, детских учреждениях, учреждениях образования, здравоохранения, спорта и культуры, в парках и на городских площадях, а также в местах, расположенных в радиусе 100 метров от них. Но данные правила не всегда соблюдаются. Отсутствуют ограничения на продажу алкоголя в определенные часы или дни, также нет ограничений, направленных на снижение количества точек продажи. Более того, отсутствуют ограничения на продажу алкоголя лицам в состоянии алкогольного опьянения или наркотической интоксикации или на заправочных станциях.

В 2009 году был принят закон, запрещающий продажу алкоголя лицам младше 18 лет, но его соблюдение не обеспечивается. Местные органы власти, отдельные предприниматели и юридические лица, занимающиеся продажей алкогольной продукции, не несут ответственности за нарушение закона в силу отсутствия механизмов обеспечения его исполнения. Отмечается очень ограниченная активность гражданского общества в данном направлении. В настоящее время рассматриваются поправки в закон в целях наложения запрета на продажу алкогольной продукции лицам моложе 21 года.

Законодательство, устанавливающее максимально допустимый уровень алкоголя в крови (УАК) для водителей, еще не привело к улучшению статистики случаев вождения в нетрезвом состоянии. В Кыргызстане максимально допустимый УАК составляет 0.3 г/л, что соответствует рекомендациям Европейского плана на 2012–2020гг. (менее 0.5 г/л). Данное значение применяется к водителям автотранспортных средств, тестируемых на потребление алкоголя, а также к гражданам, поступившим в учреждения здравоохранения в состоянии алкогольной интоксикации для оказания им неотложной медицинской помощи. За последние годы наблюдается рост количества случаев вождения в состоянии интоксикации. В частности, примерно у 70% человек, проходящих освидетельствование в

^с Налоги на алкоголь в Указах Правительства обозначены только в абсолютных значениях для конкретных категорий напитков.

медицинских учреждениях на содержание алкоголя и злоупотребление наркотическими веществами, обнаруживается состояние интоксикации. Несмотря на проведение выборочной проверки уровней алкоголя водителей на дороге, они все же не несут систематического характера, а штрафы не всегда взимаются прозрачно.

Разработка межотраслевой политики профилактики злоупотребления алкоголем в Кыргызстане идет слабо. Большинство инициатив исходят от Министерства здравоохранения, которое имеет относительно небольшое влияние на вопросы разработок в рамках межотраслевых процессов. Фактически все действующие координационные органы были организованы на короткий период времени, основываясь на планах и действиях сугубо медицинского характера. Несмотря на широкое развитие элементов гражданского участия в некоторых других областях, таких как борьба против вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и связанного с ним употребления наркотиков, в области борьбы против алкоголя отсутствуют какие-либо выдающиеся или хорошо обеспеченные ресурсами НПО и другие организации гражданского общества.

Питание

Команда, проводящая оценку, не имела возможности провести полную оценку стратегий в области питания в Кыргызстане, поэтому представленные ниже результаты основываются на ограниченных наблюдениях. Профилактические мероприятия в области питания организованы слабо, а осведомленность населения о здоровом питании - низкая. Учреждения здравоохранения на уровне ПМСП предлагают минимальный набор услуг в области питания: оценка статуса питания, консультации об изменении рациона питания (в основном для пациентов с ССЗ или диабетом), лечение в случае нехватки питательных микроэлементов (йода, железа) у детей и беременных женщин. В настоящее время разрабатывается национальная межведомственная программа с участием Министерства здравоохранения в целях улучшения питания населения. Программа в основном нацелена на борьбу против неполноценного питания, дефицита питательных микроэлементов и обеспечение продовольственной безопасности.

2.2 Индивидуальные услуги

Впечатляющие реформы в системе здравоохранения, реализованные в Кыргызстане за последние 15 лет, внесли свой вклад в сокращение предотвратимой смертности (см. раздел 1). Однако в области эффективной диагностики и ведения основных ССЗ, таких как гипертония и диабет, все еще сохраняются значительные трудности. Уровни охвата основными индивидуальными услугами в области контроля ССЗ и диабета в обобщенном виде представлены в Таблице 4; более подробное описание услуг приводится ниже.

Стратификация рисков на уровне первичной медико-санитарной помощи

Пациентов с диагнозом «гипертоническая болезнь» обычно относят к категории риска ССЗ. Однако зачастую непонятно, как была определена категория риска. Пациентов с другими факторами риска ССЗ, отличными от гипертонии, обычно не включают в группу риска ССЗ. С 2001 года в Кыргызстане работает национальный клинический протокол по гипертонической болезни, который включает в себя руководство по оценке риска ССЗ. В 2008 году было разработано полное практическое клиническое руководство (КР) по ГБ, включающее в себя метод оценки риска ССЗ в соответствии с рекомендациями Европейского общества гипертонии. Пациентов с ГБ или диабетом обычно относятся к категории риска ССЗ на 10 лет. Однако, зачастую, индивидуальные факторы риска ССЗ не отражаются документально, их трудно найти в амбулаторной

медицинской карточке пациента, что усложняет проверку точности стратификации риска. В амбулаторных карточках пациентов, не страдающих гипертонией, диабетом или ССЗ, обычно не фиксируется информация об общих факторах риска ССЗ, таких как: статус курильщика, индекс массы тела, семейная история преждевременного возникновения ССЗ и повышенный уровень холестерина.

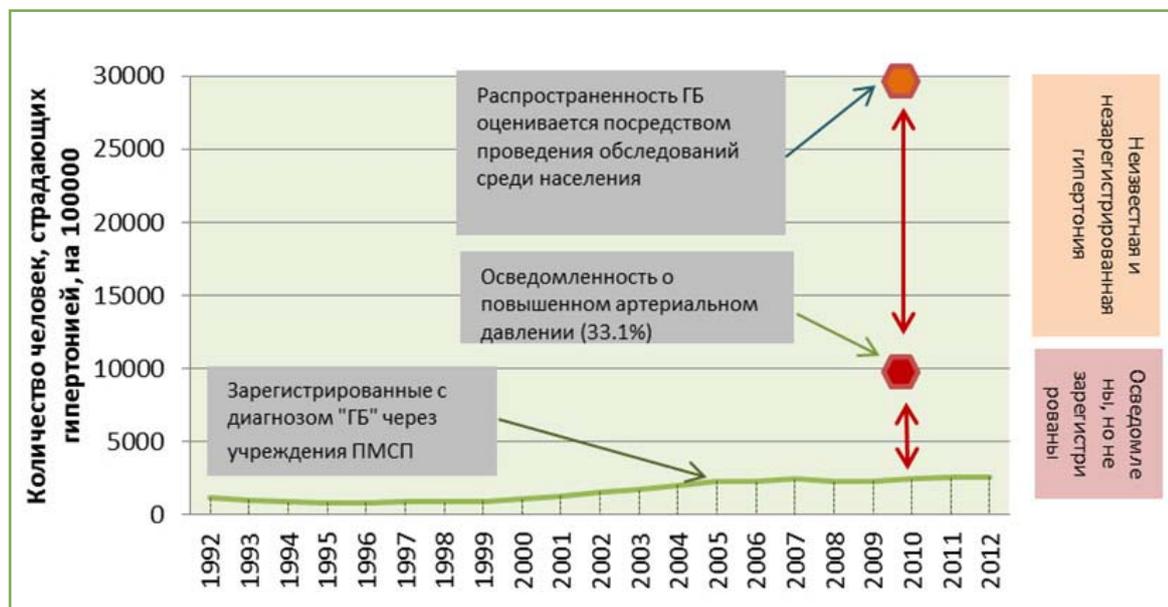
Таблица 4. Карта балльной оценки индивидуальных услуг при ССЗ и диабете

Вмешательство	Базовая оценка (2012–13гг.)	Целевой показатель к концу реализации программы «Ден Соолук» (2016г.)
Стратификация риска на уровне ПМСП	Умеренное. Пациенты с гипертонией обычно классифицируются по группам риска. Некоторые (но не все) факторы риска оформлены документально. Информация о статусе курильщика, семейная история и индекс массы тела обычно отсутствуют. Систематический метод расчета риска ССЗ на 10 лет не применяется. Отсутствует четкая связь между установленным риском ССЗ и решениями пациента в области контроля своего состояния.	Умерено. Повысить стратификацию риска среди пациентов с факторами риска ССЗ, кроме гипертонии. Внедрить изменения в Единую информационную систему в сфере здравоохранения (ЕИСЗ) для оптимизации документации и отслеживания факторов риска.
Эффективное выявление и ведение гипертонии	Ограниченное. Выявление и регистрация гипертонии на очень низком уровне. Медикаментозное лечение в основном соответствует руководствам. Низкие уровни постоянного использования антигипертензивных препаратов, отсутствие усилий в области решения вопросов дисциплины пациентов в ходе лечения.	Умеренное. Нацелено на повышение осведомленности о гипертонии посредством широких добровольных консультаций по вопросам здоровья и проведения недель борьбы против гипертонии с участием СКЗ. Достижение широкого охвата в течение 5 лет является нереалистичным.
Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска	Ограниченное. Врачи, назначающие препараты, не осведомлены о показателях необходимости первичной профилактики. Пациентам с высоким риском не выписываются статины. Всем без исключения пациентам-гипертоникам назначают ацетилсалициловую кислоту.	Умеренное. Нацелено на усиление внедрения существующих клинических руководств/клинических протоколов (КР/КП), которые включают в себя рекомендации по первичной профилактике. Расширение скрининга и консультаций в области прекращения табакокурения.
Эффективная вторичная профилактика после острого инфаркта миокарда (ОИМ), включая ацетилсалициловую кислоту	Ограниченное. После ОИМ происходит стандартное отслеживание долгосрочного применения ацетилсалициловой кислоты и бета-блокаторов. Только Национальный центр кардиологии и терапии (НЦКиТ) стандартно назначает статины при выписке (большинство районных больниц не знает о стандарте), и очень небольшое количество пациентов продолжает лечение статинами на уровне ПМСП.	Широкое. Расширение применения статинов после ОИМ.
Неотложная медицинская помощь и вторичный уход после ОИМ и инсульта	Ограниченное. Ограниченное наличие/использование услуг неотложной помощи при ОИМ. Некоторые основные услуги доступны на уровне районных больниц (ацетилсалициловая кислота, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), гепарин), но отмечается ограниченный доступ к тромболитикам. Подходы к контролю инсультов устарели, но только что завершилась разработка новых доказательных КР/КП в этой области.	Умеренное. Расширение применения тромболитиков на уровне районных больниц. Повышение осведомленности о симптомах и необходимости обращения за лечением среди населения, а также укрепление системы оказания скорой неотложной медицинской помощи.

Эффективное выявление и ведение случаев гипертонической болезни

Кыргызстан внедрил креативный подход в области улучшения проверки артериального давления в сельских сообществах. Тем не менее, диагностика гипертонической болезни остается на низком уровне, и только небольшой процент населения с диагнозом “гипертоническая болезнь” поддерживают целевые уровни артериального давления. На основании данных интегрированного обследования домашних хозяйств, проведенного в 2007 году, можно приблизительно предположить, что распространенность гипертонической болезни в Кыргызстане в 2007 году составила 30%.⁴ Однако только 33.1% лиц с высоким артериальным давлением знают о своем состоянии. Только 2.5% населения зарегистрированы в официальной статистике Республиканского медико-информационного центра как имеющие ГБ. На основании этих данных можно предположить, что выявляется и регистрируется менее 10% случаев. Это подтверждают данные, полученные в результате полевых выездов. Зарегистрированные случаи гипертонической болезни среди взрослого населения составили 1.0% в Центре семейной медицины (ЦСМ) в г. Бишкек и 2.4% в пригородном ЦСМ по сравнению с оцениваемой распространенностью заболевания среди населения равной 30%.

Рисунок 5. Распространенность и регистрация гипертонической болезни (ГБ)



Источник: Расчеты экспертов ВОЗ на основе неопубликованных данных интегрированного обследования домашних хозяйств в Кыргызстане за 2007г.⁵, а также данных Республиканского медико-информационного центра за 2013г.

За последние 8-10 лет **был предпринят ряд усилий в области улучшения выявления гипертонической болезни**, включая ежегодные скрининговые кампании подворового обхода, проводимые представителями сельских комитетов здоровья (СКЗ), циклы непрерывного повышения качества на уровне учреждений ПМСП, сфокусированные на гипертонической болезни, включающие стандартное измерение артериального давления у взрослого населения при каждом посещении поликлиники. Оперативное исследование, инициированное международными партнерами по развитию, предполагает, что эффект от данных мероприятий был, но, на удивление, общие уровни выявления остаются низкими.

Низкий уровень выявления существенно влияет на осведомленность пациентов о своем заболевании и приверженность лечению (Рисунок 6). Пациентам с диагнозом “гипертоническая болезнь” в основном назначают антигипертензивные препараты в соответствии с национальным руководством. Однако менее 20% этих пациентов принимают свои препараты на регулярной основе, и из них только 14% достигли

целевого уровня артериального давления.⁵ Эти показатели значительно различаются в зависимости от пола: осведомленность и приверженность лечению среди женщин в два раза выше, чем среди мужчин. Сфокусированные усилия в области повышения качества, координируемые Ассоциацией групп семейных врачей и семейных медсестер, повышают эффективность лечения, но данные инициативы получили реализацию в менее чем 40% учреждениях ПМСП, и устойчивость воздействия остается неоднозначной. (В Приложении 2 представлены более подробные цифры по осведомленности о ГБ и результатам лечения).

Рисунок 6. Ключевые индикаторы эффективного контроля ГБ в разбивке по полу



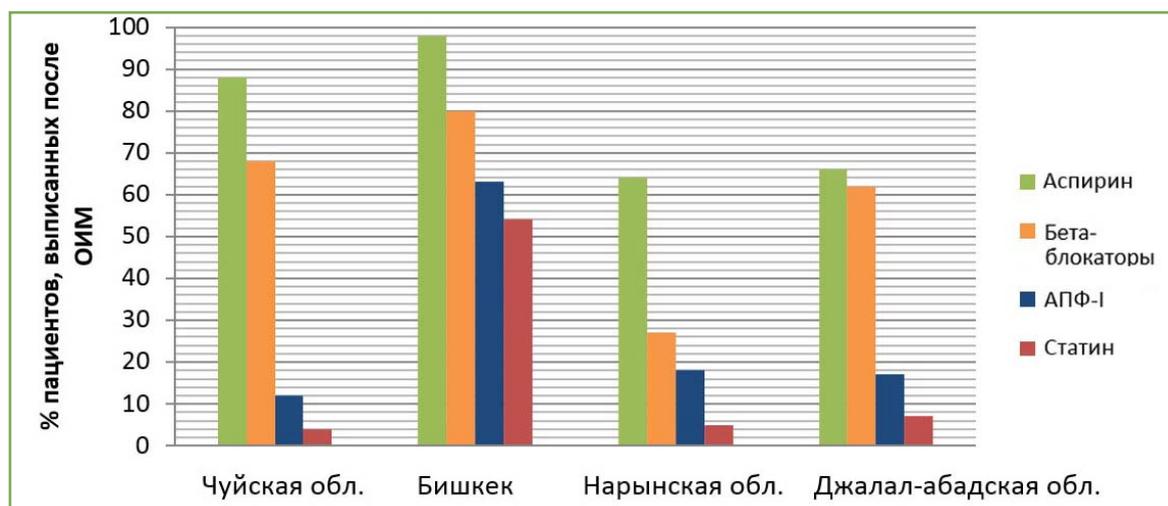
Источник: Расчеты экспертов ВОЗ на основании неопубликованных данных интегрированного обследования домашних хозяйств в Кыргызстане в 2007⁶ и 2010гг.⁶

Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска

Больные гипертонией с высоким риском ССЗ стандартно получают аспирин и консультации по изменению образа жизни, однако статины в качестве первичной профилактики назначаются редко. Так как только больные гипертонией проходят стандартную оценку на десятилетний риск ССЗ, то упускается возможность предоставления консультаций по первичной профилактике значительной доле пациентов, подверженных риску. В основном, все пациенты-гипертоники получают аспирин, несмотря на рекомендации национальных КР/КП назначать его больным из групп высокого или очень высокого риска ССЗ. Напротив, хотя национальные КР/КП и рекомендуют назначать статины в качестве первичной профилактики среди пациентов в группе очень высокого риска ССЗ, на практике это осуществляется редко: только пациенты с гиперлипидемией могут получать лечение по снижению уровня холестерина. Пациентам-гипертоникам предоставляются стандартные консультации по снижению потребления соли, физическим упражнениям и снижению веса, но последующие действия по оценке достигнутого прогресса пациентами ограничены. Отсутствует стандартный скрининг всех пациентов поликлиник на статус курильщика, а поставщики услуг ПМСП не обучены предоставлению консультаций по отказу от курения. Тем не менее, существуют новые доказательные клинические руководства по прекращению курения, а также недавно началось проведение обучения поставщиков ПМСП по месту работы в области скрининга на табакозависимость и предоставления консультаций.

Огромное большинство пациентов, перенесших ОИМ, проходят длительный курс лечения с применением аспирина и бета-блокаторов, но лишь немногим назначают статины. Как и в случае первичной профилактики, эффективные мероприятия по продвижению отказа от курения остаются ограниченными. В ходе проведения глубинного исследования в 2007 году было рассмотрено качество оказания услуг в области ССЗ в Кыргызстане.⁷ Присутствуют значительные региональные отличия в медицинской практике в отношении больных, перенесших ОИМ. Только 67% и 24% пациентам, перенесшим ОИМ, назначался аспирин и бета-блокаторы соответственно на момент выписки из больницы в Нарынской области. На Рисунке 7 видно, что статины в качестве вторичной профилактики назначаются редко, за исключением НЦКиТ в г. Бишкек. С момента проведения оперативного исследования в 2007 году было разработано несколько новых практических руководств по ССЗ, в том числе по ведению ОИМ. Однако в ходе пилотного проекта 2010 года, проведенного в целях решения вопросов качества амбулаторного лечения ССЗ в Нарынской области с использованием методологии повышения качества на уровне учреждения, было обнаружено, что с момента базовой оценки 2007 года не произошло почти никаких изменений в практике назначения лекарственных препаратов. Проект, который привел к заметным улучшениям, более подробно описывается в разделе 4: в течение одного года 87% перенесшим ОИМ назначали аспирин, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ и статины при выписке. Данный подход был включен в приоритетную программу по ССЗ Национальной стратегии здравоохранения для внедрения в масштабе всей страны.

Рисунок 7. Региональные различия назначений при выписке после ОИМ, 2007г.



Источник: Н. Акунов и др. 2007⁸

Отсутствуют данные о процентной доле населения, продолжающего принимать назначенные им препараты для вторичной профилактики через несколько месяцев после выписки из больницы. Оперативное исследование и визиты на места, проведенные в ходе исследования, показали, что большинство пациентов продолжает принимать аспирин и бета-блокаторы, но лишь немногие пациенты проходят длительную статинотерапию. Из интервью с кардиологом, который ведет пациентов, перенесших ОИМ, в ЦСМ г. Бишкек следует, что, несмотря на высокие расходы “из кармана”, большинство пациентов соглашались покупать препараты и придерживаться долгосрочной статинотерапии, если они понимают преимущества такого лечения и находятся под постоянным наблюдением.

Как и в случае с первичной профилактикой, недостаточно внимания уделяется поддержке больных для отказа от курения, даже после острых сердечнососудистых состояний.

За пределами Бишкека качество добольничного ухода за пациентами с подозрениями на ОИМ ограничено. Оснащенность машин «скорой помощи» недостаточная, а навыки работников скорой медицинской помощи - ограничены. Большинство пациентов, госпитализированных с ОИМ, получают аспирин, бета-блокаторы и гепарин, но присутствуют значительные отличия в содержании лечения в зависимости от региона, а тромболитическая терапия доступна только в г. Бишкек. Результаты проведенного оперативного исследования 2007 года и визитов на места, предпринятых в ходе миссии, указывают на значительные отличия в практике наблюдения за пациентами с подозрениями на ОИМ или подтвержденным диагнозом между г. Бишкек и регионами, как в плане догоспитальной, так и стационарной помощи. Несмотря на существование служб скорой помощи, за пределами г. Бишкек они обычно не соответствуют для предоставления пациентам с ОИМ необходимой медицинской помощи. Многие машины «скорой помощи» не оборудованы электрокардиографом (ЭКГ). В результате исследования 2007 года по качеству помощи при ССЗ было выявлено, что почти 90% пациентов с симптомами ОИМ в г. Бишкек проходят обследование на ЭКГ до поступления в больницу по сравнению с >40% в трех других регионах, охваченных исследованием за пределами г. Бишкек.⁸

В больницах нет полноценных отделений неотложной помощи, поэтому большинство пациентов в критическом состоянии поступают в отделение реанимации или палаты, где их состояние стабилизируется и осуществляется наблюдение за ними. Назначение аспирина, бета-блокаторов и гепарина в больницах высокое, а ингибиторов АПФ - низкое, редко используются морфин и тромболитики (стрептокиназа). В рамках инициативы в Нарынской области, о которой упоминалось выше, была успешно внедрена тромболитическая терапия в областной больнице и двух больницах районного уровня. Успех нововведения продемонстрировал, что при относительно низких уровнях инвестиций, медработники могут пройти обучение применению тромболитиков, а больницы могут закупать стрептокиназу, не выходя за рамки существующих бюджетных ограничений.



3. Барьеры системы здравоохранения и возможности расширения охвата основными вмешательствами и услугами по ССЗ

Кыргызстан является пионером реформ системы здравоохранения. Национальные программы реформирования сектора здравоохранения «Манас» и «Манас таалими» создали основу для хорошо функционирующей системы здравоохранения, при этом документально были зафиксированы преимущества – финансовая защита, доступ к медицинскому обслуживанию и эффективность. Приверженность Правительства реформированию системы здравоохранения подкрепляется ежегодным увеличением бюджета, позволяющим расширять охват услугами. Система единого плательщика вместе с Программой государственных гарантий, а также семейная медицина стали основой реформ.

Несмотря на успех, описанный более подробно в разделе 2, существует необходимость дальнейшего расширения охвата основными услугами на уровне населения и индивидуальными услугами, если мы хотим улучшить показатели по ССЗ. В частности, предполагается реализация направленных усилий на борьбу против табакокурения и расширение охвата основными индивидуальными услугами. В данном разделе рассматриваются пятнадцать важных характеристик системы здравоохранения, связанных с успешным повсеместным расширением охвата основными вмешательствами населения и индивидуальных услуг. При рассмотрении каждой характеристики мы сосредоточимся на достижениях и барьерах, а также постараемся увязать наблюдения с тенденциями по основным вмешательствам и услугам, представленным в разделе 2.

Таблица 5. Пятнадцать барьеров системы здравоохранения и возможностей для улучшения показателей по НИЗ

Политическая приверженность улучшению показателей по НИЗ	Четкие подходы к определению приоритетов	Межведомственное взаимодействие	Расширение прав и возможностей граждан
Эффективная модель предоставления услуг	Координация между поставщиками услуг	Регионализация	Системы стимулирования
Интеграция доказательств в клиническую практику	Распределение и состав кадровых ресурсов	Доступ к качественным лекарственным средствам	Эффективное управление
Соответствующие информационные системы	Управление переменами	Обеспечение доступа к помощи и финансовая защита	

Источник: Робертс и Стивенсон, 2014г. (ожидается)⁸

Команда, проводящая оценку, рассмотрела все пятнадцать характеристик системы здравоохранения и обсудила их воздействие на каждое из основных вмешательств и услуг. Каждая характеристика оценивалась по шкале от 1 до 4 со следующей интерпретацией.

1. **Незначительный барьер.** Данный барьер не мешает осуществлению основных вмешательств и предоставлению услуг или уже полностью преодолен.
2. **Умеренный барьер.** Данный барьер оказывает умеренное воздействие на осуществление основных вмешательств и предоставление основных услуг. В стране уже найдены способы его преодоления, или имеются для этого твердо намеченные планы.
3. **Серьезный барьер.** Данный барьер оказывает значительное негативное воздействие на предоставление основных вмешательств и услуг. В стране с трудом удастся найти правильные пути его преодоления, или выбранные пути не дали результата.
4. **Серьезный и устойчиво сохраняющийся барьер.** Это системная проблема, которая упорно сохраняется на повестке дня в области реформирования системы здравоохранения, и в стране не нашли долгосрочного и осуществимого решения, или много раз не удавалось его осуществить.

Было обнаружено, что в Кыргызстане явно присутствуют все пятнадцать барьеров системы здравоохранения. У трех из них имеется потенциал наибольшего воздействия на улучшение вмешательств на уровне населения: межведомственное взаимодействие; политическая приверженность улучшению показателей по НИЗ; четкие подходы к определению приоритетов с акцентом на общественное здравоохранение. Что касается индивидуальных услуг, то наиболее важные характеристики системы здравоохранения включают в себя решение кадровых вопросов, изменение стимулов и совершенствование управления в учреждениях. Эти шесть характеристик системы здравоохранения были определены в качестве основных барьеров на пути улучшения показателей по ССЗ.

Барьер 1. Политическая приверженность улучшению результатов по НИЗ

В Кыргызстане присутствует сильная политическая приверженность в области здоровья населения в целом. Тем не менее, политическая приверженность включена в группу наиболее серьезных барьеров на пути улучшения качества проведения мероприятий на уровне населения, особенно в борьбе против курения. Тема здравоохранения входит в ключевые стратегические документы и в повестку регулярных обсуждений между Премьер-министром, депутатами Парламента, Вице премьер-министром по социальному блоку, а также другими управлениями и подразделениями высокого уровня, представителями гражданского общества на самом высоком политическом уровне. В критически важные моменты Правительство предоставляло свою политическую поддержку в решении ключевых вопросов реформирования системы здравоохранения. Однако здравоохранение и политика здравоохранения в основном считаются зоной ответственности Министерства здравоохранения, а взаимоотношения между более высокими государственными уровнями и сектором здравоохранения часто носят контролирующий характер.

Политическая приверженность выражена в последовательных, комплексных программах реформирования сектора здравоохранения, утвержденных на самом высоком уровне Правительства. Кыргызстан в настоящее время реализует третью последовательную программу в секторе здравоохранения - "Ден соолук", рассчитанную на 2012-2016гг. Вместе с государственной Национальной стратегией устойчивого развития Кыргызской Республики (2013-2017гг.), данная программа нацелена на создание условий, необходимых для защиты и укрепления общественного здоровья, обеспечения равенства и доступа к качественным услугам здравоохранения. "Ден соолук" стала продолжением двух предыдущих успешных комплексных программ - "Манас" (1996-2005гг.) и "Манас таалими" (2006-2011гг.). В результате проведения оценки этих программ было установлено достижение значительного прогресса в обеспечении финансовой защиты населения, эффективности и доступности услуг.

Более того, политическая приверженность вопросам здоровья нашла практическое отражение в постоянно увеличивающемся государственном бюджете сектора здравоохранения. Финансирование сектора здравоохранения возросло с менее 9% от общих государственных расходов в 2006 году до почти 13% в 2012 году. Данное увеличение помогло сократить финансовое бремя пациентов, хотя платежи “из собственного кармана” все же остаются высокими, особенно за лекарственные препараты. Правительство взяло на себя обязательства поддерживать данный уровень финансирования до 2016 года.

Проблема ССЗ занимает особое место в повестке Министерства здравоохранения, формируя одну из четырех приоритетных программ в области здравоохранения в настоящей и предшествующих программах реформирования сектора здравоохранения. Приоритетные программы в области здравоохранения выступают движущей силой политики и действий по укреплению системы здравоохранения в существующей программе сектора и, поэтому, очень важны. Кроме того, с 2009 по 2013 гг. в Кыргызстане внедрялась Комплексная программа по контролю ССЗ. Она фокусировалась на повышении осведомленности населения о гипертонической болезни (знания, применение препаратов, эффективность лечения) и повышении качества лечения в учреждениях ПМСП и больницах. По причине жестких бюджетных ограничений многие из запланированных мероприятий остались без финансирования и, соответственно, не были реализованы в полном объеме.

Помимо ССЗ, в Кыргызстане также уделяется внимание комплексной профилактике и контролю НИЗ. Началась разработка комплексной программы по контролю НИЗ на следующие два года. Диабет 1 и 2 типов, а также болезни легких (особенно астма) также являются центром различных мероприятий и программ. Множество дискуссий было проведено по онкологическим заболеваниям и их возможному включению в качестве приоритета в существующую программу сектора здравоохранения, но было принято решение сначала продемонстрировать хороший прогресс в текущих четырех приоритетных областях здравоохранения, а затем включать в нее онкологические заболевания.

Основными направлениями, где обязательства Правительства не являются достаточно прочными, выступают борьба против курения, решение вопросов вредного воздействия алкоголя и улучшение питания. Как отмечалось ранее, соответствующее законодательство в этих областях уже существует, но его исполнение не обеспечивается. Для продолжения работы в области повышения табачных налогов и обеспечения исполнения законодательства о свободной от курения среде, использовании предупреждающих надписей и ограничениях реализации необходимы обязательства на уровне Правительства. Кроме того, вмешательства на уровне населения являются достаточно низким приоритетом; на них выделяется ограниченное финансирование из государственного бюджета. В настоящее время реализация мероприятий, относящихся к профилактике заболеваемости и укреплению здоровья, в большей степени зависит от наличия финансирования от международных доноров. Государственное финансирование и финансирование от доноров, предоставляемое через широко секторальный подход (SWAp), в основном направлены на индивидуальные услуги здравоохранения, а не на мероприятия среди населения. Большие суммы донорских средств выделяются на туберкулез и ВИЧ через Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, но не на НИЗ и связанные с ними факторы риска. Одним заметным исключением является проект “Действия сообществ по вопросам здоровья”, поддерживаемый Швейцарским бюро по сотрудничеству (ШБС).

Барьер 2. Четкие подходы к определению приоритетов

Четкие подходы к определению приоритетов уже существуют. К положительным результатам относятся прогрессивно увеличивающееся финансирование сектора

здравоохранения, наблюдаемое за последние семь лет, региональное выравнивание выделяемых финансовых средств с 2006 года, а также увеличение доли бюджетного финансирования, выделяемого на ПМСП. Основными недостатками текущих подходов к определению приоритетов являются отсутствие объективных критериев выбора между вмешательствами на уровне населения и индивидуальными услугами, в результате чего мероприятия на уровне населения страдают от серьезного недофинансирования. Таким образом, данный барьер попал в категорию серьезных и устойчиво сохраняющихся для вмешательств на уровне населения. Решение о распределении средств внутри сектора здравоохранения принимается в ходе подготовки программного бюджета на общереспубликанском уровне. Программный бюджет сектора здравоохранения охватывает пять программ, из которых две реализуются Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) (Программа государственных гарантий (ПГГ) и Дополнительная программа обязательного медицинского страхования (ДП ОМС)). Министерство здравоохранения реализует три программы (управление и администрирование, дорогостоящие и высокотехнологичные медицинские услуги, общественное здравоохранение). Распределение средств по пяти программам в большей степени основано на историческом прецеденте, а не на объективных критериях.

Процесс подготовки бюджета выглядит следующим образом: (1) Министерство финансов направляет бюджетный циркуляр во все министерства и ведомства, включая Министерство здравоохранения и ФОМС, вместе с инструкциями по подготовке бюджета, а также пороговыми значениями по затратам. (2) Министерство здравоохранения и ФОМС вместе со своими подведомственными организациями готовят бюджетные заявки и направляют их в Министерство финансов. (3) После бюджетных слушаний и утверждения всех параметров, запланированные расходы вносятся в проект республиканского бюджета. После утверждения проекта бюджета Правительством, он направляется в Парламент на одобрение.

Общественное здравоохранение - одна из пяти программ в программном бюджете сектора здравоохранения, но в ней отсутствует четкая связь с основными вмешательствами на уровне населения. Бюджет программы общественного здравоохранения нацелен на создание устойчивой службы общественного здравоохранения, основанной на интеграции программ профилактики заболеваний и укрепления здоровья, широком межотраслевом сотрудничестве, а также активном участии сообществ в охране и укреплении здоровья. В рамках программы общественного здравоохранения осуществляется финансирование следующих мероприятий: (i) повышение эффективности службы общественного здравоохранения с упором на мероприятия в рамках санитарно-эпидемиологической службы; (ii) дальнейшее развитие новых подходов к просветительской деятельности среди общественности, нацеленных на развитие модели «действия сообществ по вопросам здоровья» и расширение деятельности сельских комитетов здоровья; и (iii) усиление роли общественного здравоохранения посредством разработки технических положений, отвечающих международным стандартам.

Программа государственных гарантий и Дополнительная программа обязательного медицинского страхования являются двумя ключевыми бюджетными программами в сфере индивидуальных услуг. ПГГ предлагает населению минимальные социальные гарантии в объеме утвержденных сумм с использованием средств республиканского бюджета и взносов обязательного медицинского страхования. Данные средства распределяются среди учреждений здравоохранения с помощью механизма подушевого финансирования для ПМСП и за пролеченный случай - для больниц. Введение данных механизмов оплаты привело к значительному выравниванию средств по стране, особенно, когда процесс распределения бюджета был централизованным - от областного до общереспубликанского уровня в 2006г. Большой разрыв в финансировании остается ключевой проблемой реализации ПГГ, что является одной из причин существующей практики неформальных платежей со стороны пациентов, обратившихся за медицинской помощью. Все это подрывает процессы четкой расстановки приоритетов на основании четко сформулированных и прозрачных критериев.

Барьер 3. Межведомственное взаимодействие

Правительство все больше вовлекается в мобилизацию межотраслевых действий, но усилия, предпринятые до настоящего момента, являются неэффективными. В результате, в ходе оценки, было отмечено, что межведомственное взаимодействие является наиболее серьезным и устойчиво сохраняющимся барьером для вмешательств на уровне населения. Недавно в целях улучшения координации мероприятий в области общественного здравоохранения был образован Координационный совет по общественному здравоохранению при Правительстве Кыргызской Республики. Ожидается, что он будет оказывать поддержку в проведении ряда мероприятий, обозначенных в программе “Ден соолук” в области общественного здравоохранения, для которых требуется применение межведомственного подхода, в том числе усиление профилактики и контроля НИЗ.

Однако есть причины для скептицизма в силу того, что межведомственные планы действий, например, в борьбе против табакокурения, не получили еще эффективной реализации в Кыргызстане. Межотраслевой Координационный совет был образован для охраны здоровья граждан от пагубного воздействия табака. Однако решения, принимаемые Советом, носят рекомендательный и консультационный характер, а область ответственности его членов до сих пор не определена. В результате реализация межотраслевого плана действий не достигла значительного прогресса. Такая степень неэффективности удивляет, так как Совет состоит из высокопоставленных руководителей (Вице премьер-министра, заместителей Министров министерств и ведомств Кыргызской Республики).

К сожалению, работа межотраслевых органов по предотвращению вредного воздействия употребления алкоголя является еще более фрагментарной. Хотя можно отметить ряд положительных сдвигов в работе образовательных учреждений и органов местного самоуправления, а также в информационно-образовательной работе Министерства здравоохранения, все же действия в отношении алкоголя в большинстве случаев носят сугубо медицинский характер и, поэтому, остаются в рамках юрисдикции Министерства здравоохранения. Гражданское участие в борьбе против алкоголизма также должно стать более активным.

Министерство здравоохранения, от которого ожидается общее руководство межотраслевыми действиями в нескольких направлениях, имеет для этого ограниченные инструменты. Министерству здравоохранения необходимы весомый государственный мандат и поддержка для реализации совместных программ, совместной подготовки бюджета и проведения совместного мониторинга. В целом, в ходе двух первых национальных программ “Манас” и “Манас таалими” основное внимание уделялось решению проблем, относящихся к деятельности самой системы здравоохранения (изменение системы финансирования, повышение эффективности, обеспечение географической и финансовой доступности и т.д.). Однако опыт показывает, что показатели общественного здравоохранения не могут быть улучшены только усилиями системы здравоохранения. Важную роль в этом процессе также играют соответствующие министерства и ведомства, такие как Министерство образования, Министерство труда и социальной защиты, Министерство финансов, Министерство сельского хозяйства и водных ресурсов. Эти факторы были учтены в ходе разработки программы “Ден соолук”, и акцент был сделан на деятельность межотраслевого характера. Министерство здравоохранения намерено целенаправленно усиливать межотраслевое сотрудничество, в том числе разработать эффективный механизм сотрудничества, реализации и мониторинга совместных планов в целях решения приоритетных проблем здравоохранения.

Барьер 4. Расширение прав и возможностей граждан

Расширение прав и возможностей граждан было обозначено как умеренный барьер как для вмешательств на уровне населения, так и для индивидуальных услуг. В целом,

существует низкий уровень осведомленности и некоторое ошибочное представление о ряде вопросов здоровья, включая НИЗ. Интегрированное обследование домашних хозяйств в Кыргызской Республике^{6,7}, к примеру, показало, что только около 30% больных ГБ знали о своем состоянии. В ходе другой оценки⁹ ситуации с диабетом было отмечено, что многие просто “закрывают глаза на свое заболевание” и посещают учреждения здравоохранения только в случае, когда их состояние начинает проявлять себя в повседневной жизни. В планы предыдущей программы сектора здравоохранения - “Манас таалими” - входило привлечение СМИ в дело продвижения профилактики, но меры первичной профилактики НИЗ остались незамеченными. Некоторые мероприятия по повышению осведомленности общественности организуются только в ходе Всемирного дня борьбы с гипертонией и Всемирного дня борьбы с диабетом.

Одним из ключевых факторов, объясняющих низкий уровень осведомленности населения и профилактической помощи, является недостаточное внимание, уделяемое санитарному просвещению. Был предпринят ряд инициатив по повышению осведомленности пациентов, но они не были полностью реализованы по причине отсутствия механизмов устойчивого финансирования, низкого уровня приверженности среди врачей и плохого соблюдения режима лечения пациентами. Также велась работа по созданию групп самопомощи для пациентов, включая клубы гипертонии и школы диабета, но их посещаемость обычно находится на низком уровне, а работники здравоохранения имеют слабую мотивацию проводить подобные мероприятия в долгосрочной перспективе. На уровне ЦСМ существуют кабинеты укрепления здоровья, в задачи которых входит выполнение профилактических мероприятий и повышение осведомленности о вопросах здоровья. Однако эти кабинеты испытывают нехватку финансирования, и их работа до настоящего момента в основном сводилась к обучению и координации деятельности сельских комитетов здоровья. В результате, не произошло полной интеграции кабинетов укрепления здоровья в ПМСП. Врачи ГСВ несут ответственность за проведение просветительских и профилактических мероприятий, но их нагрузка продолжает оставаться чрезмерной. Роль медицинских сестер в просвещении населения по вопросам здоровья недостаточно развита. В итоге, пациенты плохо знакомы с необходимыми мерами в отношении своего заболевания, а также среди пациентов отсутствует общее понимание своих прав в рамках системы здравоохранения.

Пациенты обычно выполняют роль «пассажира» в лечении своего заболевания. Взаимоотношения “врач-пациент” чаще носят характер взаимоотношений «отец-ребенок». При этом, недостаточное внимание уделяется обучению пациентов и их вовлечению в процесс принятия решений в отношении своего лечения и предоставляемых услуг. Пациенты зачастую не имеют доступа к надежной информации о стандартах предоставляемых услуг и лечения, поэтому, они в основном вынуждены следовать рекомендациям врачей. Советы врачей обычно не принято подвергать сомнению. Организация услуг не ориентирована на пациента. Отсутствует система предварительной записи на прием, поэтому, залы ожидания поликлиник часто переполнены. Посещение врача, прохождение необходимых лабораторных и диагностических анализов, а затем возвращение с данной информацией обратно к врачу может занимать значительное время.

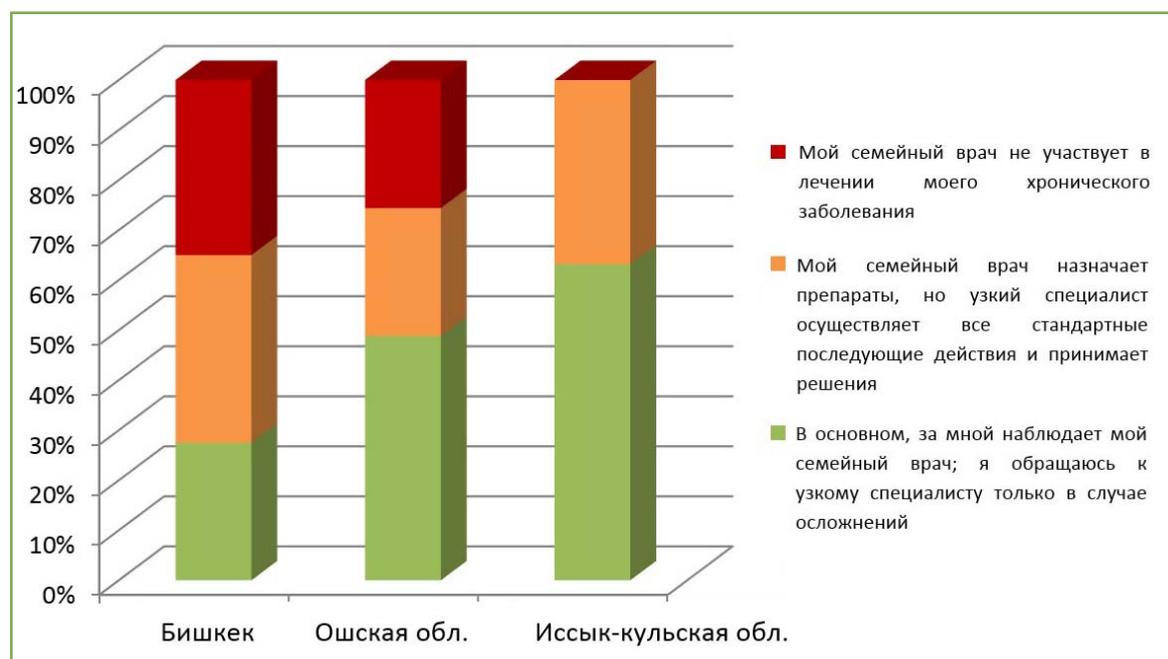
Барьер 5. Модель предоставления услуг

Модель предоставления услуг была в целом оценена как умеренный барьер (14 баллов из 20). Однако ее считают серьезным барьером в плане выявления и контроля гипертонии, а также контроля острых состояний ОИМ и инсульта. Кыргызстан далеко шагнул во внедрении семейной медицины и переходе от высокоспециализированной системы стационарного ухода к сильной системе первичной медико-санитарной помощи с использованием комплексного подхода. Произошли изменения в инфраструктуре, масштабные реформы финансирования здравоохранения, проведено масштабное переобучение поставщиков амбулаторных услуг, а также внедрены соответствующие законодательные изменения. На уровне амбулаторного учреждения произошел сдвиг

в сторону комплексного индивидуального или семейного принципа, координируемого одним поставщиком, что наиболее очевидно проявляется в регионах. С другой стороны, в г. Бишкек даже базовые услуги в области НИЗ продолжают оказываться узкими специалистами. Хотя, в принципе, именно поставщик услуг ПМСП, к которому приписан пациент, должен направлять его за получением специализированной помощи и на госпитализацию, на амбулаторном и стационарном уровнях распространено явление само-направления, что ведет к повышению затрат и подрывает принципы выполнения роли «привратника» поставщиками ПМСП.

Как в сельской, так и городской местности едва ли можно наблюдать последовательные и эффективные процессы оказания помощи пациентам в учреждениях ПМСП. В некоторых учреждениях имеются доврачебные кабинеты для проведения осмотра медицинскими сестрами, но от пациентов редко требуется пройти такое стандартное обследование, чтобы измерить основные физиологические параметры и ответить на общие вопросы о состоянии здоровья; многие пациенты сразу после регистратуры попадают на прием к терапевту. Возможно, это является самой большой упускаемой возможностью проверки на гипертонию, избыточный вес, злоупотребление курением среди пациентов без симптомов заболевания, включая молодых мужчин и мужчин среднего возраста, которые могут обращаться в поликлиники очень редко - только для прохождения обязательных медицинских осмотров для трудоустройства или оформления больничного листа. Многие задачи по проведению скрининга на ССЗ и предоставлению консультаций в ходе амбулаторного приема пациентов можно делегировать на уровень младшего медицинского персонала, предоставляя врачам возможность уделять больше времени выполнению более важных задач.

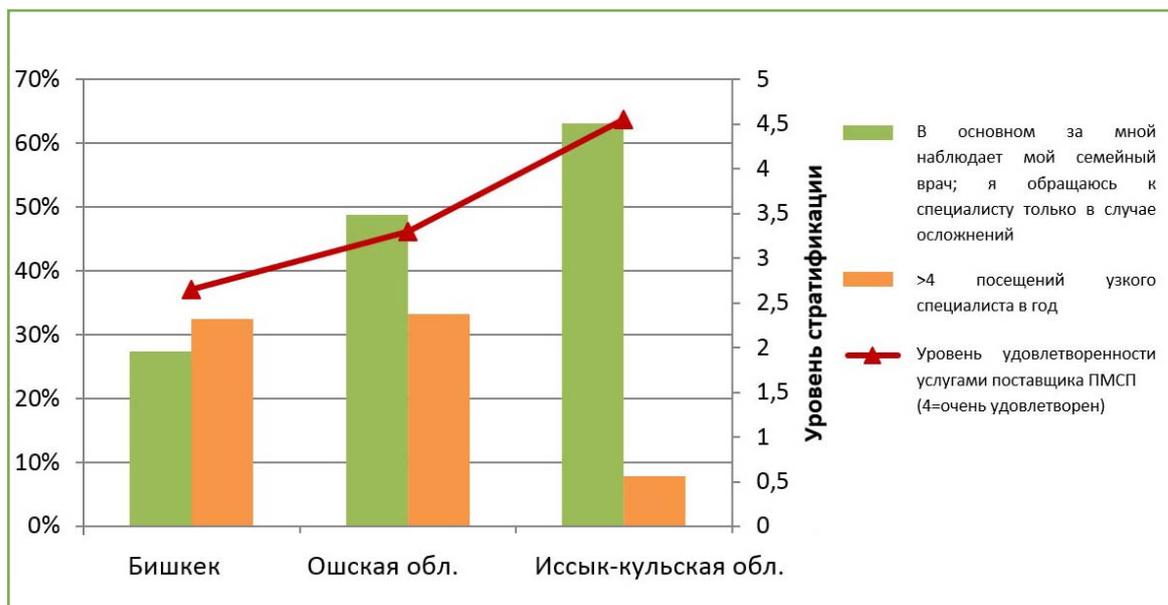
Рисунок 8. Региональные различия в профиле задач в отношении хронических состояний на уровне ПМСП



Источник: Мукеева, Абдраимова и Урманбетова, 2013 ¹⁰

В странах с сильной системой ПМСП, случаи гипертонической болезни почти всегда ведут врачи общей практики (врач общей практики, семейный врач или терапевт) или средний медицинский персонал; госпитализация в случае ГБ является редким явлением. В ходе оперативного исследования, проведенного в рамках данной миссии, выяснилось, что в случае сильной интеграции принципов семейной медицины, пациенты реже посещают узких специалистов, а степень их удовлетворенности качеством помощи – более высокая (Рисунки 8,9).

Рисунок 9. Образцы оказания медицинской помощи при ГБ и удовлетворенность пациентов



Источник: Мукуева, Абдраимова и Урманбетова, 2013¹¹

Даже в регионах, где принципы семейной медицины хорошо работают, больных с ГБ обычно направляют на прием к кардиологу для подтверждения диагноза, корректировки курса лечения и получения как минимум одной консультации в год. Кардиологи обычно находятся в ЦСМ, таким образом, поставщики ПМСП склонны считать наблюдение за пациентами с ССЗ ответственностью кардиологов. В условиях усугубления кадрового кризиса следует изучить альтернативные модели оказания услуг, например, разместить кардиологов при больницах, где они будут предоставлять консультации в специализированных амбулаторных отделениях при больницах. Поставщики среднего уровня (средний медицинский персонал) должны пройти обучение по выявлению, диагностике и ведению гипертоников с низким риском. Поставщики ПМСП (семейные врачи) должны самостоятельно вести большинство пациентов с гипертонией, направляя к кардиологу только тех больных, которые входят в группу высокого риска или имеют осложнения.

Стандартная «профилактическая» госпитализация все еще практикуется в отношении распространенных НИЗ, включая гипертонию и ишемическую болезнь сердца, особенно среди престарелых пациентов, которые привыкли к такой практике, установившейся еще до начала проведения реформ здравоохранения.

Во многих странах функционируют эффективные и действенные системы оказания неотложной медицинской помощи поставщиками среднего уровня, таким образом, факт отсутствия врачей среди работников скорой помощи не может считаться основным барьером. Однако плохо организованные системы диспетчерской связи, слабо подготовленные поставщики, нехватка основного оборудования и лекарственных препаратов, а также неадекватные коммуникации между принимающими больницами и бригадой скорой помощи представляют собой основные барьеры для оперативного реагирования на острые состояния ОИМ и инсульта, где время играет критически важную роль в клиническом исходе заболевания. За последние 8 лет было организовано множество обучающих мероприятий для повышения потенциала фельдшеров скорой помощи, однако оценка их воздействия еще не проводилась. За пределами Бишкека скорая помощь закреплена за районными и областными ЦСМ. Служба скорой помощи часто оказывает помощь на дому пациентам, не находящимся в состоянии, требующем неотложной помощи, вместо проведения стандартной стабилизации и транспортировки в больницы для тщательного обследования.

И последнее, отсутствие децентрализации тромболитической терапии ОИМ негативно влияет на клинические показатели. В случае отсутствия кардиологов, можно обучить терапевтов проводить тромболитическую терапию.

Барьер 6. Координация между поставщиками услуг

Координация не была оценена как один из наиболее серьезных барьеров для предоставления основных услуг (балл 12 из 20). Команда, проводившая оценку, пришла к заключению, что координация помощи между поставщиками ПМСП и узкими специалистами является сильной на амбулаторном уровне. Однако существуют возможности для совершенствования координации между амбулаторными и стационарными учреждениями. Так как семейные врачи и узкие специалисты находятся в ЦСМ и пользуются одними и теми же медицинскими карточками больных, координация на этом уровне обычно налажена. Иногда возникают проблемы координации оказания помощи после выписки из больницы, поскольку больничные выписки из истории болезни могут быть неполными или их могут вовремя не передать в учреждение ПМСП. Больничные выписки из истории болезни обычно написаны от руки (за исключением НЦКиТ) и зачастую их трудно прочесть.

Перевод пациентов из больницы одного уровня в больницу другого уровня (из района в область, из области в третичное учреждение) координируется плохо. Пациентов иногда отправляют на частных машинах без направления или телефонного звонка между направляющими и принимающими врачами; зачастую принимающий врач не указывается. Кроме того, отсутствует четкая система регионализации стационарных услуг для пациентов с ОИМ и инсультом.

Пробелы в координации услуг также иногда возникают между кампаниями по скринингу на ГБ, проводимыми СКЗ, и поставщиками ПМСП. Пациенты, у которых было обнаружено высокое артериальное давление в ходе скрининга, сами несут ответственность за обращение к своему привычному поставщику услуг; при этом отсутствует механизм отслеживания пациентов, не обратившихся за помощью самостоятельно.

По установленным нормам, врачи ГСВ обязаны регулярно посещать и курировать работу фельдшеров ФАПов, при необходимости оказывая им поддержку, но на практике из-за нехватки средств и отсутствия транспорта такие посещения почти невозможны. Если основную работу по ведению ССЗ предстоит передать на уровень поставщиков среднего уровня, то мониторинг и надзор с предоставлением поддержки со стороны врачей ГСВ будут особенно важны.

В заключение, координацию медицинского персонала внутри учреждения можно улучшить путем включения в стандартную медицинскую амбулаторную карточку больного записей, полученных в результате сестринского подворового обхода, а также результатов обследования пациентов при поступлении в медучреждение.

Барьер 7. Регионализация, экономия средств за счет масштаба и специализации

В Кыргызстане отсутствует формальная система регионализации помощи, оказываемой пациентам с ОИМ и инсультом. Существуют широкие различия в отношении наличия и качества услуг внутри регионов и между ними. Высокотехнологичные услуги оказываются только лишь небольшой доле населения, при этом отсутствует система рационализации таких услуг для обеспечения доступа к ним со стороны бедных и уязвимых групп. Доставить пациента в хорошо оборудованное региональное учреждение с более квалифицированными сотрудниками часто бывает проблематично из-за серьезных ограничений системы транспорта неотложной медицинской помощи (финансирование, оборудование, подготовленный персонал), а также по причине отсутствия четкой политики, регулирующей регионализацию оказания

помощи. Хотя во все разработанные за последние пять лет клинические руководства/клинические протоколы по ССЗ включены специфические критерии по госпитализации и направлению, формальная система регионализации оказания помощи пациентам с ОИМ и инсультом все же отсутствует. Правда существует некоторая степень неформальной регионализации мед. помощи в том смысле, что более обеспеченные пациенты часто минуют свои региональные больницы и приезжают за получением услуг в г. Бишкек или г. Ош, зная о разнице в качестве услуг. Наличие услуг в значительной степени отличается по регионам, особенно, между учреждениями в г. Бишкек и учреждениями на районном и областном уровнях.

Тромболитическая терапия при ОИМ предоставляется только в г. Бишкек, хотя ее достаточно просто проводить, она относительно недорогая и очень зависит от своевременности ее проведения (отсрочки оказания данной услуги понижают ее эффективность). Таким образом, клинические показатели можно улучшить за счет децентрализации тромболиза и проведения его на районном уровне. Коронарная ангиография со стентированием – высокотехнологичная и дорогая процедура, которая приемлема для центрального уровня, проводится только в г. Бишкек и г. Ош, охватывая только 3% всех пациентов с ОИМ. Для ангиографии и стентирования в государственном бюджете предусмотрено очень ограниченное финансирование.

Больных с инсультом из районных и областных больниц обычно не направляют на более высокие уровни, где более квалифицированный персонал мог бы оказать комплексную помощь (концепция так называемой «инсульт-группы»). Открытым остается вопрос наличия комплексных услуг в случае инсульта на уровне третичных учреждений в г. Бишкек. Данные о средне-и долгосрочных последствиях инсульта отсутствуют на всех уровнях предоставления медицинской помощи в Кыргызстане.

Барьер 8. Интеграция доказательств в клиническую практику

За последние шесть лет был достигнут значительный прогресс в интеграции доказательной медицины (ДМ) в клиническую практику. Это было названо незначительным барьером (общий балл 10 из 20) на пути оказания основных услуг. Кыргызстан является примером для всего региона в области интеграции доказательной медицины. Шаги, обусловившие такой успех, включали в себя: разработку национальной стратегии ДМ, организацию подразделения ДМ на национальном уровне; разработку и утверждение методологии и процесса разработки клинических руководств/клинических протоколов (КР/КП); четкое разграничение ролей и ответственности в области координации разработки и утверждения КР/КП; интеграцию обязательного обучения по ДМ в учебную программу медицинских образовательных учреждений. Министерство здравоохранения координирует календарь разработки КР/КП с целью определения приоритетных тем. Все разработчики КР/КП должны пройти обучение по ДМ и методологии разработки КР/КП, а отдел ДМ обеспечивает соблюдение принятой методологии в проектах руководств. Он также координирует внешнее рецензирование содержания руководств (обычно со стороны международных консультантов) до их утверждения. В настоящее время руководства разрабатываются с включением индикаторов реализации, которые могут применяться учреждениями здравоохранения при проведении внутренних аудиторских проверок (это способствует внедрению руководств), а также ФОМСом при проведении внешних аудитов обеспечения качества. Отдел ДМ также играет активную роль в пересмотре Перечня жизненно важных лекарственных средств (ПЖВЛС).

В целях продвижения выполнения новых рекомендаций для преподавателей медицинских ВУЗов проводятся конференции по внедрению новых КР/КП. На основе новых КР/КП происходит обновление и разработка программ повышения квалификации поставщиков ПМСП. И последнее, профессиональные ассоциации (АГСВиСМ и АБ КР) принимают участие

в координации циклов повышения качества посредством проведения аудитов на основе индикаторов из новых руководств.

Несмотря на такой очевидный успех, реализация клинических рекомендаций из новых КР/КП на уровне учреждения все еще далека от завершения по причине наличия следующих барьеров: отсутствие финансирования на печать и рассылку руководств (все размещено на Интернет ресурсах, но доступ к Интернету имеется только на уровне учреждений районного и областного уровней) и отсутствие приверженности у руководителей учреждений обеспечивать внедрение руководств через обучение на местах и мониторинг. Кроме того, навыки преподавателей медицинских ВУЗов в области ДМ все еще ограничены, а выпускники этих медицинских образовательных учреждений не обладают соответствующими навыками постоянного самообразования, не способны находить доказательные ответы на клинические вопросы, а также критически оценивать опубликованные исследования и рекламные материалы фармацевтических компаний.

Барьер 9. Доступ к качественным лекарственным препаратам

В целом, доступ к качественным лекарственным препаратам был причислен к категории серьезных барьеров (балл 13 из 20) и к категории серьезных и устойчиво сохраняющихся барьеров для ведения больных, относящихся к группе высокого риска, несмотря на наличие некоторых положительных сдвигов в разработке и реализации лекарственной политики. В 2000 году в г. Бишкек и Чуйской области был введен в действие первый перечень льготных лекарственных препаратов, возмещаемых на амбулаторном уровне (ДП ОМС по лекарственному обеспечению на амбулаторном уровне для застрахованных граждан), а в 2003 г. этот перечень внедрили по всей Республике. В настоящее время в перечень входит 75 наименований, идентифицированных по международному непатентованному названию (МНН), из которых 14 наименований предусмотрено для сердечнососудистых состояний, в основном, в соответствии с руководствами по данным состояниям:

- Ингибиторы АПФ: эналаприл и лизиноприл;
- Диуретики - гидрохлоротиазиды, фуросемид и верапамил;
- Антагонисты кальция - амлодипин и нифедипин;
- Бета-блокаторы - бисопролол и атенолол.

Статины в список возмещаемых препаратов не входят, что является признанной проблемой, поскольку это противоречит принятым руководствам по лечению пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Хотя введение Дополнительной программы ОМС по лекарственному обеспечению улучшило доступ к лекарственным препаратам, высокие платежи «из собственного кармана» за лекарства на амбулаторном уровне все еще остаются главной причиной катастрофических и приводящих к обеднению расходов. Это вызвано рядом факторов, включая ограниченное количество возмещаемых препаратов, низкий процент возмещаемой цены, недоиспользование средств ДП ОМС, назначение чрезмерного количества препаратов и повышенное потребление ненужных лекарств. Кроме того, в Кыргызстане цены на лекарства не регулируются; предполагается, что они регулируются рынком. Это приводит к высоким ценам на лекарства, на которые нет достаточного спроса, чтобы обусловить достаточную конкуренцию.

Что касается стационарного лечения, Программа государственных гарантий (ПГГ) предусматривает государственное финансирование на покрытие расходов, связанных с лекарствами, необходимыми в период пребывания пациента в больнице, а сам больной не должен платить больше, чем предусмотрено рамками сооплаты. Выплаты «из собственного кармана» пациентов за медикаменты в стационарах сократились с момента внедрения

системы единого плательщика, но все же продолжают существовать в силу целого ряда причин. Недофинансирование ПГГ выливается в недофинансирование лекарств в стационарных учреждениях. К примеру, пациенту может потребоваться препарат, которого нет в клиническом протоколе и который, следовательно, не закупается. Бывает, что того или иного лекарства просто не оказывается на складе, а имеющиеся в больнице медикаменты обладают более слабым клиническим действием.

В Кыргызстане широко распространено применение генериков. Лекарственный рынок в стране небольшой и традиционно основан на генериках. Врачи общей практики проходят обучение по назначению генериков. Традиция назначения генериков берет начало с реализации национальных программ реформирования сектора здравоохранения – «Манас» и «Манас таалими», а также государственной политики в сфере лекарственного обеспечения. Регулярный мониторинг реализации государственной лекарственной политики показал стабильный рост назначения генериков. Однако рабочая группа по государственной лекарственной политике недавно представила отчет, где было отмечено, что назначение генериков переживает спад в связи с агрессивным маркетингом производителей и дистрибьюторов определенных брэндов, а также слабым продвижением концепции использования препаратов-генериков в ходе повышения квалификации медиков.

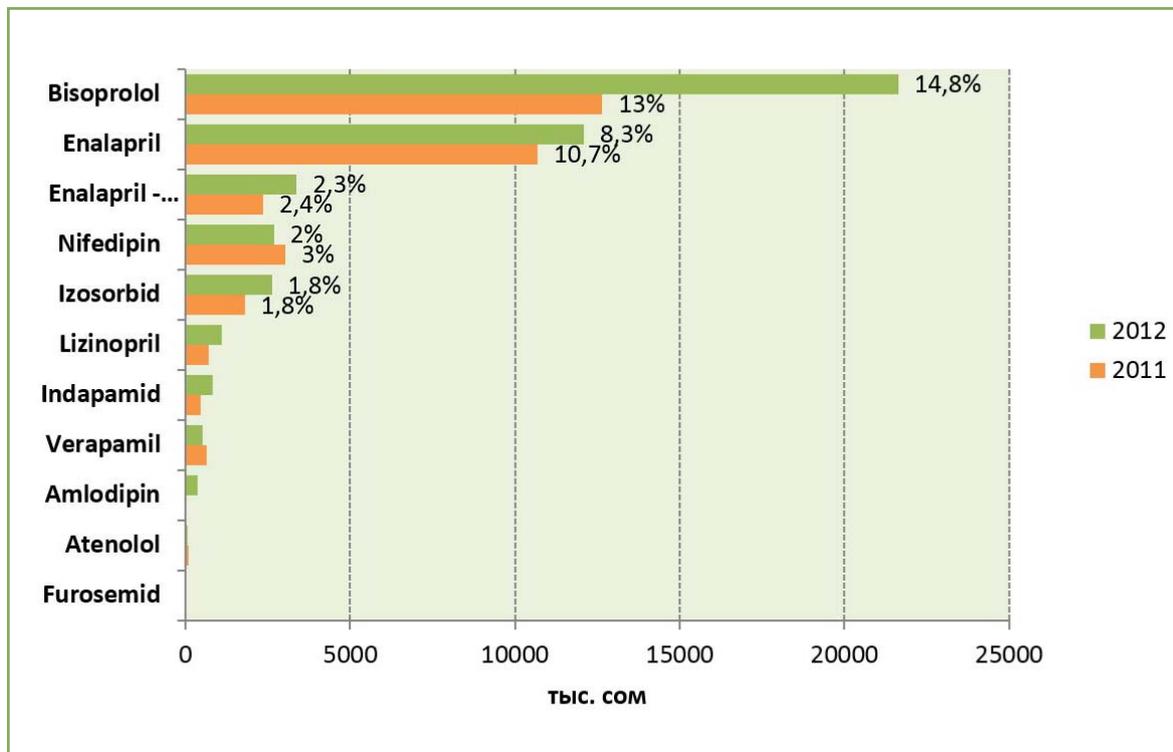
Кыргызстан считается лидером в области разработки лекарственных формуляров среди стран СНГ. Первый такой формуляр появился в 1996 году, но для улучшения практики назначения препаратов требуется предпринять дальнейшие шаги. Несмотря на регулярную актуализацию и рассылку в учреждения здравоохранения национального формуляра и ПЖВЛС, существует мало свидетельств их использования в практике назначений. Клинические руководства и протоколы не всегда соблюдаются, особенно в отношении пациентов из групп риска. Наблюдения, сделанные в ходе миссии, показали, что почти всем пациентам с гипертонической болезнью (ГБ) в качестве терапии первого ряда выписывается бисопролол вместе с ингибиторами АПФ и диуретиками. Бисопролол является препаратом, который чаще всего закупается государством для больных с ГБ и вторым по частоте назначений после эналаприла (см. Рисунки 10 и 11). Официальные рецептурные бланки применяются только для лекарств, включенных в ДП ОМС; все остальные рецепты выписываются от руки на простой бумаге без Ф.И.О. врача, пациента или названия заболевания, что делает анализ практики назначений невозможным. В рецептах в среднем фигурирует 6-7 наименований лекарств.

В обществе бытует мнение, что самый дешевый препарат-генерик не обладает эффективным клиническим действием. И это не только вопрос восприятия, этот вопрос был особенно выделен в ходе оценки ВОЗ, которая указала на проблемы качества лекарств-генериков из-за наличия некачественных препаратов. В стране отсутствует система фармакологического надзора для обработки жалоб в отношении низкой эффективности и плохого качества некоторых лекарств по причине отсутствия системы сбора информации от специалистов сектора здравоохранения. Это также может быть связано с ограниченными возможностями Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники (ДЛО и МТ) оценивать данные о биоэквивалентности генериков и устаревшими требованиями к регистрации просроченных препаратов. Настоятельно рекомендуется провести обучение сотрудников ДЛО и МТ в области оценки терапевтической эквивалентности генериков. В настоящее время ДЛО и МТ не может проводить внезапные проверки аптек в соответствии с распоряжением Антимонопольного комитета. Проект законодательства, который должен изменить данную ситуацию и устранить рынок нелегальных лекарственных препаратов, в настоящий момент находится на рассмотрении Парламента.

Все группы антигипертензивных препаратов, включая маркеры, имеются в наличии в аптеках, в том числе и в сельской местности. Статины есть только в крупных аптеках, принадлежащих оптовым компаниям. Существует множество аптечных пунктов, где работает врач или другой специалист здравоохранения, прошедший специальный

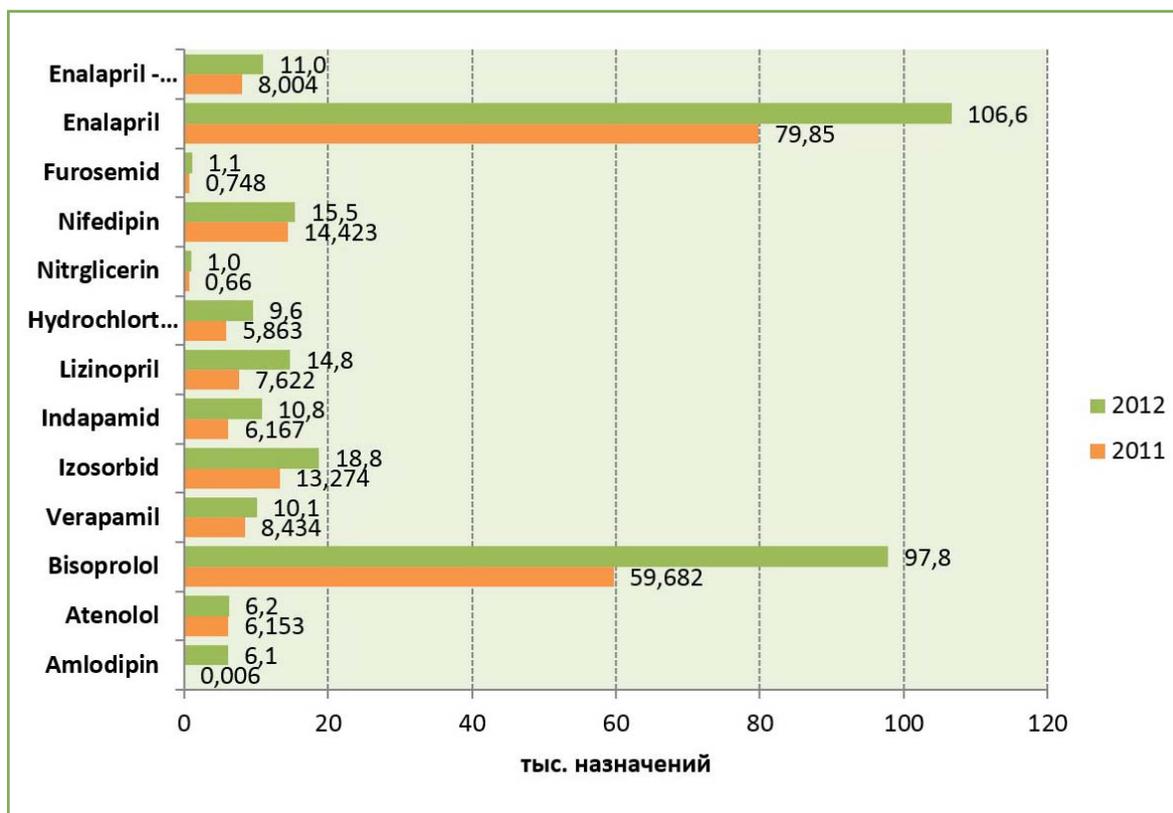
шестимесячный курс, дающий право на реализацию лекарственных средств, проводимый Кыргызской государственной медицинской академией. Это способствует расширению доступа к препаратам, но предположительно, ведет к возникновению конфликта интересов и чрезмерному количеству назначений.

Рисунок 10. Распределение возмещаемых средств за лекарственные препараты больным ГБ



Источник: ФОМС

Рисунок 11. Распределение назначенных препаратов при ГБ



Источник: ФОМС

Таблица 6. Сравнение средних медианных цен в Кыргызстане с данными Международного справочника оптовых цен

Препарат	Доза	Медианная цена за таблетку (ценовой индикатор, \$)	Медианная цена за таблетку (Кыргызстан, \$)	Показатель разницы
Эналаприл	5 мг	0.017	0.018	1.06
Аторвастатин	20 мг	0.0511	0.62	12.13
Симвастатин	20 мг	0.0306	0.37	12.09
Гидрохлоротиазид	25 мг	0.0132	0.083	6.29
Аспирин	100 мг	0.0043	0.069	16.05

Сравнение медианных цен в Кыргызстане с ценами из Международного справочника оптовых цен показывает, что ацетилсалициловая кислота (100 мг) и статины в Кыргызстане являются особенно дорогими, в 16 и 12 раз выше международных цен, соответственно (Таблица 6). Также, если судить по этим данным, статины и ацетилсалициловая кислота не потребляются в Кыргызстане в больших объемах, следовательно, слабая конкуренция не способствует снижению цены. Это может быть связано с тем, что врачи ГСВ не назначают статины на регулярной основе, несмотря на то, что они включены в протоколы для больных с высоким риском ССЗ. Здесь возникает замкнутый круг, когда врачи часто упоминают, что они не выписывают статины в силу их финансовой недоступности для пациентов. Другими словами, они назначают другие препараты, не включенные в клинические протоколы.

Из-за высоких цен, значительная часть средств населения уходит на лекарства, в особенности на статины: стоимость месячной нормы статинов эквивалентна минимальной заработной плате за 19-31 дней или средней – от 1.5 до 3 дней. Ценовая доступность лечения ряда хронических состояний была оценена по методологии, разработанной ВОЗ и организациями «Международные действия в области здравоохранения»¹¹ (Таблица 7). Медианную цену медикаментозного лечения в стандартном режиме сравнили с минимальной дневной заработной платой госслужащего, а именно 28 сом (примерно \$0.60). Лечение хронического заболевания, которое стоит больше однодневной зарплаты для покупки необходимого препарата на 30-дневный курс лечения, в целом, считается недоступным. По данным Национального статистического комитета (НСК) средняя дневная заработная плата в Кыргызстане в феврале 2013 года составила 346 сом (приблизительно \$ 7.2 в день).

Таблица 7. Доступность выборочных лекарственных препаратов для лечения НИЗ, 2013г.

Препарат	Доза	Количество дней работы за минимальную зарплату для покупки лекарства на месячный курс	Количество дней работы за среднюю зарплату для покупки лекарства на месячный курс
Эналаприл	5 мг	1.8	0.15
Аторвастатин	20 мг	31	2.58
Симвастатин	20 мг	18.5	1.5
Гидрохлоротиазид	25 мг	8.3	0.69
Ацетилсалициловая кислота	100 мг	3.45	0.28

Барьер 10. Стимулы

Существующая система стимулов на уровне ПМСП и стационарном уровне была описана как серьезный барьер (балл 16 из 20), требующий модернизации для обеспечения применения системы ко всем основным индивидуальным услугам.

Стимулы для первичной медико-санитарной помощи

Подушевая оплата в учреждениях ПМСП, поэтапно внедряемая с 1997 года, ознаменовала отход от исторически сложившегося постатейного бюджета и привела к выравниванию распределения средств для всего населения. Подушевая оплата основана на количестве приписанного (или расчетного приписанного) населения к поставщику медицинских услуг с использованием коэффициентов по возрасту, полу, отдаленности населенного пункта и т.д. Такой механизм оплаты стал верным шагом в условиях переходной экономики, так как позволил:

- Усилить автономию и повысить статус поставщиков ПМСП;
- Сдерживать расходы системы здравоохранения на системном уровне в то время, когда управленческий потенциал покупателей и поставщиков был еще слаб;
- Выделять средства в зависимости от распределения населения, а не по исторически сложившемуся порядку и в зависимости от вклада;
- Поэтапно развивать потенциал покупателя в направлении стратегической ориентации при принятии решений о закупках в целях улучшения здоровья.

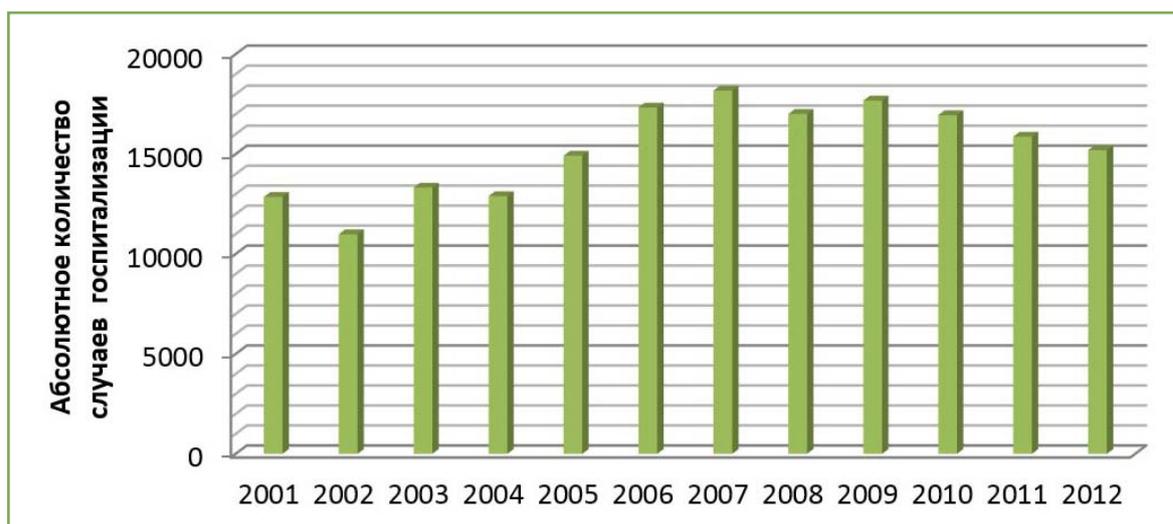
Однако Кыргызстан уже вступил в новую фазу, когда одной только подушевой оплаты уже недостаточно для достижения прогресса в улучшении показателей здоровья. Возможно пришло время внедрять смешанные механизмы оплаты. В ходе данной оценки был обнаружен в большей степени недостаточный охват основными вмешательствами по диагностике и ведению хронических состояний на уровне ПМСП. Финансовые стимулы, связанные с подушевой оплатой, больше не способствуют тому, чтобы поставщики активно выявляли и регистрировали заболевания, предоставляли консультации, обеспечивали проведение вторичной профилактики и ведение заболеваний. В процессе поиска решения для устранения недостатков подушевой оплаты, многие страны уже перешли к так называемым смешанным системам оплаты, совместив подушевую оплату на уровне ПМСП с оплатой за конкретную услугу по определенным состояниям или с оплатой за результаты (например, Эстония, Венгрия, Казахстан и Республика Молдова).

Кыргызстан уже имеет опыт работы со схемами оплаты по результатам на уровне ПМСП с использованием механизма выплаты бонусов при поддержке Проекта укрепления системы здравоохранения ГАВИ. Уроки, извлеченные в результате его оценки, могут пригодиться в разработке будущих программ. При поддержке проекта ГАВИ ФОМС разработал и протестировал механизм выплаты бонусов работникам ПМСП в Иссык-кульской и Чуйской областях на пилотной основе. Затем система была внедрена в Ошской области, после чего данное новшество отменили. В механизме использовался скудный набор индикаторов по беременности, детскому здоровью, гипертонической болезни и хроническим обструктивным заболеваниям легких. Оценка показала, что, несмотря на ряд положительных сторон данного механизма, выплаты были слишком малы для достижения значительных изменений в поведении медицинского персонала. Кроме того, сложные механизмы, применяемые для расчета бонусов, обострили вопросы прозрачности при формировании премиальных платежей. Тем не менее, в ходе оценки было подтверждено, что основным вопросом мотивации медицинского работника является финансовый вопрос, поскольку разрыв между выплачиваемой и ожидаемой заработной платой на уровне ПМСП продолжает расти. Таким образом, на данном этапе важно комплексно переосмыслить механизм оплаты труда на первичном уровне с целью улучшения выявления и ведения хронических заболеваний и сокращения оттока медицинских кадров.

С 1997 года в Кыргызстане постепенно внедрялась оплата за пролеченный случай. Это стало не только катализатором очень необходимой реструктуризации больниц, но также поспособствовало неуклонному увеличению случаев госпитализации, в том числе при состояниях, которые можно было бы пролечить на уровне ПМСП. Оплата за пролеченный случай постепенно переросла в широкоформатный подход клинико-затратных групп (КЗГ), включающий около 150 нозологий. Данный шаг, предпринятый в контексте последовательных реформ, позволил отойти от исторически сложившегося постатейного финансирования, считавшегося ключевым препятствием на пути упразднения дорогостоящих избыточных мощностей больниц. Это привело к заметным улучшениям за счет реализации ряда мер технической эффективности. Однако с 2002 года уровни госпитализации постепенно увеличивались, что также наблюдалось и в ряде других стран, применяющих финансирование по пролеченному случаю, без эффективных механизмов контроля объемов. ФОМС недавно предпринял попытки решить этот вопрос за счет внедрения ограничения объемов в контрактах между покупателем и поставщиком.

Уровни госпитализации по причине ГБ остаются высокими, несмотря на успех по их снижению, достигнутый на раннем этапе. Мониторинг системы единого плательщика на начальном этапе показал сокращение случаев госпитализации при состояниях, которые можно лечить на уровне ПМСП, таких как: астма, пневмония, гипертония и язва. Этому способствовал ряд факторов, включая инвестиции в семейную медицину, обучение семейных врачей, увеличение доли бюджета здравоохранения, направляемого на ПМСП, наличие и доступность лекарств, в том числе благодаря ДП ОМС, а также и то обстоятельство, что ПМСП оставалась бесплатной, в то время как на уровне стационаров была введена сооплата. Данные тенденции оказались неустойчивыми. Количество случаев госпитализации при ГБ увеличилось на 65% в период с 2002 по 2007гг. За этим последовал умеренный спад, равный 16%, в период между 2007 и 2012гг. (Рисунок 12). Согласно ФОМС, в 2012 году на случаи госпитализации при ГБ было израсходовано 57 миллионов сом.

Рисунок 12. Количество случаев госпитализации при ГБ



Источник: ФОМС

Существующий набор финансовых стимулов в сочетании с прочими факторами способствует чрезмерной госпитализации при ГБ.

- Финансовые стимулы на уровне ПМСП не способствуют ни раннему выявлению, ни постоянному наблюдению за хроническими состояниями на фоне прекращения действия механизма выплаты бонусов, который поддерживался проектом ГАВИ.

- Финансовые стимулы на стационарном уровне мотивируют госпитализацию. ФОМС еще не принял стратегических решений в отношении оплаты за пролеченный случай через сокращение выплат для больниц, демонстрирующих низкую экономическую эффективность своей деятельности.
- Из-за культурных факторов узкие специалисты и стационарное лечение получают большее предпочтение, нежели семейная медицина, особенно в городской местности.
- Многие пациенты считают лечение в больницах удобней, так как ПМСП плохо организована с точки зрения лечебного процесса (отсутствие системы предварительной записи на прием, отсутствие официальной очереди), в случае направления к амбулаторным специалистам требуется больше времени на ожидание, система лабораторной диагностики дезорганизована, обмен данными о больных отсутствует.
- Мониторинг отсутствует, а для больниц, которые принимают пациентов необоснованно, не предусмотрены серьезные последствия.

Стимулы для работы с населением и предоставления социальной помощи

Одной из важных инноваций системы здравоохранения Кыргызстана является программа «Действия сообществ по вопросам здоровья» (см. раздел 4). С 2011 года действуют механизмы финансовой поддержки одного работника в области укрепления здоровья в каждом районном ЦСМ для ведения работы с СКЗ района и обеспечения связи их работы с ГСВ и районным ЦСМ. Сотрудник по укреплению здоровья является штатным сотрудником ЦСМ и получает заработную плату, выплачиваемую из средств ФОМС.

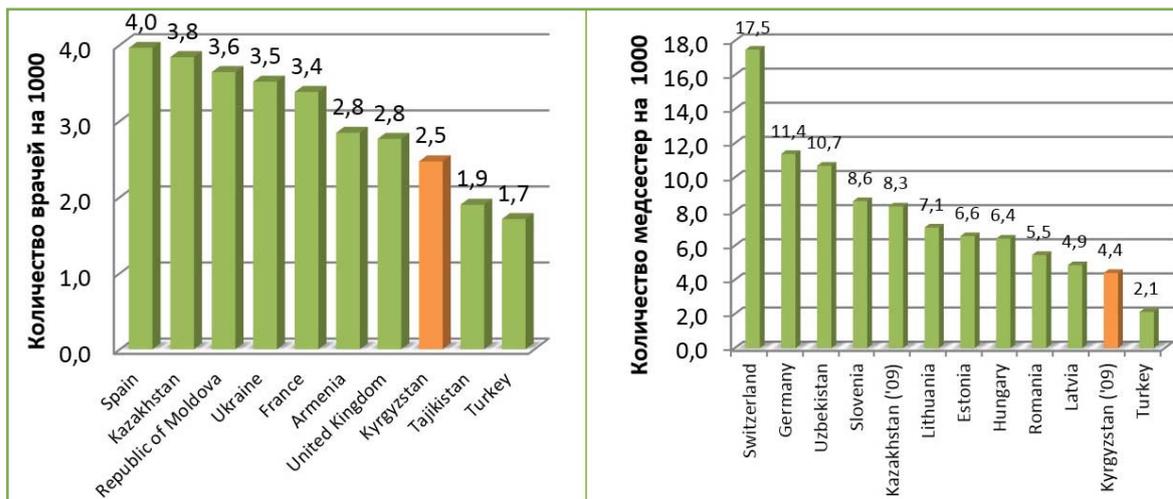
Стимулы для создания спроса

Недостаточное внимание уделяется стимулированию населения принимать более «здоровые» решения. Несмотря на санпросвет работу и консультации для пациентов по НИЗ, все же финансовые стимулы для создания спроса отсутствуют. Такие стимулы предусмотрены для индивидуальных услуг, например, структура сооплаты была разработана таким образом, чтобы препятствовать госпитализации без направления. Те, кто обращается за несрочной госпитализацией без письменного направления от ПМСП, должны вносить самую высокую сооплату. Однако нельзя сказать, что это эффективно сдерживает рост случаев госпитализации.

Барьер 11. Кадровые ресурсы

Несмотря на особое внимание, которое уделяется укреплению ПМСП в течение последних 10 лет, Кыргызстану грозит кадровый кризис на уровне ПМСП, особенно в сельской местности, из-за большого количества работающих специалистов пенсионного возраста и отсутствия их замены молодыми специалистами. Кадровые ресурсы были отмечены как самый серьезный барьер на пути предоставления основных индивидуальных услуг (балл 20 из 20). В стране были предприняты многочисленные попытки привлечь и удержать врачей в сельской местности, но они не имели длительного воздействия. Система медицинского образования реформируется с акцентом на первичную медико-санитарную помощь, но последние тенденции не свидетельствуют об увеличении числа выпускников медицинских образовательных учреждений, трудоустроившихся на уровне ПМСП. Дефицит кадровых ресурсов усугубляется низкой мотивацией персонала учреждений ПМСП и наличием компетенций, не отвечающих потребностям в области оказания услуг.

Рисунок 13. Плотность врачей и медицинских сестер на 1000 населения, различные страны, 2011г.*

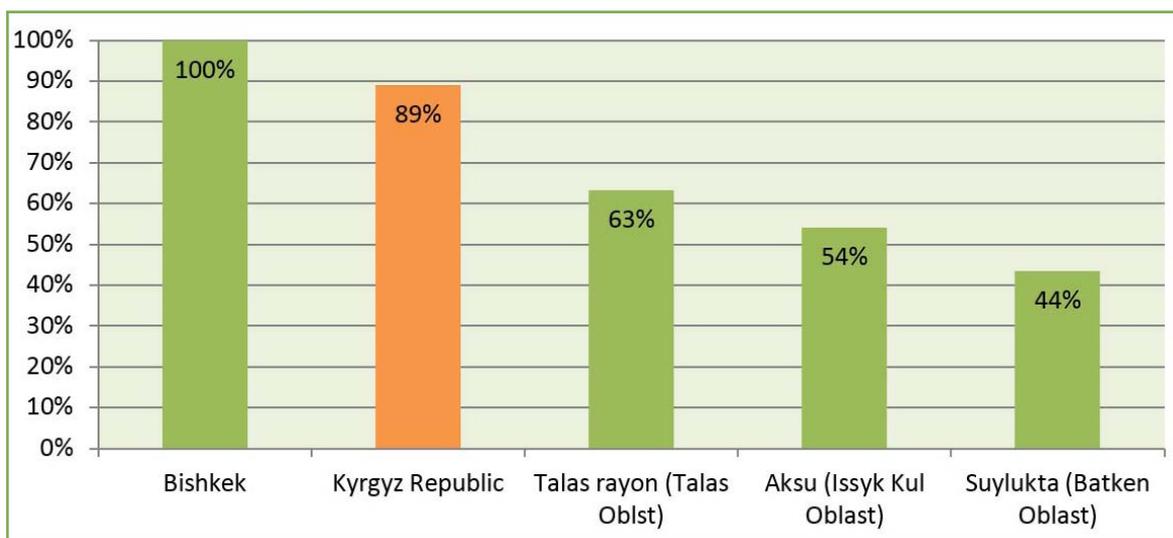


* Данные по Кыргызстану и Казахстану за 2009 г.

Источник: данные по Кыргызстану взяты из статистических данных Министерства здравоохранения; прочие данные получены из Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ от 24 июля 2013г.

По мнению группы, проводившей оценку, кадровые проблемы являются самым серьезным барьером системы здравоохранения для эффективного оказания услуг по НИЗ. В настоящий момент в Кыргызстане количество врачей составляет 2.5 на 1000 населения и медицинских сестер - 4.4 на 1000. Последние годы эти показатели являются относительно стабильными, но при этом являются одними из самых низких в странах Европейского региона ВОЗ. (Рисунок 13). При том, что 39% врачей работает на уровне ПМСП, только 17% из них являются семейными врачами, а другие 22% являются узкими специалистами. Уровни укомплектованности кадрами существенно разнятся – от 100% в г. Бишкек до 44% в Сулюктинском районе Баткенской области (Рисунок 14). Официальные данные искусственно раздуты, поскольку многие врачи совмещают несколько должностей при общем уровне 1.4 ставок на врача.

Рисунок 14. Региональные различия по занятым должностям в ГСВ



В группе семейных врачей должно быть минимум три врача, тем не менее, в 60 ГСВ страны врачи вообще отсутствуют, а в 198 ГСВ работает лишь один врач. При этом в некоторых ГСВ численность приписанного населения может достигать до 18 000 по сравнению с нагрузкой 1000 человек на одного врача в г. Бишкек (Рисунок 15). Укомплектованность сестринским персоналом по стране составляет почти 97% с небольшими отличиями между городской и сельской местностью. Большинство медицинских сестер работает только на одну ставку.

Рисунок 15. Распределение ГСВ по количеству врачей



Министерство здравоохранения реализовало ряд программ для восполнения дефицита медработников ПМСП в сельской местности, в том числе программа «Депозит молодого врача», подразумевающая внесение государством средств на сберегательный депозит врачей во время работы в сельской местности, договоренности с местными администрациями о предоставлении жилья выпускникам ординатур, обязательную интернатуру в регионах для всех выпускников медицинских образовательных учреждений. Правда ни одна из этих инициатив не помогла решить проблему. Государство может обязать только тех выпускников работать в государственных учреждениях здравоохранения, за обучение которых оно оплатило, они представляют собой менее 20% всех студентов медицинских образовательных учреждений. Подавляющее большинство выпускников ищут работу в г. Бишкек (57%) и республиканских медицинских учреждениях (32%). В сельских медучреждениях молодые специалисты встречаются редко.

Низкая заработная плата, сложные условия труда, а также наказательный стиль управления обуславливают низкую мотивацию среди работников здравоохранения.

Подавляющее большинство семейных врачей и узких специалистов (терапевты, педиатры или акушеры-гинекологи) прошли переобучение на семейных врачей в течение 4-х месячного учебного курса, носившего в основном дидактический характер. Эти поставщики не имели возможности накопить соответствующий опыт работы в системе здравоохранения до недавнего реформирования, и большинство из них не прошли достаточного обучения в области организации широкого спектра лечебно-профилактических услуг, которые должны предоставляться семейными врачами, включая скрининг на выявление НИЗ, а также их первичную и вторичную профилактику. Тем не менее, круг задач работников ПМСП постепенно расширяется благодаря ежегодной комплексной программе непрерывного медицинского образования, которая была реформирована в начале 2000г. и в настоящее время реализуется во всех регионах страны Кыргызским государственным медицинским институтом подготовки и переподготовки кадров. В результате регулярной разработки клинических протоколов данным специалистам предоставляются доказательные инструменты, но им не хватает клинической поддержки в плане применения новых навыков и практик.

ПМСП была приоритетом реформ здравоохранения в течение последних 15 лет, и реформы редко фокусировались на профессиональном развитии работников стационаров и узких специалистов. В результате специализированная помощь не отвечает нормам международной практики. Оценка медицинских карточек во время полевых визитов подтвердила, что узкие специалисты чаще, чем работники ПМСП, назначают большое количество препаратов, не имеющих доказанной эффективности. Оперативное

исследование выявило очевидные различия между г. Бишкек и регионами по ожиданиям пациентов и уверенности врачей при ведении НИЗ. За пределами столицы, где учреждения ПМСП сильнее, пациенты реже полагаются на узких специалистов и больше удовлетворены предоставленными им услугами.

Реформирование медицинского образования осуществляется с акцентом на подготовке врачей широкой специализации для уровня первичной медико-санитарной помощи. Планируется внедрить обязательную интернатуру по семейной медицине для всех выпускников. Однако реформы продвигаются медленно, и обеспечение подготовки такого большого количества интернов станет серьезной задачей в условиях ограниченности медицинских навыков выпускников медицинских образовательных учреждений и очень небольшого количества преподавателей по семейной медицине на базе поликлиник по всей стране. Аналогичные трудности возникают и при обучении медсестер. Медсестер и фельдшеров традиционно не обучают навыкам базовой клинической оценки состояния здоровья или ведения распространенных и неосложненных НИЗ. Эти навыки могут стать необходимыми при оказании помощи сельскому населению в условиях ожидаемого дефицита врачей ПМСП.

Барьер 12. Управление системой здравоохранения

Слабое управление учреждениями здравоохранения было отмечено как один из серьезных и устойчиво сохраняющихся барьеров (балл 16 из 20) и как один из трех барьеров, препятствующих расширению охвата индивидуальными услугами по ССЗ. Слабое управление в медицинских учреждениях связано с назначениями на должности без учета заслуг, нехваткой обучения, отсутствием измерения показателей деятельности и мониторинга.

Руководители медучреждений назначаются в порядке, установленном законодательством в области здравоохранения, а именно в соответствии с законами «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» и «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике». В настоящее время назначение на должности происходит без учета академических достижений, заслуг и качества работы. В целях совершенствования порядка назначения руководителей организаций здравоохранения, Министерство здравоохранения утвердило ряд Положений по конкурсному отбору руководителей лечебно-профилактических учреждений (май 2013г.) с указанием требований и критериев назначения руководителей.

Одно из требований заключается в том, чтобы руководители медучреждений проходили обучение менеджменту в здравоохранении. В рамках первой программы реформирования сектора здравоохранения «Манас» (1996–2005гг.) были предприняты усилия по организации учебных курсов для руководителей медучреждений. На начальном этапе подготовка менеджеров велась повсеместно, в будущем планировалось организовать расширенные академические курсы. По итогам Саммита здравоохранения, который прошел в сентябре 2007г., был сделан вывод о необходимости долгосрочного обучения менеджменту в здравоохранении. Для этого был составлен предварительный план, но инициатива так и остается нереализованной, поскольку возглавить ее некому, а средства на исполнение не заложены.

С 2008г. руководителей медучреждений перевели на контракт, для этого было принято Положение по выборам глав учреждений здравоохранения, определяющее их полномочия, ответственность, квалификационные требования, обязанности и основные права.

Существующие правила и инструкции не связаны с системой стимулирования, чтобы можно было повысить показатели деятельности учреждений, поскольку существующая система оплаты труда привязана исключительно к рабочей нагрузке, а не к показателям эффективности деятельности. **По этой причине лидерские качества у руководителей слабые, так как они уделяют больше внимания административным**

вопросам, нежели общим показателям деятельности учреждений и повышению качества услуг. Работа руководителей, связанная с использованием информации для внутреннего управления, остается слабой.

В регионах эти проблемы усугубляются нехваткой кадров, которая не позволяет направлять мероприятия на изменения результатов предоставления услуг.

Барьер 13. Слабые информационные системы

Были созданы элементы информационно-коммуникационной инфраструктуры медицинского назначения. Заложена основа для использования и расширения современных информационно-коммуникационных технологий в сфере оказания услуг здравоохранения. Тем не менее, до сих пор не завершено создание Единой информационной системы здравоохранения (ЕИСЗ). Эта характеристика системы здравоохранения считается умеренным препятствием для более качественного контроля НИЗ.

Существующая система главным образом основана на получении информации по электронной почте, но из-за отсутствия автоматизации и Интернет соединения в регионах, во многих учреждениях продолжают работать с бумажными документами, а медработники тратят много времени на заполнение форм. Существующие данные анализируются в целях планирования и разработки политики. Самое трудное – это обеспечение достоверности и действительности данных, а также их использование руководителями при разработке политики и стратегий в области медицинского обслуживания.

В стране только два учреждения занимаются сбором данных по ключевым показателям здравоохранения: Национальный статистический комитет (НСК) и Республиканский медико-информационный центр (РМИЦ). Их данные можно найти в публикациях или получить по запросу. Проводимые на регулярной основе обследования домашних хозяйств и пациентов позволяют получить информацию о некоторых факторах риска (курение, избыточный вес) и использовании медицинских услуг (доступ к услугам, финансовое положение и т.д.), которую нельзя получить из обычных источников.

Имеются возможности для расширения использования имеющихся данных, в частности, в целях проведения мониторинга влияния реформ и программ в секторе общественного здравоохранения.

Основные индикаторы ССЗ можно разбить по полу, но не по уровням доходов и национальности. Информация о смертности по стране фиксируется по единой стандартной форме, отвечающей требованиям ВОЗ, в которой не отражены ни данные о национальности, ни о социально-экономическом статусе умерших. Невозможно найти информацию о факторах риска, связанных с заболеванием, повлекшим смерть.

Стандартные статистические отчеты содержат данные об использовании услуг, а не о заболеваниях, поэтому сведения о потреблении услуг в учреждениях здравоохранения можно получить только по некоторым индикаторам в рамках 6 мониторируемых заболеваний.

В медучреждениях имеется система отчетности, но оценка качества данных не проводится. Не проводятся систематические исследования ЛПУ на оперативную готовность, не проверяется достоверность данных через проведение исследований и внешней оценки. Кроме того, не отлажена до конца система полного обмена информацией между медучреждениями различных уровней.

Начата работа по внедрению электронной версии амбулаторной медицинской карточки больного. Пилотный проект реализуется в трех учреждениях на различных уровнях. Разработано программное обеспечение для автоматизации медицинской, бухгалтерской и управленческой деятельности в учреждениях здравоохранения. Тем не менее, отсутствует типовая отчетность по таким параметрам, как рабочая нагрузка, возможное

количество пациентов, продолжительность приема у врача, а также время ожидания. В августе 2012 года Министерство здравоохранения утвердило обновленную типовую (бумажную) амбулаторную медицинскую карточку больного, включающую таблицу для отражения информации об артериальном давлении, индексе массы тела, курении, избыточном потреблении алкоголя. Это должно существенно улучшить документирование и отслеживание факторов риска ССЗ. Карточка также включает таблицу для отражения результатов скрининга на рак шейки матки и молочных желез. Были также утверждены отдельные таблицы для гипертонии, ишемической болезни сердца и диабета, что помогает поставщикам не забывать оценивать соответствующие факторы риска и проводить периодический скрининг на предмет выявления осложнений.

В стране используется множество специальных приложений для проведения анализа данных здравоохранения, но все еще не утверждены национальные стандарты, которые обеспечили бы взаимодействие с другими учетными системами и были совместимы с международными системами. Кроме того, отсутствуют информационные решения, которые бы позволяли пациентам принимать более активное участие в своем собственном лечении – знакомиться с историей болезни, иметь возможность общаться с врачами по электронной почте и при помощи других электронных средств связи.

Отсутствует система или нормативно-правовая основа защиты данных, необходимой при обмене медицинской и статистической информацией. Формализация таких инициатив в стране представляет собой насущный интерес. В стране существуют правовые основы для защиты личных данных, но внутри сектора отсутствует политика обеспечения безопасности, не обеспечивается соответствие принципам защиты данных с применением правовых санкций и других мер.

Барьер 14. Сопротивление переменам

Сопротивление переменам признано умеренным препятствием для большинства вмешательств и услуг и серьезным препятствием – для реализации политики по борьбе против табака. В Национальной стратегии развития системы здравоохранения «Ден соолук» на 2012-2016гг. четко сказано, что она сосредоточена на ССЗ как на одном из приоритетных направлений, и определяет ряд аспектов, нуждающихся в изменениях. Предлагаемая стратегия предполагает институциональное развитие системы здравоохранения при широком участии всех организационных структур через децентрализацию функций управления. Главные цели, задачи и мероприятия программы применяются ко всем уровням управления и должны выполняться всеми службами и медучреждениями без исключения.

Попытки усилить борьбу против табака часто сталкиваются с сопротивлением табачной промышленности, и Правительству пока не удается справиться с данным сопротивлением. Интересы табачных компаний зачастую преобладают над интересами политики здравоохранения. Как было отмечено в ходе последней оценки реализации РКБТ в Кыргызстане, в стране «нет норм защиты процессов разработки и реализации политики здравоохранения от влияния коммерческих интересов табачной промышленности».¹² Об этом свидетельствует участие табачных производителей в процессе внедрения предупреждений о последствиях курения на упаковках сигарет. Правительство Кыргызстана до сих пор не утвердило технический регламент для табачной продукции, потому что в его разработке принимают участие табачные компании, активно препятствующие нанесению иллюстрированных предупреждений на табачные изделия.

Другой пример указывает на нежелание повысить табачные налоги, которые в настоящее время являются самыми низкими во всем Европейском регионе ВОЗ. Табачная отрасль активно влияет на мнение официальных лиц Правительства о том, что повышение цен на табачные изделия неизбежно приведет к росту контрабанды из соседних стран и к снижению налоговых поступлений в бюджет. Таким образом, они противостоят

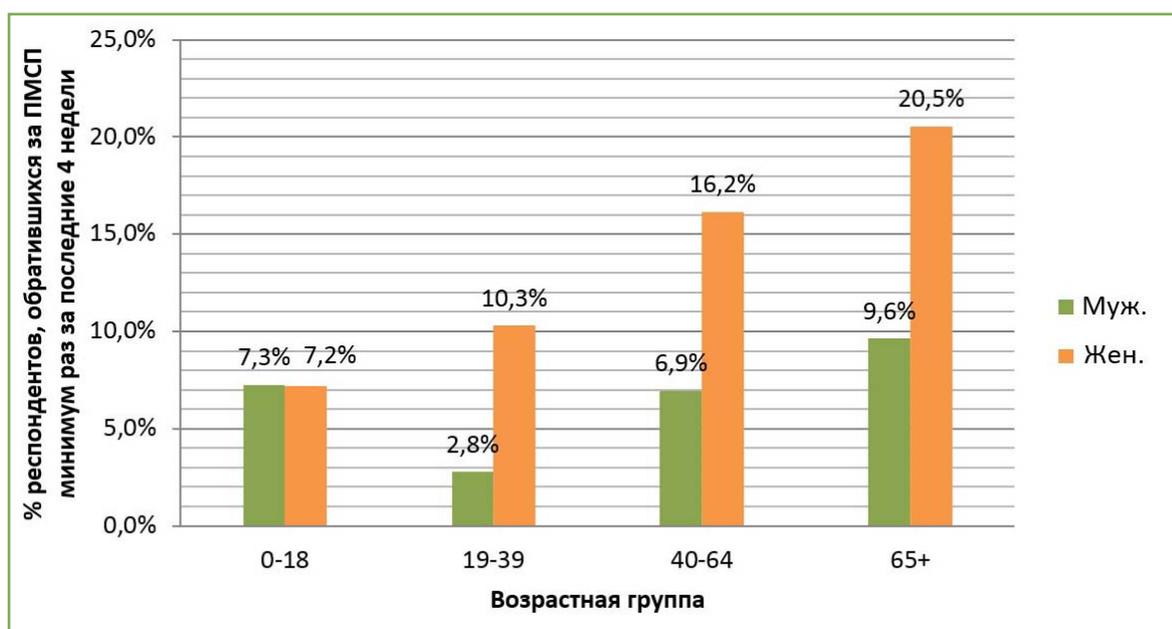
принятию более жестких ценовых и налоговых мер в отношении табачной продукции. Хотя, контрабанда табачных изделий уже давно перестала быть острой проблемой в Кыргызстане. К 2003 году объем контрабанды составил более 5% от общего количества потребляемых в стране табачных изделий. Следовательно, Правительству необходимо принять меры по реализации Конвенции без вмешательства табачной промышленности и обеспечить прозрачность взаимодействия с ней

Барьер 15. Доступ и финансовое бремя

За последние 10 лет существенно снизились физические и финансовые барьеры в доступе к медицинской помощи. Серьезного разрыва в использовании услуг между бедным и небедным населением нет. Доля респондентов обследования, нуждавшихся в медицинской помощи, но не обратившихся за ней из-за расстояния или стоимости, сократилось с 11.2% в 2000г. до 4.4% в 2009г. Аналогично, разрыв в использовании услуг между 20% самыми бедными и 20% самыми богатыми снизился за тот период как на первичном уровне, так и на уровне стационаров.¹⁴ Это связано с реформами по внедрению системы единого плательщика и Программы государственных гарантий. Несмотря на заметный прогресс в достижении более равного доступа к медицинской помощи, кадровый кризис в сельской местности, ощущаемый последние несколько лет, может негативно повлиять на эти достижения, в частности - на возможность расширять круг задач ПМСП, связанных с выявлением и ведением хронических состояний.

Тогда как социально-экономический статус не считается основным фактором использования услуг ПМСП, существует значительное гендерное неравенство, которое может объяснить некоторые разрывы, наблюдаемые в отношении показателей по смертности и гипертонической болезни. Если судить по данным обследования домашних хозяйств 2010г., на уровень ПМСП обращается в два раза больше женщин, чем мужчин в возрасте старше 18 лет. Разрыв в использовании услуг между мужчинами и женщинами в возрастной группе от 19 до 39 лет можно объяснить тем, что женщины в этой возрастной группе также обращаются за услугами, связанными с репродуктивным здоровьем и беременностью. Однако в возрастной группе старше 40 лет сохраняется более чем двукратный гендерный разрыв (Рисунок 16).

Рисунок 16. Гендерный разрыв в использовании услуг ПМСП



Источник: Расчет экспертов ВОЗ на основании неопубликованных данных Интегрированного обследования домашних хозяйств в Кыргызской Республике, 2007г.⁷ и 2010г.⁸

Несмотря на то, что в целом можно сказать, что доступ к медицинской помощи имеется, финансовое бремя для обращающихся за услугами остается высоким, в том числе для бедного населения, в основном по причине оплаты за лекарства «из собственного кармана». Средние затраты на здравоохранение обратившихся в медучреждения составили 30.8% от общих затрат домашнего хозяйства в квинтиле самых бедных и 21–23% в остальных четырех квинтилях. Распространенность катастрофических и приводящих к обеднению расходов на здравоохранение является значительной. ПМСП является бесплатной, а известные неформальные платежи – невелики. Выплаты «из кармана» пациентов в стационарах, состоящие из официальной сооплаты и неформальных платежей, остаются высокими. Несмотря на снижение неформальной оплаты за медикаменты, платежи медицинскому персоналу продолжают расти.

В целом, такая структура затрат является результатом процесса принятия клинических решений со стороны спроса и предложения. В частности, снижение высокого уровня необоснованных госпитализаций в связи с состояниями, которые можно лечить на уровне ПМСП, не только способствовало бы оптимизации оказываемой помощи и более эффективному использованию ресурсов, но также позволило бы сократить финансовое бремя пациентов. Точно также, стремление к рациональному использованию медикаментов и сокращению количества назначенных лекарственных препаратов на одного пациента положительно бы сказалось на уменьшении финансового бремени.



4. Инновации и передовой опыт

В Национальной программе реформы здравоохранения «Манас Таалими» было отмечено тяжелое бремя предотвратимой смертности от сердечнососудистых заболеваний. Была проделана немалая работа по совершенствованию выявления и ведения состояний, связанных с ССЗ, в частности, гипертонической болезни. Исследования, проводимые в период с 2006 по 2010 гг., помогли понять, что успех в данных направлениях зависел от двустороннего подхода: мобилизации сообществ для повышения осведомленности, обращаемости за помощью и приверженности лечению; повышения стандартов оказания помощи для более качественного выявления и ведения этих состояний.

Инновации, представленные в данном разделе, являются отражением такого подхода. Программа «Действия сообществ по вопросам здоровья» (ДСВЗ) была направлена на повышение осведомленности населения. В рамках данной программы был разработан новый подход к контролю гипертонической болезни. Программа системы непрерывного повышения качества была направлена на повышение стандартов оказания помощи и обеспечение соответствующего контроля факторов риска ССЗ на уровне ПМСП, а также лечения ОИМ на стационарном уровне. Эти инициативы подробно описаны ниже. Такой двусторонний подход сохраняет свою актуальность и сегодня, а описанные ниже инновации следует расширять для достижения большего охвата населения.

Действия сообществ по вопросам здоровья

Программа «Действия сообществ по вопросам здоровья» (ДСВЗ) считается главным механизмом долгосрочной мобилизации сообществ и укрепления здоровья населения в Кыргызстане. Цель такой модели заключается в привлечении сообществ к определению приоритетных проблем здоровья через проведение совместного анализа, а также к разработке действий для их разрешения. Программа ДСВЗ расширяет возможности местных сообществ в разрешении своих первоочередных проблем здоровья и продвигает идею повсеместного создания сельских комитетов здоровья (СКЗ), состоящих из обученных волонтеров. Главными партнерами в этом процессе являются Министерство здравоохранения, учреждения ПМСП и служба укрепления здоровья.

Программа была впервые запущена в качестве пилота в 2002г. в Жумгальском районе Нарынской области при поддержке ШБС. Она также известна как «Жумгальская модель». В настоящее время программа ДСВЗ расширилась и реализуется почти во всех регионах страны. В 1254 селах было создано 1312 СКЗ. Программа охватывает 2.7 миллионов человек в сельской местности, или 96% сел в целевых регионах и более 60% сел по всему Кыргызстану.

Главный компонент модели ДСВЗ – это СКЗ, которые с помощью специалистов кабинетов укрепления здоровья ЦСМ реализуют различные стратегии укрепления здоровья под названием «Действия для здоровья». Медицинские сотрудники в селах также участвуют в реализации мероприятий «Действия для здоровья», обеспечивая интеграцию мероприятий в области укрепления здоровья на уровне ПМСП. Республиканский центр укрепления здоровья (РЦУЗ) разработал стратегии укрепления здоровья при содействии международных партнеров.

Гипертоническая болезнь, болезни сердца и инвалидность вследствие инсульта стали главными вопросами, обозначенными сообществами в качестве приоритетов в самом начале. Однако определение оптимальной роли СКЗ в этих направлениях

было связано с определенными испытаниями и ошибками. На первой фазе (2006г.) программа ДСВЗ совместно с СКЗ инициировала практическое исследование, в рамках которого СКЗ измерили артериальное давление с помощью автоматической манжеты у более 140 000 взрослого населения. Подворовые обходы и обычное измерение артериального давления сами по себе уже способствовали повышению осведомленности среди населения. Это также помогло начать разработку стратегии по ГБ для сектора здравоохранения. Исследование выявило, что распространенность гипертонии среди взрослого населения составляет более 40%. Хотя выборка населения для исследования не была репрезентативной, такая цифра все равно вызвала тревогу и послужила толчком к планированию репрезентативного национального исследования в 2007 году.

На второй фазе программа ДСВЗ начала деятельность в расширенном формате, при котором СКЗ получили ряд заданий, среди которых отмечается скрининг, повышение информированности о лекарствах-генериках, обеспечение соблюдения требований, контроль и запись показателей давления. Однако подход «все в одном» оказался неудачным и слишком сложным. С одной стороны, людям не нравилось встречаться в группах, и комитеты больше времени тратили на то, чтобы собрать всех вместе, чем на проведение самой встречи. С другой стороны, регулярный подворовой обход оказался слишком трудоемким занятием для такого широко распространенного заболевания, как гипертоническая болезнь.

На третьей фазе был применен более целевой подход. Поскольку скрининг стал сильной стороной СКЗ, и в разрабатываемой Национальной стратегии по ГБ была достигнута договоренность с другими партнерами о том, что СКЗ будут фокусироваться на повышении осведомленности населения о гипертонии посредством проведения скрининга; остальные партнеры должны были сосредоточиться на повышении качества оказания помощи при ГБ и ее осложнениях на первичном и вторичном уровнях.

Чтобы сфокусировать усилия СКЗ и привлечь внимание населения, было решено проводить скрининг в рамках недели борьбы против гипертонической болезни. В рамках проекта был создан минутный видеоролик об опасности гипертонии, в конце которого объявляется о проведении недели борьбы против ГБ. Кроме этого, в местных и республиканских газетах публикуются материалы о планируемых мероприятиях в ходе данной недели. В течение недели у людей появилось множество возможностей измерить свое артериальное давление. В городах медработники ПМСП измеряли давление в местах большого скопления людей, а также в специально отведенных местах в своих учреждениях для всех обратившихся.

Каждый СКЗ получил полуавтоматический плечевой прибор для измерения артериального давления. Волонтеров СКЗ научили, как правильно измерять давление, записывать показания и направлять людей с высоким артериальным давлением в ближайшее учреждение ПМСП. Таким людям дают лист, в котором указаны результаты измерений, а также содержится краткая важная информация о гипертонической болезни. На завершающем этапе недели борьбы против гипертонической болезни скрининг прошли 12% взрослого населения (Таблица 8).

Таблица 8. Результаты скрининга в рамках недели борьбы против гипертонической болезни

	2011	2012
Количество обследованных	311 342	403 717
Количество человек, у которых был обнаружен высокий уровень артериального давления	13 182	22 077

Система непрерывного повышения качества

Методика системы непрерывного повышения качества (СНПК) впервые была внедрена в 2001 году в отобранных учреждениях ПМСП на базе Факультета семейной медицины Кыргызского государственного медицинского института подготовки и переподготовки кадров (КГМИПиПК). Она включает основные принципы ориентированного на пациента медобслуживания, анализ систем и процессов, командные усилия, а также принятие решений на основании данных. Учреждениям была оказана поддержка в сборе данных посредством аудитов медицинских карточек, обхода медучреждений, опросов по удовлетворенности пациентов, а затем – в разработке планов действий на основе анализа полученных результатов. В 2005 году ответственность за координацию СНПК на уровне ПМСП была передана АГСВиСМ с акцентом на использование подходов СНПК для поддержки внедрения новых клинических протоколов. Каждый год выбиралась одна тема, и с использованием структурированного подхода разрабатывались индикаторы и инструменты мониторинга (Вставка 1). Темы варьировались от гипертонической болезни в 2006г. и затем в 2009 г., до астмы – в 2007г. и дородового наблюдения – в 2008г.

Вставка 1. Подход СНПК

1. Выбрать темы на основании национальных приоритетов в области здравоохранения и утвержденных доказательных руководств.
2. Определить в утвержденных руководствах стандарты оказания помощи.
3. Использовать фокусные группы для проведения картирования системы и определения пробелов в качестве.
4. Разработать индикаторы и инструменты качества:
 - контрольный перечень критически важных ресурсов;
 - инструмент сбора данных для аудита медицинских карточек;
 - опрос по удовлетворенности пациентов;
 - контрольный перечень навыков (по мере необходимости).
5. Провести обучение по стандартам и процессу СНПК.

Вставка 2. Индикаторы СНПК по гипертонической болезни, 2006г.

1. Процент взрослого населения старше 18 лет, обратившихся в медучреждение, кому измерили артериальное давление.
2. Процент медицинских работников, применяющих соответствующие методы измерения артериального давления.
3. Процент медучреждений, имеющих базовый набор оборудования для скрининга и наблюдения за больными ГБ.
4. Процент медицинских карточек больного, в которых отмечены соответствующие факторы риска ССЗ.
5. Процент больных ГБ, кому предоставили консультации по проведению мероприятий немедицинского характера (изменение образа жизни) в целях понижения артериального давления.
6. Процент пациентов, кому были назначены соответствующие препараты первого ряда (в соответствии с существующим клиническим протоколом).

В 2006 году при поддержке Агентства международного развития США (USAID) и Швейцарского бюро по сотрудничеству/Швейцарского Красного Креста методика СНПК по ГБ была внедрена в 386 учреждениях ПМСП с использованием

индикаторов, перечисленных во Вставке 2. По четырем циклам системы повышения качества наблюдались значительные улучшения. На Рисунке 17 показано влияние измерения давления с внесением показателей в медицинские карточки до и после применения методики СНПК в течение года. На Рисунке 18 показаны изменения в количестве зарегистрированных больных ГБ, количестве вызовов «скорой помощи», связанных с ГБ, а также в количестве случаев госпитализации при гипертоническом кризе, свидетельствующие о положительном влиянии СНПК на диагностику и ведение гипертонической болезни.

Рисунок 17. Систолическое и диастолическое давление, зарегистрированное медучреждениями до и после применения методики системы непрерывного повышения качества (СНПК) в течение года

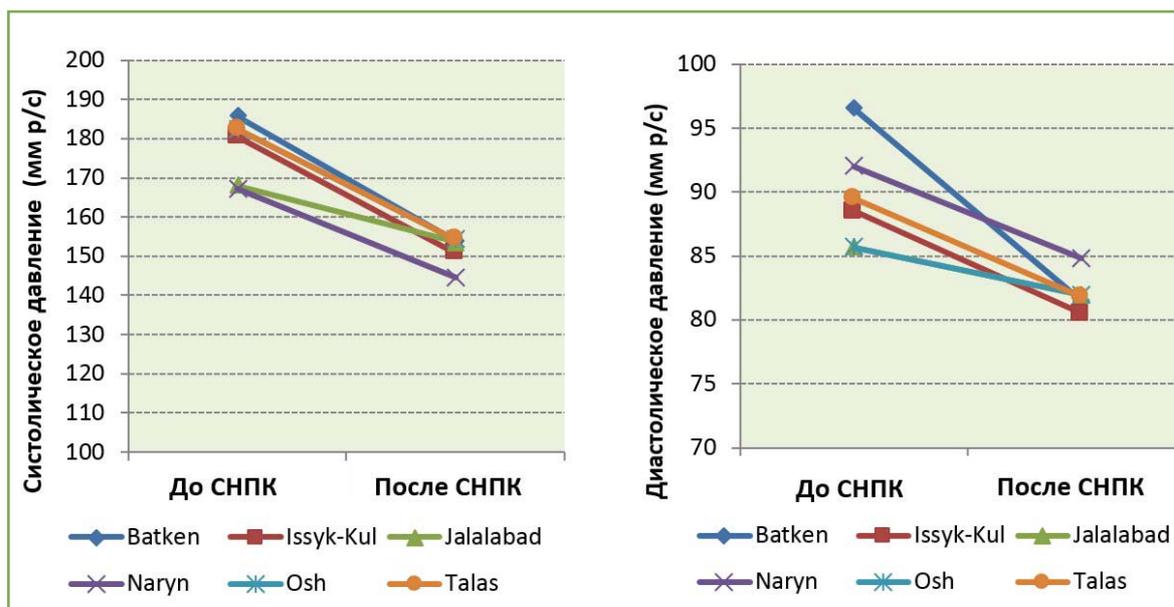
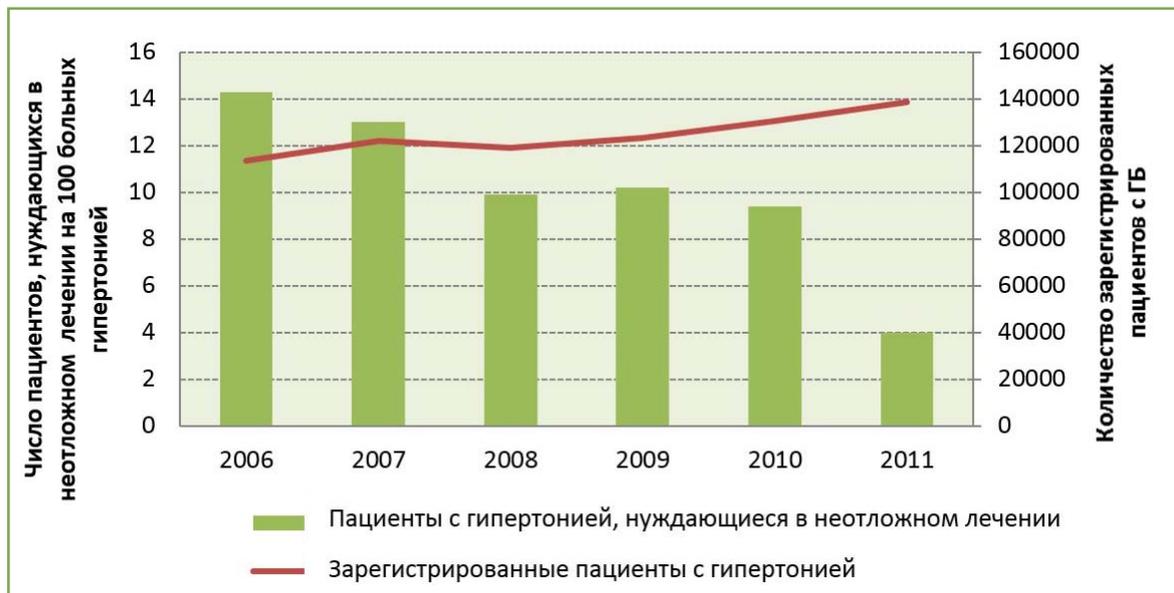


Рисунок 18. Регистрация пациентов с ГБ и лечение неотложных состояний



Позднее методы системы непрерывного повышения качества использовались для повышения качества стационарного ведения пациентов с острым коронарным синдромом и внедрения тромболитической терапии при ОИМ в областных и районных больницах. Работая во всех больницах Нарына, где проведенное в 2007 году оперативное исследование указало на значительные пробелы в качестве ведения ОИМ,⁷ USAID оказал поддержку

Ассоциации больниц Кыргызской Республики (АБ КР) в разработке индикаторов качества (Вставка 3) и инструментов для проведения внутренних аудитов с использованием процессов, схожих с описанным выше процессом СНПК на уровне ПМСП.

Вставка 3. Индикаторы СНПК для ОИМ

1. Процент учреждений, располагающих следующими критически необходимыми ресурсами на момент проведения аудита:
 - стрептокиназа;
 - КР/КП по ОИМ, острому коронарному синдрому и гипертонической болезни;
 - дефибриллятор в отделении интенсивной терапии;
 - прикроватный кардиомонитор в отделении интенсивной терапии.
2. Процент врачей, обслуживающих пациентов с ОИМ, которые могут правильно интерпретировать изменения электрокардиограммы при ОИМ.
3. Процент врачей, которые могут правильно снять кардиограмму.
4. Процент врачей, которые могут провести дефибрилляцию.
5. Процент пациентов с ОИМ, получающих тромболитическую терапию в течение 12 часов с момента возникновения характерной боли.
6. Процент пациентов с ОИМ, получающих ацетилсалициловую кислоту, бета-блокатор и гепарин в течение часа после поступления (в разбивке).
7. Процент пациентов с ОИМ, кому назначены ингибиторы АПФ в течение первых 24 часов.
8. Процент пациентов с ОИМ, получивших лечение статинами до выписки.
9. Процент пациентов с ОИМ, кому назначены ацетилсалициловая кислота, бета-блокатор, ингибитор АПФ и статин при выписке.
10. Процент пациентов с ОИМ, чей пульс и артериальное давление отслеживаются по клиническим руководствам.

Стандарты обслуживания были взяты непосредственно из недавно утвержденных КР/КР по острому коронарному синдрому и ОИМ, разработанных НЦКиТ. Разработчики руководств тесно работали с АБ КР над расстановкой индикаторов по приоритетности, составлением контрольных перечней по оценке навыков, выбором тестовых данных ЭКГ для оценки навыков интерпретации, а также проводили базовый мониторинг. Врачи, принимавшие активное участие в наблюдении за пациентами с ОИМ в каждом медучреждении, прошли обучение по новым КР/КР и ознакомились с результатами базового мониторинга. Затем им была оказана поддержка при проведении проблемного анализа низких показателей и составлении планов улучшений. АБ КР ежеквартально проводила посещения каждого учреждения, чтобы помочь работникам провести внутренние аудиты и составить планы дальнейших улучшений на основе результатов. Ключевым мероприятием стала организация 3-х недельной клинической практики на базе НЦКиТ по повышению квалификации врачей в проведении тромболитической терапии (по два врача от каждого учреждения).

Первоначально планировалось внедрить тромболитическую терапию только в двух из пяти учреждений Нарынской области (объединенной областной больнице и районной больнице). Однако интерес к этому также проявила вторая районная больница, в итоге успешно внедрившая тромболитическую терапию. Каждое из учреждений закупило стрептокиназу в рамках существующих бюджетов. Репрезентативные результаты представлены на Рисунках 19 и 20. Заметные улучшения наблюдались по всем показателям – ресурсам, навыкам медработников, охвату услугами, благодаря чему Минздрав включил распространение данной модели на остальные области в Национальную стратегию здравоохранения на 2012-2016гг.

Рисунок 19. Основные ресурсы по ССЗ в Нарынской области, 2011-2012гг.

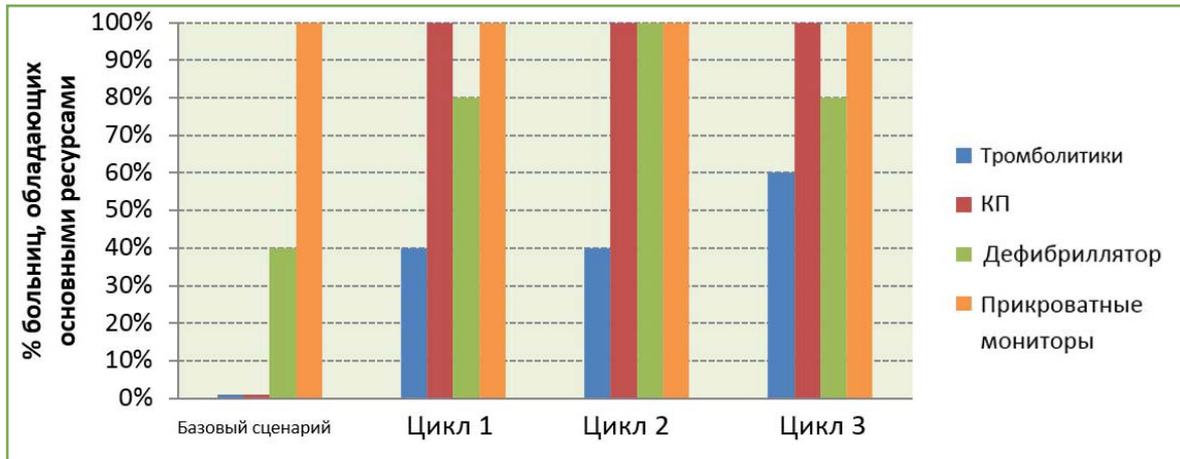
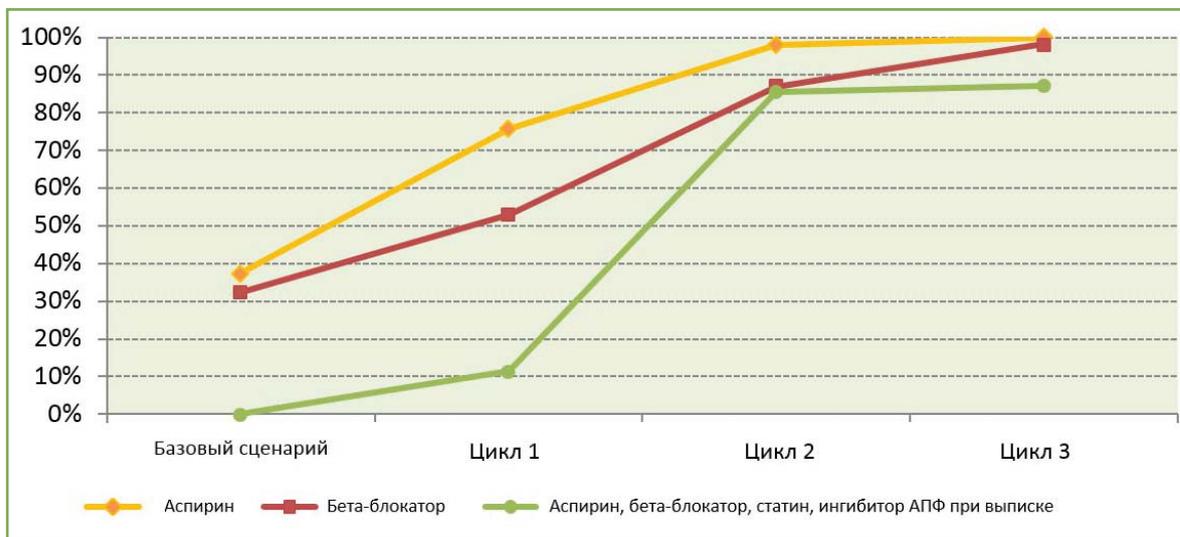


Рисунок 20. Стационарное лечение ОИМ в Нарынской области, 2011-12гг.



5. Рекомендации по вопросам политики

На основании данного отчета было разработано большое количество рекомендаций. Команда, проводившая оценку, в том числе национальные партнеры и Министерство здравоохранения, выстроили рекомендации в приоритетном порядке, согласовав три стратегических направления на ближайшую перспективу, представленных ниже. Подробные мероприятия в отношении каждого из пятнадцати барьеров системы здравоохранения описаны в Таблице 9.

Стратегическое направление 1. Усиление борьбы против табака

Самый большой объем работ в области улучшения показателей по ССЗ в Кыргызстане кроется в проведении ряда мероприятий по сокращению распространенности курения за счет более строгого соблюдения требований РКБТ и обеспечения исполнения принятых законодательных норм. Учитывая ограниченность возможностей, рекомендуется, чтобы Кыргызстан в ходе реализации программы «Ден соолук» сфокусировал усилия на мерах борьбы против табака с целью достижения ощутимых результатов, а не распылял усилия на одновременное решение проблем табакокурения, алкоголя и питания. В целях обеспечения выполнения Кыргызстаном своих обязательств в рамках РКБТ, наиболее срочной задачей является стимулирование политического диалога в области борьбы против табака, а не концентрация внимания на обсуждениях технического характера. Существует ясность в отношении того, что нужно сделать, но любые меры нуждаются в наличии политической приверженности, лидерства и воли. В течение последующих 2-3 лет приоритетом должно стать выполнение следующих задач:

- **Усиление политической поддержки борьбы против табака.** Усиление политической приверженности борьбе против табака путем определения лидеров, формирующих общественное мнение, желающих оказать поддержку контрольным мерам, создавая условия обмена информацией со странами, уже имеющими положительный опыт в данном направлении, и предусматривая стимулы для изменения поведения курильщиков.

Стратегическое направление 2. Дальнейшее укрепление ПМСП в целях обеспечения раннего выявления гипертонии и диабета и более качественного ведения больных с такими заболеваниями.

Самой большой задачей в области улучшения показателей через оказание индивидуальных услуг является дальнейшее укрепление первичной медико-санитарной помощи, а также дальнейшая интеграция услуг по расширению охвата, оказываемых сельскими комитетами здоровья, в семейную медицину. К конкретным областям, в которых необходимо провести улучшения, относятся: (1) оптимизация стратификации комплексного кардиометаболического риска на уровне ПМСП; (2) улучшение выявления, регистрации и ведения гипертонической болезни; (3) повышение эффективности первичной профилактики среди пациентов с высоким риском ССЗ; и (4) повышение эффективности вторичной профилактики после ОИМ и инсульта.

Наиболее значимые мероприятия, которые должны стать приоритетными в следующие 2-3 года:

- **Окончательная доработка модели оказания помощи.** Сюда входит: (а) дальнейшая интеграция услуг по расширению охвата, предоставляемых СКЗ, в семейную медицину, в частности в целях улучшения координации и отслеживания пациентов с высоким

артериальным давлением; и (b) расширение роли медсестер и фельдшеров при выявлении ССЗ, включая проведение комплексной и документально оформленной оценки кардиометаболического риска, их участие в предоставлении консультаций по факторам риска и прочим аспектам информированности пациентов (например, дисциплинированное соблюдение медикаментозного лечения).

- **Пересмотр финансовых стимулов.** Комбинация существующего хорошо отработанного подушевого механизма со стимулом оплаты за достижение показателей эффективности (по результатам) может предоставить дополнительный толчок и мотивацию для реализации усилий по улучшению выявления, регистрации и ведения ГБ и диабета и изменения модели оказания медицинской помощи. Некоторые страны, применяющие механизмы оплаты по результатам, также включают стимулирующие платежи по ГБ и диабету. Их опыт может оказаться полезным для Кыргызстана. Более того, Кыргызстан уже имеет свой опыт в данной области за счет экспериментального внедрения механизма оплаты по результатам. При разработке нового стимулирующего механизма необходимо учесть и уроки, извлеченные из этого опыта.
- **Корректировка кадровой политики и обучения.** При изменении модели оказания медицинской помощи, как указано выше, необходимо пересмотреть кадровую политику и акцентировать внимание на изменении роли среднего медицинского персонала и обновлении учебной программы для медсестер с целью отражения расширения круга их обязанностей.

Стратегическое направление 3. Улучшение реагирования на острые осложнения ССЗ (инфаркт и инсульт), а также усиление вторичной профилактики на стационарном уровне

Потребность в значительных крупных инвестициях служит барьером на пути достижения расширенного охвата неотложной помощью при инфаркте или инсульте. Критически важно признать, что инвестиции приведут к желаемым результатам только в том случае, если будут предприняты действия по вовлечению пациентов, повышению качества моделей оказания помощи, регионализации обслуживания, а также повышению квалификации работников «скорой помощи» и больниц. Наиболее значимые мероприятия, которые должны стать приоритетными в следующие 2-3 года:

- **Улучшение первого реагирования (время реагирования и качество обслуживания) после возникновения подозрения на ОИМ и инсульт.** Этого можно добиться через повышение осведомленности населения о симптоматике ОИМ и инсульта, повышение потенциала неотложной помощи, стандартизацию добольничного ухода, оборудование машин «скорой помощи» ЭКГ, дефибрилляторами, пульсовыми оксиметрами и глюкометрами. Необходимо изучить возможность передачи кардиограмм в принимающую больницу через сотовую связь в целях поставки соответствующих лекарственных препаратов еще до поступления в больницу. Работники неотложной скорой помощи должны регулярно проходить курсы повышения квалификации с акцентом на оказании помощи при ССЗ. В целях усиления мониторинга, координаторы по здравоохранению должны представлять отчеты о времени реагирования неотложной помощи и содержании индикаторов оказания помощи при вызове скорой помощи по причине возникшей боли в груди.
- **Расширение тромболитической терапии.** Распространение протестированной в пилотном порядке и оцененной Нарынской модели тромболитической терапии на районном уровне. Применение и продвижение аудитов оказания помощи при ССЗ в учреждениях (на основе Нарынской модели), где индикаторы качества будут основываться на национальных КР/КП. Рассмотреть возможность проведения краткой перекрестной подготовки (1–3 месяца) для терапевтов, чтобы последние могли оказывать кардиологические услуги в районах, где отсутствуют кардиологи, с предоставлением дополнительной поддержки со стороны кардиологов областного уровня.

Таблица 9. Рекомендации по пятнадцати барьерам системы здравоохранения и ее возможностям

	Стратегическое направление 1. Усиление борьбы против табака	Стратегическое направление 2. Дальнейшее укрепление ПМСП в целях обеспечения раннего выявления ГБ и диабета и более эффективного ведения больных с такими заболеваниями	Стратегическое направление 3. Улучшение реагирования на острые осложнения ССЗ (инфаркт и инсульт), а также усиление вторичной профилактики на стационарном уровне
Политическая приверженность	На уровне Правительства страны предусмотреть меры предотвращения вмешательства табачной промышленности в исполнение РКБТ; обеспечить прозрачность всех взаимодействий с данной отраслью. Разработать долгосрочный план поэтапного повышения табачных налогов до 70% от розничной цены к 2020г., включив это в новую государственную программу.		
Четкие подходы к определению приоритетов	Предусмотреть строку в бюджете для реализации мер по борьбе против табака в соответствии с РКБТ; обсудить возможные способы организации совместных бюджетов с ответственными министерствами.		
Межведомственное взаимодействие	Укрепить роль, функции и исполнительные полномочия межотраслевого Комитета общественного здравоохранения и межотраслевого Координационного комитета в целях контроля табакокурения.		
Расширение прав и возможностей граждан	Создать благоприятную среду для участия гражданского общества в разработке и реализации мер борьбы против табака.	Провести кампанию по повышению информированности общества знаний о «тихом убийце» ГБ и о том, что все взрослое население должно проходить периодический скрининг, что пациенты должны принимать препараты на ежедневной основе, независимо от того, как они себя чувствуют.	Провести кампании по повышению осведомленности общественности о симптомах ОИМ и инсульта с акцентом на необходимости срочного обращения за медицинской помощью.

		<p>Рассмотреть возможность внедрения финансовых дестимулирующих мер для пациентов из группы высокого риска осложнений ССЗ, которые продолжают курить.</p> <p>Использовать кампании по повышению осведомленности населения о необходимости проведения лечения в течение всей жизни в целях предупреждения рецидивов ОИИМ и инсультов.</p>	
<p>Эффективная модель предоставления услуг</p>		<p>Организовать обязательный осмотр всех пациентов ПМСП медицинскими сестрами. Такой осмотр при каждом посещении должен включать измерение артериального давления, веса (с расчетом индекса массы тела), проведение скрининга на табакокурение и оценку соблюдения приема назначенных препаратов.</p> <p>Расширить объем работ специалистов ФАПов в области диагностики и ведения ГБ 1-й стадии среди пациентов группы низкого риска осложнений ССЗ, которым не предоставляются консультации врача, с использованием простых и основанных на алгоритме протоколов.</p>	<p>Необходимо стандартизировать ведение пациентов с подозрениями на ОИИМ на амбулаторном уровне с помощью простых и основанных на алгоритмах протоколов; все машины «скорой помощи» должны быть оборудованы ЭКГ, дефибрилятором, пульсовым оксиметром и глюкометром. Во всех больницах должна быть возможность проведения кардиометаболического анализа.</p>
<p>Координация между поставщиками услуг</p>		<p>Применять систему проведения внутренних аудитов на уровне ПМСП, чтобы гарантировать, что СКЗ оперативно передают фамилии пациентов с высоким давлением, и в отношении таких пациентов оперативно предпринимаются дальнейшие действия.</p>	
<p>Регионализация</p>			<p>Реализовать планы программы «Ден соолук» по расширению «Нарынской модели» с целью внедрения тромболитической терапии на районном уровне.</p> <p>Разработать и внедрить стратегию регионализации для ведения пациентов с инсультом.</p> <p>Разработать прозрачную и справедливую политику рационализации использования ограниченных средств на ЧТКА/стентирование.</p>
<p>Интеграция доказательств в клиническую практику</p>			

Доступ к качественным лекарственным препаратам		Провести технико-экономический анализ предоставления больным ГБ бесплатных или дешевых антигипертензивных препаратов. Рассмотреть возможность добавления статинов в программу ДП ОМС.	
Системы стимулирования	Рассмотреть возможность проведения регионального конкурса по снижению распространённости курения на районном и областном уровнях, предусмотрев соответствующие награды	Предоставить стимулы для поставщиков ПМСП в целях (1) регистрации больных ГБ и (2) ведения больных с ГБ в группе низкого, умеренного риска без участия кардиолога (рассмотреть вариант модели оплаты за оказанные услуги или выплаты бонусов, реализуемый ФОМС). Рассмотреть возможность проведения краткого (1-3 месяца) перекрестного обучения терапевтов по оказанию кардиологических услуг в районах без кардиологов при предоставлении им дополнительной поддержки со стороны кардиологов областного уровня. Обеспечить регулярное повышение квалификации фельдшеров «скорой помощи» с акцентом на ССЗ.	Предусмотреть механизмы финансирования здравоохранения на предмет возмещения расходов больниц в связи с краткосрочной госпитализацией (12-48 часов) для наблюдения за пациентами с болью в груди, чтобы исключить или подтвердить диагноз «ОИМ» с проведением серии лабораторных анализов и ЭКГ.
Распределение и состав кадровых ресурсов		Расширить роль среднего медицинского персонала. Наделить медсестер полномочиями собирать и записывать информацию, перечисленную выше, в стандартную амбулаторную карту. Участвовать в предоставлении консультаций пациентам по факторам риска и повышении их информированности в момент регистрации. Обеспечить, чтобы фельдшеры и медсестры проводили аналогичный скрининг и записывали результаты в стандартную медицинскую карту. Актуализировать учебные программы для медсестер и фельдшеров (образовательные программы медучилищ, программы непрерывного медицинского образования) в целях отражения расширенного объема работ.	Рассмотреть возможность проведения краткого (1-3 месяца) перекрестного обучения терапевтов по оказанию кардиологических услуг в районах без кардиологов при предоставлении им дополнительной поддержки со стороны кардиологов областного уровня. Обеспечить регулярное повышение квалификации фельдшеров «скорой помощи» с акцентом на ССЗ.

<p>Эффективное управление</p>		<p>Провести повышение квалификации для медработников ПМСП в области прекращения табакокурения; интегрировать соответствующие учебные модули в программы медицинского образования и программы интернатуры/ординатуры.</p> <p>Повысить информированность о стандартах вторичной профилактики среди поставщиков ПМСП, в том числе фельдшеров, посредством реализации программ непрерывного повышения квалификации; обеспечить интеграцию новых КР/КП в медицинские учебные программы и программы интернатуры/ординатуры.</p>	
		<p>Применять механизмы программы «Ден соулук», требуя от менеджеров здравоохранения проводить аудиторские проверки для отслеживания и предоставления отчетности по охвату и качеству скрининга на ССЗ и ведения соответствующей документации.</p> <p>Используя программу «Ден соулук», повысить осведомленность среди менеджеров здравоохранения о том, что увеличение регистрации пациентов с ГБ должно приветствоваться, а не наказываться. Потребовать от менеджеров учреждений здравоохранения проводить внутренние аудиты по ГБ с использованием ранее внедренных индикаторов на базе АГСВиСМ и содействовать процессу внутреннего признания достижений врачей, демонстрирующих высокие показатели деятельности.</p> <p>На основании программы «Ден соулук» потребовать от руководителей учреждений здравоохранения координировать проведение периодических внутренних аудитов ведения пациентов, перенесших ОИМ или инсульт.</p>	<p>Используя механизмы программы «Ден соулук», расширять проведение аудитов оказания услуг по ССЗ в учреждениях (на основе Нарынской модели) с применением индикаторов качества, предусмотренных национальными КР/КП. Потребовать, чтобы координаторы по здравоохранению представляли отчеты о времени реагирования неотложной помощи и содержании индикаторов оказания помощи при вызове скорой помощи по причине возникшей боли в груди.</p>

Соответствующие информационные системы		<p>Выделить в качестве приоритета широкомасштабное внедрение пересмотренного формата стандартной амбулаторной карточки больного во всех учреждениях ПМСП для содействия сбору информации обо всех факторах риска ССЗ и их отслеживанию.</p> <p>Включить отдельную таблицу по Гб.</p> <p>Включить отдельную таблицу по ишемической болезни сердца.</p>	<p>Необходимо изучить варианты передачи данных ЭКГ из машин «скорой помощи» в принимающую больницу с использованием сотовой связи в целях заблаговременного начала медикаментозного лечения до поступления в больницу.</p>
Управление переменами	<p>Усилить политическую приверженность в отношении контроля табакокурения посредством определения ключевых сторонников; предоставить возможности обмена информацией с другими странами, внедрившими внушающие доверие модели, например, с Турцией и Украиной; провести кампании для оказания воздействия на общественное мнение.</p>		
Обеспечение доступа и финансовой защиты			<p>Использовать внутренние аудиты и проверки по обеспечению качества ФОМС для отслеживания назначения распространённых не основных на доказанной эффективности лекарственных препаратов при наблюдении за пациентами с ОИМ, инсультом, острым коронарным синдромом или нестабильной стенокардией в целях сокращения выплат из собственных средств пациентов.</p>



Приложение 1. Подгруппы стран

Подгруппы стран, упомянутые в руководстве, представляют собой подгруппы из базы данных «Здоровье для всех», как перечислено ниже:

- ЕС-15: 15 стран-членов Европейского Союза (ЕС) до 1 мая 2004г.: Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Швеция, Великобритания.
- ЕС-12: 12 новых стран членов, присоединившихся к ЕС в мае 2004г. и в январе 2007г.: Болгария, Кипр, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия и Словения.
- СНГ (Содружество Независимых Государств до 2006г.): Армения, Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан.

Приложение 2. Распространенность гипертонической болезни, осведомленность о ней и лечение

По результатам двух репрезентативных обследований домашних хозяйств в Кыргызстане была установлена высокая степень распространенности повышенного артериального давления, что способствует высокому уровню смертности от ССЗ.^{d,e} По оценкам общая распространенность высокого артериального давления среди населения в возрасте 18 лет и старше составила 28% в 2007 году и 24% - в 2010 году.^f Распространенность этого заболевания среди женщин была немного выше, чем среди мужчин.^g

В ходе обследований было обнаружено, что как уровень осведомленности, так и приверженность лечению остаются на низком уровне, приводя к низкой общей эффективности лечения^h (Рисунок А2.1). В 2006 году только 26% человек с высоким артериальным давлением знали о своем состоянии. На более позитивной ноте, в период с 2006 по 2009гг. данный процент вырос, доказав успешность проводимых мероприятий «Действий сообществ по вопросам здоровья» и процесса повышения качества помощи на уровне ПМСП в рамках программы «Манас таалими» (см. раздел 4). Наблюдалась слабая приверженность лечению: только 14% больных с высоким артериальным давлением принимали все свои препараты в течение 24 часов, предшествующих обследованию в обоих случаях. Факторы, обосновывающие такие показатели, являются сложными, но в целом это можно объяснить плохим общим пониманием гипертонии как хронического состояния, общепринятой практикой и низким качеством препаратов-генериков (также см. раздел 3).

В показателях по ГБ важную роль играет гендерный аспект. Уровень преждевременной смертности от ССЗ среди мужчин, выше, чем среди женщин. (Рисунок А2.2). Хотя распространенность гипертонии немного выше среди женщин, чем среди мужчин, все

^d Национальный Статистический Комитет. (2007). *Интегрированное обследование домашних хозяйств в Кыргызстане, 2007 г. Модуль по здравоохранению*. (Файл данных и книга кодов).

^e Национальный Статистический Комитет. (2007). *Интегрированное обследование домашних хозяйств в Кыргызстане, 2010 г. Модуль по здравоохранению*. (Файл данных и книга кодов).

^f Это грубая оценка. Если стандартизировать распространенность по мировому населению, то получается 31%.

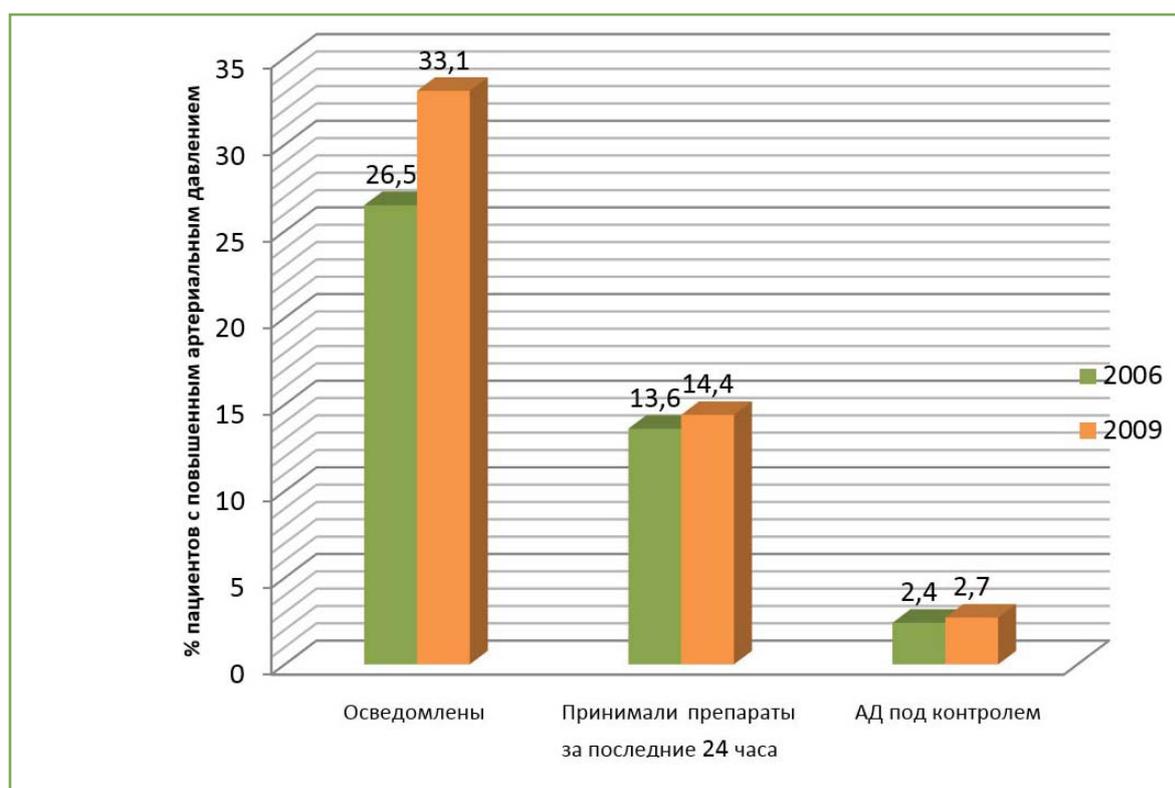
^g Якаб М., Ландин Е., Акказиева Б. «Эффективность системы здравоохранения в области контроля ГБ в Кыргызстане». Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, ноябрь 2007г. (Документ исследования политики №44).

^h Всемирно принятые индикаторы эффективного выявления и ведения гипертонии, собранные на основании исследовательских данных. См. Якаб, Ландин, Акказиева в вышеприведенной ссылке (g).

же количество женщин, знающих о своем артериальном давлении, в два раза превышает количество мужчин: 42.4% женщин по сравнению с 20.4% мужчин в 2009г. Не секрет, что данный пробел в осведомленности переходит в пробелы лечения и эффективности. Только 15.1% мужчин с высоким артериальным давлением принимали свои антигипертензивные препараты в предшествующие 24 часа по сравнению с 36.6% женщин. Такое различие в осведомленности и приверженности лечению приводит к большой разнице в случаях контролируемой гипертонии: 1.2% у мужчин и 3.7% у женщин.

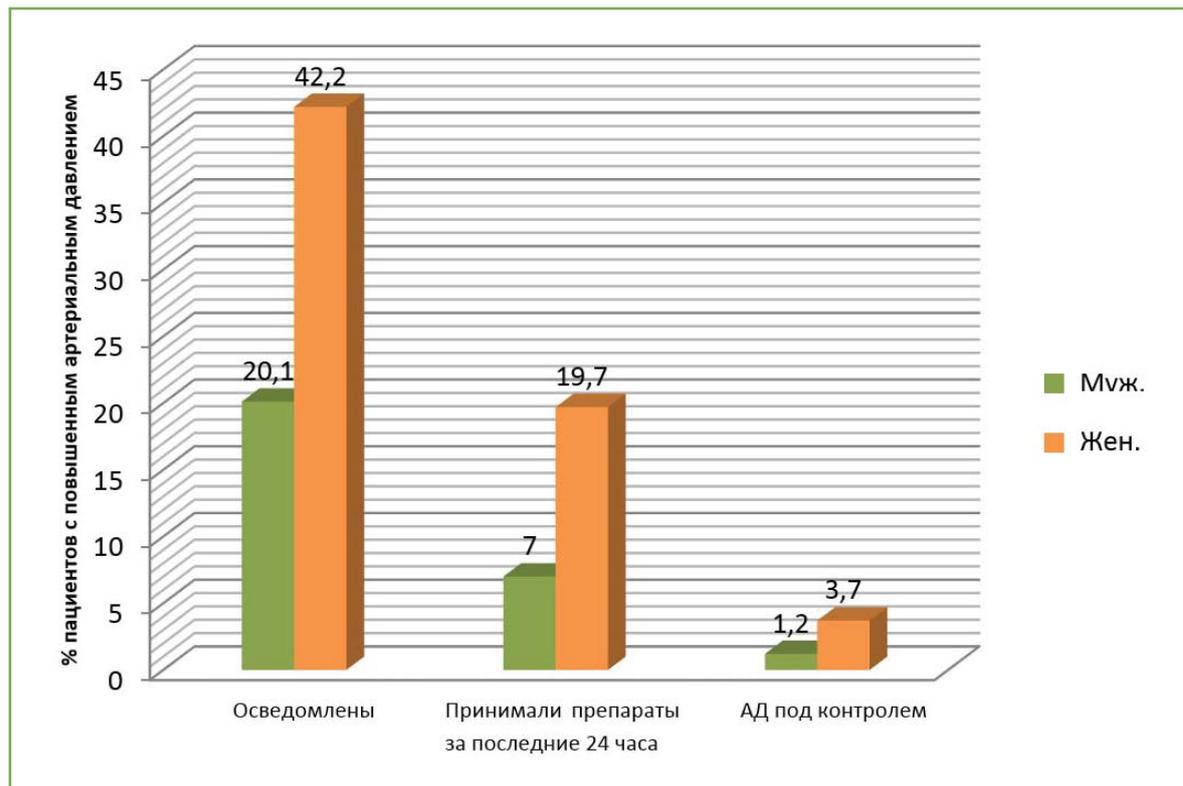
Улучшение выявляемости и ведения ГБ является одним из ключевых приоритетов программы «Ден соолук». Это достигается посредством проведения ряда мероприятий среди населения и оказания индивидуальных услуг. Однако данные меры не учитывают гендерный фактор, и не существует подходов для повышения осведомленности и приверженности лечению, предназначенных специально для мужчин. В программе «Ден соолук» используется сбалансированный подход, включающий в себя контроль факторов риска, сообщения в СМИ, действия сообществ по вопросам здоровья. Все это помогает повысить степень выявляемости заболеваний и улучшить их ведение на базе учреждений. Упомянутые выше индикаторы были включены в Основы совместной оценки программы «Ден соолук». Данные индикаторы будут применены в ходе двух последующих обследований домашних хозяйств, запланированных на 2014г. и 2016г.

Рисунок А2.1 Осведомленность, приверженность лечению и эффективность лечения больных ГБ



Источник: Расчеты экспертов ВОЗ на основе неопубликованных данных интегрированного обследования домашних хозяйств в Кыргызстане в 2007г. и 2010г.

Рисунок А2.2. Показатели по ГБ с разбивкой по полу



Источник: Расчеты экспертов ВОЗ на основе неопубликованных данных интегрированного обследования домашних хозяйств в Кыргызстане в 2007г.



Приложение 3. Сводная информация по основным вмешательствам по НИЗ на

Оценка барьеров 1. Незначительный 2. Умеренный 3. Серьезный 4. Серьезный и устойчиво сохраняющийся	1. Приверженность	2. Определение приоритетов	3. Межведомственное взаимодействие	4. Расширение прав и возможностей граждан	5. Модель предоставления услуг	6. Координация между поставщиками
Мероприятия по борьбе против табака (РКБТ)	16	16	17	10	7	
Повышение табачных налогов	4	4	4	2	1	
Среда, свободная от курения и табачного дыма	4	4	4	2	1	
Предупреждения об опасности курения и дыма	3	3	4	2	1	
Запреты на рекламирование, продвижение и оказание спонсорской поддержки	2	2	2	1	1	
«Горячие линии» и никотинозаместительная терапия (НЗТ)	3	3	3	3	3	
Мероприятия по улучшению питания и повышению физической активности	18	18	16	12	11	
Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания	3	3	3	3	2	
Полное устранение трансжирных кислот из питания	4	4	3	2	2	
Снижение потребления сахара в чистом виде	3	3	2	1	2	
Увеличение потребления фруктов и овощей	4	4	4	2	2	
Снижение маркетингового давления на детей	3	3	3	2	1	
Повышение осведомленности о правильном питании и физической активности	1	1	1	2	2	
Мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем	16	16	19	6	-	
Повышение налогов на алкогольную продукцию	2	2	3	1	-	
Ограничения, запреты на рекламу и продвижение	4	4	4	1	-	
Ограничения наличия алкоголя в секторе розничной торговли	4	4	4	1	-	
Регулирование и исполнение положения о минимальном возрасте, когда разрешена покупка алкоголя	2	2	4	1	-	
Допустимый уровень алкоголя в крови для водителей	1	1	1	1	-	
Разработка межотраслевой политики	3	3	3	1	-	
Итого по барьерам	50	50	52	28	18	

барьерам при расширении охвата уровне населения

7. Регионализация	8. Интеграция доказательств в клиническую практику	9. Доступ к качественным лекарственным препаратам	10. Стимулы	11. Кадровые ресурсы	12. Управление	13. Информационные системы	14. Сопровождение переменам	15. Доступ и финансовое бремя
			6	7	8	5	14	7
			1	1	1	1	4	1
			1	1	4	1	3	1
			1	1	1	1	3	1
			1	1	1	1	2	1
			2	3	1	1	2	3
			14	12	12	-	14	-
			2	2	2	-	2	-
			2	2	2	-	2	-
			2	2	2	-	2	-
			2	2	2	-	2	-
			3	1	1	-	3	-
			3	3	3	-	3	-
			8	6	6	-	13	-
			1	1	1	-	2	-
			1	1	1	-	2	-
			1	1	1	-	2	-
			3	1	1	-	3	-
			1	1	1	-	1	-
			1	1	1	-	3	-
			28	25	26	5	41	7

Приложение 4. Сводная информация по основными индивидуальными услугами

Классификация барьеров 1. Незначительный 2. Умеренный 3. Серьезный 4. Серьезный и устойчиво сохраняющийся	1. Приверженность	2. Определение приоритетов	3. Межведомственное взаимодействие	4. Расширение прав и возможностей граждан	5. Модель предоставления услуг	6. Координация между поставщиками
ССЗ и диабет						
Стратификация риска на уровне ПМСП				2	2	2
Эффективные выявление и контроль ГБ				3	4	3
Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска				3	2	3
Эффективная вторичная профилактика после острого инфаркта миокарда (ОИМ), включая ацетилсалициловую кислоту				3	2	2
Быстрое реагирование и вторичный уход после ОИМ и инсульта				3	4	2
Итого				14	14	12



барьерам при расширении охвата по НИЗ

7. Регионализация	8. Интеграция доказательств в клиническую практику	9. Доступ к качественным лекарственным препаратам	10. Стимулы	11. Кадровые ресурсы	12. Управление	13. Информационные системы	14. Сопротивление переменам	15. Доступ и финансовое бремя
1	2	1	3	4	3	3	3	2
1	2	2	4	4	4	3	3	3
1	2	4	3	4	3	3	2	3
1	2	3	3	4	3	3	3	3
3	2	3	3	4	3	2	3	4
7	10	13	16	20	16	14	14	15



Библиография

- ¹ Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014г.
- ² Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020гг. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2013г.
- ³ Рамочная Конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2013г. (http://www.who.int/fctc/text_download/en/)
- ⁴ Якаб М., Ландин Е., Акказиева Б. “Эффективность системы здравоохранения в области контроля ГБ в Кыргызстане”. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, ноябрь 2007г. (Документ исследования политики №44).
- ⁵ Национальный Статистический Комитет. (2007). *Интегрированное обследование домашних хозяйств в Кыргызстане, 2007 г. Модуль по здравоохранению.* (Файл данных и книга кодов).
- ⁶ Национальный Статистический Комитет. (2010). *Интегрированное обследование домашних хозяйств в Кыргызстане, 2010 г. Модуль по здравоохранению.* (Файл данных и книга кодов).
- ⁷ Н. Акунов и др. *Качество лечения и профилактики сердечнососудистых заболеваний в Кыргызской Республике.* Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2007г. (Документ исследования политики №45).
- ⁸ Робертс М.Д., Стивенсон М.А. *Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: Пятнадцать барьеров и возможностей системы здравоохранения.* Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014г. (ожидается).
- ⁹ Абдраимова А., Беран Д. *Протокол доступа к инсулину в Кыргызстане в рамках экспресс-оценки.* Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2009г. (Серия документов исследований политики, выпуск №66). (http://www.hpac.kg/images/pdf/prp66_eng.pdf)
- ¹⁰ Мукуева С., Абдраимова С., Урманбетова А. *Оценка роли и функций специалистов ПМСП в ведении ССЗ.* Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2013г. (Серия документов исследований политики, выпуск №81).
- ¹¹ Всемирная Организация Здравоохранения, Международные/глобальные действия в области здравоохранения. 2008г.
- ¹² *Оценка потребностей в контексте реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Кыргызской Республике. Отчет по результатам работы миссии.* Женева: Всемирная Организация Здравоохранения. Секретариат РКБТ. Август 2012г.
- ¹³ Купадзе А. со ссылкой на Ресурсный центр контроля табака (<http://contact.tobinfo.org/2003/02/kg-030224.htm>).
- ¹⁴ Алешкина Ж., Акказиева Б., Якаб М. *Доступ к услугам здравоохранения и платежи «из кармана» в Кыргызстане: обследование домашних хозяйств с 2001 по 2010гг.* Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2011г. (Серия документов исследований политики, выпуск № 76). (http://www.hpac.kg/images/pdf/prp76kihs_eng.pdf)



Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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



Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen 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