



**World Health  
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

Семинар по внедрению пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) для первичной медико-санитарной помощи в Восточной Европе и Центральной Азии

**Хельсинки, Финляндия  
24-25 марта 2017 года**

## РЕЗЮМЕ

Семинар был организован Европейским региональным бюро ВОЗ в Хельсинки, Финляндия, в марте 2017 года и проводился в контексте Проекта по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ним. Семинар стал третьей с 2015 года возможностью для стран Восточной Европы и Центральной Азии встретиться и рассмотреть пути улучшения реализации Пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) для первичной медико-санитарной помощи. Были изучены темы, представляющие интерес для всех стран, такие как системы обеспечения качества медицинских услуг, вопросы профессиональной подготовки и обучения, а также мониторинг и оценка воздействия мер вмешательства. Был также представлен глобальный пакет HEARTS. Особо обсуждался вопрос содействия инициатив широкой общественности и пациентов профилактике и лечению НИЗ в клинических условиях, в частности, на примере опыта Северной Карелии и Финляндии.

### Ключевые слова

CHRONIC DISEASE – prevention and control  
PRIMARY HEALTH CARE  
DELIVERY OF HEALTH CARE  
PROGRAM EVALUATION  
RESPIRATORY TRACT DISEASES – prevention and control  
ASIA, CENTRAL  
EUROPE, EASTERN

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

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

### © Всемирная организация здравоохранения 2017 г.

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

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

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

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

## СОДЕРЖАНИЕ

### Страница

Принятые сокращения .....	4
Введение 1	
Открытие 2	
Предварительная повестка дня и ожидаемые результаты .....	3
Развитие событий в Европейском регионе ВОЗ в поддержку внедрения основных мер вмешательства по НИЗ в ПМСП.....	3
Глобальная инициатива ВОЗ "HEARTS" .....	3
Обсуждение .....	3
Мероприятия на уровне сообщества в поддержку клинической профилактики .....	4
Резюме основных уроков по итогам поездки в Северную Карелию.....	4
Обсуждение визита .....	4
Обсуждение .....	5
Опыт стран .....	5
Армения .....	5
Азербайджан .....	6
Беларусь .....	6
Грузия.....	6
Казахстан .....	6
Кыргызстан .....	6
Республика Молдова .....	7
Российская Федерация .....	7
Таджикистан .....	7
Турция .....	7
Туркменистан .....	7
Украина.....	7
Узбекистан .....	8
Размышления .....	8
Обучение и подготовка работников первичной медико-санитарной помощи.....	8
Совместное обучение врачей и медсестер ПМСП: опыт Украины.....	8
Использование онлайн-материалов/социальных сетей для проведения обучения: опыт Турции и Узбекистана .....	8
Оценка и мониторинг клинической компетентности: опыт Кыргызстана.....	9
Укрепление программ подготовки студентов, аспирантов и непрерывного медицинского образования по оценке и управлению сердечно-сосудистым риском: опыт Таджикистана .....	9
Обсуждение .....	9
Внедрение руководств и протоколов, основанных на фактических данных.....	10

Основные лекарственные средства и технологии, необходимые для осуществления протоколов PEN или эквивалентных мероприятий .....	10
Внедрение протоколов PEN 1 и 2: общие проблемы.....	11
Инструменты и материалы для содействия принятию решений по использованию клинических руководств и оценке риска сердечно-сосудистых заболеваний: опыт Беларуси и Узбекистана .....	11
Мониторинг и оценка.....	12
Экономическая оценка PEN.....	13
Оценка внедрения PEN: опыт Иордании .....	13
Обеспечение и контроль качества и показатели эффективности внедрения PEN: опыт Узбекистана.....	14
Оценка потенциала центров первичной медико-санитарной помощи в области профилактики и управления основными НИЗ: опыт Таджикистана.....	14
Уроки, извлеченные из реализации государственной программы по улучшению оценки и управления сердечно-сосудистым риском в ПМСП: опыт Российской Федерации .....	15
Расширение масштабов и обеспечение устойчивости: переход к общенациональному внедрению <sup>15</sup>	
Разработка экономического обоснования: опыт Молдовы .....	16
Оценка пилотного исследования для обоснования расширения масштабов: опыт Турции .....	16
Разработка дорожной карты для расширения масштабов PEN: опыт Кыргызстана...	16
Планирование страновых мероприятий.....	17
Выводы	19
Приложение 1.....	21
Программа	21
Приложение 2.....	23
Список участников.....	23
Приложение 3.....	29
Заметки по страновым планам действий .....	29



## Принятые сокращения

COSI	Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением
HEARTS	<u>Н</u> -здоровый образ жизни; <u>Е</u> -протоколы лечения, основанные на фактических данных; <u>А</u> -доступ к основным лекарственным средствам и технологиям; <u>Р</u> -управление заболеванием с использованием подхода, основанного на оценке риска; <u>Т</u> -оказание медицинской помощи командой профессионалов и распределение задач; <u>С</u> -системы мониторинга.
PEN	пакет основных мероприятий [вмешательств] по неинфекционным заболеваниям
STEPS	поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска развития хронических заболеваний
НИЗ	неинфекционные заболевания
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания

## Введение

Достижение глобальной цели 25%-ного относительного сокращения преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ) к 2025 году требует комбинации мер вмешательства индивидуального воздействия и мер, ориентированных на население в целом. Такие рентабельные меры вмешательства уже определены, доступны и включают в себя методы раннего выявления и диагностики НИЗ с использованием недорогих технологий, фармакологические и нефармакологические подходы к модификации факторов риска НИЗ, а также использование приемлемых в ценовом отношении лекарственных средств для профилактики и лечения инфарктов, инсультов, диабета, рака и астмы. Пакет ВОЗ основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) является концептуальной основой для обеспечения справедливости и эффективности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в условиях ограниченных ресурсов. Он включает минимальный набор основных вмешательств в отношении НИЗ и состоит из четырех протоколов клинической практики.

Ряд стран Европейского региона ВОЗ уже приступили к внедрению Пакета основных мероприятий PEN или аналогичных мероприятий в первичной медико-санитарной помощи; многие страны разделяют цели укрепления системы оценки и управления сердечно-сосудистым риском (ССР). Страны находятся на разных стадиях внедрения протоколов PEN и выбрали разные подходы в соответствии со своими национальными условиями. На первом семинаре стран-пионеров (прошедшем в Кыргызстане в октябре 2015 года) был определен круг вопросов, представляющих общий интерес, продемонстрирована готовность к обмену опытом, оказанию взаимной поддержки и созданию сообщества заинтересованных сторон. Второй семинар (состоявшийся в Узбекистане в мае 2016 года) был посвящен обсуждению различных тем, связанных с внедрением в практику клинических руководств, таких как повышение квалификации персонала, создание комплексной системы обеспечения качества медицинской помощи, проведение мониторинга и оценки, наличие общественных инициатив для содействия внедрению PEN в клинических условиях.

Третий семинар прошел 24-25 марта 2017 года в Хельсинки, Финляндия. Основной целью семинара было собрать вместе тех, кто участвует в реализации мероприятий по НИЗ в первичной медико-санитарной помощи в Восточной Европе и Центральной Азии, поделиться опытом и информацией о прогрессе, достигнутом с момента последней встречи. На семинаре были изучены темы, представляющие общий интерес, такие как системы обеспечения качества медицинских услуг, профессиональная подготовка и обучение персонала, а также мониторинг и оценка воздействия осуществляемых мероприятий. Была также представлена новая инициатива ВОЗ и Центров по контролю и профилактике заболеваний США. Инициатива под названием Глобальный пакет HEARTS (Н-здоровый образ жизни; Е-протоколы лечения, основанные на фактических данных; А-доступ к основным лекарственным средствам и технологиям; Р-управление заболеванием с использованием подхода, основанного на оценке риска; Т-оказание медицинской помощи командой профессионалов и распределение задач; С-системы мониторинга) направлена на оказание поддержки правительствам в укреплении мер профилактики и контроля сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Сердечно-сосудистые заболевания. Глобальная инициатива HEARTS [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/global-hearts/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/global-hearts/en/), доступ осуществлялся 18 июля 2017 г.).

На встрече особо обсуждался вопрос о том, как инициативы широкой общественности и пациентов могут содействовать профилактике и лечению НИЗ в клинических условиях, в частности рассматривался опыт Северной Карелии и Финляндии. По этой причине семинар проходил сразу после четырехдневного Семинара по НИЗ / визита в Северную Карелию, организованного Национальным институтом здравоохранения и социального обеспечения Финляндии, в ходе которого Финляндия поделилась опытом проведения проекта “Северная Карелия” и организовала обучение по вопросам планирования, осуществления и оценки мер вмешательств, направленных на профилактику НИЗ: от теории к практике.<sup>2</sup> Участникам была предоставлена возможность принять участие в обоих семинарах. Семинар был организован Европейским региональным бюро ВОЗ в контексте Проекта по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними. В качестве принимающей стороны выступил Финский национальный институт здравоохранения и социального обеспечения. Семинар финансировался за счет гранта, выделенного Министерством здравоохранения Российской Федерации при дополнительной поддержке Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству, обеспечившего участие некоторых стран. В программе семинара (Приложение 1), направленной на интерактивное взаимодействие, приняли участие эксперты сотрудничающих центров ВОЗ и международные эксперты. Список участников приводится в Приложении 2.

## Открытие

От имени Министерства социального обеспечения и здравоохранения Финляндии участников семинара приветствовал г-н Veli-Mikko Niemi, который сообщил, что семинар посвящен теме, имеющей большое значение для Финляндии, а также для всех других стран. Он также сообщил, что крепкая система общественного здравоохранения, работающая в сотрудничестве с другими секторами в течение нескольких десятилетий, стала неременным условием развития Финляндии. Несмотря на произошедшие в стране позитивные изменения в отношении профилактики и укрепления здоровья и структурные/функциональные изменения в сфере здравоохранения и социального обеспечения, основанные на важных международных обязательствах и политических документах, необходимо активизировать действия и перейти к совместному изучению наилучших методов и внедрению их на практике. На всех уровнях необходимы согласованные действия и сотрудничество, чтобы сделать здоровый выбор доступным для всех.

Д-р Jill Farrington приветствовала участников от имени Регионального бюро ВОЗ и сообщила, что этот семинар стал третьим и самым крупным международным семинаром по PEN в Регионе с 2015 года. В семинаре приняли участие представители 14 стран и трех сотрудничающих центров ВОЗ. Было обеспечено участие представителей всех уровней (штаб-квартира ВОЗ, Европейское бюро и страны). Особым событием стало участие в Семинаре по НИЗ и посещение Северной Карелии для ознакомления с практическим осуществлением мер профилактики НИЗ в Финляндии. Основой работы и устойчивости финского подхода являются такие ценности и принципы, как равенство и справедливость, а формообразующим принципом профилактики НИЗ - акцент на фактические данные, мониторинг и оценку, что позволяет пересматривать, корректировать и адаптировать проект в течение 40 лет.

---

<sup>2</sup> Семинар по неинфекционным заболеваниям (Семинар по НИЗ) [веб-сайт]. Хельсинки: Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения; 2017 г. (<https://www.thl.fi/fi/web/chronic-diseases/what-s-new/noncommunicable-disease-seminar-ncd-seminar->, доступ осуществлялся 18 июля 2017 г.).



## **Предварительная повестка дня и ожидаемые результаты**

Были представлены стратегический и технический контекст, направленность семинара, а также обоснование содержания и структуры программы. Программа была составлена с учетом пожеланий и оценочных комментариев стран, полученных по итогам предыдущего семинара, таким образом, чтобы быть интерактивной: с лекциями, групповой работой и обсуждениями. В конце каждой сессии участникам было предложено записывать учебные моменты и возможность их применения на практике.

## **Развитие событий в Европейском регионе ВОЗ в поддержку внедрения основных мер вмешательства по НИЗ в ПМСП**

Далее последовал обзор последних событий, имеющих отношение к внедрению PEN. Со времени предыдущего совещания ВОЗ поддержала ряд стран в проведении экономических оценок, оценок экспериментальных проектов, подготовке к расширению масштабов осуществления мер вмешательства и разработке учебных модулей. Исследование потенциала стран в области профилактики НИЗ и борьбы с ними 2017 года (в настоящее время в процессе проведения) даст возможность рассмотреть прогресс стран по таким показателям, как предоставление лечения и консультирование для пациентов с высоким риском ССЗ в учреждениях ПМСП.

## **Глобальная инициатива ВОЗ “HEARTS”**

Была представлена глобальная инициатива ВОЗ “HEARTS”. HEARTS - это аббревиатура для обозначения компонентов осуществления PEN, направленных, в частности, на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом: **H**-здоровый образ жизни; **E**-протоколы лечения, основанные на фактических данных; **A**-доступ к основным лекарственным средствам и технологиям; **R**-управление заболеванием с использованием подхода, основанного на оценке риска; **T**-оказание медицинской помощи командой профессионалов и распределение задач; **S**-системы мониторинга. Для каждого из этих компонентов разрабатывается один или несколько наборов инструментов, которые будут доступны для использования с мая 2017 года. Для тестирования наборов инструментов / подхода были выбраны восемь стран, в том числе Таджикистан в Европейском регионе ВОЗ.

## **Обсуждение**

Последовавшее обсуждение включало вопросы, связанные с обновлением клинических руководств ВОЗ и разъяснением концепций HEARTS и PEN. Обновленный список “лучших покупок” (рентабельных и эффективных мер профилактики и контроля НИЗ) должен был рассматриваться на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2017 года. Шкалы ВОЗ прогнозирования риска ССЗ находились на стадии обновления и адаптирования к конкретному контексту стран, и должны были быть готовы к использованию к концу года. Протоколы ВОЗ PEN для ССЗ, вероятно, будут пересмотрены в 2018 году. HEARTS задуман как удобный для использования пакет мер, разработанный в поддержку осуществления протоколов PEN; он не заменяет PEN. Любые разработанные инструменты должны использоваться в контексте страны и по мере необходимости адаптироваться к ее условиям.

Ключом к обеспечению работы стратегий является их реализация; для продвижения основных вопросов вперед и сохранения их в повестке дня необходимы фактические

данные и инструменты реализации и постоянного мониторинга. Для решения таких практических задач важно учиться друг у друга.

## **Мероприятия на уровне сообщества в поддержку клинической профилактики**

Цель заседания заключалась в том, чтобы обобщить ключевые идеи и поделиться самыми интересными моментами предыдущего четырехдневного семинара по НИЗ и посещения Северной Карелии, а также проанализировать накопленный опыт и возможности его использования на практике. После доклада организаторов семинара по НИЗ состоялось панельное обсуждение, в рамках которого группа из трех участников поделилась своими впечатлениями по итогам визита.

## **Резюме основных уроков по итогам поездки в Северную Карелию**

В 1960-х годах, к моменту начала проекта “Северная Карелия”, в регионе были зафиксированы рекордно высокие уровни смертности от ССЗ. Ключевыми компонентами программы действий в области профилактики НИЗ стали: наличие четких приоритетов и понятной информации для целевых групп населения; организация сообщества для изменения окружения таким образом, чтобы сделать правильный выбор легким выбором; межсекторальная работа; подход на основе всеобщего участия; поиск беспроигрышных решений; непрерывный мониторинг и обратная связь; долгосрочная интенсивная работа и эффективное руководство и взаимодействие. Успех был обусловлен рядом факторов, включая личные взаимоотношения, общие интересы и новые способы работы. Визит в Северную Карелию включал посещения супермаркета, редакции газеты, центра здоровья, школы, неправительственной организации, а также ознакомление с проектом охраны здоровья на рабочем месте.

## **Обсуждение визита**

Участникам было предложено поделиться своими впечатлениями о визите. Впечатлениями поделились представители трех стран.

Участники из Беларуси увидели в посещении Северной Карелии отличную возможность понять, как многочисленные аспекты проекта взаимно дополняли друг друга во благо достижения общей конечной цели. Проект был устойчивым и долгосрочным и достиг успеха благодаря особой вовлеченности всех заинтересованных сторон. Люди с энтузиазмом и гордостью рассказывали о проекте. В качестве извлеченных уроков участники из Беларуси назвали необходимость взаимодействия с представителями других секторов, поскольку НИЗ обычно воспринимается как проблема лишь сектора здравоохранения. Детали играют важную роль, и подтверждение этому можно было найти повсюду. Граждане имеют право выбора, а государство обеспечивает наличие окружения, способствующего правильному выбору. Важнейшую роль играют неправительственные организации. В Беларуси женские организации также активны, как в Северной Карелии, и их роль может быть дополнительно усилена. Независимая роль медсестер в оказании медицинских услуг произвела сильное впечатление на многих участников, которые хотели бы изучить и опробовать этот подход.

Для участников из Грузии посещение Северной Карелии было мечтой всей жизни. Им хотелось увидеть, как такой проект может работать в реальной жизни. Проект превзошел их ожидания. Изучение проекта в это время стало для Грузии идеальной возможностью, так как Грузия находится в процессе реформ. Правительство уделяет приоритетное

внимание проблеме НИЗ, укреплению ПМСП и обеспечению качества медицинских услуг. В ходе визита были продемонстрированы самые яркие примеры механизмов и факторов, обеспечивающих успех; участники из Грузии сообщили, что они хотели бы начать распространять эти примеры и сотрудничать с организаторами проекта, чтобы подробнее изучить и правильно реализовать данные механизмы.

Участники из Кыргызстана сравнили свой опыт осуществления мер профилактики НИЗ с опытом Финляндии. В Кыргызстане работа начинается с приказа министерства, тогда как в Финляндии она начинается с идеи, местного проекта, а затем приобретает общенациональное значение. Участникам из Кыргызстана понравились многие аспекты проекта: постепенное сокращение соли в пище; необходимость получения лицензии для создания клиники прекращения курения; расширение функций медсестер; связь между СМИ и реальной практикой; измерение артериального давления в общественных местах, например, магазинах; определение целевых индикаторов для местных органов власти; проведение уроков приготовления и употребления здоровой пищи в школах (в том числе для мальчиков). Этот опыт было лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать.

## **Обсуждение**

В последовавшем обсуждении свои размышления предложили другие страны. В Армении имеются государственные комитеты и комиссии, но в Финляндии участники из Армении увидели объем работы, которая осуществляется на муниципальном уровне. Они поняли необходимость межсекторальной, более целенаправленной работы, взаимодействия с неправительственными организациями, координации усилий различных участников и осуществления пилотного проекта для получения результатов.

В 1984 году в школах Финляндии начали подаваться школьные обеды, потому что бедные дети были слишком голодными, чтобы усваивать знания. Школьные обеды означают не только заботу о здоровье детей, но также и создание потенциала на будущее. В настоящее время Финляндия занимает верхние позиции в международных рейтингах успеваемости.

## **Опыт стран**

Цель этого заседания состояла в том, чтобы все делегации стран поделились прогрессом в осуществлении пакета основных мер вмешательства по НИЗ в ПМСП в своих странах. Делегации каждой страны было предложено подготовить и представить плакат, отображающий осуществление этих мер. Во время сессии страны кратко представили свои плакаты, затем участники имели возможность “пройти по галерее” плакатов, обсудить их более детально и высказать свои замечания.

## **Армения**

Армянский плакат рассказал о двухлетней программе скрининга, направленной на профилактику, раннее выявление и контроль гипертонии, диабета и рака шейки матки. В прошлом году в Армении также было проведено исследование факторов риска НИЗ с использованием методологии поэтапного подхода ВОЗ к эпиднадзору за факторами риска развития (STEPS), результаты которого находятся в процессе анализа. Армения хотела бы и планирует внедрить пакет PEN и обсудить с правительством варианты экспериментального апробирования подхода в одном из регионов Армении.

## **Азербайджан**

В Азербайджане существует Стратегия по борьбе с неинфекционными заболеваниями на 2015-2020 гг. и Межведомственный План мероприятий по осуществлению данной стратегии. Трудности включают недостаточную осведомленность о НИЗ и их факторах риска среди работников здравоохранения, средств массовой информации и широкой общественности. Организация системы ПМСП по принципу общей врачебной практики (семейной медицины), все еще находится в зачаточном состоянии. Конкретные вмешательства включают экспериментальный проект по подготовке врачей ПМСП по вопросам профилактики НИЗ, который был расширен.

## **Беларусь**

Белорусский плакат описывал периодические медицинские осмотры населения (диспансеризации) в качестве основы для мероприятий, направленных на укрепление здоровья и снижение смертности. Они проводятся каждые один-два года, в зависимости от возраста пациента, и включают скрининг на факторы риска НИЗ, рака, сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Карты диспансерного наблюдения заполняются и выдаются в электронной форме. Изменяется роль медсестер.

## **Грузия**

В 2000 году в Грузии была начата реформа ПМСП, приоритет которой в 2008-2012 гг. понизился. С 2013 года внедрена программа всеобщего медицинского страхования с целью улучшения доступа к качественным лечебно-профилактическим услугам. Недавние инициативы включают в себя обучение персонала ПМСП предоставлению кратких консультаций по отказу от употребления табака и экспериментальный проект по скринингу на рак шейки матки. Грузия сталкивается со многими проблемами, такими как дефицит врачей ПМСП и профилактических подходов, но заинтересована во внедрении PEN.

## **Казахстан**

Казахстан начал работу над третьей национальной программой развития здравоохранения. В ней заложен ряд программ скрининга детей и взрослых на наличие таких заболеваний, как ССЗ, рак и диабет. В рамках экспериментального проекта по НИЗ на региональном уровне применяется межсекторальный подход. С конца 2016 года школьные медпункты перешли из сферы ответственности Министерства образования в сферу ответственности Министерства здравоохранения. Определена потребность в обучении медсестер по аналогии с Финляндией.

## **Кыргызстан**

В Кыргызстане действует План мероприятий по борьбе с НИЗ; в 2013 году было проведено исследование ВОЗ STEPS. Протоколы PEN внедряются в 10 пилотных семейных медицинских центрах с 2015 года. Персонал ПМСП (как врачи, так и медсестры) прошли обучение по PEN. Следующим этапом будет расширение охвата оценкой и управлением сердечно-сосудистым риском, а также включение лекарственных средств, обозначенных в протоколах PEN, в перечень лекарственных средств фонда обязательного медицинского страхования.

## **Республика Молдова**

Республика Молдова проводит экономическое обоснование целесообразности внедрения пакета PEN. Протоколы PEN адаптированы к национальному контексту; разрабатывается учебный пакет для специалистов ПМСП. Следующим шагом будет сбор базовых данных и подготовка персонала. Оценка будет количественной и качественной, а также включит сопоставление PEN и не-PEN клиник.

## **Российская Федерация**

Система профилактики НИЗ и формирования здорового образа жизни в Российской Федерации организована на базе центров медицинской профилактики. Она предусматривает межсекторальное сотрудничество, информирование и мотивирование граждан, создание условий для здорового образа жизни, проведение периодических профилактических осмотров и повторных визитов, а также профилактику НИЗ в больницах и санаториях. Профилактические осмотры проводятся каждые три года; на региональном и федеральном уровнях осуществляется электронный мониторинг программы. Повысились показатели выявления рака и сердечно-сосудистых заболеваний; большее число случаев онкологических заболеваний выявляется на I и II стадиях.

## **Таджикистан**

В Таджикистане материалы PEN были переведены на национальный язык; в 10 регионах реализуются пилотные проекты PEN. Проводятся учебные курсы, семинары и курсы повышения квалификации. Шкалы оценки/прогнозирования риска используются в клинических протоколах и включены в учебные программы.

## **Турция**

Турция рассказала об экспериментальном исследовании, связанном с усилением профилактики НИЗ в ПМСП. Исследование включает скрининг здоровых людей, наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями и анализ осложнений. Подготовлены руководства для врачей ПМСП и очные учебные курсы. Оценка экспериментального проекта показала, каким образом можно усовершенствовать модель.

## **Туркменистан**

Туркменистан не успел подготовить плакат, но тем не менее привержен борьбе с НИЗ. Протоколы PEN внедряются в одном регионе с 2014 года. Обучение специалистов ПМСП проводится по всей стране; внедрение PEN продолжается.

## **Украина**

Украинский проект по улучшению здоровья и благополучия населения путем сокращения НИЗ имеет четыре компонента: политика, подготовка персонала ПМСП, информационный обмен и эпиднадзор, и мониторинг. Для врачей разработаны клинические руководства и инструменты содействия принятию решений, а также учебный пакет для семи экспериментальных регионов.

## **Узбекистан**

Узбекистан внедряет протоколы PEN в восьми пилотных медицинских учреждениях. Создание “дорожной карты” для внедрения PEN в масштабе всей страны запланировано к концу 2017 года.

## **Размышления**

Страны находятся на разных этапах реализации PEN. Некоторые из стран пока в начале пути, некоторые уже внедряют PEN, некоторые достигли определенных результатов. Страны, находящиеся в начале пути, используют взвешенный подход к планированию и проведению экономического обоснования целесообразности внедрения PEN. Некоторые страны используют multidisciplinary подход к проведению учебных курсов. Многие страны упоминали в плакатах важность межсекторального подхода.

За пределами Региона, на Западном берегу и в секторе Газа, опыт внедрения PEN показал, что необходимо убедить людей (в том числе специалистов здравоохранения), что PEN - хорошая идея, и в частности сектор ПМСП, чтобы создать у них уверенность в возможности осуществления PEN. Первоначально специалисты здравоохранения не умели правильно рассчитывать уровень риска ССЗ, что вызывало необходимость проведения клинических аудитов и оценки результатов работы, а также подчеркивало важность наличия для этого соответствующих индикаторов.

## **Обучение и подготовка работников первичной медико-санитарной помощи**

Это заседание было посвящено обмену опытом между странами и подходам к обучению и подготовке специалистов ПМСП по целому ряду актуальных вопросов.

## **Совместное обучение врачей и медсестер ПМСП: опыт Украины**

Проект, осуществляемый в Украине, использует интегрированный подход на основе имеющихся ресурсов и направлен на обеспечение устойчивости. Разработан двухдневный учебный курс по интегрированному управлению гипертензией и диабетом. В семи регионах обучено 52 инструктора ПМСП (врачи и медсестры); каскадное обучение проведено для более чем 800 семейных врачей и медсестер. Получены хорошие отзывы о проделанной работе. Дальнейшие изменения клинической практики потребуют более эффективного использования ограниченных ресурсов посредством, например, распределения обязанностей и других организационных изменений, которые позволят увеличить отведенное для пациентов время.

## **Использование онлайн-материалов/социальных сетей для проведения обучения: опыт Турции и Узбекистана**

В Турции врачи ПМСП проходят четыре этапа обучения: общее обучение, охватывающее основные принципы семейной медицины (очное); курсы занятий по конкретным темам, связанным с НИЗ (очные); непрерывное профессиональное обучение (онлайн), состоящее из 15 модулей и оценки до и после тестирования; учебные видеоролики, бесплатные и доступные как для профессионалов, так и для пациентов. Видеоролики включают обучение практическим навыкам, таким как расчет уровня риска ССЗ и использование ингаляторов, и были подготовлены с помощью различных ассоциаций.

В Узбекистане обучение по PEN было разработано при поддержке Центра дистанционного обучения.<sup>3</sup> Курсы делятся на модули и имеют теоретическую (70%) и практическую часть (30%). Каждый модуль содержит презентации, видеоролики и инструкции, а также мини-программы по освоению практических навыков. Пользователи регистрируются в системе и имеют два-три месяца, чтобы пройти модуль своими собственными темпами. Затем осуществляется практическая оценка навыков и выполняются тесты с вопросами и несколькими вариантами ответов. В ближайшем будущем обучение будет расширено за счет включения дополнительных клинических протоколов НИЗ. Основной трудностью является то, что даты начала не могут быть адаптированы в соответствии с индивидуальными потребностями: курс может начаться только по итогам набора определенного числа обучаемых, поскольку все студенты должны начинать обучение одновременно. Последующие шаги включают разработку методологических руководств, разработку и утверждение устава дистанционного обучения и обучение модераторов.

### **Оценка и мониторинг клинической компетентности: опыт Кыргызстана**

В Кыргызстане медсестры обучаются вместе с врачами. Подготовка охватывает теоретические знания, а также практические навыки, такие как измерение физических показателей. Тестирование проводится на основе контрольного перечня. Медсестры учатся правильно заполнять клинические формы.

### **Укрепление программ подготовки студентов, аспирантов и непрерывного медицинского образования по оценке и управлению сердечно-сосудистым риском: опыт Таджикистана**

Таджикистан разработал программы подготовки инструкторов в пилотных регионах и провел семинары по переподготовке. Несмотря на это, не весь персонал был охвачен обучением из-за высокой текучести кадров; последующие проверки показали, что удержание полученных знаний было также ограниченным. Обучение по использованию протоколов и диаграмм прогнозирования рисков было введено в учебные программы университетов и институтов последипломного образования. В настоящий момент имеется только 39 инструкторов, поэтому быстрое расширение масштабов будет представлять серьезную проблему.

### **Обсуждение**

В последовавшем обсуждении участники из Азербайджана продемонстрировали свои онлайн-учебные материалы. В Азербайджане было разработано руководство для подготовки врачей ПМСП. Оказалось неожиданностью, что медсестры (250) также пользовались этим руководством. Обучающие модули могут выполняться онлайн; тестирование осуществляется онлайн; сертификат может быть распечатан и представлен в институт последипломного образования.

---

<sup>3</sup> Ташкентский институт усовершенствования врачей. Кафедра повышения квалификации [веб-сайт] (<http://www.medical courses.uz>, доступ осуществлялся 18 июля 2017 года).

## **Внедрение руководств и протоколов, основанных на фактических данных**

Целью заседания был обмен информацией и страновым опытом, связанным с внедрением руководств и протоколов, основанных на фактических данных.

### **Основные лекарственные средства и технологии, необходимые для осуществления протоколов PEN или эквивалентных мероприятий**

Этот доклад начался с обсуждения важности доступа к лекарственным средствам и определения основных лекарственных препаратов. В инструментах внедрения PEN перечислены основные лекарственные средства, базовые технологии и инструменты, необходимые для реализации протоколов PEN. Важное значение имеет согласованность перечней основных лекарственных препаратов, необходимых для осуществления клинических протоколов, с национальным перечнем основных лекарственных средств и перечнем лекарств, расходы на которые должны возмещаться медицинским страхованием: если лекарство не входит в перечень для возмещения расходов, затраты для пациента высоки, и он вряд ли сможет выполнять рекомендации по лечению. В качестве иллюстраций использовались перечни лекарственных средств Кыргызстана и Молдовы. Мониторинг доступности лекарственных средств в учреждениях ПМСП в секторе общественного здравоохранения осуществляется на основе индикаторов прогресса ограниченных во времени обязательств Организации Объединенных Наций, с использованием Обзора ВОЗ потенциала стран. Мониторинг доступности также может основываться, при необходимости, на рутинно собираемых данных, таких как данные журналов регистрации предписаний лекарственных средств, а также исследований цен и наличия лекарственных препаратов. Предпосылками для обеспечения доступности приемлемых в ценовом отношении лекарственных средств для лечения НИЗ являются: адекватное государственное финансирование, тщательный отбор экономически эффективных приоритетных лекарственных средств, эффективные системы закупок и распределения, охват лекарственных средств системами медицинского страхования и назначение приоритетных препаратов в соответствии с клиническими протоколами.

По итогам доклада было высказано несколько комментариев. Была вновь подчеркнута важность согласования между протоколами и доступностью и наличием лекарственных средств. Если лекарственный препарат недоступен по цене, вероятность того, что пациент будет соблюдать рекомендации по лечению, и что клинические результаты будут достигнуты, минимальна. Статины могут находиться в перечне лекарственных средств, но не являться доступными для пациентов. Участники из Казахстана отметили, что, несмотря на то, что правительство гарантирует наличие определенного перечня лекарств, регионы также имеют право приобретать дополнительные лекарственные средства для пациентов, используя свои региональные бюджеты. В Азербайджане имелись трудности с обеспечением предоставления необходимых лекарственных препаратов пациентам. Согласно закону, поставщики медицинских услуг обязаны предоставлять пациенту лекарственные средства, но на самом деле препаратов нет в наличии. Чтобы избежать судебных разбирательств, поставщики медицинских услуг записывали в картах, что пациенты получили лекарства, даже если это было не так. Это привело к изменению законодательных положений.

Важно, чтобы протоколы PEN были согласованы с существующими национальными протоколами, а не дублировали или противоречили им.



## Внедрение протоколов PEN 1 и 2: общие проблемы

Сотрудничающий центр ВОЗ по самопомощи поделился своим опытом изучения и содействия внедрению PEN в странах. Это дало возможность выявить некоторые общие проблемы.

Существует необходимость:

- согласования протоколов PEN с существующими протоколами и руководствами;
- оценки и обеспечения поставки основных лекарственных средств и базовых технологий, необходимых для осуществления PEN;
- разработки (определения) четких критериев направления к специалистам и путей оказания помощи вновь выявленным пациентам, находящимся в группе риска;
- снижения возможности ошибок и разработки процессов принятия решений, основанных на фактических данных;
- проведения простых, но полезных оценок и использования данных оценок для обоснования масштабирования мер;
- обеспечения качества и постоянного улучшения качества, например, следуя циклу “план-действие-изучение-действие”, включая контрольные точки для корректировки или отклонения модели;
- тщательного изучения “цены выбора” мер вмешательства;
- плана обеспечения устойчивости и интеграции с системой здравоохранения.

Осуществление проекта – непростая задача: когда что-то осуществляется впервые, это может сразу и не сработать. Однако, если существуют эффективные механизмы анализа и корректировки, даже простые оценки могут быть полезными: можно планировать периоды сбора и анализа данных, паузы, изучения ситуации и принятия решений.

## Инструменты и материалы для содействия принятию решений по использованию клинических руководств и оценке риска сердечно-сосудистых заболеваний: опыт Беларуси и Узбекистана

В Беларуси был разработан инструмент, который является мобильной версией руководства “*Практический подход к охране здоровья легких (ПОЗЛ). Руководство по внедрению ПОЗЛ*”.<sup>4,5</sup> Эквивалентным протоколом PEN является Протокол 3 по лечению хронических респираторных заболеваний, однако, этот инструмент - более широкий, охватывающий, в дополнение к хроническим респираторным заболеваниям, диагностику и лечение туберкулеза, рациональное использование антибиотиков для лечения респираторных заболеваний, распространенные отоларингологические заболевания и прекращение курения. Помимо предоставления помощи врачам в диагностировании и

---

<sup>4</sup> Мобильное приложение, основанное на руководстве «Практический подход к охране здоровья легких», доступно для загрузки на смартфонах и планшетах Android [веб-сайт]. Минск: Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии; 2017 г. (<http://www.rnrcpf.by/en/news/176-2017-03-09-07-42-03.html>, доступ осуществлялся 18 июля 2017 года).

<sup>5</sup> Практический подход к охране здоровья легких (ПОЗЛ). Руководство по внедрению ПОЗЛ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 г. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69937/1/WHO\\_HTM\\_TB\\_2008.410\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69937/1/WHO_HTM_TB_2008.410_eng.pdf?ua=1&ua=1), доступ осуществлялся 18 июля 2017 года).

назначении лекарственных средств, приложение также содержит информацию, которая может быть распечатана или направлена пациенту.

В Узбекистане планшетные компьютеры используются врачами и медсестрами для проведения клинических исследований по PEN. Для каждого пациента заполняется форма на iPad; данные автоматически переносятся в базу данных. На основе этих данных может быть легко сгенерирован отчет о всех пациентах с риском сердечно-сосудистых заболеваний. Такая система позволяет осуществлять электронное управление пациентами с НИЗ. Администратор просматривает всю информацию системы и может группировать пациентов в соответствии с их уровнем риска, а также отслеживать пациентов, которые должны придти на прием.

## **Финансовые и другие стимулы для укрепления оценки и управления сердечно-сосудистым риском: опыт Армении и Кыргызстана**

Программа финансирования, осуществляемая в Армении при поддержке Всемирного Банка и ориентированная на конкретные результаты, охватывает проведение массового скрининга взрослых на наличие гипертонии, диабета и рака шейки матки в ПМСП, при этом за увеличение показателей выявления предусматриваются финансовые стимулы. Система бонусов основана на 28 целевых индикаторах; в зависимости от достигнутых результатов, дважды в год врачи могут получить премию, общий размер которой эквивалентен месячной зарплате. В период с 1 января 2015 года по 28 февраля 2017 года в 362 учреждениях ПМСП было проведено 977 000 скринингов; было обнаружено, что у 8,1% обследованного населения - повышенное кровяное давление. Однако оказалось, что для пациентов с вновь выявленным повышенным кровяным давлением не предусмотрено соответствующего лечения (за исключением уязвимых групп). Последующее наблюдение и лечение после скрининга были ограничены, также как и информация о том, что пациент делает после процедуры. Это подчеркивает, что программы скрининга потенциально могут принести больше вреда, чем пользы, если не разработаны процедуры, направленные на улучшение результатов в отношении здоровья.

В Кыргызстане введены финансовые стимулы для улучшения качества предоставляемых медицинских услуг. Этот ориентированный на конкретные результаты проект финансирования Всемирного банка, обеспечивает дополнительные выплаты медицинским работникам ПМСП через фонд обязательного медицинского страхования в рамках четырех программ: туберкулез, материнство, детство и внедрение протоколов PEN. Произвольно выбранные амбулаторные карты пациентов с гипертонией анализируются с целью определения, получил ли пациент базовый набор профилактических мер (выявление факторов риска; консультация пациента; анализ на уровень сахара в крови; анализ на холестерин и ЭКГ), и если да, то достиг ли пациент целевого уровня артериального давления. С пациентами также проводится интервью, чтобы узнать, принимают ли они антигипертензивные препараты, и знают ли они как снизить уровень артериального давления. Был высказан комментарий, что бонусы, основанные на работе всей медицинской команды, могут быть более справедливыми, чем выплаты только врачам.

## **Мониторинг и оценка**

Целью этого заседания был обмен опытом для стран с различными подходами к мониторингу и оценке.

## Экономическая оценка PEN

Этот доклад стал продолжением обсуждения экономической оценки, начатого на предыдущем семинаре по PEN в 2016 году. В глобальном масштабе анализы целесообразности внедрения НИЗ были проведены в шести странах, две из которых находятся в Европейском регионе. В зависимости от имеющихся данных, страны пытались оценить экономическое бремя четырех основных НИЗ и рассчитать стоимость вмешательств по НИЗ и/или рентабельность инвестирования в меры профилактики НИЗ. Доклады пока дорабатываются, но уже были выявлены проблемы с методологией и данными. Проведено исследование экономической эффективности внедрения PEN в Бишкеке, Кыргызстан. Несмотря на то, что было возможно рассчитать дополнительные затраты на внедрение протоколов PEN, оказалось проблематичным продемонстрировать их эффективность, используя рутинно собираемые данные. Последующие шаги будут включать совершенствование методологии и дальнейшие страновые исследования.

По итогам доклада был поднят ряд вопросов, ответы на которые состояли в следующем: экономические обоснования инвестирования в меры по НИЗ включают анализ таких затрат, как (i) затраты на госпитализации и стоимость лекарственных средств; (ii) социальные издержки, обусловленные такими причинами, как инвалидность или отсутствие на рабочем месте.

## Оценка внедрения PEN: опыт Иордании

Учитывая сравнительное отсутствие опыта внедрения PEN в глобальном масштабе, участники сочли полезным ознакомиться с опытом Сотрудничающего центра ВОЗ по самопомощи в Оксфорде, Соединенное Королевство, который провел оценку внедрения PEN в Иордании, и в частности рассмотреть, каким образом для простой, но полезной оценки, могут использоваться рутинные данные.<sup>6</sup> В этом подходе были использованы как количественные (для определения производительности, качества или тенденций), так и качественные данные (для объяснения количественных данных), а также проведены обзоры клинических карт и интервью с работниками здравоохранения. Оценка показала, что только 28% из всех проанализированных пациентов имели зафиксированный в карте показатель уровня риска, и большинство из этих показателей были неверными. Подавляющее большинство (89%) пациентов с высоким уровнем риска не были зарегистрированы как таковые. Половине пациентов, нуждающихся в статинах, они не были назначены; две трети (64%) пациентов нуждались в лечении статинами без оценки риска из-за существующего ССЗ. Исследование показало отсутствие знаний или неумение пользоваться шкалами риска, что приводило к неправильным расчетам уровня риска или несоответствующему применению лекарственных препаратов. Наблюдалась тенденция отдавать предпочтение вмешательствам, направленным на изменение образа жизни, что свидетельствует об отсутствии знаний или понимания показаний к применению медикаментозной терапии. В ходе проведения оценки был предложен ряд рекомендаций, в том числе разработать программы практической подготовки медицинских работников по оценке риска ССЗ и связанные с этим руководства.

---

<sup>6</sup> Collins DRJ, Jobanputra K, Frost T, Muhammed S, Ward A, Shafei AA et al. Cardiovascular disease risk and prevention amongst Syrian refugees: mixed methods study of Médecins Sans Frontières programme in Jordan. Conflict and Health. 2017;11:14. doi 10.1186/s13031-017-0115-z (<http://conflictandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13031-017-0115-z?site=conflictandhealth.biomedcentral.com>, accessed 21 July 2017).

## **Обеспечение и контроль качества и показатели эффективности внедрения PEN: опыт Узбекистана**

В Узбекистане в рамках внедрения PEN используются механизмы непрерывного повышения качества. В стране использовался ряд аналогичных с Иорданией индикаторов, и были выявлены аналогичные проблемы, например, неправильный расчет показателей уровня риска. В подход Узбекистана были включены: базовая оценка потенциала учреждений ПМСП и оценка качества предоставляемой медицинской помощи с использованием стандартного адаптированного вопросника, рекомендованного ВОЗ, и 11 индикаторов улучшения качества медицинской помощи; ежеквартальные внешние мониторинговые визиты национальной команды в учреждения ПМСП (базовый, заключительный и три промежуточных визита); внутренний мониторинг внедрения, проводимый на ежемесячной основе с использованием инструментов непрерывного повышения качества; региональный мониторинг и вспомогательный контроль. Каждый внешний визит включал оценку результатов по 10% амбулаторных карт пациентов, отобранных методом случайной выборки, а также оценку одной или двух консультаций врача общей практики и трех или четырех интервью пациентов, вышедших с приема врача. Был выявлен ряд проблем, таких как огромная нагрузка врачей общей практики, низкая приверженность пациентов профилактике НИЗ и недостаточные навыки планирования визитов пациентов и долгосрочного наблюдения. Для устранения этих проблем разрабатываются соответствующие решения. В целом был достигнут определенный прогресс в осуществлении PEN, например, достижение достаточно высокого охвата оценкой ССР.

В настоящее время рассматривается вопрос о том, какие данные следует рутинно собирать и отслеживать, учитывая, что исследования могут быть достаточно ресурсоемкими. Было бы полезно использовать методы вспомогательного контроля и обучить руководителей клиник их использованию. Что касается продолжительности консультаций, медсестры затрачивают около 10-15 минут на осмотр пациента и заполнение бумажных форм; затем пациент консультируется врачом. В стадии разработки находится система электронного ведения пациентов (представленная ранее), которая сможет помочь сократить время. Первичный визит пациента в клинику ПМСП занимает 10-15 минут для обследования медсестрой и 15-20 минут для приема врача. Апробируется также другой подход: посещение пациентов медсестрой на дому (патронажная сестра). Медсестры проводят первичные оценки дома у пациентов, таким образом требуется меньше времени на прием пациента в клинике.

## **Оценка потенциала центров первичной медико-санитарной помощи в области профилактики и управления основными НИЗ: опыт Таджикистана**

В Таджикистане вопросник PEN был адаптирован для оценки потенциала учреждений ПМСП. В 2014 году до внедрения PEN была проведена оценка потенциала системы ПМСП, которая была повторена в 2015 году. Оценки показали, что основными проблемами являются: нехватка людских ресурсов; отсутствие оборудования; ограничения на проведение некоторых диагностических тестов (таких как анализ на холестерин); острый дефицит ряда основных лекарственных средств, например, статинов; трудности с обеспечением доступа к неотложной помощи из-за плохих дорог и погодных условий; отсутствие электронных систем регистрации; обеспечение свободного доступа к лекарственным средствам и анализам, доступным лишь некоторым пациентам; ограниченные возможности для санитарного просвещения в условиях сообщества. Были разработаны рекомендации или мероприятия для преодоления каждой из этих проблем.

## **Уроки, извлеченные из реализации государственной программы по улучшению оценки и управления сердечно-сосудистым риском в ПМСП: опыт Российской Федерации**

Мониторингу и оценке Государственной программы профилактики и контроля НИЗ на уровне ПМСП в Российской Федерации был посвящен плакат, представленный на стендовой сессии. Охват скринингом составляет 87,5 млн. человек в возрасте 21 года или старше; скрининги проводятся с трехлетними интервалами. В течение четырех лет, с 2013 по 2016 год, было охвачено 23% населения. Первый этап медицинского осмотра включает беседу с пациентом, измерение физиологических показателей, оценку сердечно-сосудистого риска и выявление необходимости последующего консультирования. Второй этап состоит в обследовании пациента врачом общей практики, углубленное профилактическое консультирование и уточнение диагноза. Несмотря на то, что медицинские осмотры способствуют улучшению первичного выявления пациентов с ССЗ, остаются проблемы с качеством медосмотров и последующего наблюдения: наблюдалось только 80% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В 2017 году планировалось изменить график медосмотров и пересмотреть процедуру их проведения.

Сбор информации о факторах риска входит в сферу ответственности среднего медицинского персонала и в основном выполнялся медсестрами. Предпринимаются усилия по сокращению нагрузки на врачей; произошло изменение обязанностей врачей и медсестер. Медицинские осмотры начали проводиться для людей в возрасте 21 года, в связи с тем, что для более молодых возрастных групп имеются другие программы скрининга. В программе были учтены результаты экономического анализа и обсуждений со стороны сообщества. Первоначально такое проведение массовых медицинских осмотров не представлялось экономически эффективным, поэтому предполагалось изменить подход. Компьютеризированный учет данных медицинских осмотров может осуществляться не во всех регионах, поскольку не все регионы компьютеризированы. Тем не менее, все регионы ежемесячно подают онлайн-формы.

Исследования распространенности курения, проведенные в Российской Федерации в 1993 и 2003 годах, показали, что приблизительно 60% мужчин и 8-9% женщин курят. Последний раунд опроса показал, что общая распространенность курения среди населения снизилась (около 39% мужчин и около 12% женщин курят). Ключевым фактором, повлиявшим на снижение распространенности курения, стал жесткий антитабачный закон.

Закрывая заседание, председатель отметил, что для проведения мониторинга и оценки существует множество причин. Например, политики часто интересуются экономическими оценками. Однако, сбор данных может быть сопряжен с определенными трудностями: исследования требуют большого количества ресурсов; данные о пациентах предназначены для обследования и лечения пациентов, а не для проведения исследований. Поэтому отрандно видеть, что многие страны пытаются собирать данные. Важно также проводить исследования на уровне населения, дающие иную информацию, чтобы иметь возможность сравнивать данные из разных источников и разных стран.

## **Расширение масштабов и обеспечение устойчивости: переход к общенациональному внедрению**

Целью этого заседания было обменяться опытом и подходами стран к расширению масштабов и обеспечению устойчивости осуществления PEN.

## **Разработка экономического обоснования: опыт Молдовы**

Республика Молдова провела экономическое обоснование целесообразности внедрения PEN, целью которого было выявить на практике сильные и слабые стороны существующих механизмов управления ССЗ и диабетом по сравнению с применением комплексного подхода к ведению этих заболеваний и адаптированных врачами и медсестрами ПМСП инструментов PEN. Обоснованием проведения данного исследования было бремя болезней, обусловленных НИЗ, высокий процент (76,2%) пациентов с повышенным кровяным давлением, не получающих надлежащего лечения, а также высокий процент предотвратимых госпитализаций пациентов с НИЗ. Исследование проводилось на базе 20 центров ПМСП (10 центров, где осуществлялись меры вмешательства и 10 центров, представляющих контрольную группу) с использованием адаптированных к национальному контексту протоколов PEN и разработанного учебного пакета для медицинского персонала пилотных учреждений ПМСП. Для всех 20 центров были собраны базовые показатели; персонал 10 центров, где осуществлялись меры вмешательства, прошел обучение. По итогам осуществления мер вмешательства и оказания технической поддержки в течение года, будут получены дополнительные данные по количественным и качественным показателям во всех 20 учреждениях. Результаты будут проанализированы и оценены; произойдет обмен опытом. Исследование координировалось страновым офисом ВОЗ при поддержке Регионального бюро и финансировалось Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству.

## **Оценка пилотного исследования для обоснования расширения масштабов: опыт Турции**

В Турции было проведено исследование для оценки возможностей осуществления мониторинга НИЗ в клинической практике, выявления проблем, с которыми сталкиваются на практике семейные врачи, а также выработки решений, которые дадут возможность обосновать расширение масштабов внедрения протоколов. Семейные врачи из Анкары, Эрзурума и провинции Стамбул уже прошли обучение по проведению оценки ССР. Это качественное и количественное исследование было посвящено контролю за хроническими заболеваниями на уровне ПМСП, а также изучению успешного опыта внедрения протоколов PEN посредством вспомогательных визитов, ввода данных, обратной связи, бесед в целевых группах и анализа. В ходе исследования были выявлены новые случаи заболеваний, ожирения, а также высокая доля пациентов с неконтролируемыми хроническими заболеваниями, что подчеркивает важность мониторинга хронических заболеваний на уровне ПМСП. Сложности, с которыми столкнулась Турция, включали недостаточное количество времени, отведенного для осмотра пациентов врачами (9,9%) и времени, отведенного пациентами для визита к врачу (5,6%), а также неявку пациентов для проведения лабораторных обследований (6,8%). Исследование легло в основу создания планов по улучшению контроля за хроническими заболеваниями в ПМСП в рамках повседневной деятельности.

## **Разработка дорожной карты для расширения масштабов PEN: опыт Кыргызстана**

Кыргызстан разработал предварительный вариант “дорожной карты” внедрения PEN с целью обеспечения доступа к профилактическим мерам на уровне ПМСП и повышения качества и эффективности медицинского обслуживания. Была проведена оценка факторов, способствующих осуществлению протоколов PEN, таких как институционализация обучения, определение индикаторов для мониторинга, оценка знаний и наличие механизмов финансовой мотивации. В число выявленных препятствий

вошли недостаточное финансирование ПМСП, отсутствие единого подхода к контролю факторов риска НИЗ, отсутствие общедоступной информации о НИЗ, институционализированной системы мониторинга и отсутствие механизмов мотивации для медицинского персонала. Основные запланированные шаги состояли в том, чтобы провести обучение с акцентом на медсестер, увеличить охват оценкой сердечно-сосудистого риска групп высокого риска, обеспечить раннее выявление и лечение гипертонии и повысить осведомленность населения по вопросам профилактики НИЗ.

## Планирование страновых мероприятий

В страновых группах участники рассмотрели следующие вопросы:

- осуществление протоколов PEN или эквивалентных мероприятий для оценки ССР в странах, последующие шаги на 2017 год и на двухгодичный период 2018-2019 годов, а также возможное оказание технической поддержки со стороны ВОЗ для реализации планов действий стран (см. планы действий в Приложении 3);
- будущее семинара PEN (региональный или субрегиональный уровень);
- попарное объединение стран для осуществления PEN.

**Армения** планирует адаптировать протоколы PEN к национальному контексту и интегрировать их с уже имеющимися клиническими руководствами. Для этого потребуются техническая поддержка ВОЗ. Армения хотела бы: расширить обучение медицинского персонала и пересмотреть уже существующие обучающие программы для медсестер, делая акцент на делегирование медсестрам таких функций по НИЗ, как консультирование по вопросам профилактики НИЗ, медсестрам; вовлекать в работу по осуществлению PEN неправительственные организации и средства массовой информации. Армения разрабатывает клинические руководства и хотела бы разработать качественные и количественные индикаторы: 28 индикаторов необходимо пересмотреть. Армения также ценит постоянный обмен опытом с коллегами из других стран.

**Азербайджан** планирует перевести протоколы PEN на национальный язык и апробировать их в трех регионах, выбранных правительством. Как и Узбекистан (см. ниже), Азербайджан также хотел бы начать экспериментальное применение группового обучения на уровне ПМСП в двух регионах, для чего им потребуется техническая поддержка со стороны ВОЗ. В стране создается система семейных врачей на уровне ПМСП. Азербайджан хотел бы сотрудничать на региональной основе с Турцией для получения поддержки и помощи для организации системы семейных врачей.

**Беларусь** планирует укрепление межсекторального сотрудничества с другими ведомствами и привлечение к работе Совета министров на политическом уровне и неправительственных организаций, например, женских организаций, по опыту Северной Карелии. Другие планы включают экономический мониторинг НИЗ и внедрения протоколов PEN, картирование систем и проведение оценок деятельности. Беларусь рассматривает вопросы разработки дистанционных форм обучения с использованием самооценки. Еще одна важная область состоит в улучшении доступности лекарственных средств: провести анализ перечня основных лекарственных средств и разработать механизм, обеспечивающий их доступность. Беларусь высоко оценила возможность изучения лучших практик, проблем и ошибок других стран.

**Грузия** планирует создать межсекторальную группу для рассмотрения возможностей интеграции ПМСП и систем общественного здравоохранения. В мае будут получены

результаты исследования STEPS, которые послужат стимулом для других секторов к совместной работе. Также планируется пересмотр круга обязанностей врачей и медсестер, анализ имеющихся учебных программ для медицинского персонала и создание программ непрерывного медицинского образования, а также проведение экспериментальной реформы ПМСП по крайней мере в одном регионе. Грузия хотела бы создать электронную систему амбулаторных карт и обучить врачей и медсестер ее использованию, для чего необходима техническая и финансовая поддержка со стороны ВОЗ.

Бремя болезней в **Казахстане** аналогично бремени болезней во всех бывших советских республиках, поэтому проблемы, связанные с дефицитом медицинского персонала, высокой смертностью и факторами риска, требуют общих решений. Электронные ресурсы будут использоваться с 2018 года. Будет необходимо разработать стандарты непрерывного обучения и назначения лекарственных средств; потребуется техническая поддержка со стороны ВОЗ для разработки руководств. Необходимо повысить акцизы на табачные изделия и разработать индикаторы мониторинга и оценки НИЗ для выявления распространенности гипертонии, диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и потребления соли, а также процент госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи и процент инвалидностей, обусловленных НИЗ.

**Кыргызстан** планирует расширение проекта PEN и разрабатывает “дорожную карту” действий в этом направлении, привлекая другие заинтересованные стороны к принятию решений в отношении расширения проекта. Анализируются текущие данные по факторам риска и связанным с ними заболеваниями; завершается оценка экономической целесообразности инвестирования в меры по НИЗ. Будет организовано проведение исследований по надзору за ожирением в детском возрасте (COSI), а также анализа уровней потребления табака и факторов риска НИЗ. Разрабатывается новая стратегия в секторе здравоохранения, в соответствии с новыми положениями (Узбекистан будет хорошей моделью многосекторального сотрудничества). Также ведется работа по использованию электронной медицины, информационных технологий и электронных карт пациентов. Семинар был очень полезным для Кыргызстана; презентация плакатов стала хорошей идеей, так как она помогла прояснить различные аспекты опыта внедрения PEN. Кыргызстану необходима поддержка ВОЗ для проведения оценки и мониторинга. Наконец, Кыргызстан предлагает организовать следующий семинар в Турции.

**Молдова** работает над экономическим обоснованием целесообразности внедрения PEN (см. выше) и подробного плана действий. Затем будет разработана “дорожная карта”. Все материалы готовы и могут быть переданы другим странам. Ведется работа над сокращением распространенности артериальной гипертонии, проводится исследование потребления натрия; ведется совместная работа с Министерством сельского хозяйства по уменьшению содержания натрия в пищевых продуктах. Законодательство по борьбе против табака относительно жесткое, но антиалкогольный закон представляет собой большую проблему. С целью контроля потребления алкоголя всем секторам было предложено поддержать ограничения на маркетинг продуктов.

**Российской Федерации** было интересно ознакомиться с опытом реализации проекта “Северная Карелия” и различными вариантами политики, а также с опытом Кыргызстана в области обеспечения доступности лекарственных средств. В России имеется аналогичный проект по PEN; было интересно сравнить результаты двух проектов. Российская Федерация также хотела бы проводить мониторинг достижения целевых индикаторов, таких как вызовы скорой помощи, чрезвычайные ситуации и качество оказываемых услуг. Необходимо повысить эффективность ПМСП без увеличения



стоимости. Планируется разработка протоколов профилактики НИЗ с учетом гендерно-возрастных факторов и организация гериатрической оценки.

**Таджикистан** планирует расширение и масштабирование внедрения PEN, а также укрепление межсекторального взаимодействия и работы со всеми соответствующими организациями. Религиозные лидеры могут быть привлечены к кампаниям по повышению осведомленности о НИЗ. Хотелось бы внедрить лучшие практики Северной Карелии. В настоящее время разрабатывается национальный план действий по осуществлению программы “Здоровье-2020”. При поддержке ВОЗ Таджикистан хотел бы провести оценку целесообразности инвестирования в меры вмешательства по НИЗ.

**Туркменистан** видит необходимость продолжения такого рода семинаров, который был очень плодотворным; особенно представление плакатов. Туркменистан планирует инициировать программу школьного здравоохранения и создать систему электронных карт пациентов. Также планируется разработка алгоритмов для лечения хронической обструктивной болезни легких и организация исследования факторов риска НИЗ. Туркменистану понравился опыт Беларуси предоставления электронных материалов для врачей.

**Турция** планирует расширение пилотного проекта на всю страну. Завершается подготовка юридической документации по вопросам мониторинга и управления НИЗ на уровне ПМСП, включая системы оплаты, основанные на результатах. Турция также разрабатывает руководства и циркуляры, в частности, для лечения артериальной гипертонии, диабета и оценки ССР. Создается электронная система мониторинга с системой поддержки принятия решений, подобная той, которая существует в Финляндии. Турция хотела бы провести анализ целесообразности инвестирования в меры по НИЗ, для чего ей потребуется техническая и финансовая поддержка ВОЗ. Организуется очное обучение семейных врачей и медсестер (около 23 000 человек).

**Украина** организует обучение врачей и медсестер ПМСП в семи регионах. Планируется интеграция учебных курсов в программы последиplomного образования; изучаются возможности онлайн-обучения. Необходимо проведение оценки клинической практики, включая список целевых индикаторов. Украина планирует оценку экономического эффекта внедрения НИЗ и проведение исследований STEPS и COSI. Разрабатывается система электронного здравоохранения; планируется обеспечить включение вопросов НИЗ и шкал оценки ССР в систему.

**Узбекистан** планирует совершенствование законодательства и нормативно-правовой базы в поддержку профилактики НИЗ. В Узбекистане осуществляются протоколы PEN в ряде регионов и создается координационный совет, который будет встречаться один или два раза в год, чтобы обсудить внедрение PEN и профилактику НИЗ.

## **Выводы**

Среди общих тем по итогам выступлений стран были следующие:

- все страны упомянули и/или запросили поддержку со стороны регионального бюро и страновых офисов ВОЗ;
- участники имеют интересные предложения и хотят продолжать проведение таких семинаров в дальнейшем;

- рассматриваются возможности более широкого использования социальных сетей, а также разработки системы совместного использования ресурсов, материалов и опыта;
- необходимо проводить сравнение достижений стран, включая ход реализации и конкретные мероприятия, а также обсуждать успехи и возникающие проблемы;
- всем странам необходимы инструменты качественной и количественной оценки;
- страны планируют продемонстрировать или представить свои достижения на встрече директоров по НИЗ, которая состоится в Москве, Российская Федерация, в июне 2017 года;
- было бы полезно разработать двусторонние стратегии обмена информацией и опытом;
- было бы полезно провести экономические обоснования целесообразности проведения вмешательств по НИЗ или исследования рентабельности мер вмешательства PEN;
- должны быть разработаны/адаптированы протоколы и руководства для ПМСП; будет приветствоваться техническая поддержка со стороны ВОЗ;
- необходима информация о новых технологиях создания электронных систем медицинских карт, а также сами системы электронных медицинских карт;
- врачи и медсестры должны быть включены в проведение мероприятий по НИЗ.

Вслед за выражением признательности тем, кто участвовал в эффективной организации совещания, оно было официально закрыто.

## Приложение 1

### ПРОГРАММА

**Пятница, 24 марта 2017 г.**

09:00–09:30 **Открытие**

Приветственное слово: *Г-н Veli-Mikko Niemi, Генеральный директор (здоровье и благополучие), Министерство социального обеспечения и здравоохранения, и д-р Jill Farrington, Координатор по неинфекционным заболеваниям, Европейское региональное бюро ВОЗ*

Представление участников

Ознакомление с программой и ожидаемыми результатами: *д-р Jill Farrington*

09:30–10:15

Достижения в Европейском регионе ВОЗ в поддержку осуществления основных мероприятий по НИЗ в первичной медико-санитарной помощи: *д-р Jill Farrington*

Глобальная инициатива ВОЗ “HEARTS”: *Д-р Wendy Venter, Технический сотрудник, Штаб-квартира ВОЗ*

Обсуждение

11:00–12:30

**Сессия 1: Мероприятия на уровне сообщества в поддержку клинической профилактики**

Резюме и основные уроки по итогам поездки в Северную Карелию, Финляндия: *Профессор Тиина Лаатикайнен, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения (ТХЛ) Финляндия*

Обсуждение визита: *группа из трех участников делится своими впечатлениями о том, что они узнали, и как это можно применить на практике*

Обсуждение по группам в странах и комментарии

14:00–15:15

**Сессия 2: Опыт стран**

Презентации плакатов и общий обзор: *Каждая делегация стран представляет свой плакат, после чего участники имеют возможность “обойти галерею плакатов” и обсудить их дополнительно*

Пленарное обсуждение и обзор (15 минут)

15:45–17:00

**Сессия 3: Обучение и подготовка работников первичной медико-санитарной помощи**

Обучение врачей и медсестер первичной медико-санитарной помощи:  
опыт Украины

Использование онлайн-материалов / социальных сетей для поддержки  
обучения: Опыт Турции и Узбекистана

Оценка и мониторинг клинической компетентности: Опыт Кыргызстана

Укрепление программ подготовки студентов, аспирантов и  
непрерывного медицинского образования по оценке и управлению  
сердечно-сосудистым риском: опыт Таджикистана

Пленарное обсуждение и возможность для других стран поделиться  
опытом по соответствующим темам

Обсуждение применения на практике

Общее обсуждение

17:00-17:30

Подведение итогов и закрытие

## Приложение 2

### СПИСОК УЧАСТНИКОВ

#### **Армения**

Г-жа Ромелла Абовян

Начальник отдела

Отдел неинфекционных заболеваний и эпидемиологии внутрибольничных инфекций  
Национальный центр по контролю и профилактике заболеваний

Д-р Кнар Гонян

Начальник

Амбулаторная медицинская помощь

Департамент организации медицинской помощи

Министерство здравоохранения

#### **Азербайджан**

Д-р Лутфи Гафаров

Начальник отдела

Отдел первичной медико-санитарной помощи

Министерство здравоохранения

Д-р Набиль Сеидов

Исполняющий обязанности начальника отдела

Центр общественного здравоохранения и реформ

Министерство здравоохранения

#### **Беларусь**

Д-р Александр Дубровский

Главный терапевт

Министерство здравоохранения

Д-р Людмила Янковская

Начальник отдела

Отдел первичной медико-санитарной помощи

Министерство здравоохранения

#### **Финляндия**

Г-н Veli-Mikko Niemi

Генеральный директор

Отдел здоровья и благополучия

Министерство социального обеспечения и здравоохранения

Г-жа Sirpa Sarlio-Lähteenkorva

Советник министерства

Департамент по содействию благосостоянию и здоровью

Группа по укреплению здоровья

Министерство социального обеспечения и здравоохранения

#### **Грузия**

Профессор Нино Кикнадзе

Доцент, заместитель по лечебной работе  
Департамент семейной медицины  
Тбилисский государственный медицинский университет и ОАО “Куратио”

Д-р Лейла Стуруа  
Начальник отдела  
Отдел неинфекционных заболеваний  
Национальный центр контроля заболеваний и общественного здоровья

#### **Казахстан**

Д-р Валихан Ахметов  
Руководитель отдела  
Управление здравоохранения Алматы

Д-р Акмарал Альназарова  
Руководитель отдела  
Управление здравоохранения  
Кызылординской области

Г-жа Диляра Кайдарова  
Директор  
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Д-р Салтанат Жармаева  
Заместитель руководителя  
Управление здравоохранения Мангистауской области

#### **Кыргызстан**

Г-жа Гулай Абдрахманова  
Доктор, эксперт  
Центр семейной медицины № 12

Г-жа Алина Алтымышева  
Исследователь, Амбулаторное отделение,  
Национальный центр кардиологии и терапии  
Министерство здравоохранения

Д-р Роза Джакипова  
Национальный координатор по неинфекционным заболеваниям  
Главный специалист отдела организации медицинских услуг  
Министерство здравоохранения

#### **Республика Молдова**

Д-р Анжела Анисей  
Руководитель отдела  
Отдел управления качеством медицинских услуг  
Национальный центр управления здравоохранением

Профессор Геннадий Курочихин  
Начальник отдела семейной медицины  
Государственный университет медицины и фармакологии им. Николая Тестемицану

### **Российская Федерация**

Д-р Любовь Дроздова

Старший научный сотрудник

Отдел первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины

Д-р Эльмира Камильевна Вергасова

Заместитель директора

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела

Министерство здравоохранения

Д-р Георгий Георгиевич Введенский

Руководитель отдела первичной медико-санитарной помощи

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела

Министерство здравоохранения

### **Таджикистан**

Доктор Исфандиёр Махмудзода

Начальник отдела

Управление реформ, первичной медико-санитарной помощи и международных отношений

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения

Д-р Закрия Рахимов,

Главный кардиолог

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения

### **Турция**

Д-р Banu Ekinçi

Руководитель отдела

Отдел хронических заболеваний, пожилых людей и инвалидов

Институт общественного здравоохранения Турции

Министерство здравоохранения

Д-р Özlem Yiğitbaşıoğlu

Глава департамента

Институт общественного здравоохранения Турции

Министерство здравоохранения

### **Туркменистан**

Г-жа Солтанова Огулгурбан

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности

Г-жа Базарова Огулхан

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности

### **Украина**

Г-жа Олена Баз

Главный специалист, Программы и проектный отдел

Департамент общественного здравоохранения

Министерство здравоохранения

Г-жа Ирина Руденко  
Заместитель начальника отдела  
Отдел координации с другими центральными органами исполнительной власти и министерствами  
Департамент общественного здравоохранения  
Министерство здравоохранения

Г-н Владислав Збанацкий  
Заместитель руководителя отдела  
Отдел по борьбе с неинфекционными заболеваниями  
Центр общественного здравоохранения  
Министерство здравоохранения

#### **Узбекистан**

Д-р Барно Одилова  
Старший специалист  
Главное управление организации лечебно-профилактической помощи  
Министерство здравоохранения

Г-жа Рихсиниса Салиходжаева  
Главный специалист  
Отделение для новорожденных  
Министерство здравоохранения

#### **Представители других организаций**

Профессор Pekka Jousilahti  
Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения  
Финляндия

Профессор Erkki Vartiainen  
Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения  
Финляндия

Г-жа Sirje Vaittinen  
Координатор проекта  
Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения  
Финляндия

Г-жа Tuija Jääskeläinen  
Секретарь  
Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения  
Финляндия

Г-жа Katja Tukiainen  
Секретарь  
Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения  
Финляндия

#### **Временные консультанты**



Профессор Tiina Laatikainen  
Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний,  
укреплению здоровья и мониторингу  
Отдел эпидемиологии и укрепления здоровья  
Национальный институт общественного здравоохранения  
Финляндия

Д-р Анна Концевая  
Сотрудничающий центр ВОЗ по разработке и реализации политики и программ  
профилактики неинфекционных заболеваний  
Национальный научно-исследовательский центр профилактической медицины  
Министерство здравоохранения  
Российская Федерация

Г-н Dylan Collins  
Сотрудничающий центр ВОЗ по самопомощи  
Центр первичной медико-санитарной помощи в целях доказательной медицины  
Оксфордский университет  
Соединенное Королевство

### **Всемирная организация здравоохранения**

#### **Европейское региональное бюро ВОЗ**

Д-р Анжела Чобану  
Технический сотрудник  
Общественное здравоохранение  
Страновой офис ВОЗ  
Республика Молдова

Д-р Анастасия Думчева  
Национальный сотрудник категории специалистов  
Неинфекционные заболевания  
Страновой офис ВОЗ  
Украина

Д-р Toker Ergüder  
Национальный сотрудник категории специалистов  
Страновой офис ВОЗ  
Турция

Д-р Jill Farrington  
Координатор  
Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни

Д-р Русудан Климиашвили  
Национальный сотрудник категории специалистов  
Страновой офис ВОЗ  
Грузия

Д-р Осмон Молдокулов  
Национальный сотрудник категории специалистов

Страновой офис ВОЗ  
Кыргызстан

Д-р Jane Robertson  
Технический сотрудник  
Технологии здравоохранения и фармацевтической промышленности  
Отдел систем здравоохранения и общественного здоровья

Г-жа Anita Strandsbjerg  
Ассистент программы  
Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни

Д-р Елена Цой  
Национальный сотрудник категории специалистов  
Страновой офис ВОЗ  
Узбекистан

### **Штаб-квартира ВОЗ**

Д-р Wendy Venter  
Консультант  
Управление неинфекционными заболеваниями

### **Переводчики**

Г-жа Виктория Францева  
Г-н Антон Францев

## Приложение 3

### ЗАМЕТКИ ПО СТРАНОВЫМ ПЛАНАМ ДЕЙСТВИЙ

Следующие заметки по страновым планам действий являются стенограммами флипчартов соответствующих стран (местами цитируется дословно).

#### **Армения**

- Разработка протоколов PEN при технической поддержке ВОЗ (составление и интегрирование с уже имеющимися клиническими руководствами НИЗ)
- Обучение медицинского персонала (в том числе медицинских сестер) по НИЗ
- Пересмотр уже существующих обучающих программ на всех уровнях (с упором на НИЗ)
- Делегирование функций по НИЗ (консультирование по факторам риска, анкетирование и так далее) среднему медицинскому персоналу
- Обеспечение службы первичной медико-санитарной помощи необходимым пакетом вмешательств и технического оснащения, необходимых для реализации PEN.
- Вовлечение НПО и СМИ для реализации PEN
- Мониторинг по основным показателям, пересмотр индикаторов бонусного финансирования
- Постоянный обмен опытом для внедрения наилучшей практики и подготовка на национальном уровне специалистов по профилактике НИЗ на национальном уровне (ТОТ).

#### **Азербайджан**

Последующие шаги:

- региональное партнерство Азербайджана и Турции
- предложить провести следующую обзорную встречу в Стамбуле в 2018 году
- экспериментальная реализация протоколов PEN в трех регионах (при технической поддержке ВОЗ)
- адаптация протоколов PEN

#### **Беларусь**

- Предложения и инициативы по межведомственному взаимодействию по борьбе с НИЗ (совместные проекты в рамках “Здоровый год” и другие).
- Встреча с общественными организациями в поддержку стратегий НИЗ
- Продолжение работы в рамках проекта BelMed
- Внедрение дистанционных форм обучения, как медицинских работников, так и пациентов, с системой обратной связи и контроля
- Изменить подходы к обучению медицинских работников в пользу интегрированных форм обучения
- Провести мониторинг доступности протокола 1С

- Разработать механизмы внедрения в ПМСП результатов мониторинга экономической доступности
- Поддержка ВОЗ в части картирования систем
- Продолжить встречи, ориентированные на практику и обмен опытом.

## **Грузия**

1. Межсекторальная группа по реформе ПМСП (Министерство здравоохранения, Правительство Грузии, ВОЗ, профессиональные ассоциации):
  - всеобщий интерес
  - беспроблемная ситуация
  - интеграция ПМСП и общественного здравоохранения.
2. ПМСП / ЗС + документ о политике в области общественного здравоохранения (Министерство здравоохранения, ВОЗ, профессиональные ассоциации):
  - разработать руководящие принципы / протоколы
  - перечень лекарственных средств / пересмотр
  - компетенции врачей / медсестер, круг обязанностей
  - мотивация / стимулы
  - индикаторы
  - планирование наличия людских ресурсов
3. Система ЭМК (Министерство здравоохранения, ВОЗ, доноры):
  - база данных
  - оценить ресурсы / мощность
  - техническая / финансовая поддержка
  - организовать учебные курсы.
4. Учебные курсы (Министерство здравоохранения, ВОЗ, доноры, профессиональные ассоциации):
  - учебная программа для студентов (врачи, медсестры)
  - аспиранты
  - непрерывное медицинское образование
  - школьные врачи / медсестры.
5. Экспериментальное внедрение
6. Мониторинг / оценка (Министерство здравоохранения, профессиональные ассоциации):
  - индикаторы
  - данные

- опросы
- стимулы
- селективный договор.

## **Казахстан**

1. Аналитический этап:
  - одинаковые факторы риска для всех стран
  - структура смертности и заболеваемости одинаковая
  - единые проблемы в отношении: кадровый дефицит, информатизация и компьютеры, низкая приверженность населения к своему здоровью
  - социально-экономическое развитие стран приблизительно одинаковое.
2. Этап внедрения:
  - маршрут пациента
  - обучение кадров (стандартизация)
  - лекарственное обеспечение (доступность)
  - единое программное обеспечение.
3. 3. Мониторинг: Единые критерии (целевые индикаторы):
  - процент госпитализаций
  - процент вызовов СМП в рабочее время
  - процент инвалидностей (первичной) БСК
  - процент в структуре смертности.
4. Медиа-сопровождение (средства массовой информации, неправительственные организации, гражданское общество).
5. Основные направления НИЗ:
  - Снизить потребление соли
  - 2. Снизить табакокурение
  - 3. Снизить потребление алкоголя
  - 4. Повысить физическую активность.
6. ВОЗ: Рекомендации руководству стран-участниц по мнению в отношении акцизов, индикаторов здоровья.

## **Кыргызстан**

1. Расширение внедрения протоколов PEN:
  - дорожная карта (окончательная доработка PEN, ССЗ, ПОЛ)
  - привлечение заинтересованных сторон (ИФ, ВБ)
  - анализ имеющихся данных по НИЗ, КФ
  - выполнение рекомендаций (НИЗ: среднесрочная оценка, экономическая оценка, бизнес-кейс).

2. В 2017 году провести:
  - STEPS 2
  - COSI
  - знание, отношение, практика
  - исследование экономической целесообразности.
3. Новая национальная программа:
  - создание системы здравоохранения с учетом НИЗ
  - продолжение реализации плана действий по НИЗ
  - национальная программа: табак, алкоголь, онкология
  - укрепить законодательство в отношении табака.
4. Межсекторальное сотрудничество, многосекторальная команда.
5. Электронная медицина: 29 приложений:
  - электронные карты
  - информационные системы.
6. Участие общин СКЗ (религиозные лидеры, частный сектор, молодежь).
7. Региональные семинары по PEN – да, на регулярной основе, следующий в Турции.

#### **Российская Федерация**

- Медико-экономический анализ PEN и других методик контроля хронических НИЗ в первичном звене здравоохранения
- Создание списка целевых индикаторов и определение их значений
- Мониторинг достижения целевых индикаторов (например, заболеваемость, временная нетрудоспособность, госпитализация, СМП)
- Мониторинг клинической эффективности ведения пациентов с НИЗ (общий холестерин, артериальное давление, глюкоза)
- Разработка моделей повышения эффективности ПМСП в рамках существующих ресурсов
- Создание протоколов профилактики ХНИЗ с учетом гендерно-возрастных факторов.

#### **Таджикистан 2017-2018 гг.**

- Расширение опыта внедрения PEN 1-4 на оставшиеся регионы (ВОЗ, ВБ)
- Пересмотр документов по внедрению НИЗ (приказы, протоколы, юриспруденция)
- Укрепление межсекторального взаимодействия (СМИ, министерства, религия, экономика)
- Распространение в Республике Таджикистан опыта Северной Карелии (социально-оздоровливающая среда)
- Исполнение планов “Здоровье-2020” и анализ ошибок на 2017-2018 гг.
- Разработка планов на 2018-2019 гг.
- Привлечение инвесторов.

#### **Турция**

Расширить пилотный проект:

- полные правовые документы для мониторинга / управления НИЗ в ПМСП (система выплат на основе результатов / рекомендации / гипертония, сахарный диабет, оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний);
- реорганизовать электронную систему мониторинга с информационной системой поддержки принятия решений (переведено 750 форм);
- изучить тематические исследования по НИЗ (техническая помощь ВОЗ);
- двухдневный тренинг для врачей общей практики (23 000 человек) и медсестер (подготовка инструкторов) - университет.

**Украина**

Что?	Кто?	Когда?
Каскадные учебные курсы в семи пилотных регионах	Министерство здравоохранения Региональные органы здравоохранения Проект Министерства здравоохранения / ВОЗ / Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству	2017–2019
Интеграция учебных курсов в отделениях последипломной подготовки медицинских училищ	Министерство здравоохранения Академические круги Проект Министерства здравоохранения / ВОЗ / Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству	2017–2019
Оценка изменений в клинической практике: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> разработка перечня индикаторов</li> <li><input type="checkbox"/> выбор учреждений ПМСП</li> <li><input type="checkbox"/> оценка</li> </ul>	Министерство здравоохранения Академические круги Техническая помощь ВОЗ	2017–2019
Изменение карт и форм для пациентов на уровне ПМСП с целью включения оценки риска НИЗ и факторов риска	Министерство здравоохранения (учреждает рабочую группу) Техническая помощь ВОЗ	2017–2019
Разработка онлайн-материалов для обучения / повышения квалификации / инструментов	Министерство здравоохранения Техническая помощь ВОЗ	2018–2019
Оценка экономических последствий бремени НИЗ и мер вмешательств	Министерство здравоохранения Академические круги Техническая помощь ВОЗ	2018–2019
В рамках реформы системы здравоохранения и развития системы электронного здравоохранения обеспечить включение в систему факторов риска НИЗ и систематической оценки риска ССЗ	Министерство здравоохранения Центр общественного здравоохранения Техническая поддержка ВОЗ	2017–2019
Планирование исследований STEPS и COSI	Ведение процесса: Центр общественного здравоохранения Министерство здравоохранения Техническая поддержка ВОЗ	2017–2018

## **Узбекистан**

- Оценка (экономической обоснованности) внедрения пакета НИЗ PEN (с ВОЗ)
- Дорожная карта действий
- Национальная конференция (с ВОЗ)
- Совершенствование нормативно-правовой базы
- Внедрение пакета НИЗ на уровне страны (масштабирование).