



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения

Страновая оценка

КАЗАХСТАН



Jill Farrington
Juan Tello
Anna Korotkova
Francesca Romana Pezzella
Altynai Satylganova

Sylvie Stachenko
Anne Stæhr Johansen
Isabel Yordi Aguirre



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ: БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страновая оценка – Казахстан

Jill Farrington

Altynai Satylganova

Sylvie Stachenko

Juan Tello

Francesca Romana Pezzella

Anna Korotkova

Isabel Yordi Aguire

Anne Stæhr Johansen

РЕФЕРАТ

Уровень преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ) в Казахстане – один из наиболее высоких среди стран Европейского региона ВОЗ; в 2012 г. он составил 648,31 на 100 000 человек населения в возрасте от 30 до 69 лет. Значительные социально-экономические последствия этой ситуации для развития страны обуславливают необходимость срочного укрепления потенциала системы здравоохранения для эффективного реагирования на растущее бремя НИЗ. В Казахстане в этом направлении уже достигнут значительный прогресс, имеется также прочная политическая приверженность, однако показатели по контролю НИЗ все еще нуждаются в улучшении. В настоящем докладе приведен обзор проблем и возможностей системы здравоохранения Казахстана применительно к наращиванию основных услуг профилактики, ранней диагностики и лечения НИЗ. Также освещены примеры передовой практики в оказании помощи пациентам с инсультом, онлайн-использовании медицинской информации и ведении регистров. По результатам оценки сформулированы рекомендации для дальнейших действий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

CHRONIC DISEASE - PREVENTION AND CONTROL
DELIVERY OF HEALTH CARE
UNIVERSAL COVERAGE
HEALTH PROMOTION
PRIMARY HEALTH CARE
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH
PROGRAM EVALUATION
KAZAKHSTAN

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, 2018 г.

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

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности.

Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение благодарности	4
Сокращения	5
Список рисунков	6
Список таблиц	7
1. Введение и обоснование	8
2. Показатели неинфекционных заболеваний (НИЗ)	10
2.1 Показатели смертности	10
2.2 Гендер и НИЗ	13
3. Охват основными вмешательствами и услугами в связи с НИЗ	16
3.1 Вмешательства на популяционном уровне	17
3.2 Индивидуальные услуги	21
4. Барьеры системы здравоохранения и возможности для расширения охвата основными вмешательствами и услугами	30
Барьер 1. Политическая приверженность делу борьбы с НИЗ	30
Барьер 2. Формирование четких процедур для установления приоритетов и предельных значений	31
Барьер 3. Укрепление межведомственного сотрудничества	32
Барьер 4. Расширение прав и возможностей населения	33
Барьер 5. Внедрение эффективных моделей предоставления услуг	35
Барьер 6. Улучшение координации между поставщиками услуг	39
Барьер 7. Использование экономии за счет масштаба и специализации	40
Барьер 8. Создание надлежащих систем стимулирования	41
Барьер 9. Использование фактических данных в практике	44
Барьер 10. Решение задач кадрового обеспечения	46
Барьер 11. Улучшение доступа к качественным лекарственным средствам для лечения НИЗ	49
Барьер 12. Эффективное управление	50
Барьер 13. Организация эффективного информационного обеспечения	52
Барьер 14. Управление процессом преобразований	53
Барьер 15. Обеспечение доступа к помощи и снижение финансового бремени	55
5. Инновации и передовая практика	58
6. Рекомендации в отношении политики	62
7. Послесловие	68
8. Библиография	70
Приложение 1. Источники и методы анализа данных	74
Приложение 2. Критерии оценки охвата вмешательствами в отношении табака, алкоголя и питания	75
Приложение 3. Критерии оценки охвата вмешательствами на индивидуальном уровне	78

Выражение благодарности

Авторы выражают искреннюю признательность должностным лицам государственных органов Республики Казахстан.

Проведение настоящей оценки и составление доклада не были бы возможны без щедрой поддержки и благожелательного отношения со стороны всех участников интервью, которые посвятили время участию в опросах и поделились своими мнениями, идеями, озабоченностями и устремлениями с авторами настоящей работы.

Заслуживают благодарности Juan Garcia Dominguez, который обеспечил высокое качество публикации докладов данной серии, а также Christophe Lanoux за полиграфическое оформление настоящего доклада.

Данная страновая оценка была выполнена под общим руководством д-ра Hans Kluge, директора Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, и д-ра Gauden Galea, директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ.

Подготовка этого доклада координировалась Европейским региональным бюро ВОЗ и Страновым офисом ВОЗ в Казахстане в рамках двухгодичного договора о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Казахстана и ВОЗ на 2016/2017 гг. Доклад финансировался за счет добровольного взноса Министерства здравоохранения Российской Федерации.



Сокращения

АЧТВ	активированное частичное тромбопластиновое время
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПП	врач первичной (медико-санитарной) помощи
ЕС	Европейский союз
КТ	компьютерная томография
ЛФК	лечебная физическая культура
МЗСР	Министерство здравоохранения и социального развития
МРТ	магниторезонансная томография
НИЗ	неинфекционные заболевания
ОИМ	острый инфаркт миокарда
ОНМК	острое нарушение мозгового кровообращения
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПТ-МНО	протромбиновое время – международное нормализованное отношение
СНГ	Содружество Независимых Государств
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций
ЭКГ	электрокардиография
CARINFONET	Информационная сеть для республик Центральной Азии
DALY	утраченные годы здоровой жизни (disability adjusted life years)
KZT	казахский <i>тенге</i>



Список рисунков

Рисунок 1. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении для жителей Казахстана (мужчин и женщин)	10
Рисунок 2. Динамика стандартизированного по возрасту коэффициента преждевременной смертности от четырех основных НИЗ среди лиц в возрасте от 30 до 69 лет в Европе и в Казахстане	11
Рисунок 3. Динамика стандартизированного по возрасту коэффициента смертности от заболеваний системы кровообращения среди лиц в возрасте от 0 до 64 лет в Казахстане	12
Рисунок 4. Инсульт – катастрофа, которой можно избежать: факторы риска, ранние признаки и необходимость своевременных действий при инсульте	14
Рисунок 5. Постер с обзором программ скрининга, вывешенный в зоне общего доступа поликлиники	22
Рисунок 6. Наглядная памятка для работников клинического звена с обозначением тестов, показанных для когорт населения в зависимости от года рождения	23
Рисунок 7. Число ежегодно проводимых процедур тромболитика в Казахстане	25
Рисунок 8. Кабинет хронической патологии в поликлинике в Астане: на экране компьютера виден список пациентов и результатов тестов, ранжированных по цветам: красный, желтый, зеленый....	27
Рисунок 9. Общие характеристики системы здравоохранения, имеющие значение для контроля НИЗ	30
Рисунок 10. Госпитализации в связи с отдельными НИЗ в Казахстане, 2013 г.	36
Рисунок 11. Динамика показателей госпитализации в Казахстане в связи с отдельными патологическими состояниями, на 100 000 человек населения, 1990–2013 гг.....	37
Рисунок 12. Пример указателя маршрута для пациентов, поступающих в отделение экстренной помощи	38
Рисунок 13. Реабилитационное оборудование в центре ПМСП «Демеу», Астана	39
Рисунок 14. Схема проактивного клинического протокола, вывешенная на стене для ознакомления пациентов и медицинских работников	45
Рисунок 15. Симуляционный центр в Актау: учебный зал и оборудование	48
Рисунок 16. Цель, задачи и этапы осуществления Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016–2019 гг.	54
Рисунок 17. Региональные различия в уровнях госпитализации в связи с артериальной гипертензией, Казахстан, 2014 г.	56
Рисунок 18. Региональные различия в уровнях госпитализации в связи со стенокардией, взрослое население (≥ 18 лет), Казахстан, 2014 г.....	56
Рисунок 19. Расходы населения на платные медицинские услуги как процент валового внутреннего продукта, Казахстан, 2000–2013 гг.	57
Рисунок 20. Алгоритм действий персонала экстренной помощи в сверхострой фазе ведения инсульта в приемном покое	59
Рисунок 21. Алгоритм полного объема оказания помощи пациентам с инсультом, поступающим в больницу № 4 г. Алматы	60
Рисунок 22. Фрагмент онлайн-регистра медико-санитарной и демографической статистики...	61

Список таблиц

- Таблица 1. Стандартизированные по возрасту коэффициенты заболеваемости и смертности на 100 000 человеко-лет, а также число утраченных лет здоровой жизни вследствие ишемического и геморрагического инсультов в 1990 и 2010 г. в Казахстане
- Таблица 2. Основные популяционные и индивидуальные услуги в связи с НИЗ
- Таблица 3. Основные популяционные вмешательства в Казахстане
- Таблица 4. Сводные данные оценки вмешательств на индивидуальном уровне: ССЗ
- Таблица 5. Резюме результатов оценки вмешательств на индивидуальном уровне: диабет
- Таблица A2.1. Борьба против табака: сводный обзор охвата основными вмешательствами
- Таблица A2.2. Вмешательства по предупреждению вредного употребления алкоголя: сводный обзор охвата основными вмешательствами
- Таблица A2.3. Рацион и характер питания: сводный обзор охвата основными вмешательствами



1. Введение и обоснование

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются главной причиной смертности, заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ. На четыре основные категории НИЗ – сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких и сахарный диабет – суммарно приходится подавляющая часть бремени болезней и преждевременной смертности в масштабах Региона. Неинфекционные заболевания, в более широком плане, обуславливают в Европе почти 86% всей смертности и 77% бремени болезней, что повышает нагрузку на системы здравоохранения, тормозит экономическое развитие и создает угрозу благополучию значительных групп населения, особенно лиц в возрасте 50 лет и старше (WHO Regional Office for Europe, 2013a).

НИЗ также наносят значительный макроэкономический ущерб и обостряют проблему бедности (Bloom et al., 2011). Большинство НИЗ носят хронический характер, вследствие чего пациенты неоднократно обращаются за медицинской помощью и нередко вынуждены непрерывно нести расходы, порой катастрофические и разорительные. По имеющимся оценкам, потеря производительности труда вследствие НИЗ достигает значительных масштабов: каждые 10% роста смертности от НИЗ сопровождаются 0,5%-ным сокращением экономического роста.

В ряде стратегических документов содержится призыв к странам обеспечить всесторонние действия системы здравоохранения в целях сокращения бремени НИЗ, однако существует дефицит практически осуществимых рекомендаций в отношении политики, на основе которой могли бы строиться такие ответные меры.

Настоящая страновая оценка – это часть проекта Европейского регионального бюро ВОЗ, направленного на усиление поддержки государствам-членам в целях укрепления их систем здравоохранения для улучшения показателей борьбы с НИЗ. До настоящего времени проведено 11 таких оценок, в частности в таких странах, как Армения, Беларусь, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Кыргызстан, Португалия, Республика Молдова, Таджикистан, Турция, Хорватия и Эстония. Все страновые оценки были выполнены силами однотипных многопрофильных оценочных групп с использованием унифицированного подхода, который основан на структурированном методическом руководстве, изложенном в справочном документе о роли систем здравоохранения в сокращении масштабов НИЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014). Несмотря на применяемую общую методику, рекомендации составлялись индивидуально, в соответствии с конкретными условиями каждой страны.

Настоящая страновая оценка была призвана решить две задачи. Во-первых, оценка поможет установить факторы, препятствующие полному использованию потенциала системы здравоохранения Казахстана, и сформулировать стратегические рекомендации для укрепления системы здравоохранения в целях улучшения показателей контроля НИЗ. В ходе оценки особое внимание было обращено на роль гендерных факторов применительно к услугам здравоохранения, и в частности, при оказании помощи в связи с инсультом. Оценка и ее стратегические рекомендации содержат элементы комплексного плана действий по борьбе с НИЗ, в который будут включены и уже принимаемые в настоящее время меры. Во-вторых, в качестве компонента регионального проекта, оценка внесет вклад в понимание и анализ регионального опыта применительно к общим проблемам систем здравоохранения, возможностям для борьбы с НИЗ и перспективным подходам к решению проблем НИЗ и смежных вопросов. Для решения этих двух задач многопрофильная экспертная группа ВОЗ в период с 16 по 25 апреля 2016 г. посетила Казахстан, где провела встречи с широким кругом заинтересованных сторон и экспертов, вовлеченных в работу по профилактике и контролю НИЗ.

В разделе 2 доклада описаны тенденции в динамике показателей НИЗ в Казахстане. Раздел 3 содержит оценку охвата населения основными популяционными вмешательствами и индивидуальными услугами в связи с НИЗ, а в разделе 4 представлены достижения системы здравоохранения и барьеры для обеспечения доступа к вмешательствам и услугам в связи с НИЗ. В разделе 5 приведены примеры передового опыта в Казахстане, и в разделе 6 содержатся заключительные рекомендации в отношении политики.

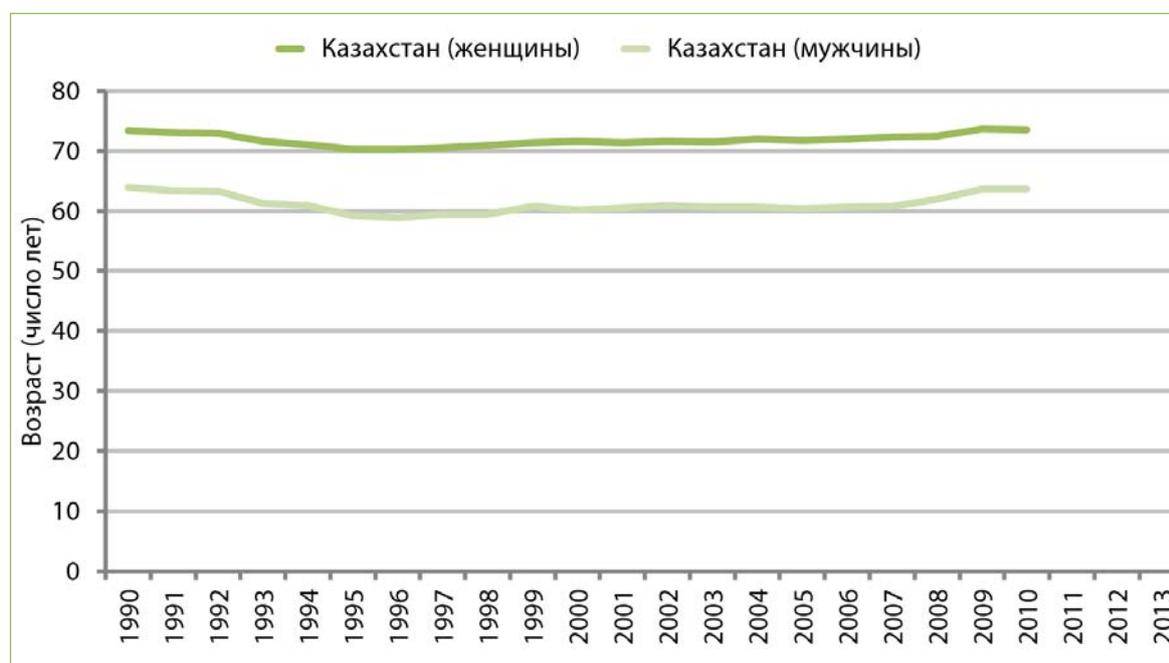


2. Показатели неинфекционных заболеваний (НИЗ)

2.1 Показатели смертности

В 2012 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении для лиц обоих полов составляла 69,74 года – этот показатель вырос после падения до 64,4 в 1995 г. Для жителей Казахстана ожидаемая продолжительность жизни почти на 13 лет меньше, чем в странах Европейского союза до 2004 г. (81,67 года). Имеется также значительный разрыв в продолжительности жизни у мужчин и женщин (9,51 года в 2012 г.), который мало меняется с течением времени (рис. 1). По всей вероятности, имеются и значительные различия в ожидаемой продолжительности жизни между регионами страны, при этом на севере и востоке показатели ниже, чем в среднем по стране (МЗСР, 2016).

Рисунок 1. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении для жителей Казахстана (мужчин и женщин)

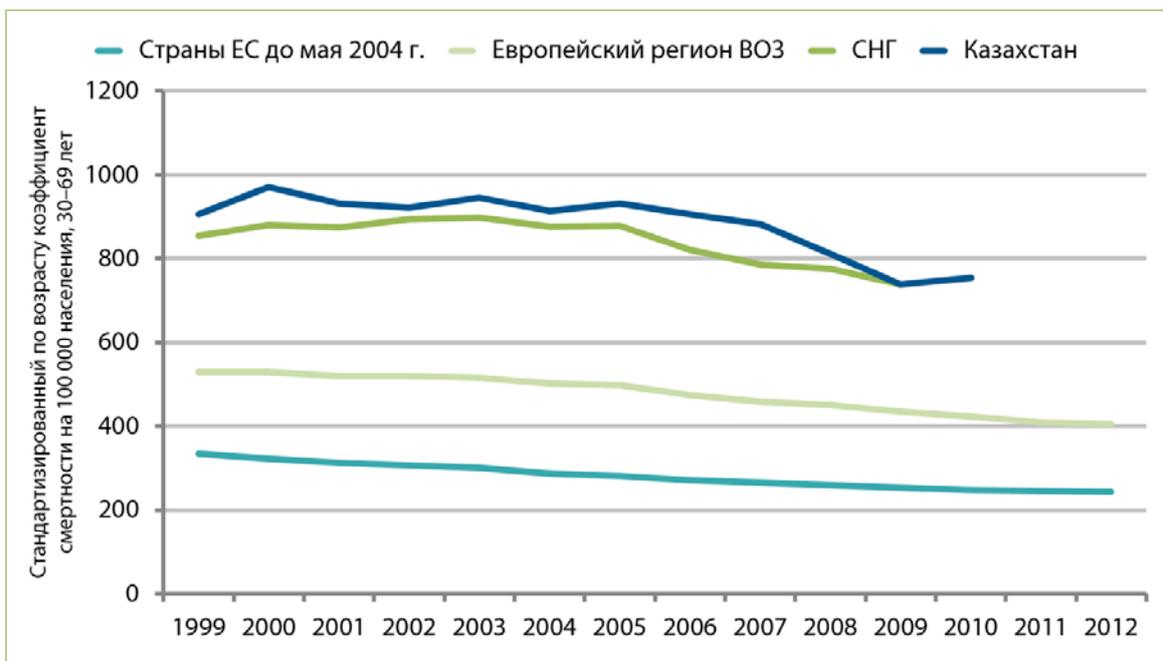


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016а).

Установлены цели для стран Европы и всего мира по сокращению преждевременной смертности от четырех основных групп НИЗ (ССЗ, злокачественные новообразования, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания) к 2020 г. (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013b), к 2025 г. (ВОЗ, 2013) и к 2030 г. (Организация Объединенных Наций, 2016). Уровень преждевременной смертности в Казахстане – один из наиболее высоких среди стран Европейского региона ВОЗ; в 2012 г. он составил 648,31 на 100 000 населения в возрасте от 30 до 69 лет. Тем не менее, так же как и в целом в Европейском регионе ВОЗ, наблюдается общая тенденция к снижению этого показателя

(рис. 2) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016а). Если эта положительная динамика преждевременной смертности от четырех основных НИЗ за период с 1995 г. сохранится, то Казахстан, вероятно, сумеет в плановом порядке достичь глобальной цели – 25%-ного сокращения преждевременной смертности от НИЗ к 2025 г.

Рисунок 2. Динамика стандартизированного по возрасту коэффициента преждевременной смертности от четырех основных НИЗ среди лиц в возрасте от 30 до 69 лет в Европе и в Казахстане



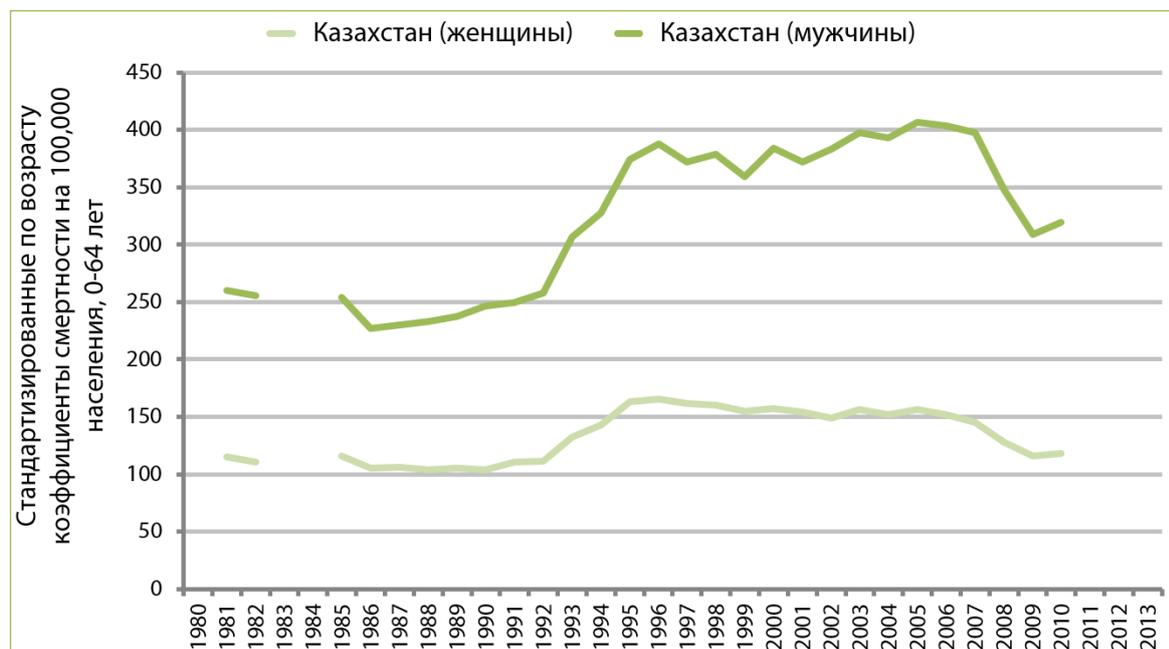
ЕС – Европейский союз; СНГ – Содружество Независимых Государств

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016а).

Основными причинами утраты лет жизни вследствие преждевременной смертности в Казахстане в 2013 г. были ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные расстройства и самоповреждения (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015). Наиболее выраженными в этот же период факторами риска в отношении бремени болезней, измеряемыми в параметрах утраченных лет здоровой жизни (DALY), были нездоровое питание, повышенное систолическое артериальное давление и повышенный индекс массы тела. Диабет вырос в рейтинге причин стойких нарушений здоровья с 8-го места в 1990 г. до 4-го места в 2013 г.

Были выявлены значительные различия в показателях смертности от НИЗ между регионами страны, а также между мужчинами и женщинами (рис. 3). Показатели смертности наиболее высоки в таких городах, как Алматы и Астана, а также на северо-востоке страны и наиболее низки на юго-западе, несмотря на то что уровень доходов населения на северо-востоке выше. Аналогичная картина была выявлена на основании опросных данных в отношении потребления алкоголя и объемов продаж спиртных напитков, что указывает на вероятность более высокой смертности от ССЗ в связи с распространенностью употребления алкоголя среди этнического русского населения, которое проживает преимущественно на северо-востоке страны (Davletov et al., 2015).

Рисунок 3. Динамика стандартизированного по возрасту коэффициента смертности от заболеваний системы кровообращения среди лиц в возрасте от 0 до 64 лет в Казахстане



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016а).

Общий уровень заболеваемости, связанной с нарушениями мозгового кровообращения, в Казахстане составляет 3,7 на 1000 человеко-лет, и 52% в структуре заболеваемости приходится на острый инсульт. Показатель смертности от инсульта составляет 1,08 на 1000 человеко-лет, что составляет 26% в общей структуре смертности в Казахстане. Инсульт – это также самая частая причина длительной потери трудоспособности в стране: от инвалидизирующих последствий страдают 104,6 человек на 100 000 населения (Жусупова и др., 2013).

Данные по заболеваемости и смертности от инсульта в Казахстане из международных источников (Krishnamurthi et al., 2013) указывают на рост стандартизированной по возрасту частоты случаев инсульта и значений DALY за период с 1990 по 2010 г. (табл. 1). Несмотря на то что надежность этих расчетов носит неподтвержденный характер, они дают фактические данные для действий, направленных на сокращение бремени инсульта.

Таблица 1. Стандартизированные по возрасту коэффициенты заболеваемости и смертности на 100 000 человеко-лет, а также число утраченных лет здоровой жизни вследствие ишемического и геморрагического инсультов в 1990 и 2010 г. в Казахстане

Показатель	1990	2010
Ишемический инсульт		
Заболеваемость	199,93 (131,73–298,62)	220,44 (144,78–318,03)
Смертность	85,20 (78,91–94,42)	86,97 (73,13–97,59)
Утраченные годы здоровой жизни (DALY)	1244,44 (1167,03–1373,69)	1339,38 (1102,21–1517,24)
Геморрагический инсульт		
Заболеваемость	115,73 (72,91–177,52)	121,82 (79,00–181,33)
Смертность	91,80 (84,11–103,07)	86,24 (72,10–99,73)
Утраченные годы здоровой жизни (DALY)	1739,40 (1604,38–1988,89)	1745,57 (1458,58–1982,28)

Источник: Krishnamurthi et al. (2013) с изменениями.

Среди злокачественных новообразований причиной наиболее высокой заболеваемости и смертности среди мужчин являются опухоли легких, желудка и колоректальной области, среди женщин – опухоли молочной железы, шейки матки и колоректальной области (International Agency for Research on Cancer, 2015).

2.2 Гендер и НИЗ

В Казахстане, так же как и в других странах Европейского региона, исходы, риски и динамика показателей НИЗ существенно различны для мужчин и женщин. Растет объем международных фактических данных, свидетельствующих о том, что этот разрыв связан с воздействием гендерных норм и ценностей на факторы риска НИЗ и также на гендерные предубеждения, которые могут влиять на деятельность служб здравоохранения.

В ходе нашего оценочного исследования были собраны и проанализированы многочисленные данные относительно имеющихся проблем, здесь представлены лишь основные из них. Мы не могли провести тщательный анализ влияния гендерных факторов и их связи с такими детерминантами, как доход, уровень образования, род занятий и место жительства, однако мы выявили определенные объективные факты и имеющиеся пробелы, которые могут служить обоснованием для выработки политики и принятия конкретных мер.

В здравоохранении гендер ассоциируется с вопросами репродуктивного и материнского здоровья, и среди медицинских работников нет четкого понимания важности гендерного анализа в качестве средства улучшения доступа к помощи и сокращения ущерба от НИЗ. В секторе здравоохранения Казахстана пока не полностью реализована имеющаяся на высоком уровне политическая приверженность делу обеспечения гендерного равенства. За осуществление и мониторинг Стратегии гендерного равенства на 2006–2016 гг. отвечает Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике, консультативный орган при Президенте Республики (Правительство Казахстана, 2005). Установленные в данной стратегии приоритеты здравоохранения относятся в первую очередь к репродуктивному здоровью, хотя в ней признается проблема преждевременной смертности среди мужчин в связи с ССЗ. В стратегии также отмечено, что мужчины меньше следят за своим здоровьем, а проблемам мужского здоровья уделяется мало внимания в службах здравоохранения. Приоритет для здоровья женщин – это в первую очередь репродуктивное здоровье, при этом отмечается наличие проблем, связанных с недостаточным доступом к услугам.

Комитет по статистике улучшил сбор дезагрегированных данных, как это отражено в статистическом сборнике «Женщины и мужчины Казахстана, 2010–2014» (Смаилов, 2015). Вместе с тем эпидемиологические данные по инсультам, такие как показатели смертности и заболеваемости в разбивке по полу, по-прежнему остаются скудными. Подавляющая часть аналитических данных в вышеуказанном сборнике посвящена вопросам репродуктивного здоровья, что фактически поддерживает ложное представление о гендерном анализе вопросов здоровья.

Вмешательства на популяционном уровне, нуждающиеся в применении гендерного подхода. Несмотря на отсутствие систематического сбора данных по потреблению алкоголя и табака, физической активности и питанию в разбивке по полу и возрасту, часть имеющихся сведений можно использовать для формулирования информационных положений по укреплению здоровья, нацеленных на проблемы потребления алкоголя и табака среди мужчин, а также для анализа и противодействия росту этих вредных привычек среди девушек-подростков.

Был проведен ряд кампаний для повышения уровня общественной информированности об инсультах, однако не все из них были направлены на конкретные аудитории

или затрагивали гендерные аспекты. На рисунке 4 представлен наглядный пример всесторонней информации о факторах риска инсульта с учетом гендерной специфики. Инсульт представлен как предотвратимое заболевание, в качестве возможных причин которого указаны артериальная гипертензия, диабет, дислипидемия, курение, дефицит физической активности и нездоровый образ жизни. Включено предупреждение для женщин о необходимости регулярно проверять свое здоровье при использовании оральных контрацептивов, которые при наличии других факторов риска могут провоцировать развитие инсульта.

Рисунок 4. Инсульт – катастрофа, которой можно избежать: факторы риска, ранние признаки и необходимость своевременных действий при инсульте



Гендерный и социально-экономический анализ доступа к индивидуальным услугам может способствовать их улучшению. Систематический сбор и анализ данных в разбивке по полу не проводится, особенно в отношении доступа к услугам и уровня их использования. Даже когда такие данные собирают, в некоторых службах отсутствует анализ для понимания различий в доступе в зависимости от гендерных факторов. Несмотря на отсутствие систематических данных об использовании программ скрининга, в разбивке по полу, по мнению медицинских работников, мужчины реже, чем женщины, пользуются такими услугами по причине того, что «мужчины безответственно относятся к своему здоровью» и «мужчины подвержены более высокому стрессу».

При планировании услуг не учитываются различия в потребностях мужчин и женщин, что может усиливать влияние гендерных стереотипов. Учет гендерных различий в поведении по отношению к здоровью может влиять на то, где, когда, каким образом и какими силами предоставляются услуги. Преобладающая часть посещенных служб ПМСП была направлена на удовлетворение потребностей охраны здоровья матерей и детей, что может влиять на участие мужчин в программах скрининга и на восприятие женщинами риска инсультов. «Школы здоровья» в поликлиниках открыты только в рабочее время, что также может затруднять их посещение мужчинами.

Гендерная сегрегация кадров здравоохранения может усугублять гендерные стереотипы. Женщины составляют свыше 70% кадров сектора здравоохранения, который расценивается как одна из наиболее низкооплачиваемых отраслей наряду с образованием (Asian Development Bank, 2013). Неформальный уход также обеспечивается главным образом женщинами, в то время как мужчины более широко представлены среди хирургов в инсультных центрах. Гендерная сегрегация и феминизация кадров также

может оказывать влияние на охват услугами в сельских и труднодоступных регионах, где традиционные нормы и ценности иногда служат барьерами для мобильности женщин.

Протоколы, руководства и компетенции медицинских работников в вопросах профилактики и лечения инсультов не отражают важных различий в симптомах, ответах на лечение и восприятии риска, определяемых биологическими различиями и систематической ошибкой в научных исследованиях (Santalucia et al., 2013). Медицинские работники, однако, признали ценность гендерного анализа, когда им предоставили соответствующие фактические данные и обоснования.



3. Охват основными вмешательствами и услугами в связи с НИЗ

По данным ВОЗ (2013), вплоть до 80% случаев ишемической болезни сердца, инсульта и диабета II типа, а также свыше одной трети случаев рака можно предотвращать путем устранения общих факторов риска, главным образом таких, как употребление табака, нездоровое питание, недостаток физической активности и вредное употребление алкоголя. В настоящем разделе мы анализируем охват основными популяционными вмешательствами (в отношении табака, алкоголя и питания) и индивидуальными услугами (в связи с ССЗ, диабетом и раком), которые тесно связаны с улучшением показателей в связи с НИЗ. Основные услуги базируются на фактических данных, обладают высокой эффективностью и полезной отдачей от вложенных ресурсов, финансово доступны и практически реализуемы в различных системах здравоохранения. Основные услуги, рассматриваемые в ходе страновых оценок, тесно связаны с *Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, 2013–2020 гг.* (ВОЗ, 2013) и *Планом действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.* (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012). В таблице 2 представлена сводная информация о стандартных основных вмешательствах и услугах, рассмотренных во всех страновых оценках. Оценочные группы ранжировали охват каждой услугой по трехбалльной шкале («ограниченный», «умеренный» или «широкий») на основе критериев, разработанных ВОЗ и суммированных в *Руководстве по проведению оценки* (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014).

Таблица 2. Основные популяционные и индивидуальные услуги в связи с НИЗ

Популяционные вмешательства	Индивидуальные услуги
<p>Широкий спектр мер борьбы с курением</p> <ul style="list-style-type: none"> – Налогообложение табачных изделий в целях снижения финансовой доступности – Среда, свободная от табачного дыма – Информирование об опасности табака и табачного дыма – Запреты на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство – Телефонные линии поддержки для желающих бросить курить и никотиновая заместительная терапия 	<p>ССЗ и диабет – первый ряд</p> <ul style="list-style-type: none"> – Стратификация рисков на уровне ПМСП, включая артериальную гипертензию, повышенное содержание холестерина, диабет и другие факторы риска ССЗ – Эффективное выявление и лечение гипертензии, гиперхолестеринемии и диабета с применением комбинаций лекарственных средств на основе стратификации рисков – Эффективная профилактика среди групп высокого риска и вторичная профилактика после ОИМ и инсульта, включая назначение ацетилсалициловой кислоты <p>ССЗ и диабет – второй ряд</p> <ul style="list-style-type: none"> – Меры первичного реагирования и лечебные вмешательства вторичного уровня после ОИМ и инсульта*

Таблица 2. Основные популяционные и индивидуальные услуги в связи с НИЗ (продолжение)

Популяционные вмешательства	Индивидуальные услуги
<p>Вмешательства, направленные на предупреждение вредного употребления алкоголя</p> <ul style="list-style-type: none"> – Применение политики ценообразования в отношении алкоголя, включая налоги на алкогольные напитки – Ограничения и запреты на рекламу и стимулирование продаж алкоголя – Ограничение наличия алкоголя в розничной торговле – Установление минимального возраста, дающего право на покупку алкоголя, и обеспечение его соблюдения – Установление уровня алкоголя в крови, при котором допускается управление транспортным средством* 	<p>Диабет</p> <ul style="list-style-type: none"> – Эффективное выявление и общее последующее наблюдение* – Просвещение пациентов и интенсивный контроль глюкозы – Контроль артериальной гипертензии у пациентов с диабетом – Профилактика осложнений (например, систематическое обследование глазного дна и состояния стоп)
<p>Вмешательства, направленные на оздоровление питания и повышение уровня физической активности</p> <ul style="list-style-type: none"> – Сокращение потребления соли и содержания соли в пищевых продуктах – Замена <i>трансжиров</i> на ненасыщенные жиры – Реализация программ, направленных на повышение осведомленности населения по вопросам питания и физической активности – Сокращение потребления свободных сахаров* – Повышение потребления фруктов и овощей – Ограничение рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированной на детей* – Активное информирование населения по вопросам рационального питания и физической активности 	<p>Злокачественные новообразования – первый ряд</p> <ul style="list-style-type: none"> – Профилактика рака печени посредством иммунизации против гепатита В – Скрининг на рак и лечение предраковых состояний шейки матки <p>Злокачественные новообразования – второй ряд</p> <ul style="list-style-type: none"> – Вакцинация против папилломавируса человека, при наличии показаний и при условии экономической эффективности, в соответствии с национальными стратегиями – Раннее выявление случаев рака молочной железы и своевременное лечение на всех стадиях прогрессирования – Скрининг населения на рак толстой и прямой кишки среди лиц старше 50 лет с предоставлением своевременного лечения – Скрининг на рак полости рта в группах повышенного риска с предоставлением своевременного лечения

* Вмешательства и услуги, добавленные в целях более комплексной оценки к перечню, приведенному в Глобальном плане действий по НИЗ

3.1 Вмешательства на популяционном уровне

Мы оценили охват населения основными популяционными вмешательствами и услугами, направленными на улучшение показателей по НИЗ. **Нереализованный потенциал популяционных вмешательств – это одна из основных возможностей для наращивания профилактики и контроля НИЗ в Казахстане.**

В прошлом ключевую роль в охране общественного здоровья в Казахстане играла Санитарно-эпидемиологическая служба. После передачи функций данной службы Министерству национальной экономики ее роль в охране здоровья населения сократилась, и она в основном имеет дело с инфекционными заболеваниями. Требуются дальнейшие усилия, направленные на координирование этой деятельности с работой Министерства здравоохранения и социального развития (МЗСР).

Преобладающая часть популяционных вмешательств в Казахстане направлена на борьбу против табака и алкоголя: вопросам питания и физической активности уделяется меньше внимания. В течение последних десятилетий Казахстан добился определенного прогресса в борьбе против табака и алкоголя, особенно путем регулирования условий продажи и потребления, однако контроль за соблюдением принятых норм по-прежнему сопряжен со значительными трудностями. Необходимы дальнейшие действия, особенно в области питания и физической активности. Также требуется создание комплексной национальной системы эпиднадзора за факторами риска НИЗ. Предлагаемый Правительством план по борьбе с НИЗ включает важнейшие стратегические направления для наращивания популяционных вмешательств, направленных на устранение основных факторов риска.

3.1.1 Табак

Потребление табака остается серьезной проблемой здравоохранения в Казахстане. По данным доклада ВОЗ 2015 г. о глобальной табачной эпидемии, (WHO, 2015a), распространенность курения среди взрослого населения Казахстана составила 46% среди мужчин и 4,5% среди женщин, что в среднем равно 22,4%. В соответствии с результатами *Глобального опроса по употреблению табака среди молодежи* в 2014 г., распространенность употребления табака среди юношей в возрасте от 13 до 15 лет составила 3,9%, среди девушек – 2,3%. Это соответствует тенденциям в ряде других стран Европейского региона ВОЗ, где употребление табака среди девушек в течение последних нескольких лет увеличивается.

Казахстан ратифицировал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака в 2007 г. В стране имеется национальная нормативно-правовая база по борьбе против табака, однако рекомендуемые ВОЗ меры MPOWER¹ еще не полностью внедрены в практику. Акциз на табачные изделия в Казахстане в 2,5 раза ниже, чем в Российской Федерации, и в 10 раз ниже, чем в среднем в Европейском регионе ВОЗ, в то время как положение статьи 6 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака относительно ценообразования и налогообложения рекомендует, чтобы данный налог составлял 70% от розничной цены сигарет. С января 2014 г. акциз на сигареты с фильтром был повышен до 3000 KZT на 1000 штук (40%), и планируется ежегодно проводить очередное повышение. Налоговые поступления с акциза на табак повысились с 46 млрд KZT в 2013 г. до 79 млрд KZT в 2014 г., в то время как ежегодный объем продаж сигарет снизился с 30 до 27 млрд штук.

В целом вмешательства по борьбе против табака дали некоторые положительные результаты. Внедрены в практику запреты на рекламу; предупреждающие надписи с графическими изображениями занимают 40% площади упаковки; курение отчасти запрещено в общественных местах, однако требует дальнейшего наращивания работа по обеспечению бездымной среды. Услуги в поддержку лицам, желающим бросить курить, предоставляются на уровне ПМСР в недостаточном объеме.

3.1.2 Алкоголь

Потребление алкоголя в Казахстане – это значительная проблема общественного здравоохранения, которая в последние годы обостряется. В 2010 г. средний уровень потребления чистого алкоголя на душу населения в Казахстане составлял 10,3 л. При этом

¹ Мониторинг потребления табака и эффективности профилактических мер; защита людей от воздействия табачного дыма; предоставление поддержки желающим бросить курить; предупреждение об опасностях, связанных с табаком; контроль за соблюдением ограничений в отношении рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий и повышение налогов на табачные изделия.

мужчины потребляли 15,7 л, женщины – 5,5 л. По данным *Глобального доклада об алкоголе и здоровье* (WHO, 2010), средний уровень потребления в Казахстане аналогичен этим параметрам в Европе, при этом в развитых странах, таких как Франция, этот показатель выше. Однако при определении этого уровня не учитывается значительная доля населения страны, которое вообще не употребляет алкоголя (почти 51% мужчин и 70% женщин). По оценочным данным, потребление алкоголя среди тех, кто употребляет спиртные напитки, является наиболее высоким в Европейском регионе, как для мужчин (32 л/год), так и для женщин (18 л/год). Потребление алкоголя среди лиц в возрасте 15 лет и старше определяется главным образом приемом крепких спиртных напитков (65%), за которыми следуют пиво (32%) и вина (3%). За период с 2008 г. продажи крепких спиртных напитков снизились, в то время как употребление пива и вин выросло. Цены на крепкие спиртные напитки растут, хотя по-прежнему остаются более низкими, чем в других странах Европейского региона.

В Казахстане имеется национальная политика по борьбе против алкоголя; она была принята в 1997 г. и с тех пор не подвергалась обновлению. Правительство предпринимает шаги по запрещению рекламы и сокращению доступа к продажам алкоголя, однако контроль за соблюдением этих мер по-прежнему сопряжен с трудностями. Казахстан также повысил акцизный налог на алкоголь. В 2014 г. акциз на водку был удвоен, и бюджетные поступления в связи с этим выросли с 13 до 22 млрд KZT. В 2011 г. акциз на пиво был повышен на 70%, и бюджетные поступления выросли с 7 млрд KZT в 2010 г. до 12 млрд KZT в 2011 г. Однако эти повышения алкогольных акцизов не являются систематическими или стабильными.

3.1.3 Питание и физическая активность

В Казахстане не проводится систематический сбор данных по питанию и физической активности взрослых и молодежи. Эффективность основных популяционных вмешательств можно оценивать по динамике конкретных показателей, однако общая система эпиднадзора в данной области носит ограниченный характер. Ни в докладе *Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья*, ни в материалах Инициативы по эпиднадзору за детским ожирением (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016b) нет страновых данных по питанию и физической активности. По данным исследования глобального бремени болезней в 2015 г. (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015), риски, связанные с питанием, вошли в число ведущих причин утраты здоровых лет жизни в Казахстане.

Обеспеченность жителей фруктами и овощами в 2009 г. была оценена на уровне 587 г на душу населения в день (ФАОСТАТ, 2011), что меньше рекомендованной ВОЗ/ФАО нормы (>600 г/день). Ежедневное потребление овощей повысилось с 200 г в день в 2008 г. до 241 г в 2011 г. (Агентство Республики Казахстан по статистике, 2012), в то время как средний уровень потребления в Европе составляет 318 г (Nichols et al., 2012). Ежедневное потребление фруктов в 2008 г. было гораздо ниже в Казахстане (93 г), чем в Европе (285 г), хотя к 2011 г. оно выросло до 195 г.

В Казахстане растет доля населения с избыточной массой тела и ожирением, однако осуществление основных вмешательств для решения проблем питания и физической активности носит ограниченный характер. По оценочным данным Глобальной обсерватории ВОЗ (WHO, 2016) в отношении избыточной массы тела и ожирения, в 2014 г. **60,5% мужчин и 57,1% женщин имели избыточную массу тела (индекс массы тела > 25 кг/м²), и 21,6% мужчин и 25% женщин страдали от ожирения (WHO, 2015b).** В 1999 г. 12,6% женщин страдали от ожирения, 19,9% имели избыточную массу тела, а в 2012 г. эти показатели повысились до 27,6% и 30,6% соответственно, что указывает на рост распространенности избыточной массы тела (Academy of Preventive Medicine and Macro International, 1999; Казахская академия питания, 2014). По прогнозам в отношении ожирения среди взрослых (2010–2030 гг.), в 2020 г. 45% мужчин и 29% женщин будут страдать от ожирения, а в 2030 г. – 74% мужчин и 36% женщин.

Разработаны директивные положения в отношении школьного питания, **однако еще не принято никаких мер по сокращению воздействия рекламы пищевых продуктов и напитков на детей.** Национально репрезентативные данные за 2010 г. (ФАОСТАТ, 2011) свидетельствуют о том, что распространенность исключительно грудного вскармливания младенцев в возрасте до 6 месяцев в Казахстане составляет 31,8%. Сведений о тенденциях в потреблении соли не имеется, и никаких конкретных мер по его сокращению не предпринимается.

По данным Глобальной обсерватории (WHO, 2016), **31,0% граждан в возрасте от 15 лет и старше недостаточно физически активны (мужчины – 30,9%, женщины – 31,2%).** Исследования Центра проблем формирования здорового образа жизни показывают, что доля лиц, регулярно занимающихся различными видами физической активности, повысилась с 23% в 2007 г. до 35,5% в 2012 г., и доля тех, кто участвует в занятиях физической активностью не менее 30 минут в день, выросла до 68% (Баткатова, 2015).

Вмешательства в отношении табака и алкоголя разработаны, однако они осуществляются недостаточно активно, что значительно сокращает полезный эффект от принятого законодательства. Стратегии по оздоровлению питания и развитию физической активности населения разработаны относительно слабо; требуются более экономически эффективные вмешательства, такие как регулирование содержания соли, *трансжиров* и сахара в переработанных продуктах питания, ограничение рекламы нездоровой продукции среди детей и усиление мер по популяризации и продвижению физической активности. Сбор данных и эпиднадзор за поведенческими и биологическими факторами риска также проводятся на недостаточно высоком уровне и зависят от внешнего финансирования. **В таблице 3 суммированы данные, полученные оценочной группой в отношении основных популяционных вмешательств по борьбе с НИЗ.**

Таблица 3. Основные популяционные вмешательства в Казахстане

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Антитабачные вмешательства		
Повышение налогов на табачные изделия	Умеренный	Налог составляет 40% от розничной цены.
Среда, свободная от табачного дыма	Умеренный	Общественные объекты, включая больницы, рабочие места, школы и общественный транспорт, на 100% свободны от табачного дыма, однако контроль за соблюдением этой нормы по-прежнему сопряжен с трудностями.
Предупреждения об опасном воздействии табака и дыма	Умеренный	Предупреждающие надписи имеются на упаковке всех изделий; графические изображения занимают не менее 40% площади упаковки.
Запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство	Умеренный	Запрет показа в национальных каналах телевидения и радио.
Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотиновая заместительная терапия (НЗТ)*	Умеренный	Имеется несколько горячих линий и финансируемых государством услуг для лиц, желающих отказаться от курения. Услуги никотинзаместительной терапии доступны на условиях полной оплаты клиентом.
Вмешательства по предупреждению вредного употребления алкоголя		
Повышение налогов на алкоголь	Умеренный	Цена устанавливается по индексу ценообразования и соотносится с крепостью алкогольного напитка. Специальных налогов на продукцию, которая особенно привлекательна для молодых потребителей, не имеется.
Ограничения и запреты на рекламу и продвижение продукции	Умеренный	Существует нормативно-правовая база, регулирующая содержание и объем маркетинга алкогольной продукции, однако контроль за соблюдением по-прежнему сопряжен с трудностями.
Ограничение наличия алкоголя в розничной торговле	Умеренный	Существует нормативно-правовая база, регулирующая продажу алкоголя в государственных учреждениях и учебных заведениях, однако контроль за соблюдением по-прежнему сопряжен с трудностями.
Установление возрастного ценза на приобретение спиртных напитков и контроль за его соблюдением*	Широкий	Минимальный возраст, дающий право на приобретение любых алкогольных напитков, составляет 21 год; осуществляется эффективный контроль за соблюдением.
Установление предельно допустимого уровня алкоголя в крови для водителей транспортных средств*	Умеренный	Установлен нулевой допустимый уровень, однако контроль за соблюдением сопряжен с трудностями.

Таблица 3. Основные популяционные вмешательства в Казахстане (продолжение)

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Вмешательства, направленные на оздоровление питания и повышение уровня физической активности		
Сокращение потребления соли и содержания соли в пищевых продуктах	Ограниченный	Нет ни национальной системы мониторинга потребления соли, ни директивных положений по данному вопросу.
Фактическое исключение трансжирных кислот из рациона	Ограниченный	Отсутствуют свидетельства сколько-нибудь существенного сокращения трансжиров в рационе.
Сокращение потребления свободных сахаров*	Ограниченный	Никаких действий не предпринято.
Повышение потребления фруктов и овощей*	Умеренный	Поставлена цель повысить потребление фруктов и овощей в соответствии с рекомендациями ВОЗ/ФАО до ≥ 400 г/день, осуществляются некоторые инициативы в этом направлении.
Ограничение рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированной на детей*	Ограниченный	Реклама пищевых продуктов и напитков, ориентированная на детей, квалифицируется в качестве актуальной проблемы. В школах установлен запрет на подслащенные напитки.
Повышение осведомленности населения по вопросам рационального питания и физической активности*	Умеренный	Проводятся кампании. Осуществляется повышение квалификации работников в вопросах питания и физической активности, однако эти меры еще не полностью внедрены на уровне ПМСП.

* Дополнительные критерии наряду с теми, что включены в *Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг.* (ВОЗ, 2013).

3.2 Индивидуальные услуги

Настоящий раздел посвящен оценке индивидуальных услуг, направленных на реализацию основных вмешательств в связи с НИЗ и достижение соответствующих глобальных целей по борьбе с НИЗ, в частности таких, как охват как минимум 50% пациентов с соответствующими показаниями медикаментозным лечением и консультациями, включая контроль гликемии, для профилактики инфарктов и инсультов, а также для относительного сокращения на 25% распространенности случаев повышенного артериального давления или сдерживания роста распространенности случаев повышенного артериального давления. Достижению этих целей будут способствовать действия, направленные на обеспечение дополнительного глобального целевого показателя: 80%-ный уровень доступности базовых технологий и основных лекарственных средств, включая препараты-дженерики, необходимых для лечения основных НИЗ, как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. Отбор основных вмешательств производится из перечня весьма или умеренно экономически эффективных вмешательств, определенных ВОЗ в Глобальном плане действий по НИЗ (ВОЗ, 2013).

Эти услуги включают раннее выявление, активное ведение случаев заболеваний и вторичную профилактику при ССЗ и диабете, а также отдельные вмешательства в связи со злокачественными новообразованиями. Эффективное предоставление большинства из таких услуг требует наличия служб ПМСП, ориентированных на нужды людей, хорошо увязанных с мерами активного охвата населения в условиях оказания услуг при острых и хронических состояниях. Внедрение этих вмешательств в Казахстане к 2016 г. отслеживалось в системе мониторинга прогресса в борьбе с НИЗ (WHO, 2015b), в которой Казахстан был оценен как «частично достигший» глобальной цели в отношении «лекарственной терапии и консультирования лиц, подверженных высокому риску».

Распространенность поведенческих факторов риска НИЗ охарактеризована в разделе 3.1. Распространенность биологических факторов риска НИЗ не была оценена в каком-либо репрезентативном национальном обзоре с использованием инструментов гарантированного качества ВОЗ, таких как STEPS, однако можно использовать расчеты на основе нерепрезентативных выборок (WHO, 2015b). Распространенность других факторов риска освещена ниже.

3.2.1 Сердечно-сосудистые заболевания

Оценка осуществления вмешательств на индивидуальном уровне показана в таблице 4.

Таблица 4. Сводные данные оценки вмешательств на индивидуальном уровне: ССЗ

Стратификация факторов риска в первичной помощи	Умеренный	Неполное документирование факторов риска или отсутствие систематической методики.
Эффективное выявление и контроль артериальной гипертензии	Ограниченный-умеренный	Доля случаев повышенного артериального давления, выявляемых на уровне ПМСП, неизвестна, однако, по всей вероятности, она низка (<30%). Применяются научно обоснованные антигипертензивные препараты и предпринимаются определенные, хотя несистематические усилия для повышения уровня соблюдения пациентами предписанного режима лечения.
Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска	Умеренный	Медицинские работники проявляют осведомленность о показаниях для первичной профилактики с применением комбинированных лекарственных схем, однако охват пациентов из групп высокого риска неизвестен, и уровень соблюдения пациентами предписанного режима, по всей вероятности, колеблется от низкого до умеренного.
Эффективная вторичная профилактика после ОИМ	Ограниченный-умеренный	Доля пациентов с установленным диагнозом ишемической болезни сердца, получающих услуги вторичной профилактики, неизвестна и, по всей вероятности, находится в лучшем случае на среднем уровне (что следует из данных не систематического эпиднадзора, а целевых исследований).
Меры оказания помощи в острой фазе и вторичная помощь после ОИМ и инсульта	Умеренный	Невозможно систематическим образом определить долю пациентов с ОИМ или инсультом, которым ставится диагноз и предоставляется необходимая помощь в течение шести часов с момента появления первых симптомов, однако работники клинического звена осведомлены о важности соблюдения данного принципа, и в этом направлении предпринимаются определенные усилия.

Стратификация факторов риска на уровне первичной медико-санитарной помощи

Имеется 11 национальных программ скрининга, и всем взрослым соответствующих возрастных групп предлагается в них участвовать, проходя обследования с установленной периодичностью. На рисунках 5 и 6 приведены примеры материалов, которые предлагаются для ознакомления пациентам и медицинским работникам в поликлиниках.

Рисунок 5. Постер с обзором программ скрининга, вывешенный в зоне общего доступа поликлиники



Рисунок 6. Наглядная памятка для работников клинического звена с обозначением тестов, показанных для когорт населения в зависимости от года рождения

			На 2016 год				Целевые группы											
			1976	1974	1972	1970	1968	1966	1964	1962	1960	1958	1956	1954	1952			
Болезнь системы кровообращения (сахарный диабет, артериальная гипертензия)																		
Глаукома			1976	1974	1972	1970	1968	1966	1964	1962	1960	1958	1956	1954	1952	1950	1948	1946
Рак молочной железы								1966	1964	1962	1960	1958	1956					
Рак шейки матки	1986	1981	1976	1971	1961			1966					1956					
Рак предстательной железы								1966		1962		1958		1954		1950		
Колоректальный рак								1966	1964	1962	1960	1958	1956	1954	1952	1950	1948	1946
Рак пищевода и желудка								1966	1964	1962	1960	1958	1956					

Лицам старше 40 лет предлагается каждые 2 года проходить обследование на факторы риска ССЗ и диабета, включая измерение артериального давления, определение индекса массы тела, содержания липидов и сахара в крови, причем последний показатель определяется путем взятия крови из пальца в амбулаторных условиях. Рассчитывается общий риск ССЗ, однако метод ранжирования рисков, по-видимому, отличается от международного стандартного метода, и уровни риска не используются для его стратификации или определения дальнейших шагов в контроле заболеваний. Риск ССЗ документируется в регистрационных записях программы скрининга, однако эти данные не вносятся в амбулаторные карты пациентов на уровне ПМСП. Не проводится расчет доли пациентов с одним или несколькими основными факторами риска ССЗ или с десятилетним риском развития ССЗ $\geq 30\%$ (см. также Барьер 5).

Эффективное выявление и контроль артериальной гипертензии

В целом наблюдается низкий охват программами скрининга на ССЗ, и уровень выявления артериальной гипертензии недостаточен, не определены также различия между мужчинами и женщинами. Рассчитанные ВОЗ стандартизированные по возрасту показатели распространенности повышенного артериального давления в Казахстане в 2014 г. составляют 30,4% у взрослых мужчин и 24,2% у взрослых женщин (ВОЗ, 2016). Доля случаев ССЗ, выявленных путем скрининга в 2015 г., варьировалась по областям: от 3,3% в Акмолинской области до 14,2% в Восточно-Казахстанской (К.К. Давлетов, презентация на рабочем совещании ВОЗ, Астана, 17 апреля 2016 г.).

Имеются руководства и протоколы клинической практики, врачи назначают научно обоснованные антигипертензивные препараты с возмещением их стоимости для пациентов. Общее качество ведения случаев и контроля артериального давления пациентов с гипертензией неизвестно, однако, вероятно, это можно систематически оценить. Пациентам с выявленной гипертензией, диабетом или иным хроническим заболеванием показано амбулаторное наблюдение с постановкой на учет в кабинете хронической патологии. В одном из опросных исследований показано, что вплоть до 73% пациентов с гипертензией получали нерегулярное лечение (реже чем ежедневный прием препаратов), и лечение с большей вероятностью назначалось мужчинам и лицам более молодого возраста (Roberts, 2012). В исследовании, проведенном в 2012–2013 гг. в Астане, 77% пациентов в возрасте от 50 до 75 лет, страдающих гипертензией, принимали антигипертензивные препараты, и лишь у одной трети (34%) был обеспечен контроль артериального давления, причем лечение мужчин проводилось в меньшем числе случаев, чем женщин (Supiyev et al., 2015). Систематических усилий для повышения уровня соблюдения пациентами предписанного режима лечения не предпринимается (WHO, 2015b).

Участковые медицинские сестры в поликлиниках проходят специальное обучение для ведения клубов или школ пациентов. В поликлиниках также работают специалисты по укреплению здоровья. Этот подход и участие пациентов в «школах здоровья» по различным заболеваниям, вероятно, носит ограниченный характер, поскольку занятия проходят в дневные часы, что затрудняет участие в них работающего населения. Эти недостатки отмечены также в других источниках (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015).

Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска

Не проводится систематического выявления пациентов, подверженных высокому риску, в поликлинических реестрах не ведется их учет. Не известен уровень охвата пациентов из крайне высоких групп риска мерами первичной профилактики или назначением надлежащих препаратов. Консультирование по вопросам образа жизни не включено систематически в протоколы оказания клинической помощи, поскольку ответственность за эти услуги несут другие ведомства (Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни), и поэтому соответствующие возможности могут быть утрачены.

Эффективная вторичная профилактика после перенесенного ОИМ или инсульта

При выписке пациента из больницы после лечения в связи с ОИМ или инсультом план дальнейшего оказания помощи направляют вместе с пациентом из больницы в центр ПМСП для последующего наблюдения. Имеются руководства и протоколы по клинической практике, назначаются научно обоснованные препараты с возмещением их стоимости. Однако статины не предоставляются бесплатно ни одной из категорий пациентов, даже лицам, страдающим диабетом.

Доля пациентов, получающих ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы и статины после ОИМ и инсульта, и качество оказания помощи систематически не отслеживаются. По данным исследования EUROASPIRE IV (Kotseva et al., 2016), посвященного обзору контроля факторов риска среди лиц с диагностированной ишемической болезнью сердца или с высоким риском ССЗ в различных странах Европы, лишь одна треть (32%) пациентов высокого риска в Алматы принимали назначенные препараты в течение половины рекомендованного срока. Лишь у 50% пациентов из групп высокого риска был обеспечен полноценный контроль артериального давления, и у 33% из принимающих препараты по снижению содержания липидов достигнут намеченный уровень холестерина с липопротеинами низкой плотности. В стране имеются новые оральные антикоагулянты для предупреждения ишемического инсульта у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, однако стоимость лекарств пациентам не возмещается. Поскольку эти препараты имеют более высокие показатели качества по сравнению с варфарином (Ruff et al., 2014) и один из них (дабигатран 150 BID) в условиях контролируемого испытания более эффективно сокращал риск инсульта (Paikin et al., 2011; Clemens et al., 2014), следовало бы рассмотреть возможности для бесплатного предоставления этих лекарств целевым группам населения.

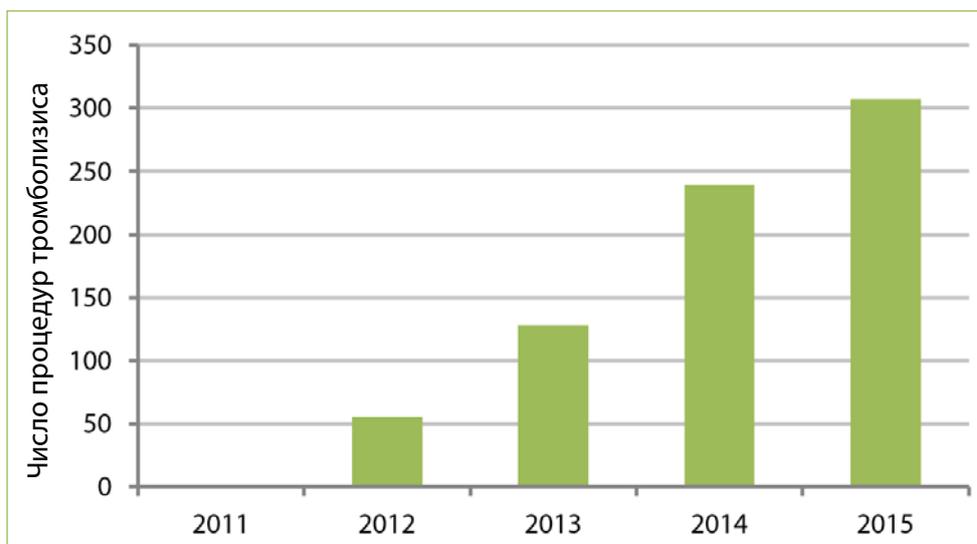
Неотложная и вторичная помощь после ОИМ и инсульта

Имеются клинические протоколы и алгоритмы для экстренного оказания помощи в острый период заболевания. Клинические работники информированы о важности своевременного лечения и стремятся использовать стандарты алгоритма, однако этот процесс систематически не отслеживается. В одном из исследований получены данные об улучшении оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом после принятия Государственной программы развития кардиологической помощи, в соответствии с которой во всех 16 административных центрах были открыты лаборатории по проведению катетеризации с кардиохирургической поддержкой и проведено обучение специалистов (Abseitova, Baugenzhin, Kairbekova, & Kabykenova, 2015). За период с 2010 по 2014 г. количество проведенных чрескожных вмешательств при остром коронарном синдроме увеличилось в пять раз (с 1812 до 9081), и практически вдвое снизилась смертность от ОИМ в стационарах. Охват чрескожными коронарными вмешательствами при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST составил 41%, а уровень применения фибринолитической терапии – 36%. По заключению авторов, несмотря на то что целевые показатели не были достигнуты, дальнейшее улучшение будет обеспечено за счет улучшения экстренной медицинской помощи, учреждения специальных «счетов»

чрескожных коронарных вмешательств и создания регистра пациентов с острым коронарным синдромом.

Тромболизис при остром ишемическом инсульте – это экономически эффективное вмешательство с социальной точки зрения (Jung et al., 2010; Berkowitz et al., 2014), с благоприятными клиническими и экономическими исходами. Этот метод был внедрен в Казахстане в 2011 г., и к 2015 г. системную тромболитическую терапию получили 307 пациентов с инсультом (рис. 7). В некоторых центрах также осуществляются процедуры механической тромбэктомии, однако их доступность зависит от наличия обученных хирургов, и это вмешательство не проводится в круглосуточном режиме.

Рисунок 7. Число ежегодно проводимых процедур тромболизиса в Казахстане



Не имеется комплексных маршрутов пациентов с инсультом, включая реабилитацию и услуги длительного ухода. В целом оказание помощи не ориентировано на исходы, и балльные оценки не используются для планирования клинического ведения, мониторинга прогресса лечения, определения клинических маршрутов, прогнозирования исходов и использования ресурсов.

3.2.2 Диабет

Результаты оценки вмешательств на индивидуальном уровне в связи с диабетом суммированы в таблице 5.

Таблица 5. Резюме результатов оценки вмешательств на индивидуальном уровне: диабет

Эффективное выявление и общее последующее наблюдение	Ограниченный-умеренный	В учреждениях ПМСП ведется учет пациентов с хроническими заболеваниями. Проводится массовое обследование всего населения (не только групп высокого риска) на содержание сахара в крови: уровень охвата невысокий, качество последующего наблюдения неизвестно, доля выявленных больных от всего оценочного значения распространенности неизвестна.
Информирование пациентов по вопросам питания, физической активности и контроля содержания глюкозы	Умеренный эффект	Пациентам с хроническими заболеваниями каждые полгода предлагается обследование, проводимое силами медицинских сестер и направленное на профилактику осложнений, однако уровень использования этой услуги и последующие меры не отслеживаются. Предлагается общее консультирование по вопросам питания и физической активности. Доля пациентов, обследованных на гликогемоглобин в течение последнего года, неизвестна, но, по всей вероятности, невелика; возможно, пациенты должны платить за услуги тестирования.
Контроль артериальной гипертензии	Ограниченный эффект	Контроль артериального давления у пациентов с диабетом не отслеживается, и его эффективность неизвестна.
Профилактика осложнений	Ограниченный-умеренный	Доля пациентов, состоящих на учете в связи с диабетом, которым проводилось обследование состояния стоп, глазного дна (фундоскопия) и анализ на содержание белка в моче, неизвестна, хотя данные услуги предоставляются.

Эффективное выявление и общее последующее наблюдение

Национальный регистр пациентов с диабетом ведется с 2002 г., однако он не является в полной мере надежным, поскольку у эндокринологов не всегда хватает времени для внесения всех необходимых данных. По состоянию на 1 января 2016 г. общее число пациентов с диагностированным диабетом в Казахстане составляло 272 629 человек (мужчины – 34,7%, женщины – 65,3%), при этом 38,6% всех случаев приходилось на пациентов в возрасте от 50 до 70 лет (Л.А. Жубандыкова, презентация на рабочем совещании ВОЗ, Астана, 17 апреля 2016 г.). Эта общая сумма составляет одну треть от числа, рассчитанного Международной диабетической федерацией (2015 г.) (717 500; диапазон неопределенности – 486 200–1 362 300, для возрастной группы от 20 до 79 лет).

Расчетная распространенность повышенного содержания сахара в крови, по данным ВОЗ, стандартизированной по возрасту (лица с содержанием глюкозы натощак ≥ 7 ммоль/л или принимающие антидиабетические препараты), в 2014 г. составляла 12,4% для мужчин и 11,4% для женщин в возрасте 18 лет и старше (WHO, 2015b). По данным сквозного исследования взрослых в возрасте 50–75 лет в Астане и в близлежащем селе Акмол, общая распространенность диабета составила 12,5%, при этом цифры для городских жителей были почти вдвое выше (16,3%), чем для сельского населения (8,6%). Уровень выявления посредством программ скрининга по сравнению с расчетными числами распространенности не известен и не отслеживается.

С 2011 г. действует национальная программа скрининга для раннего выявления диабета, предписывающая проведение всем лицам в возрасте от 20 до 80 лет исследования крови на глюкозу в центрах ПМСП по месту регистрации. Таким образом, на обследование приглашают не представителей групп высокого риска, а всех граждан, в том числе с отсутствием какой-либо симптоматики. Охват скринингом невысок, качество последующего наблюдения неизвестно. В 2015 г. такое обследование прошли в целом 1 511 198 человек, и у 9714 был обнаружен диабет (0,65% обследованного населения). Эти лица затем прошли полное диагностическое обследование (тесты на толерантность к глюкозе, гликогемоглобин и измерение глюкозы в крови натощак и после сахарной нагрузки в течение семи дней). При этом у 9462 человек (97,4% лиц с первоначально положительными результатами по скринингу) был подтвержден диагноз диабета. На региональном уровне наибольшая распространенность вновь выявленных случаев диабета отмечена в Кызылординской области (2,1% населения области), наименьшая – в Акмолинской области (0,3%) (Л.А. Жубандыкова, презентация на рабочем совещании ВОЗ, Астана, 17 апреля 2016 г.).

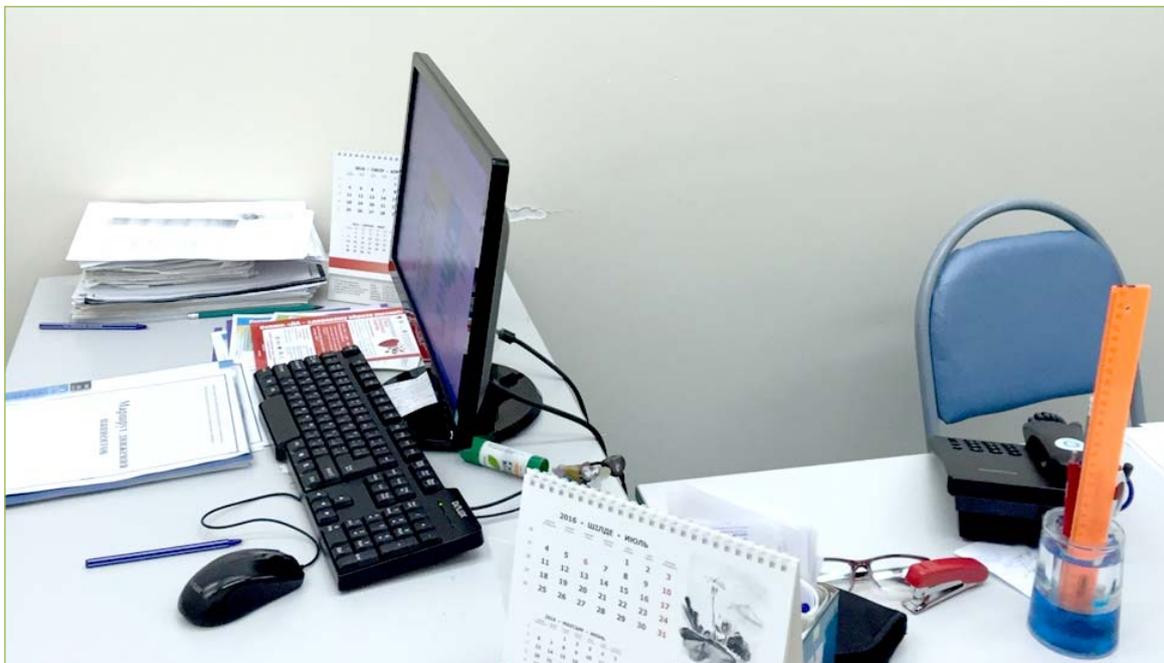
Информирование пациентов по вопросам питания, физической активности и контроля уровня глюкозы в крови

В 2012 г. была разработана стратегия, согласно которой оказание помощи при диабете 2-го типа передавалось врачам общей практики, и число обращений к эндокринологам сократилось. Пациенты с инсулинозависимым диабетом остаются на учете у эндокринологов и для получения рецептов на инсулин должны посещать врача по крайней мере один раз в месяц. Необходимость ежемесячно являться в медицинское учреждение представляет трудности для пожилых пациентов и лиц с ограниченными возможностями.

В поликлиниках имеются кабинеты хронической патологии, где медицинские сестры принимают пациентов два раза в год и где также проводятся специальные обследования для профилактики осложнений. Пациенты должны посещать эти кабинеты для получения бесплатных лекарств. Медицинские сестры кабинетов хронической патологии могут назначать некоторые препараты, направлять на обследования, на скрининг, а также принимать определенные решения в отношении лечения. Эти медицинские сестры знают, какие тесты должны быть проведены конкретным пациентам, и, если предоставляется

возможность, могут помочь в их организации. На рисунке 8 показана обстановка кабинета хронической патологии в поликлинике. На экране монитора виден список пациентов и результатов тестирования, ранжированных по цветам светофора – красный, желтый, зеленый.

Рисунок 8. Кабинет хронической патологии в поликлинике в Астане: на экране компьютера виден список пациентов и результатов тестов, ранжированных по цветам: красный, желтый, зеленый



В качестве общего правила в этих кабинетах, а также в «школах здоровья» для пациентов с диабетом проводится консультирование по вопросам питания и физической активности. Однако на практике «школы здоровья» существуют не везде. Имеется потребность в 400 школах, но действуют только 180. Они либо отсутствуют, либо не отличаются высоким качеством (лекции вместо интерактивных бесед) или не посещаются пациентами. В целом лечебное просвещение пациентов развито недостаточно. Под эгидой Фонда диабетического просвещения (спонсируемого фармацевтическими компаниями) разработана программа из 10 занятий по 45 минут в соответствии с международными стандартами.

Предлагаются ежегодные летние «диабетические лагеря» для ограниченного числа детей в возрасте от 7 до 14 лет (один лагерь на область в течение года, действующий по принципу ротации, посменно). Однако семьи не вовлечены. Санаторий в Алматы принимает пациентов с диабетом 1-го типа из 16 регионов на срок 30 дней один раз в год, проводя программу по повышению уровня осведомленности пациентов.

Обеспечен всеобщий доступ к услугам по лечению диабета, внесенным в перечень гарантированных государством бесплатных услуг медицинской помощи, однако другие составляющие диабетической помощи предоставляются лишь частично. Пациентам компенсируется свыше 80% стоимости лекарственных препаратов (инсулин – 100%, системы введения инсулина – 100%, инсулиновые помпы – 80%, пероральные гипогликемические препараты – 30%), однако имеется дефицит систем самоконтроля (всего 10 пачек тестовых полосок на пациента в год). Дети в возрасте 18 лет и младше могут получать инсулиновые помпы бесплатно, но начиная с 18 лет должны самостоятельно приобретать расходные материалы, и при этом некоторые переходят на инъекции, которые обеспечиваются бесплатно.

Доля пациентов, прошедших тестирование на гликогемоглобин в течение последнего года, неизвестна, однако, по всей вероятности, эта доля низка, особенно из-за того, что в ряде случаев пациенты должны платить за обследование. По результатам селективного обзора системы контроля диабета в ряде центров ПМСП в Алматы, 83,6% пациентов с диабетом находились в декомпенсированном состоянии и у 92,3% не были достигнуты целевые показатели гликогемоглобина (К.К. Давлетов, презентация на рабочем совещании ВОЗ, Астана, 17 апреля 2016 г.). По данным сквозного обследования взрослых в возрасте 50–75 лет в Астане и в близлежащем селе Акмол, 72,3% пациентов с диабетом знали о своем состоянии и 65,6% получали лечение. Однако лишь у 27,7% удалось контролировать и приводить к норме содержание глюкозы в плазме крови натощак. Лечение проводилось менее удовлетворительно в сельской местности и среди мужчин (Supriyev et al., 2016).

Контроль артериальной гипертензии у пациентов с диабетом

Качество контроля гипертензии среди пациентов с диабетом не отслеживается. Стоимость статинов не возмещается даже для пациентов с диабетом. По данным исследования EUROASPIRE IV (Kotseva et al., 2016), 16% опрошенных лиц с ишемической болезнью сердца или с высоким риском ССЗ в Казахстане сообщили о наличии диабета. Из них ни у кого не достигается содержание глюкозы в плазме натощак $\leq 6,0$ ммоль/л, и лишь у 28% достигается уровень HbA1c $\leq 6,5\%$.

Профилактика осложнений

По представленным сведениям, обследования стоп, глаз (осмотр глазного дна) и тест на наличие белка в моче предлагаются в плановом порядке всем пациентам с диабетом, однако уровень использования этих услуг или качество последующего наблюдения не изучались. По данным вебсайта Диабетической ассоциации (www.dark-diabet.kz/home), существует разброс в обеспечении доступа в зависимости от региона. **Специальных подиатрических кабинетов не имеется, также в целом не проводится обследование стоп пациентов медицинскими сестрами или врачом общей практики для выявления признаков гангрены, инфекции или нарушений артериального кровоснабжения.** Число эндокринологов и других специалистов для контроля осложнений (ретинопатия, поражения стоп, нефропатия) варьируется по регионам, прежде всего по причине низкой заработной платы медицинских работников.

Обследование глазного дна проводят офтальмологи. В ряде случаев пациентам, направленным к специалистам (неврологам, офтальмологам), приходится оплачивать диагностические исследования и процедуры, и назначенные лечебные вмешательства могут также предусматривать частичную оплату. Имеются квоты на число пациентов, которые могут бесплатно получить определенную диагностическую процедуру в медицинском учреждении. Когда эта квота исчерпана, остальные пациенты с наличием показаний вынуждены ждать, обычно до следующего года, или прибегать к платным услугам. В рамках проекта по управлению заболеваниями, осуществленного в семи учреждениях ПМСП в двух пилотных регионах (Правительство Казахстана, 2016а) достигнуто 65%-ное улучшение в отношении доступности диагностических исследований, включая тест на HbA1c и липопротеины низкой плотности, обследование глазного дна и стоп, и в отношении использования статинов для 470 пациентов с диабетом, а также обеспечен 100%-ный охват мероприятиями по обучению методам самоконтроля. Этот проект планируется развернуть в течение последующих нескольких лет на национальном уровне (см. также Барьер 5).

Случаи осложнений вносятся в диабетический регистр, однако цифры могут быть неточными, и не исключено, что не все случаи регистрируются. В 2015 г. в 6,36% всех случаев диабета была выявлена ретинопатия, в 1,43% – катаракта, в 2,04% – нефропатия, в 0,87% – диабетическая стопа и в 0,51% – инфаркт миокарда. Однако эти цифры, вероятно, занижены (Л.А. Жубандыкова, презентация на рабочем совещании ВОЗ, Астана, 17 апреля 2016 г.). В случае смерти пациента с диабетом от ССЗ наличие диабета в соответствующей документации не указывается.

3.2.3 Профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний

Профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний будут оценены в течение будущей миссии. Некоторые из 11 национальных программ включают скрининг населения на злокачественные новообразования желудка, пищевода и предстательной железы, хотя ВОЗ не считает эти методы в достаточной степени объективно обоснованными.



4. Барьеры системы здравоохранения и возможности для расширения охвата основными вмешательствами и услугами

В данном разделе представлен обзор характеристик системы здравоохранения, которые влияют на эффективность борьбы с НИЗ. Эти общие характеристики в кратком виде представлены на рисунке 9.

Рисунок 9. Общие характеристики системы здравоохранения, имеющие значение для контроля 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: Европейское региональное бюро ВОЗ (2014).

Барьер 1. Политическая приверженность делу борьбы с НИЗ

В целом имеется политическая приверженность делу улучшения показателей здоровья жителей Казахстана. Здоровье прямо упоминается в качестве одного из семи долгосрочных приоритетов в стратегии национального развития «Казахстан-2030». В рамках этого приоритета особое внимание уделяется развитию и формированию здорового образа жизни, что предусматривает отказ от курения, сокращение потребления алкоголя, повышение уровня физической активности и здоровое питание. Президент Нурсултан Назарбаев в своем недавнем обращении «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» определил здоровье как ключевой фактор в развитии государства (Правительство Казахстана, 2016b). Кроме того, он указал, что ответственность за развитие лечебно-профилактической помощи должны разделять и государство, и работодатели, и сами работники.

Всеобъемлющей целью Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. было «укрепление здоровья населения для

обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны» с особым вниманием к наращиванию межсекторального и межведомственного сотрудничества. Эта программа послужила стимулом для укрепления ПМСП в целях профилактики, ранней диагностики и контроля НИЗ, а также для создания национальных программ скрининга. В программе «Саламатты Казахстан» также была предусмотрена секторальная стратегия развития физической культуры и спорта. В новой программе Казахстана по развитию системы здравоохранения на 2016–2019 гг., получившей название «Денсаулык», подчеркивается важность укрепления услуг общественного здравоохранения и достижения целей политики Здоровье-2020. Усиление роли ПМСП в профилактике и ранней диагностике заболеваний – это один из приоритетов президентской инициативы «100 шагов по достижению пяти институциональных реформ» в стратегии «Казахстан-2050» (Правительство Казахстана, 2016b).

Казахстан проявил политическую приверженность делу внедрения основных популяционных вмешательств, направленных на профилактику и контроль НИЗ, однако общие темпы прогресса остаются низкими, главным образом по причине слабого контроля со стороны ответственных органов. Как отмечено в разделе 3.1, Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака была ратифицирована Казахстаном в 2007 г., также внедрены определенные меры контроля в отношении как табака, так и алкоголя.

В Казахстане разработана новая программа по профилактике и контролю НИЗ на 2016–2020 гг. (Правительство Казахстана, 2016b), которая даст прочную основу для дальнейшей борьбы с НИЗ и является проявлением политической приверженности в данной области. НИЗ признаны основной угрозой социально-экономическому благополучию населения Казахстана. Программа хорошо согласована с региональными и глобальными мандатами, такими как Глобальный план действий по НИЗ, Глобальная система мониторинга и политика Здоровье-2020, однако на период проведения миссии эта программа еще находилась на стадии утверждения.

Текущее проведение самооценки услуг и развития общественного здравоохранения – это важная возможность для укрепления институционального и кадрового потенциала системы общественного здравоохранения Казахстана, что поможет оптимизировать ответные меры в связи с распространяющейся эпидемией НИЗ.

НИЗ включены в недавно принятую Рамочную программу Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития, что еще раз подчеркивает связь между НИЗ и экономическим ростом. Эта программа обеспечивает прочную платформу для общегосударственного подхода к борьбе с НИЗ.

Барьер 2. Формирование четких процедур для установления приоритетов и предельных значений

Здоровье в течение длительного времени является признанным приоритетом Правительства Казахстана. Расходы на здравоохранение составляют 4,36% валового внутреннего продукта, по сравнению со средним значением 8,21% по Европейскому региону ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016a).

В ходе осуществления программы «Саламатты Казахстан» государственные расходы на здравоохранение увеличились в полтора раза, с 555 млрд KZT в 2010 г. до 860 млрд KZT в 2014 г. Несмотря на этот существенный рост, расходы на здравоохранение все еще составляют только 10,9% от общих государственных расходов, что ниже 12% – уровня, рекомендованного ВОЗ для стран Европейского региона. Следует отметить, что 62% ресурсов, ассигнованных на гарантированную бесплатную медицинскую помощь,

относится к госпитализированным пациентам, 34% – к ПМСП и 3% – к службам скорой помощи, в то время как в странах Организации экономического сотрудничества и развития эти пропорции составляют соответственно 34%, 61% и 5%.

Конкретные бюджетные ассигнования для МЗСР осуществляются на ежегодной основе. Существующие механизмы секторального мониторинга, оценки и стратегического планирования нуждаются в модернизации; для обеспечения высококачественного анализа хода осуществления программы «Денсаулык» будет внедрена система ежегодных стратегических аналитических исследований. В качестве компонента модернизации будут отобраны индикаторы достижения целевых показателей и заданий, производительности, осуществления мероприятий и разделения функций, которые послужат новой основой для ежегодного принятия решений на государственном уровне.

Стратегия гендерного равенства будет способствовать распределению бюджетных средств с учетом гендерных факторов, вероятно, также и для ассигнований МЗСР. Это может включать, например, оценку гендерно ориентированных ассигнований и основных расходов на услуги отдельно для мужчин и женщин, а также анализ стратегий по достижению равных возможностей найма в государственных учреждениях.

Барьер 3. Укрепление межведомственного сотрудничества

Эффективная, социально справедливая профилактика НИЗ требует действий во многих секторах, как это описано в Основах европейской политики здравоохранения ВОЗ Здоровье-2020 (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013b), где подчеркивается значение коллективных усилий и партнерств с привлечением всех действующих сил государства и общества.

В настоящее время не имеется ни комплексной национальной стратегии по НИЗ, ни утвержденного национального плана действий по НИЗ, которые бы способствовали межсекторальному взаимодействию, согласованности политики и коллективной ответственности различных секторов. Тем не менее межсекторальное сотрудничество было определено в качестве приоритета в программе «Денсаулык» на 2016–2019 гг., также создан межминистерский совет по здравоохранению, который подчинен вице-премьер-министру. Общая цель программы «Денсаулык» на 2016–2019 гг. – улучшить показатели здоровья в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития. Это означает важное политическое признание взаимозависимости вопросов здоровья и развития, а также создает прочную основу для прогресса в достижении Целей устойчивого развития и решении конкретных задач по улучшению показателей здоровья и благополучия в Казахстане к 2030 г. Цели устойчивого развития можно использовать на стратегическом уровне для обеспечения межсекторального стратегического руководства борьбой с НИЗ.

Принято несколько ключевых законодательных актов, направленных на сокращение потребления алкоголя и табака, с эффективным участием других министерств. Кроме того, на областном уровне созданы межсекторальные советы по здравоохранению. Казахстан демонстрирует хорошие примеры межведомственного сотрудничества во многих областях и добился прогресса в развитии многоотраслевых действий, однако эта сфера требует дальнейшего укрепления применительно к НИЗ.

Проходят обсуждения вопроса об апробации инициативы «Здоровые города» в Казахстане, что даст возможность для тестирования межсекторальных механизмов на субнациональном уровне.

Несмотря на прогресс, достигнутый в межсекторальном сотрудничестве, требуются более четкие механизмы поддержки и подотчетности. **Создание межсекторального комитета по борьбе с НИЗ,** подчиненного непосредственно вице-премьер-министру, будет отражать по-настоящему общегосударственный подход к проблеме НИЗ и обеспечит полную информированность правительства о складывающейся ситуации. МЗСР достигло соглашения с Министерством образования о включении тематики, относящейся к здоровью, в школьную программу.

Ответственность за профилактику и контроль НИЗ на национальном уровне распределена между многочисленными структурами, включая МЗСР, Центр проблем формирования здорового образа жизни в г. Алматы, Академию питания, санитарно-эпидемиологические службы Министерства национальной экономики и Институт кардиологии. Пересекающиеся роли и сферы ответственности, по-видимому, ведут к дублированию мероприятий, в то время как необходим согласованный и последовательный подход к борьбе с НИЗ.

Барьер 4. Расширение прав и возможностей населения

Повышается роль гражданского общества в борьбе с НИЗ и демонстрируется политическая приверженность делу укрепления роли и функций неправительственных организаций. В секторе здравоохранения Казахстана в настоящее время действует целый ряд таких организаций. Некоторые являются многофункциональными, в то время как другие сосредоточены на конкретных группах населения или отдельных проблемах здравоохранения. Местные организации, как правило, менее активны по сравнению с международными и в меньшей степени влияют на политику здравоохранения. Помимо различных добровольных организаций действует ряд международных структур и агентств многостороннего сотрудничества, которые реализуют разнообразные программы в секторе здравоохранения.

Общественность не представлена на формальном уровне в процессах принятия решений и в органах, формирующих политику. В Казахстане имеется ассоциация пациентов с диабетом, но аналогичной организации для пациентов с инсультом не существует. Было бы желательно создать ассоциацию пациентов, перенесших инсульт, для повышения уровня информированности населения о ранних признаках нарушения мозгового кровообращения, профилактики инсульта, оказания помощи пациентам и повышения их ответственности за свое здоровье. Право пациентов на здоровье и медицинские услуги признано в качестве одного из основных прав человека в стратегических и политических документах, однако отдельной специальной хартии о правах пациентов не имеется.

Областные органы власти и органы местного самоуправления играют важную роль в Казахстане, что, несомненно, открывает возможность для улучшения показателей здоровья населения. В последних опросах по изучению удовлетворенности пациентов оказанными услугами, проведенных в 2010 г., свыше половины (53,8%) респондентов сообщили о том, что они «скорее удовлетворены» или «определенно удовлетворены» работой системы здравоохранения. Это является значительным улучшением по сравнению с результатами аналогичного опроса, проведенного в 2001 г., где лишь 29,5% дали удовлетворительные отзывы (Footman et al., 2013). Руководители местных

администраций проводят регулярные встречи с населением для обсуждения тем, представляющих общий интерес, таких как социальные услуги и медицинская помощь. Часто поступают жалобы на поставщиков медицинских услуг, что, как правило, ведет к принятию дисциплинарных мер. В ходе оценки ВОЗ медицинские работники сообщили о том, что такие меры нередко их демотивируют (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015).

Уровень грамотности населения в вопросах здоровья относительно низок.

За повышение уровня грамотности населения в вопросах здоровья и популяризацию форм поведения, способствующих укреплению здоровья, отвечает Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни. Центр имеет филиалы во всех областях и предоставляет материалы для санитарного просвещения, укрепления здоровья и профилактики болезней, которые распространяются среди населения в рамках кампаний укрепления здоровья, проводимых на уровне ПМСП. Развитие государственных интернет-порталов с высококачественной информацией по вопросам здоровья дает хорошие возможности для информационного охвата населения. Государственные и частные средства массовой информации также готовят, публикуют и широко транслируют обсуждения за круглым столом по вопросам здорового образа жизни, таким как рабочие места без табачного дыма, индивидуальное оздоровление поведенческих характеристик, а также оптимизация питания и диеты. Другие министерства и организации, в том числе департаменты здравоохранения и социальной безопасности на муниципальном и областном уровнях, также публикуют материалы и популяризуют изменения в поведении.

Исследования доказывают необходимость совершенствовать и укреплять ориентированные на нужды пациента подходы к контролю НИЗ на индивидуальном уровне, а также на уровне поставщиков услуг и политики.

Пациенты проявляют низкий уровень ответственности за принятие решений относительно своего здоровья и получения медицинской помощи, что ведет к неудовлетворительному соблюдению назначенного режима лечения, невозможности самоконтроля заболевания и необоснованному использованию ресурсов системы. Несоблюдение пациентами с НИЗ предписанных лечебных рекомендаций – это важная причина предотвратимых случаев госпитализации и, в целом, высокой частоты острых состояний (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Многие пациенты не осознают важности регулярного приема назначенных препаратов и изменения образа жизни, в то время как врачи учреждений ПМСП² часто не имеют достаточного времени для обсуждения этих вопросов в ходе периодических посещений. Так, например, пациенты с ишемической болезнью сердца должны ежемесячно посещать ВПП для продления рецептурных назначений, но на практике это происходит с временными перерывами, либо лечение вовсе прекращается. Кроме того, население испытывает определенное недоверие к клиническим мнениям и советам ВПП, особенно в городах (WHO Regional Office for Europe, 2011). Это приводит к низкому уровню соблюдения полученных рекомендаций, и многие пациенты обращаются за консультациями к специалистам или прибегают к самолечению. «Школы пациентов» по конкретным заболеваниям неравномерно распределены среди областей, при этом не имеется четких руководств или стандартов для данного вида просветительной работы.

Гендерный подход к расширению прав и возможностей пациентов принесет пользу и мужчинам, и женщинам. Расширение прав и возможностей женщин и повышение уровня их участия было признано в качестве важного фактора в ряде гендерных оценок в Казахстане, а также в национальной Стратегии обеспечения гендерного

² В Казахстане врачи первичной помощи (ВПП) – это семейные врачи, терапевты и педиатры. Осуществляется реформа для переобучения всех терапевтов и педиатров по специальности «семейный врач».

равенства (Правительство Казахстана, 2005). Ряд организаций гражданского общества, например Ассоциация женщин с инвалидностью «Шырак», накопили богатый опыт в данной области. Расширение прав и возможностей мужчин как пациентов и как лиц, обеспечивающих уход, улучшит их поведенческие характеристики в плане здоровья и повлияет на планирование услуг.

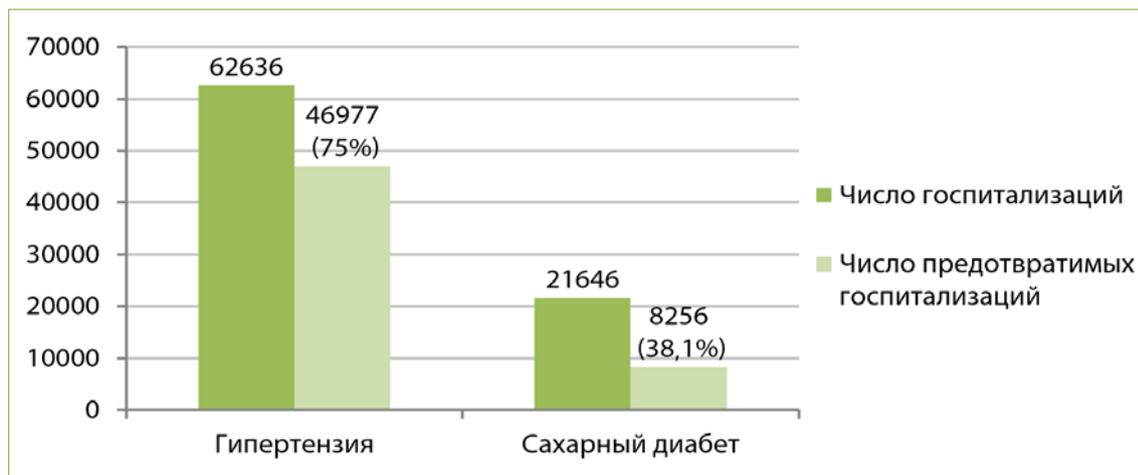
Барьер 5. Внедрение эффективных моделей предоставления услуг

Услуги, предоставляемые на уровне первичной помощи

Услуги первичной помощи предоставляются через сеть поликлиник и фельдшерско-акушерских пунктов с прикрепленным населением по участковому принципу. В обычной поликлинике семейный врач обслуживает смешанное население численностью в 2000 человек, терапевт – 2200 взрослых, педиатр – 900 детей. ВПП выполняют диспетчерскую функцию применительно к выдаче направлений к специалистам и на госпитализацию. Поликлиники работают в обычные дни с 8.00 до 20.00, один раз в неделю закрываются еще позже. Один раз в месяц услуги предоставляются в выходной день, обычно в субботу. Большинство консультаций на уровне первичной помощи проводятся амбулаторно в порядке живой очереди, системы предварительной записи на прием не существует. Посещения пациентов на дому, как при острых, так и при хронических состояниях, также находятся в сфере ответственности ВПП, и на них приходится вплоть до 4 часов в течение рабочего дня. Недавний опрос ВПП показал, что приблизительно 50% всех посещений взрослых пациентов на дому были необоснованными (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). В некоторых учреждениях первичной помощи возможно получение телефонной консультации, однако уровень использования этих услуг как самими пациентами, так и медицинскими работниками ограничен.

Всем пациентам с хроническими НИЗ требуется проходить обследование у специалиста вне зависимости от клинических показаний для такого расширенного обследования. В настоящее время консультации специалиста требуются для подтверждения диагноза, включая такие распространенные состояния, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, застойная сердечная недостаточность и сахарный диабет. В соответствии с действующими клиническими руководствами и протоколами, оральные антигипергликемические препараты, инсулин и ингаляционные кортикостероиды назначают только специалисты, даже для пациентов без осложнений. Так, например, только эндокринологам разрешается назначать инсулин пациентам с сахарным диабетом. Аналогичным образом психотропные препараты могут назначать только психиатры. **Это создает избыточную зависимость от специализированной помощи и ослабляет компетенции ВПП в плане предоставления услуг пациентам с НИЗ.** Несмотря на то, что препараты и диагностические обследования в больницах предоставляются бесплатно, они не всегда бесплатны в условиях амбулаторной помощи, что создает нежелательный стимул для пациентов стремиться к получению помощи в условиях стационара (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). На НИЗ приходится значительная доля предотвратимых госпитализаций в Казахстане. Так, например, 75% из более чем 62 000 госпитализаций в связи с гипертензивной болезнью сердца в 2014 г. расценивались как предотвратимые (рис. 10).

Рисунок 10. Госпитализации в связи с отдельными НИЗ в Казахстане, 2013 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2015) – с изменениями.

В Казахстане действует ряд программ по раннему выявлению и лечению НИЗ на уровне ПМСП. Как частично описано в разделе 3.2, **национальные скрининговые программы** (общим числом 11) включают программы по факторам риска ССЗ, диабета и нескольких типов злокачественных новообразований. Всех жителей, начиная с определенного возраста, каждые два года приглашают по почте и по телефону на скрининговое обследование. В ходе скрининга заполняется специальная амбулаторная скрининговая форма, которая отличается от амбулаторной карты пациента. Если при обследовании выявлена патология, эта форма затем подшивается к амбулаторной карте. В одной из поликлиник, посещенных в Астане, были получены сведения о том, что лишь около 30% приглашенного населения является для прохождения обследования. Скрининг проводится в специально отведенных помещениях поликлиники в качестве независимого вмешательства; при этом роль ВПП незначительна, что приводит к дополнительной фрагментации в предоставлении услуг. При выявлении общих факторов риска НИЗ для лиц, прошедших скрининг, проводят краткую консультацию в профилактических кабинетах поликлиник. Не вполне ясно, однако, имеют ли медицинские сестры, проводящие консультации, достаточные навыки для предоставления эффективных услуг. Направляющие вопросы относительно их знакомства с общеизвестными методами коммуникации по изменению поведения и широко распространенными инструментами, такими как метод 5А и инструмент AUDIT, обнаружили, что в данной области имеются значительные пробелы в знаниях. Программы скрининга для целевых групп населения дополняются ежегодной, регулируемой государством диспансеризацией работников определенных профессий.

В двух областях Казахстана – Павлодарской и Северо-Казахстанской – в 2015 г. была проведена пилотная апробация программ управления заболеваниями.

Эти программы были посвящены трем основным состояниям: артериальной гипертензии, диабету и застойной сердечной недостаточности. Обоснование для внедрения программ управления заболеваниями – это многопрофильный подход к ведению случаев широко распространенных хронических состояний, интенсивность последующего наблюдения пациентов медицинскими работниками и продвижение методов самоконтроля пациентами своего состояния, что в конечном счете повышает эффективность предоставляемых услуг. В состав многопрофильных групп входят врач общей практики³, медицинская сестра (одна или несколько), соответствующие специалисты, такие как кардиологи и эндокринологи, а также социальный работник. Учебная программа для многопрофильных бригад была подготовлена консультантами из Канады, которые провели обучение национальных преподавателей для пилотных программ в многопрофильных командах для развития коллективного стиля работы.

³ В программах участвовали только ВПП, которые получили специальную подготовку или переподготовку в области общей практики.

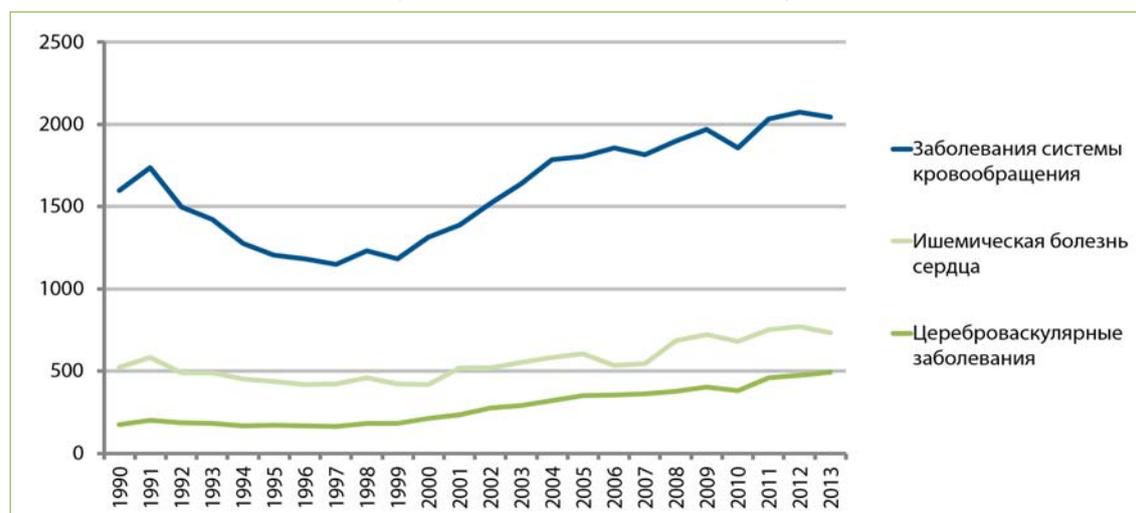
Учебные занятия состояли из четырех основных модулей: введение, инструментарий, самоконтроль пациентов и регистрация данных. Были также добавлены занятия для последующего закрепления навыков, для ответов на вопросы медицинских работников и получения их отзывов. В ходе пилотной апробации программ оценивались следующие показатели мониторинга: артериальное давление ниже 140/90, число пациентов, прошедших ЭКГ-обследование, и число пациентов, у которых было проверено содержание глюкозы в крови. Показатели конечных исходов не использовались, поскольку не прогнозировалось, что данный эффект проявится непосредственно после вмешательства. По мере продолжения и расширения программ управления заболеваниями будет осуществлен сбор таких индикаторов исходов, как сокращение числа госпитализаций и числа осложнений.

Было запланировано дополнительное проведение в 2016 г. программ управления заболеваниями в пяти регионах: г. Астана, г. Алматы, Западно-Казахстанская, Карагандинская и Костанайская области. Оценочная группа установила, что консультирование, ориентированное на нужды пациентов, и многопрофильный подход к лечению НИЗ повысили качество оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Однако программы осуществлялись вертикальным образом и не были интегрированы в ПМСП, вследствие чего оказались упущены связи со скринингом, профилактикой и вмешательствами по управлению заболеваниями в одних и тех же учреждениях. Кроме того, по-видимому, имела место систематическая ошибка в отборе пациентов для участия в программах, что привело к возможному завышению уровня эффективности программ применительно к улучшению промежуточных исходов для пациентов, по сравнению с обычным оказанием помощи. В программах не учитывались сочетанная и множественная заболеваемость, и каждое из НИЗ рассматривалось по отдельности, особенно в отсутствие консолидированных клинических руководств по оказанию помощи пациентам с множественной патологией. Участие пациентов и расширение их возможностей для самоконтроля своего состояния рассматривались в качестве важных компонентов осуществления программ, однако на практике эти элементы были ограничены лишь направлением в «школы пациентов» по конкретным заболеваниям, имеющиеся в медицинском учреждении.

Помощь при острых состояниях и стационарные услуги

В условиях увеличения распространенности НИЗ в Казахстане отмечается стойкий рост числа госпитализаций в связи с заболеваниями системы кровообращения (рис. 11).

Рисунок 11. Динамика показателей госпитализации в Казахстане в связи с отдельными патологическими состояниями, на 100 000 человек населения, 1990–2013 гг.



Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016а).

Помощь при острых состояниях в связи с отдельными НИЗ предоставляется через сеть общих и специализированных больниц и отделений кардиологической патологии и нарушений мозгового кровообращения. В рамках осуществления предыдущей национальной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» эти учреждения были оснащены современным оборудованием, позволяющим оказывать высокоспециализированную медицинскую помощь. Это позволило улучшить качество и результаты предоставляемых услуг, особенно в связи с ОИМ.



В последнее время была проведена большая работа по повышению эффективности при сортировке пациентов на уровне стационаров. Так, например, в областной больнице, посещенной в Актау, имеются четкие маршруты сортировки пациентов с ОИМ по параметру наличия подъема сегмента ST на электрокардиограмме (рис. 12). Аналогичная система сортировки существует и для пациентов с нарушениями мозгового кровообращения. Отделения экстренной помощи в больницах имеют в своем составе наблюдательные палаты, где пациенты с неясной симптоматикой могут находиться вплоть до 24 часов.

Рисунок 12. Пример указателя маршрута для пациентов, поступающих в отделение экстренной помощи

Областные больницы выполняют вмешательства на современном техническом уровне для пациентов с ОИМ и инсультом, такие как тромболизис и эндоваскулярная хирургия, хотя эти виды помощи не всегда бывают доступны круглосуточно. Дефицит компетентных кадров и финансовых средств ограничивает предоставление высокотехнологической медицинской помощи (см. также Барьер 14).

В 2008 г. МЗСР осуществило государственную программу по развитию кардиологической и кардиохирургической помощи, включая открытие 48 инсультных центров. В ходе осуществления программы «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. в стране было создано 36 центров по лечению инсультов. Приказ МЗСР по развитию оказания неврологической помощи (2015 г.) предусматривает создание в общей сложности 64 центров по лечению инсультов в стране к 2020 г. В соответствии со Стандартом организации оказания неврологической помощи (МЗСР, 2015а), на каждые 250 000 человек населения должен быть в наличии один инсультный центр с 30 койками, из которых 6 предназначены для интенсивной терапии.

В июле 2016 г. на Национальный центр нейрохирургии были возложены функции национального координационного центра по оказанию помощи при инсультах. В первой половине 2016 г. МЗСР одобрило новую трехуровневую модель интегрированной помощи при инсультах (см. Барьер 7), включающую создание инсультных отделений в масштабах всей страны. В каждом инсультном отделении работает многопрофильная бригада, в состав которой входят медицинские сестры, прошедшие обучение по оказанию помощи при инсультах, а также имеются специальные палаты для пациентов с инсультами. Среди различных типов отделений по лечению инсультов те, что описаны в Стандарте по оказанию неврологической помощи, по-видимому, относятся к отделениям для лечения острых состояний, которые могут быть оснащены средствами интенсивной, субинтенсивной или неинтенсивной терапии и из которых пациентов без задержки переводят в отделения ранней реабилитации (стационарные или амбулаторные) или в учреждения для длительного ухода (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2013).

В настоящее время в инсультных отделениях в масштабе Казахстана развернуто 1063 койки, включая 181 койку в отделениях интенсивной терапии, общий штат отделений составляет 170 неврологов, работающих на условиях полной занятости. В соответствии с Приложением 2 к Стандарту организации оказания неврологической помощи (МЗСР, 2015а), соотношение численности неврологов к численности пациентов составляет 1:2,5. В течение последующих четырех лет планируется привести и кадровое обеспечение, и техническое оборудование в соответствие с данным Стандартом.

Большинство посещенных больниц располагают отделениями ранней реабилитации, однако оборудование и услуги, предоставляемые в этих отделениях, не соответствуют стандартам послеинсультной и послеинфарктной реабилитации. В соответствии с нормативами предоставления реабилитационных услуг для пациентов с хроническими заболеваниями, реабилитация должна быть доступна в течение острой фазы заболевания, в период ранней нейрореабилитации и в амбулаторных условиях (рис. 13) в форме диспансерного наблюдения. В инсультных центрах реабилитация начинается немедленно посредством физиотерапии и в отдельных случаях логопедической помощи. После острой фазы пациентов направляют в амбулаторные отделения или, если они не могут находиться дома, в имеющиеся немногочисленные учреждения для длительного ухода. В некоторых инсультных центрах, например в Астане, предоставляются платные услуги стационарной реабилитации. В программе «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. было предусмотрено улучшение реабилитационной и длительной помощи, в частности путем создания сети реабилитационных учреждений и дневных стационаров, внедрения стандартов обучения для медицинского



персонала, повышения кадрового потенциала и применения высокотехнологичных методов реабилитации. До настоящего времени такие учреждения, формы медицинского обучения, надлежащие клинические маршруты, аккредитация, индикаторы и мониторинг качества либо отсутствуют, либо носят ограниченный характер. Улучшать качество и охват реабилитационными услугами особенно важно для предотвращения инвалидизирующих последствий инсульта и обеспечения последующего возврата пациентов, перенесших инсульт, в состав активных рабочих ресурсов.

Рисунок 13. Реабилитационное оборудование в центре ПМСП «Демеу», Астана

Барьер 6. Улучшение координации между поставщиками услуг

В руководствах по клинической практике четко охарактеризованы типы услуг здравоохранения, которые должны предоставляться на уровне первичной, вторичной и третичной помощи. При этом также приведены конкретные показания для направления на каждый последующий уровень (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Специализированные консультации и стационарные услуги, входящие в Перечень гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи, предоставляются при наличии направления от ВПП, что является основой для интеграции помощи на различных уровнях и на различных условиях. Самостоятельное обращение за стационарной помощью также возможно, но только на условиях полной оплаты предоставляемых услуг. По данным недавнего опросного обследования, самостоятельно обращаются в больницы лишь 1–3% пациентов (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Направления от ВВП к специалистам, на диагностические обследования и госпитализацию хорошо организованы посредством электронной системы, которая позволяет врачам общей практики направлять запросы в соответствующие учреждения. Соблюдение показаний к госпитализации четко отслеживается силами групп внутреннего и внешнего аудита (Министерство здравоохранения, 2014).

Пациенты получают выписные эпикризы, которые они должны передавать своим ВПП. На практике последующее наблюдение после стационарного лечения по-прежнему сопряжено с трудностями. Недавнее исследование, проведенное в Мангистауской области, выявило задержки прежде всего в получении выписного эпикриза из больницы (вплоть до 10 дней после выписки) и отсутствие активного послегоспитального наблюдения на уровне первичной помощи (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Электронная система позволяет регистрировать поступление пациентов в стационар и выписку, однако ВПП не имеют доступа к этой информации. В отсутствие последующего наблюдения многие пациенты не соблюдают выданные лечебные рекомендации и в этой связи подвержены высокому риску повторной госпитализации.

Недавние реформы привели к созданию специальных кабинетов хронической патологии в поликлиниках в целях улучшения координации помощи путем делегирования плановых услуг, таких как консультирование пациентов, последующее наблюдение и заполнение рецептурных форм, медицинским сестрам (см. также разделы 3.2 и Барьер 5). Это позволило снизить нагрузку на ВПП, несмотря на то что услуги, предоставляемые медицинскими сестрами, в том числе выписывание рецептов, требуют тщательного контроля со стороны семейных врачей.

С 2014 г. в состав бригад первичной помощи входят социальные работники. Они предоставляют социальную поддержку уязвимым группам населения и услуги социальной реабилитации лицам с ограниченными возможностями. Несмотря на попытки интегрировать медицинские и социальные услуги на уровне первичной помощи, на практике это привело только к совместному размещению этих служб в поликлиниках. В одной из посещенных многопрофильных больниц, имеющей высокоспециализированное инсультное отделение, службы краткосрочной и социальной реабилитации базировались совместно в помещении больницы. Аналогичным образом туберкулезные службы располагаются совместно с учреждениями ПМСП.

Барьер 7. Использование экономии за счет масштаба и специализации

Приоритетным направлением реформы здравоохранения в течение последнего десятилетия является инвестирование в создание центров высокоспециализированной помощи при острых НИЗ, особенно при остром коронарном синдроме, ОИМ и инсультах. Такие центры позволяют использовать фактор экономии масштаба в плане применения высокотехнологического оборудования и высококлассных специалистов.

В недавно внедренной новой модели интегрированной помощи при инсульте с пользой применяется более специализированное разделение предоставляемых услуг. Они распределены по трем уровням. На уровне I региональные больницы

оказывают круглосуточные услуги интенсивной терапии в сочетании с необходимыми лабораторными исследованиями, а также – в течение определенных часов – услуги неврологической помощи и ранней нейрореабилитации. На уровне II действует многопрофильная больница с услугами компьютерной томографии (12 часов в день), ультразвуковой доплерографии и нейрохирургическими вмешательствами. Нейрохирургический потенциал на этом уровне включает такие вмешательства, как системный тромболизис, удаление гематомы, декомпрессивная краниотомия и вентрикулярный дренаж, а также ранние нейрореабилитационные услуги. Уровень III представлен многопрофильной больницей с возможностями для круглосуточного проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой доплерографии, ангиографии, а также ангио- и нейрохирургических вмешательств. Этот уровень помощи при инсульте включает проведение системного тромболизиса и эндоваскулярных процедур, таких как локальный тромболизис и механическая тромбэктомия, а также услуги ранней нейрореабилитации.

В действующей в настоящее время организации специализированной помощи выявлен ряд проблем. Во-первых, несмотря на существенные инвестиции в создание и оборудование инсультных центров, они не работают в рамках общей сети, в то время как такая сеть позволила бы обмениваться информацией, внедрять инновации в лечение и повышать качество на более высоком уровне. Во-вторых, бюджетные ассигнования на предоставление высокотехнологической помощи, такой как эндоваскулярная терапия, не позволяют удовлетворить возросший спрос на эти услуги. Наконец, предоставлению высокоспециализированных услуг и достижению полного полезного эффекта от экономии масштаба мешают трудности, связанные с поддержанием и эксплуатацией больничного оборудования.

Республиканский центр развития здравоохранения в партнерстве с Международным обществом по обеспечению качества в здравоохранении планирует разработать стандарты аккредитации для учреждений, которые предоставляют помощь пациентам с инсультом, ОИМ и онкологическими заболеваниями. Службы скорой помощи принадлежат больницам и действуют с использованием как наземного, так и воздушного транспорта. Такая структурно-территориальная интеграция создает предпосылки для более качественного предоставления услуг при острых состояниях, поскольку пациенты без задержки попадают из служб скорой помощи в стационар. Кроме того, организация услуг скорой помощи предусматривает наличие в каждой бригаде врача, что в теории способствует более точной сортировке пациентов, распознаванию ранних признаков инсульта и сбору клинического анамнеза. Эксплуатация наземного транспорта в службах скорой помощи финансируется по отдельной бюджетной статье больниц, в то время как эксплуатация воздушного транспорта обеспечивается Комитетом по чрезвычайным ситуациям.

Барьер 8. Создание надлежащих систем стимулирования

Казахстан признает важность работы по укреплению здоровья. Содействие укреплению здоровья традиционно признается важным фактором социально-экономического развития страны⁴, и на такие мероприятия отводятся государственные средства. В стране действуют два центра укрепления здоровья: Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни и Национальный центр здорового питания, в структуру которых входят 14 областных, 2 городских и 136 районных центров здорового образа жизни. Помимо этого в рамках программы «Саламатты

⁴ План развития «Саламатты Казахстан» на 2010–2015 гг. включил задачу содействия укреплению здоровья жителей Казахстана (World Bank, 2014). Аналогичным образом программа развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016–2019 гг. предусматривает цель «укрепления здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны».

Казахстан» было создано 204 центра санитарного просвещения, 96 центров по борьбе против табака, 76 молодежных центров здоровья и 3791 «школа здоровья» (World Bank, 2014).

Финансирование национальных центров осуществляется из государственного бюджета, а областных и местных центров – из областных и местных бюджетов, покрывая мероприятия по содействию укреплению здоровья. До 2014 г. финансирование этих центров производилось путем целевых ассигнований из республиканского бюджета в областные бюджеты. **Несмотря на то, что за период с 2012 до 2014 г. областные расходы на стимулирование здорового образа жизни более чем удвоились** (с 1,05 млрд KZT до 2,33 млрд KZT), **они составляют лишь незначительную долю от общего объема государственных расходов на здравоохранение** (0,26% в 2014 г.) (МЗСР, 2016). В настоящее время еще преждевременно судить об эффекте изменения финансирования для областных и местных центров укрепления здоровья, но существует риск того, что будут ограничены суммы, которые можно было бы мобилизовать для этих важнейших мероприятий, и обострится социальная несправедливость при доступе к популяционным вмешательствам в связи с НИЗ.

Несмотря на то, что внедрение комплексной всеобщей ПМСП является приоритетом для Правительства и на это отводятся значительные средства, в данном направлении еще необходима большая работа. В рамках финансируемого Всемирным банком Проекта по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения поддержан ряд мероприятий и преобразований по укреплению ПМСП в Казахстане, начиная с создания в 2009 г. Единой национальной системы здравоохранения. Тем не менее прогресс в обеспечении комплексной общедоступной помощи достигается медленно и трудно, отчасти вследствие недостаточного числа врачей общей практики и дисбаланса в распределении кадров, при котором имеется значительный дефицит врачей и медицинских сестер в сельской местности и избыток в городах и в больницах (World Bank, 2014). Поэтому в программе «Денсаулык» на 2016–2019 гг. приоритетное внимание уделяется непрерывному развитию первичной помощи и интеграции услуг на всех уровнях для обеспечения помощи, реально ориентированной на нужды пациента (МЗСР, 2015b).

Инициативы по укреплению ПМСП и стимулированию более эффективного использования ресурсов путем сочетания различных методов оплаты работы медицинских учреждений не являются адекватным стимулом для предоставления основных услуг, направленных на борьбу с НИЗ. Правительство предприняло определенные шаги, направленные на то, чтобы государство стало стратегическим закупщиком услуг здравоохранения, в частности, сюда входило отделение финансирования от предоставления услуг и учреждение национального Комитета оплаты медицинских услуг. В настоящее время государство закупает не только стационарные услуги, но также и услуги ПМСП, которые входят в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, хотя закупка лечебных услуг по «социально значимым заболеваниям» остается в сфере ответственности областных органов здравоохранения. Оплата услуг поставщиков ПМСП претерпела значительные изменения и в настоящее время осуществляется по подушевому принципу с учетом рисков, с частичным распоряжением бюджетами на консультации и диагностические вмешательства для определенного перечня пациентов в сочетании с финансовыми стимулами на основе набора показателей качества. Если эта схема будет полностью внедрена, она позволит достичь вплоть до 30%-ного повышения ежемесячной заработной платы медицинских работников (МЗСР, 2015b). Два показателя, определяющие финансовое стимулирование, соотносятся с ранней диагностикой (например, выявление злокачественных новообразований на

стадиях 1 и 2) и с качественным ведением случаев НИЗ (госпитализация пациентов с осложнениями ССЗ), в то время как остальные связаны с факторами предотвратимой материнской и младенческой смертности в условиях ПМСП и со своевременной диагностикой туберкулеза. В Казахстане активно применяются финансовые стимулы для расширения сферы деятельности работников ПМСП и, таким образом, для сокращения госпитализаций при состояниях, поддающихся лечению на первичном уровне. Тем не менее, пришло время пересмотреть этот механизм, чтобы выяснить, в какой мере он достаточен для стимулирования дальнейшего укрепления услуг ПМСП.

Несмотря на достигнутый прогресс в сокращении частоты необоснованных госпитализаций, система по-прежнему ориентирована на оказание стационарной и специализированной помощи. Это обусловлено многими факторами, включая механизмы бюджетных ассигнований, которые создают прочные стимулы для поддержания большого числа больничных коек и, соответственно, кадров больничных учреждений. Финансирование больниц в настоящее время осуществляется на основе «клинико-затратных групп», что позволило устранить региональные различия в тарифах. Система, внедренная в Казахстане, построена по аналогии с международными моделями, однако имеет ряд уникальных характеристик. Так, например, если смертельный исход, произошедший в больнице, расценивается как предотвратимый, больница не получает платы за данный случай. При возникновении осложнений, расцениваемых как результат неправильного оказания помощи, накладываются финансовые санкции. Система клинико-затратных групп, используемая в Казахстане, также предусматривает учет длительности пребывания в стационаре каждого пациента для выявления возможных ошибок в диагнозе или при ранней выписке. Поэтому система требует непрерывного обновления базы фактических данных по лечению каждой нозологической формы, однако ограничивает автономию больниц в части использования новых, более эффективных путей лечения пациентов, которые явились бы основной движущей силой улучшения результатов лечения. Повышение уровня самостоятельности поставщиков услуг и сокращение регулирования из центра поможет в достижении целей в области эффективности и качества, стоящих перед используемой в Казахстане системой клинико-затратных групп.

Правительство признает важность повышения осведомленности пациентов, их консультирования относительно факторов риска НИЗ и необходимости изменения поведенческих факторов здоровья, однако поставщики услуг не имеют прямых финансовых стимулов для осуществления этой деятельности. В программе «Денсаулык» предусмотрены использование подходов «управления заболеваниями» в отношении основных НИЗ, переход к практике, ориентированной на пациента, и интеграция услуг вдоль маршрутов пациента. Однако отсутствует финансовый механизм для стимулирования связи предоставления медицинских услуг с активной работой среди населения и социальной помощью пациентам с НИЗ, особенно применительно к лицам с ограниченными возможностями. Как описано выше, премиальные выплаты сотрудникам амбулаторного звена за сокращение необоснованных госпитализаций – это единственные финансовые стимулы, которые вряд ли могут обеспечить повышение уровня информированности пациентов и их консультирования. Правительство повысило уровень инвестиций в «школы пациентов» по конкретным заболеваниям, например для пациентов с диабетом, однако посещаемость этих школ, особенно мужчинами, ограничена, и отсутствуют стимулы для повышения спроса со стороны пациентов на использование данных услуг. Также не разработан финансовый механизм в поддержку образования в формате взаимопомощи или групп поддержки пациентов с определенными состояниями, например пациентов с онкологическими заболеваниями, что, как показал международный опыт, является эффективным путем улучшения исходов.

Барьер 9. Использование фактических данных в практике

В Казахстане внедрен структурированный процесс разработки клинических руководств и протоколов на основе наилучшего международного опыта. Отдел клинических протоколов в Центре рациональной клинической практики при Республиканском центре развития здравоохранения (2016) отвечает за координацию и предоставление систематической и методической поддержки для развития, адаптации и внедрения клинических руководств и протоколов в сотрудничестве с органами государственного управления и неправительственными организациями. Подготовлено около 500 клинических руководств и протоколов по оказанию помощи при различных нарушениях здоровья.

В рамках двустороннего партнерства между Канадским обществом международного здравоохранения и МЗСР реализован крупномасштабный проект по наращиванию потенциала и адаптации международных клинических руководств и протоколов (McGowan et al., 2016). Проект предусматривал осуществление многоэтапного процесса адаптации в соответствии с международной практикой и стандартами для обеспечения прозрачности, адекватной отчетности и качества. В числе барьеров были указаны неудовлетворительное определение приоритетов, трудности в получении разрешений на использование и перевод руководств на русский язык, а также проблемы в организации процесса внедрения. В рамках Проекта предоставлены рекомендации по улучшению преподавания доказательной медицины в медицинских университетах (Canadian Society for International Health, 2013). По данным Всемирного банка (World Bank, 2014), за период с 2009 по июнь 2013 г. 235 медицинских работников прошли обучение по вопросам составления, адаптации и пересмотра клинических руководств и протоколов; 42 клинических руководства и 128 протоколов были подготовлены в соответствии с принципами доказательной медицины и одобрены на уровне МЗСР. Многоступенчатое обучение по вопросам внедрения руководств и протоколов в практику прошли 2990 слушателей. В учебных мероприятиях приняли участие 3515 человек.

По данным «Монитора прогресса по НИЗ» (WHO, 2015b), Казахстан получил оценку «полностью внедрено» в отношении «руководств по контролю основных НИЗ». **Руководства и протоколы по основным услугам, перечисленным в разделе 3.2, общедоступны. Те, что были проанализированы в рамках подготовки настоящего доклада, носят научно обоснованный, комплексный и детальный характер, но лишь изредка включают показатели силы доказательств применительно к рекомендациям. Кроме того, в руководствах не учтены гендерные аспекты цереброваскулярных расстройств.** Гендерные различия в исходах в связи с неодинаковым восприятием риска и разными уровнями выявления и качества лечения ССЗ были признаны медицинскими ассоциациями, такими как Постоянный комитет европейских врачей, который в апреле 2016 г. принял политику по вопросам пола и гендера в медицине (Standing Committee of European Doctors, 2016).

В каждом клиническом руководстве указаны диагностические категории, которые применяются в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (<http://who.int/classifications/icd10/>), специализированные пользователи (например, кардиологи, неврологи), а также дата, начиная с которой применима та или иная категория. **Эти методические документы опубликованы на казахском и русском языках на веб-сайтах, компакт-дисках и в качестве карманных справочников и в сводном виде содержатся в алгоритмах, адаптированных к местным организациям. Они выставлены на видных местах в медицинских учреждениях, где с ними могут ознакомиться как врачи, так и пациенты.** Так, например, Клинический протокол

№ 8 по ишемическому инсульту был утвержден Экспертным советом Министерства здравоохранения 11 апреля 2011 г. и начал применяться с 11 апреля 2012 г. В 2013 г. была одобрена пересмотренная версия. На рисунке 14 представлены два алгоритма оказания помощи при остром нарушении мозгового кровообращения. В алгоритме слева описаны действия и сроки при диагностике инсульта в сверхострой фазе в условиях оказания экстренной помощи (острое цереброваскулярное расстройство: алгоритм действий врача приемного покоя). Алгоритм справа иллюстрирует маршрут оказания помощи для пациентов с инсультом, госпитализированных в больницу № 4.

Рисунок 14. Схема проактивного клинического протокола, вывешенная на стене для ознакомления пациентов и медицинских работников



В протоколе по оказанию помощи при инсульте, который мы рассмотрели, не приоритизированы действия в зависимости от степени надежности фактических данных. В некоторых случаях назначение определенных препаратов, например для нейропротекции, не имело прочной научной обоснованности. В соответствии с этим протоколом различают две фазы: ранняя и поздняя нейропротекция. В течение ранней фазы протокол рекомендует использовать сульфат магния, который зарекомендовал себя в качестве безопасного препарата в различных исследованиях, однако не снижает частоты развития инвалидности через 90 дней. Также рекомендуется при ишемическом инсульте назначение нимодипина, однако клиническое испытание (Horn et al., 2001) применения этого препарата в течение 6 часов после начала развития инсульта было прервано досрочно ввиду отсутствия каких бы то ни было положительных эффектов. Многие препараты, предложенные для вторичной нейропротекции, такие как цитиколин, не продемонстрировали эффективности в контролируемых условиях клинической фазы III (Clark et al., 1998) при различных режимах дозирования. Другие препараты, рассматриваемые в качестве нейропротективных факторов – церебролизин (Heiss et al., 2012), пирацетам (De Deyn et al., 1997) и актовегин (Korczyun et al., 2015), также не обладают доказанной эффективностью в отношении клинических исходов инсульта. Затрат на научно необоснованное применение нейропротективных препаратов у пациентов с инсультом можно было бы избежать, сохраняя ресурсы для более эффективных средств, таких как новые пероральные антикоагулянты, применение которых в настоящее время пациенты оплачивают сами.

Профессиональные ассоциации и национальные экспертные центры участвуют в составе экспертных групп в работе по адаптации международных клинических руководств и протоколов. Так, например, члены Национального кардиологического

общества Казахстана входят в состав экспертной группы по адаптации руководства Европейского общества кардиологов. Казахстанские кардиологи проводят ежегодный конгресс, на котором объявляются о вновь принятых клинических руководствах и протоколах. Они также размещаются на веб-сайтах, и проводится соответствующее очное либо онлайн-обучение. Организации пациентов, такие как Национальная диабетическая ассоциация, также распространяют клинические руководства и протоколы и информируют врачей и пациентов об их существовании. Мы не обнаружили сколько-нибудь полезного сотрудничества в этом плане в отношении инсультов и других нарушений мозгового кровообращения, поскольку ассоциации пациентов, перенесших инсульт, не имеется.

Соблюдение положений клинических руководств и протоколов отслеживается в рамках внутренних и внешних процессов повышения и контроля качества (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Цель использования показателей качества и эффективности работы – в первую очередь контроль, а не поддержка или мотивирование поставщиков услуг. Если обнаруживается недостаточный уровень соблюдения при внутреннем аудите, предоставляется поддерживающее руководство, которое может включать проверки медицинских записей и/или проведение дополнительных учебных мероприятий.

Имеются микро- и макросимуляционные клинические программы, и к сентябрю 2016 г. был запланирован ввод в действие алгоритма имитации острого инсульта, который должен стимулировать применение принципов доказательной медицины в клинической практике. В 2010 г. в рамках проекта, финансируемого Всемирным банком, на базе медицинского университета Астаны был создан Научно-образовательный центр доказательной медицины. Проект также включил обзор эффективности обучения принципам доказательной медицины, проведенного для 323 участников; этот обзор показал, что неучастие в мероприятиях непрерывного обучения и различные трудности в доступе к надежным источникам информации являются барьерами для эффективного применения принципов доказательной медицины в образовании и на практике.

Барьер 10. Решение задач кадрового обеспечения

Эффективное реагирование системы здравоохранения на проблемы НИЗ требует достаточной численности медицинских работников, обладающих необходимыми знаниями и навыками по оказанию помощи при этих заболеваниях. Распределение врачебных кадров в Казахстане носит несбалансированный характер: имеется более высокая концентрация в городах (583 на 100 000 населения в 2009 г.), чем в сельской местности (141 на 100 000). Дефицит особенно выражен в Северо-Казахстанской, Костанайской и Мангистауской областях. Распределение кадров здравоохранения также не сбалансировано между уровнями оказания помощи. В соответствии с правительственным постановлением, принятым в 2012 г., 55% кадров здравоохранения должны работать в учреждениях ПМСП, однако в 2014 г. эта цифра составляла лишь 51,3%. Дефицит ВПП остается существенным ограничением для укрепления ПМСП в Казахстане. В 2014 г. в стране работали 7806 врачей общей практики, что составляло около 4,5 ВПП на 100 000 жителей и было ниже целевого показателя 5,9 на 100 000. Несмотря на введение в начале 2000-х годов специальности семейного врача амбулаторной помощи, в 2013 г. в учреждениях ПМСП были заняты лишь около одной трети необходимых должностей семейных врачей. В 2014 г. кадры ПМСП составляли 2318 семейных врачей (30%), 2866 терапевтов (37%) и 2622 педиатра (33%) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015).

Казахстан осуществляет попытки привлечь большее число ВПП в сельские местности путем предоставления, например, более высокой заработной платы (более чем на 25% выше средней заработной платы в Казахстане), финансовых субсидий для переезда

и льготных кредитов для жилищного обеспечения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Руководители областных администраций и Министерство подписали соглашение относительно найма выпускников медицинских вузов. Несмотря на эти меры и относительно большое число врачей общей практики, географическое распределение кадров здравоохранения носит неравномерный характер. Ограниченная доступность общественного и частного транспорта в малонаселенных сельских регионах в сочетании с низкой плотностью расположения служб ПМСП повышают число госпитализаций. Кроме того, многие медицинские работники в сельских районах находятся в возрасте, близком к пенсионному, что также может способствовать дальнейшему сокращению численности кадров. По данным Министерства, в 2013 г. в сельских регионах работали примерно 18% врачей и 30% медицинских сестер.

В целях улучшения ситуации и обеспечения эффективного управления кадровыми ресурсами здравоохранения Министерство одобрило комплексную программу развития кадровых ресурсов на 2013–2016 гг., включая создание национальной обсерватории. Эта обсерватория, созданная на базе Республиканского центра развития здравоохранения в апреле 2014 г., отвечает за мониторинг кадровых ресурсов, анализ данных и разработку комплексных планов развития кадров. При поддержке со стороны Всемирного банка и ВОЗ была предпринята аналитическая оценка степени дефицита медицинских работников в регионах в разбивке по специальностям и социально значимым заболеваниям (болезни системы кровообращения, нарушения психического здоровья и онкологические заболевания) в качестве основы для формулирования предложений по развитию кадровых ресурсов здравоохранения. Предлагается усилить амбулаторные учреждения специалистами в области гигиены труда и профессиональных заболеваний, социальной работы и охраны психического здоровья.

В кадровую структуру системы здравоохранения были введены такие специальности, как «общественное здравоохранение» и «организация лечебно-профилактической работы», хотя в настоящее время преподавание этих предметов проводится только в медицинских институтах наряду с преподаванием обязательных клинических дисциплин. Большинство специалистов в области общественного здравоохранения в настоящее время работают в Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни и в его филиалах в областях. МЗСР поставило задачи для перестройки служб общественного здравоохранения в Казахстане, включающие определение четкой структуры служб, сфер ответственности специалистов общественного здравоохранения и потенциала для учебной работы.

Знания и навыки медицинских работников должны отвечать медико-санитарным потребностям населения, таким как возможность проведения клинических вмешательств против факторов риска и ведение пациентов НИЗ с сочетанной и множественной патологией. Учебные программы по формированию медицинских компетенций и навыков, относящихся к НИЗ, недостаточно согласованы, что приводит к отсутствию проактивного подхода к профилактике и ведению случаев НИЗ. МЗСР внедрило новые должностные профили работников, специализирующихся на оказании помощи в связи с НИЗ, таких как врачи и медицинские сестры, предоставляющие услуги продвижения здорового образа жизни, а также практикующие медицинские сестры, которые проводят сортировку пациентов с хроническими заболеваниями. Специалисты отвечают за проведение ежегодных профилактических обследований, однако их работа носит формальный характер без четкого описания должностных обязанностей и достаточного времени, отводимого на выполнение этих заданий. **ВПП и медицинские сестры первичной помощи нуждаются в дальнейшем повышении квалификации в области профилактики и ведения НИЗ. Эти требования должны быть подкреплены на нормативно-правовом уровне.** Пересмотр образовательных стандартов требует более тесного сотрудничества с Министерством образования.

В течение нескольких последних лет в Казахстане была значительно реформирована система высшего образования, включая непрерывное профессиональное образование, однако непрерывное медицинское образование еще не полностью внедрено в практику. Другие формы последипломного образования в области медицины могут играть ключевую роль во внедрении фактических данных в практику. Это имеет место в случае медицинского моделирования: Казахстан стал лидером в развитии центров клинического моделирования для нужд медицинского образования, создав в 2008 г. первый в СНГ симуляционный центр. За истекший с того времени период создано множество таких центров в медицинских университетах и ведущих больницах (рис. 15). Медицинские учреждения обладают финансовыми ресурсами для переподготовки своих сотрудников в целях приобретения ими навыков, относящихся к текущим потребностям в оказании помощи в связи с НИЗ.

Рисунок 15. Симуляционный центр в Актау: учебный зал и оборудование



Дополнительные возможности для последипломного образования предоставляют имеющиеся в каждой области центры телемедицины и оценки знаний, которые можно использовать для дистанционного обучения и в качестве симуляционных центров. Будет важно ввести в программы ежегодного повышения квалификации курсы по НИЗ для семейных врачей и медицинских сестер, а также для многопрофильных бригад.

В Казахстане имеется 6 государственных и 2 частных медицинских института, а также институт высшего сестринского образования (бакалавриат) и 56 медицинских училищ, работа которых строится в соответствии с кадровыми потребностями системы здравоохранения. Однако, поскольку выявлены дисбалансы, планируется перераспределение кадров между сельскими и городскими регионами, первичной и госпитальной помощью, а также между участковыми врачами и врачами третичной помощи. **Введен период обязательной работы по распределению выпускников медицинских учебных заведений, однако нет четко определенного механизма для соблюдения этого законодательства, выполнение контролируется слабо и стимулы для работы в сельской местности недостаточны.**

В целях улучшения планирования обучения, переобучения, специализации и распределения кадровых ресурсов в Департаменте развития медицинской науки и образования Республиканского центра развития здравоохранения составлен реестр медицинских специалистов. В настоящее время имеются две базы данных врачебных кадров, и Министерство образования также ведет базу данных выпускников медицинских учебных заведений. Однако эти базы данных несопоставимы друг с другом и не взаимосвязаны.

Барьер 11. Улучшение доступа к качественным лекарственным средствам для лечения НИЗ

Правительство добилось существенного прогресса в обеспечении безопасности, эффективности, экономичности, качества и финансовой доступности лекарственных средств. Одно из шести тематических направлений программы «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. предусматривало повышение доступности и качества лекарственных средств для населения (World Bank, 2014). Финансируемый Всемирным банком Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения включил поддержку для реформы в сфере закупок, ценообразования, мониторинга лекарственных средств, предоставления информации, формирования пакета бесплатных услуг и контроля качества.

Достижения программы «Саламатты Казахстан» включали разработку новой национальной лекарственной политики, направленной на (i) обеспечение более полного доступа к научно обоснованным основным лекарственным средствам; (ii) повышение уровня финансовой компенсации стоимости таких лекарств; (iii) развитие местной фармацевтической промышленности. В рамках реализации данной политики был составлен национальный лекарственный формуляр в соответствии с международными стандартами. Он включает свыше 400 научно обоснованных и экономически эффективных препаратов, а 86 лекарств были исключены по причине отсутствия доказанной эффективности.

В новой национальной лекарственной политике также пересмотрены нормы финансовой компенсации расходов пациентов на лекарства, так что в дополнение к 100%-ной оплате лекарств для стационарного лечения в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи входит 100%-ное возмещение стоимости лекарств для амбулаторных пациентов с 48 социально значимыми заболеваниями, включая злокачественные новообразования, диабет и ССЗ. Стоимость препаратов для амбулаторного лечения других болезней не возмещается. Вместе с тем, поскольку оплата по клинико-затратным группам не покрывает 100% больничных расходов, лекарственные препараты не всегда имеются в больницах, даже несмотря на то, что выплаты по соответствующей группе предусматривают охват всех необходимых лекарств.

Несмотря на значительные усилия по повышению доступности лекарств на селе путем открытия аптечных отделений в учреждениях ПМСП более чем в 3000 сельских населенных пунктах, а также мобильных аптек для отдаленных поселений, лекарственное обеспечение сельских учреждений ПМСП все еще сопряжено с трудностями. Кроме того, в определенные периоды в течение года погодные условия затрудняют доступ к ряду локализаций.

Исследования доступности и ценовых характеристик дженериков (непатентованных препаратов) в частных и государственных аптеках показывают, что они в большей степени доступны в частных (76%), чем в государственных аптеках (60%). Исследования также показывают, что стандартные схемы лечения определенных заболеваний слишком дороги для лиц с низким уровнем дохода. Например, стоимость месячного курса лечения артериальной гипертензии на фоне гиперхолестеринемии составляет размер заработка за 2,8–13,5 дней. Кроме того, хотя внедрение нового механизма закупок привело к снижению цены, что позволяет экономить примерно 20–25% государственных расходов на лекарства, частные аптеки устанавливают в среднем на 20% более высокие цены на большинство наиболее популярных непатентованных и оригинальных препаратов по сравнению с более дешевыми дженериками. В целом наличие лекарств и цены на них ниже в сельских

регионах, чем в городах, за исключением наиболее популярных дженериков, которые в сельских местностях оказались более дорогими.

По данным опроса представителей заинтересованных сторон, фальсифицированные и субстандартные препараты не представляют значительной проблемы в Казахстане в результате широкого распространения более дешевых непатентованных препаратов (МЗСР, 2015b). Этот результат находится в противоречии с широко распространенным мнением среди врачей, которые рекомендуют пациентам использовать патентованные препараты вместо более дешевых дженериков, поскольку расценивают последние как низкокачественные. В результате имеющийся более высокий спрос на патентованные препараты ведет к необоснованному росту стоимости лекарств, что причиняет диспропорциональный ущерб малоимущим слоям населения и пациентам с НИЗ.

Другие мероприятия в данной области включают внедрение международных стандартов надлежащей практики производства в крупных и средних фармацевтических предприятиях. Четыре отечественных предприятия уже достигли соблюдения требований стандарта. Цель – достичь стопроцентного соблюдения к 2018 г. Долгосрочные соглашения с отечественными производителями повысили долю лекарств, производимых в Казахстане, до 33%.

Несмотря на достигнутый прогресс, в Казахстане сохраняются проблемы в области лекарственного обеспечения, в частности следующие:

- недостаточное финансирование закупок фармпрепаратов для амбулаторных учреждений, включая ПМСП, что стимулирует избыточную госпитализацию (МЗСР, 2015b);
- неудовлетворительный доступ к лекарствам в сельских районах;
- преобладающий спрос и использование более дорогостоящих патентованных препаратов или более популярных дженериков;
- недостаточное развитие национального формуляра, который мог бы способствовать сокращению закупок препаратов с не доказанной надлежащим образом эффективностью;
- недостаточная связь между научно обоснованными клиническими протоколами и лекарствами, включенными в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи;
- ограниченное нормирование цен на фармацевтическую продукцию, которое в настоящее время охватывает лишь 3% зарегистрированных изделий.

Правительство полностью осведомлено об этих проблемах, и в программе «Денсаулык» на 2016–2019 гг. предусмотрены соответствующие меры.

Барьер 12. Эффективное управление

В 2011 г. в рамках институциональной реформы управления здравоохранением, осуществляемой при поддержке со стороны Всемирного банка, **был создан Центр менеджмента в здравоохранении.** Его основная функция – подготовка руководителей учреждений здравоохранения различных уровней, включая персонал МЗСР, по вопросам управления, экономики и международного сотрудничества с присвоением академической степени в области общественного здравоохранения. В задачи Центра также входит разработка учебных программ по управлению на всех уровнях последипломого образования. В настоящее время главные врачи и другие руководители высшего звена обязаны проходить обучение в сфере управления и организации здравоохранения.

В настоящее время нет четких различий в компетенциях, требуемых для специальностей «менеджер здравоохранения», «специалист общественного здравоохранения» или «специалист по организации медицинской помощи». Был достигнут консенсус в отношении обучения молодых работников здравоохранения навыкам управления, однако выпускники не могут занимать руководящие должности непосредственно после окончания учебного заведения и часто трудоустраиваются в отделах статистики, организационно-методических отделах и даже за пределами профессиональной сферы. Учебные программы нуждаются в пересмотре для дифференцировки учебных направлений, таких как общее управление, общественное здравоохранение и управление медицинским учреждением. В качестве первого шага осуществляется пересмотр содержания программ базового образования медицинских работников с включением необходимых компетенций для управленцев.

Требуется комплексная система управления для мониторинга и оценки компетенций профессиональных работников, пересмотра планов и учебных программ для начального и специализированного профессионального обучения, а также для прогнозирования и планирования в целях обеспечения функций общественного здравоохранения и управления здравоохранением. Внедряются инновационные технологии здравоохранения, такие как гибридные технологии в оказании амбулаторной и стационарной помощи, в Шымкентской и других областях, а также индикативное планирование и управление в целях руководства. Рейтинги всех медицинских учреждений представлены в открытом доступе на специальном веб-сайте. Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности в МЗСР установил критерии для оценки риска снижения качества и эффективности медицинской помощи, включающие 250 индикаторов. Для всех категорий медицинских кадров, за исключением руководства, применяется система стимулов для обеспечения высококачественной деятельности. Зарплата главных врачей устанавливается *акимиатами* – региональными органами исполнительной власти. Поскольку крупномасштабные позитивные сдвиги в борьбе с НИЗ будут возможны только при условии высокоуровневой поддержки, необходимо внедрить стимулы, для того чтобы руководители, начиная с главных врачей, были нацелены на улучшение показателей по НИЗ.

В Казахстане началось внедрение подхода, ориентированного на нужды пациента. В поликлиниках создана служба поддержки пациентов, возглавляемая заместителем главного врача по контролю качества медицинского обслуживания. Эта служба осуществляет контроль за деятельностью телефонных центров, куда обращаются пациенты. В учреждениях как первичной, так и вторичной медицинской помощи ежемесячно проводятся опросы в форме экзитполов для определения уровня удовлетворенности пациентов. Неправительственные организации по согласованию с Министерством разработали опросники для определения уровня удовлетворенности пациентов, используемые областными управлениями здравоохранения по всей стране; данные собираются и передаются в областные управления для анализа. Руководители тщательно отслеживают результаты этих опросов, поскольку уровни вознаграждения частично зависят от уровня удовлетворенности пациентов. В случае поступления жалоб от пациентов размеры оплаты услуг и стимулы сокращают (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Тем не менее, несмотря на прямую связь с оплатой, данные опросов по уровню удовлетворенности пациентов не используются в целях стратегического планирования.

Система обеспечения качества услуг здравоохранения состоит из двух компонентов: внутреннего и внешнего механизмов улучшения и контроля качества. Механизмы внутреннего аудита были внедрены в 2009 г. и распространены в более широком масштабе в течение последующих двух лет. В задачи внутреннего аудита входит контроль качества услуг здравоохранения, контроль за соблюдением национальных нормативов и стандартов оказания помощи, выявление причин неудовлетворительной деятельности

и поиск решений и путей улучшения качества (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Механизмы внутреннего аудита и контроля качества действуют на уровне ПМСП и в больницах. В каждом медицинском учреждении в состав группы внутреннего аудита, возглавляемой заместителем руководителя учреждения, входят квалифицированные специалисты из числа сотрудников медицинского учреждения, такие как фармаколог, педиатр, терапевт или эпидемиолог. Одним из примеров совершенствования процесса является создание службы поддержки, когда администратор и социальный работник помогают пациентам, посещающим поликлинику, ориентироваться в системе. По отзывам, полученным от руководителей учреждений и членов групп внутреннего аудита, и тем и другим требуется дополнительное обучение по вопросам повышения качества с анализом проблем и составлением планов совершенствования работы (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015).

Барьер 13. Организация эффективного информационного обеспечения

Для адекватного, своевременного и экономически эффективного реагирования на бремя НИЗ важно получать надлежащую информацию, анализировать ее и использовать для сокращения неравенств в отношении здоровья, а также для улучшения деятельности и результатов оказания помощи на всех уровнях системы здравоохранения. За функционирование информационной системы здравоохранения в Казахстане отвечает Республиканский центр электронного здравоохранения. Он обеспечивает сбор статистических отчетов от медицинских учреждений (через интернет) и составление сводок на национальном уровне.

Все граждане Казахстана прикреплены к определенным медицинским учреждениям по их выбору через интернет-приложение «Госуслуги» с присвоением уникального идентификационного номера. База данных прикрепленного населения охватывает всех постоянных жителей Казахстана. Мигранты имеют право на лечебно-диагностическую (но не на профилактическую) помощь, однако не учитываются при расчете показателей здравоохранения.

Персональные сведения собирают через различные персональные регистры (регистры выписки из стационара, онкологических пациентов, пациентов с диабетом, беременных женщин и женщин детородного возраста), а также через базы данных системы управления качеством медицинской помощи на уровне учреждений. Собранные сведения подают в областные управления здравоохранения. Однако параметры данных в значительной степени различаются между областями, поскольку используется различное программное обеспечение. Необходимо достичь консенсуса относительно единого формата данных для использования в отчетности. В краткосрочном плане в целях обеспечения непрерывности и последовательности в оказании помощи в связи с НИЗ было бы целесообразным вносить эти сведения в базу данных службы скорой медицинской помощи. Созданы онлайн-регистры медико-санитарной и демографической статистики (связанные друг с другом посредством уникального идентификационного номера), свидетельства о смерти и о рождении заполняются в онлайн-режиме, что позволяет проводить анализ неравенств в отношении здоровья и оказания помощи в разбивке по полу, возрасту, месту жительства и социально-экономическим детерминантам.

Эти регистры должны быть увязаны с информацией по факторам риска, по результатам скрининга и по популяционным вмешательствам, собираемой центрами по здоровому образу жизни и в учреждениях ПМСП. Информацию по скринингу, такую как уровень

использования этих услуг и результаты тестирования, собирают в профилактических отделениях поликлиник. Целевой показатель охвата скринингом – 70% от численности населения, которому показано скрининговое обследование. Потенциально все элементы такой информации могут быть взаимоувязаны посредством уникального личного идентификационного номера. **Такая гармонизированная информация позволит производить расчеты бремени НИЗ и послужит полезной основой для комплексного анализа данных по НИЗ в целях стратегического планирования и разработки политики, в частности направленной на сокращение неравенств в отношении здоровья. В настоящее время эта информация используется в основном в целях отчетности и контроля.**

Услуги здравоохранения предоставляются с использованием уникального идентификационного номера. Электронная система позволяет обрабатывать направления от ВПП на амбулаторные консультации специалистов, диагностические процедуры и на госпитализацию. После того как пациенты зарегистрируются у своего ВПП и автоматически получают уникальные коды направления, эти процессы можно отслеживать в онлайн-режиме. ВПП и пациенты могут таким образом отслеживать перечни плановой госпитализации и списки очередников при сохранении конфиденциальности и защиты личных данных (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Действующая система, однако, не включает функции передачи выписных эпикризов из больниц врачам общей практики. Министерство планирует предоставить каждому жителю медицинскую карту со сведениями, доступ к которым будут иметь все медицинские работники (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015).

Планируемый к внедрению личный онлайн-паспорт электронного здравоохранения позволит пациентам контролировать свое хроническое заболевание и будет содействовать поддержанию здорового образа жизни. В настоящее время многие семейные врачи могут предоставлять телефонные консультации, разрабатываются также вспомогательные технологии для пациентов с хроническими НИЗ, включая напоминания на мобильном телефоне о времени приема лекарств. Финансируемый Всемирным банком проект интегрированной помощи в связи с четырьмя НИЗ включает разработку новых клинических руководств, алгоритмов и рекомендаций в отношении консультирования и назначения лекарственных препаратов, которые следует использовать в качестве справочного материала в программном обеспечении для врачей при составлении электронных медицинских карт. Таким образом, внедряемые паспорта электронного здравоохранения можно использовать для совершенствования профилактики и клинического ведения НИЗ и самоконтроля со стороны пациентов, а также в целях предоставления дезагрегированных данных для использования при принятии клинических, управленческих и стратегических решений и для сокращения уровня неравенств.

Барьер 14. Управление процессом преобразований

Реформы системы здравоохранения занимают приоритетное положение в политической повестке дня, как это указано и в Стратегии развития Казахстан-2050, и в Стратегических целях сектора здравоохранения (Правительство Казахстана, 2016b). В частности, Казахстан поставил амбициозную цель – к 2020 г. повысить среднюю ожидаемую продолжительность жизни граждан до 73 лет, таким образом достигнув уровня стран Организации экономического сотрудничества и развития. Эту цель невозможно достичь без решения проблемы бремени преждевременной смертности в связи с НИЗ. В программе «Денсаулык» на 2016–2019 гг. четко обозначены задачи и шаги в реформировании системы здравоохранения (рис. 16).

Рисунок 16. Цель, задачи и этапы осуществления Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016–2019 гг.



Важным шагом в реализации национальной программы является «развитие менеджмента и корпоративного управления в здравоохранении» (шаг 6). Цель этого шага – продолжить децентрализацию механизмов финансирования и предоставления услуг с повышением автономии на региональном и районном уровнях. В частности, имеется план создания совместных районных центров здравоохранения, в которых будут объединены поликлиники и районные больницы в целях повышения уровня преемственности и эффективности помощи. Несмотря на заметные достижения и смелые планы в отношении реформы здравоохранения, в области управления процессом преобразований по-прежнему существует ряд проблем. Во-первых, большинство из вышеуказанных мероприятий имеет вертикальный характер (в направлении сверху вниз). Для успешного осуществления реформ необходимо, в частности, расширить управленческие возможности на уровне регионов и отдельных учреждений. Аналогичным образом оптимизация механизмов подотчетности должна дать руководителям учреждений больше автономии. Во-вторых, запланированное наращивание масштабов программ управления заболеваниями, интеграцию ПМСП с больницами на региональном уровне и интеграцию секторов здравоохранения и социальной поддержки следует осуществлять с осторожностью, во избежание создания еще одной вертикальной или параллельной системы оказания помощи. Это потребует тщательного мониторинга и оценки вкладываемых ресурсов, осуществляемых процессов и итоговых показателей. В-третьих, действующие в настоящее время

механизмы контроля качества носят в определенной степени репрессивный характер и не стимулируют непрерывное повышение качества или наращивание управленческого потенциала.

Еще одной проблемой в управлении процессом преобразований является недостаточная общественная осведомленность о реформах, инновациях и стремительных процессах наращивания, что часто создает почву для сопротивления изменениям и ограничивает эффективность реформ. Так, например, развитие первичной помощи в направлении семейной медицины с предоставлением услуг смешанному населению породило ситуацию, когда люди стали неохотно обращаться за услугами первичной помощи в целом и возникло недоверие к их качеству (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Наглядным примером повышения общественной осведомленности является стратегия коммуникации, использованная в Стратегии развития «Казахстан-2050» и в Плане нации «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ» (Правительство Казахстана, 2016b). В частности, веб-платформа (strategy2050.kz) распространяет концепцию Стратегии среди широкой аудитории и позволяет отслеживать мероприятия различных заинтересованных сторон в достижении целей Стратегии.

Барьер 15. Обеспечение доступа к помощи и снижение финансового бремени

Правительство Казахстана добилось существенного прогресса в улучшении доступа к услугам первичной помощи для населения в сельских и отдаленных регионах путем инвестирования в инфраструктуру, оборудование и кадровые ресурсы. Кроме того, для стимулирования врачей к работе в сельской местности введены комплексные подушевые нормативы, основанные на учете таких факторов, как возраст и пол, а также субсидии для работников сельских регионов. Использование формул ассигнований из республиканского бюджета в областной и местные бюджеты с учетом рисков и географического фактора способствовало существенному снижению региональных различий в ассигнованиях ресурсов (МЗСР, 2015b). При этом учитываются такие факторы, как численность населения, онкологическая заболеваемость и численность медицинских сестер и студентов медицинских вузов в регионе. Оба эти процесса позволили повысить уровень социальной справедливости в доступе к первичной помощи, хотя, как отмечено выше, сохраняется ряд нерешенных проблем, связанных с острым дефицитом медицинских кадров в сельских регионах.

Данные о различиях в доступе к первичной помощи носят в целом скудный характер, однако в недавнем исследовании (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015) были выявлены значительные региональные различия в уровнях госпитализации в связи с состояниями, поддающимися амбулаторному лечению, включая артериальную гипертензию и стенокардию, между мужчинами и женщинами, а также между сельскими и городскими регионами. Это свидетельствует о наличии в Казахстане значительного разброса между подгруппами населения в показателях доступа к высококачественным услугам ПМСП (рис. 17 и 18).

Рисунок 17. Региональные различия в уровнях госпитализации в связи с артериальной гипертензией, Казахстан, 2014 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2015) – с изменениями.

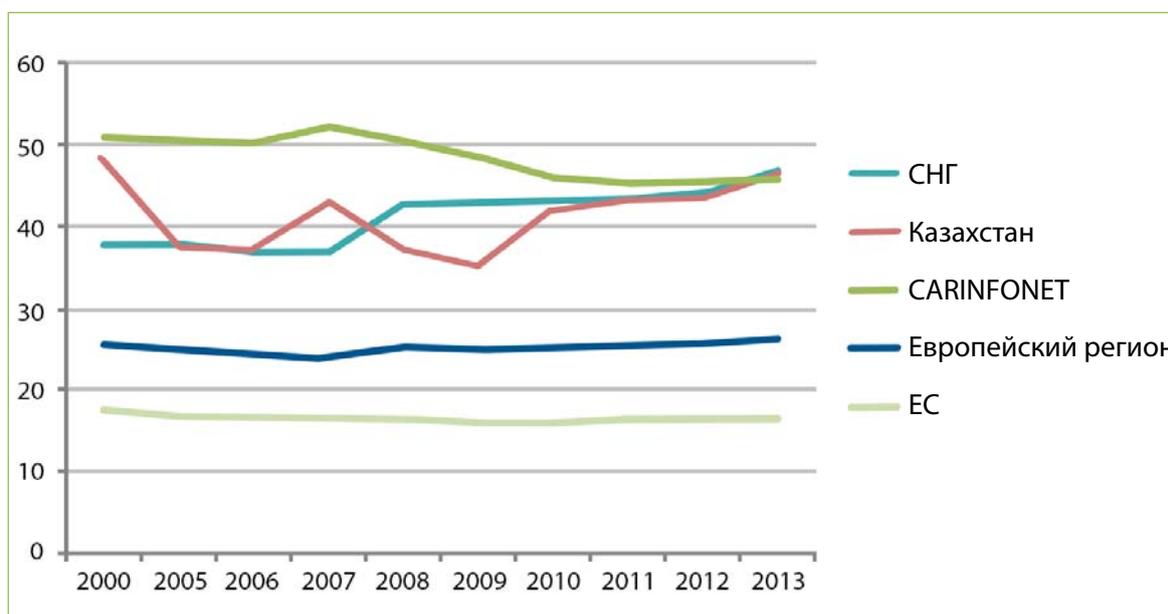
Рисунок 18. Региональные различия в уровнях госпитализации в связи со стенокардией, взрослое население (≥ 18 лет), Казахстан, 2014 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2015) – с изменениями.

Отчасти вследствие высоких уровней неформальных платежей защита от финансового риска в Казахстане остается неполной, несмотря на постоянные усилия, направленные на исправление ситуации. В идеале защита от финансового риска измеряется как процент домохозяйств, которые понесли катастрофические или разорительные расходы на медицинскую помощь (Xu et al., 2010), однако этих данных в Казахстане не имеется. Вместо этого нередко используют в качестве косвенного показателя объемы платных медицинских услуг. Как видно из рисунка 19, ранние шаги, предпринятые для усиления защиты от финансовых рисков, такие как расширение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещение стоимости лекарств, приводили к снижению уровня расходов населения на платные услуги вплоть до 2009 г., после чего динамика поменялась на противоположную.

Рисунок 19. Расходы населения на платные медицинские услуги как процент валового внутреннего продукта, Казахстан, 2000–2013 гг.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016а).

СНГ – Содружество Независимых Государств; CARINFONET – Информационная сеть для республик Центральной Азии; ЕС – Европейский союз.

Отмечается общий дефицит информации о влиянии платных медицинских услуг на доступ к медицинской помощи в Казахстане, однако, **по данным некоторых опросных исследований, респонденты с той или иной частотой сообщали о том, что они не пользуются услугами здравоохранения вследствие их высокой стоимости** (Balabanova et al., 2012). В соответствии с глобальными фактическими данными, для надлежащей защиты от финансового риска требуется, чтобы платные медицинские услуги составляли менее 20% от общей суммы расходов на здравоохранение. Когда эта доля достигает 45%, катастрофические и разорительные расходы на оплату медицинской помощи вынуждены нести, по прогнозам, соответственно 3,5% и 1,5% домохозяйств (Xu et al., 2010). Поэтому в Казахстане предстоит еще многое сделать, для того чтобы ликвидировать катастрофические расходы на медицинскую помощь и обеспечить всеобщий доступ к услугам здравоохранения.



5. Инновации и передовая практика

5.1 Телемедицина: возможность улучшить доступ пациентов с инсультом к помощи экспертов

Свыше 40% населения Казахстана проживает в сельской местности. В целях улучшения доступа этой значительной части населения к услугам медицинской помощи в 2004 г. была внедрена программа развития телемедицины. За прошедший с того времени период в 199 медицинских учреждениях, подключенных к национальной сети телемедицины, было предоставлено 133 392 000 дистанционных консультаций. В число этих учреждений входят районные и городские больницы (всего 141), национальные учреждения, медицинские учебные заведения и университеты. В 2015 г. было предоставлено 24 970 000 телеконсультаций. Наибольшим спросом пользовались консультации по вопросам кардиологии, респираторных заболеваний и неврологических расстройств. Поскольку процесс лечения инсульта критически зависит от своевременности оказания помощи и отмечается относительный дефицит квалифицированных клиницистов, телемедицина – это полезная методика оказания помощи пациентам с данным заболеванием.

Система «Телеинсульт» представляет собой использование телемедицины специально в целях диагностики и лечения ишемического и геморрагического инсульта. Это гибкий инструмент, который не ограничен лишь методиками тромболизиса, он также может быть использован в оказании помощи при сложных случаях. Он позволяет снижать длительность пребывания пациентов в стационаре благодаря сокращению сроков диагностического обследования и дистанционному методическому руководству процессом лечения в острой фазе, получаемому от эксперта. «Телеинсульт» также позволяет проводить непрерывное повышение квалификации персонала и использовать стандартизированные протоколы в целях совершенствования оказания помощи пациентам (Pezzella et al., 2013; Rubin and Demaerschalk, 2014).

Система «Теленеврология» доказала свою эффективность в значительном сокращении сроков стационарного лечения в сельских больницах без повышения частоты повторных госпитализаций или обследований. Система позволяет избежать необоснованных переводов пациентов в другие стационары и обеспечить своевременное выявление показаний к определенным вмешательствам или хирургической помощи (например, при субарахноидальном или внутрижелудочковом кровоизлиянии, при злокачественном инфаркте средней мозговой артерии или при окклюзии базилярной артерии).

5.2 Алгоритмы и протоколы оказания помощи при инсульте

Лечение инсульта – это процесс, требующий неотложных вмешательств с участием неврологов, медицинских сестер и экстренных рентгенологических и лабораторных служб. На рисунках 20 и 21 показаны алгоритмы оказания помощи пациентам с инсультом, вывешенные в отделении экстренной помощи больницы № 4 г. Алматы. Они представляют собой примеры передовой практики, показывая не только те меры, которые необходимо предпринимать, но также и предельное время, отводимое на тот или иной этап процесса, и пути направления пациентов.

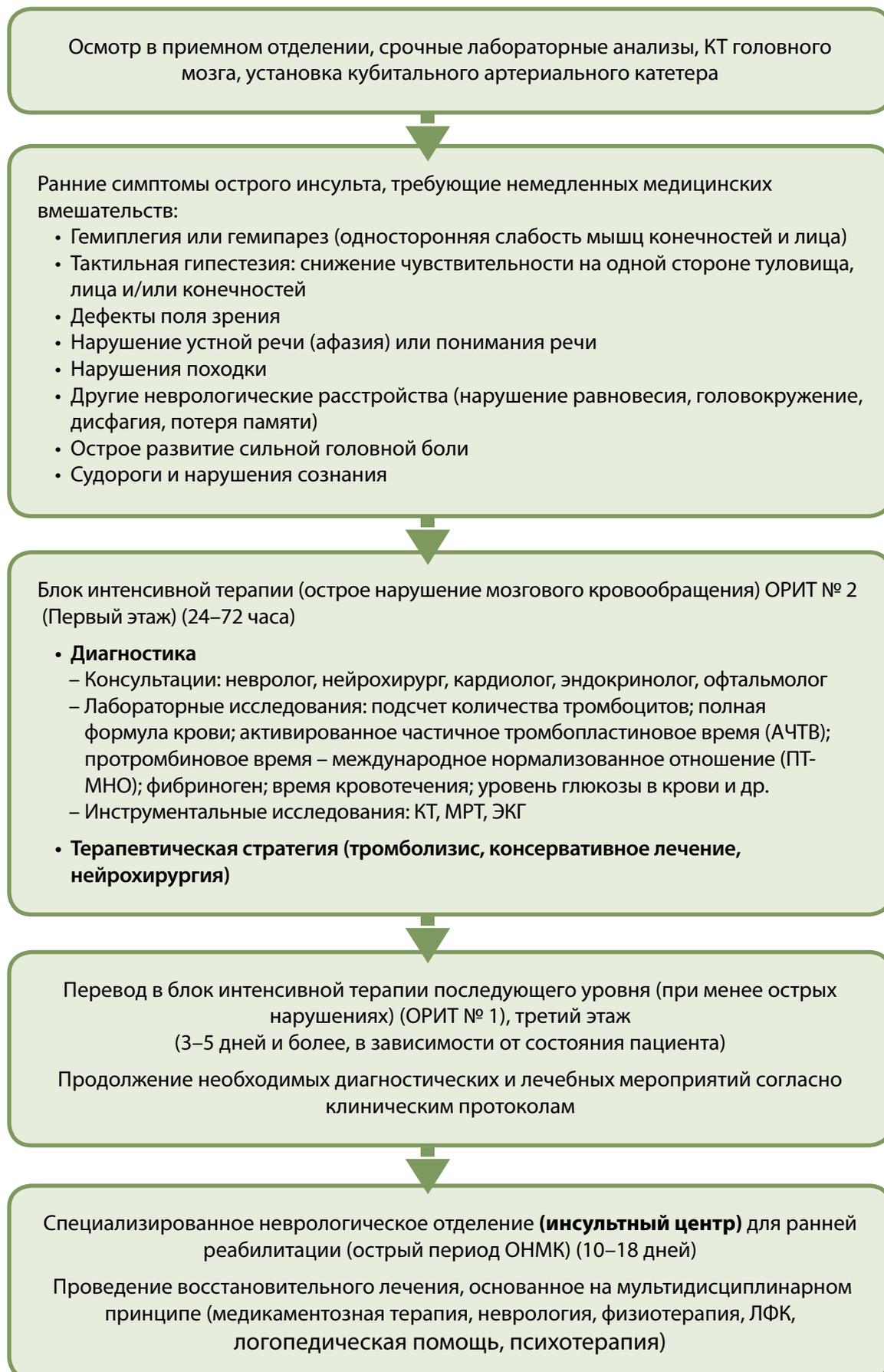
Такая информация крайне полезна для медицинских бригад, оказывающих помощь при инсульте, поскольку она обеспечивает многопрофильное сотрудничество и вносит вклад в обеспечение координированной помощи, которая является одной из основных характеристик подхода с использованием инсультных отделений. Размещение алгоритмов на видном месте, где с ними могут ознакомиться и пациенты, и их родственники, способствует развитию культуры сотрудничества между врачом

и пациентом и повышает уровень участия пациента в оказании помощи. Алгоритм на рисунке 20 представляет собой пример систематического, научно обоснованного подхода к помощи при инсульте.

Рисунок 20. Алгоритм действий персонала экстренной помощи в сверхострой фазе ведения инсульта в приемном покое



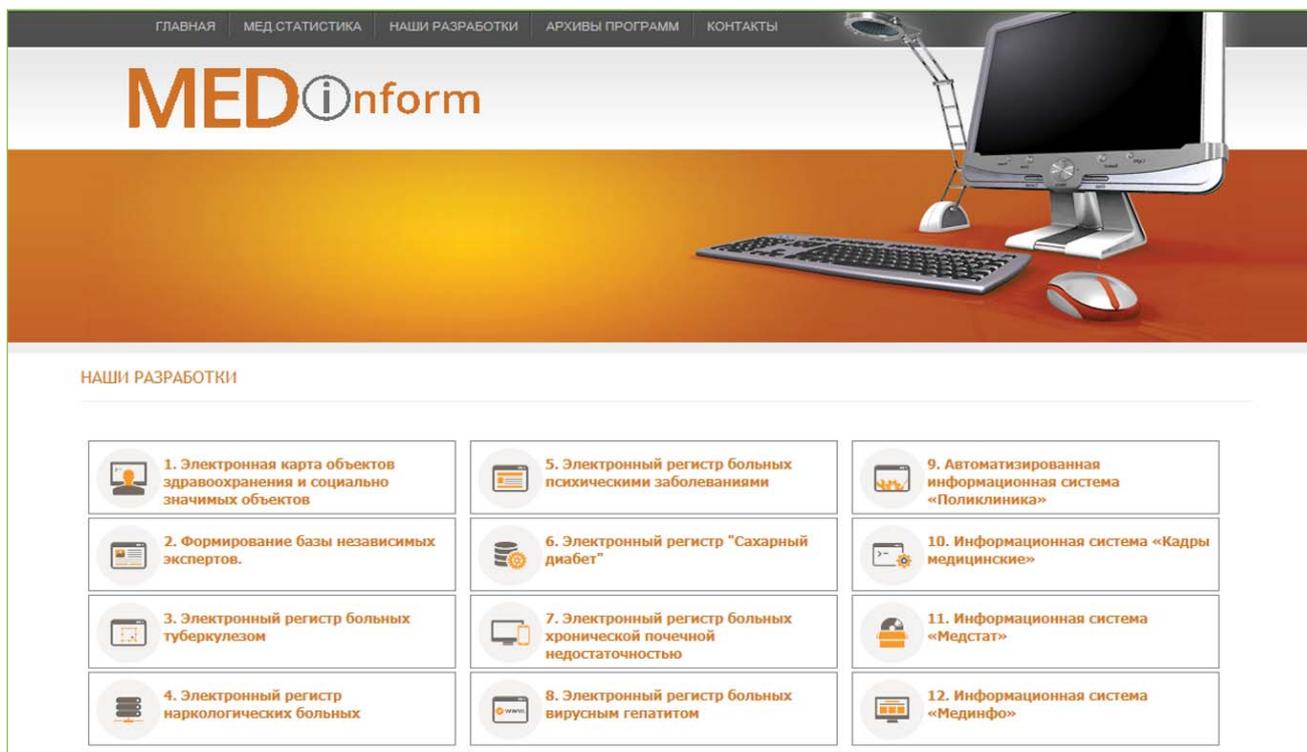
Рисунок 21. Алгоритм полного объема оказания помощи пациентам с инсультом, поступающим в больницу № 4 г. Алматы



5.3 Информационные системы здравоохранения

В Казахстане созданы онлайн-регистры медико-санитарной и демографической статистики, которые связаны друг с другом посредством уникальных идентификационных кодов, присваиваемых каждому жителю при рождении (рис. 22). Свидетельства о смерти и рождении заполняются в онлайн-режиме. Имеющаяся связь позволяет анализировать неравенства по показателям здоровья и при оказании помощи в разбивке по полу, возрасту, месту жительства и социально-экономическим детерминантам, а также предоставляет возможность увязывать данные и проводить аналитическую работу на всех уровнях.

Рисунок 22. Онлайн-регистры медико-санитарной и демографической статистики



Источник: <http://www.medinfo.kz/#/apps>.



6. Рекомендации в отношении политики

Настоящий раздел содержит ряд рекомендаций, которые основаны на результатах работы миссии и обсуждениях в формате заключительного семинара с участием представителей основных заинтересованных сторон. Рекомендации в отношении политики сгруппированы по восьми основным направлениям.

- Реформирование системы общественного здравоохранения с обеспечением особого внимания к вопросам профилактики НИЗ; устранение фрагментации и проведение национального обследования по системе STEPS (ВОЗ, 2017).
- Создание межсекторальной рабочей группы по НИЗ, подотчетной Национальному координационному совету по охране здоровья.
- Обеспечение приоритетного применения эффективных популяционных и индивидуальных вмешательств по борьбе с НИЗ, наиболее подходящих и выгодных для Казахстана.
- Устранение фрагментации в службах ПМСП и превращение их в объединяющие центры для оказания помощи, ориентированной на нужды людей.
- Переход к системе управления, ориентированной на качественные результаты.
- Адаптация финансовых стимулов к задачам улучшения итоговых показателей по НИЗ.
- Приведение показателей возмещения расходов на приобретение лекарств в связи с НИЗ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствие с теми, что рекомендуются в клинических протоколах, а также для амбулаторных пациентов.
- Анализ информации в целях стратегического планирования и выявления и сокращения неравенств в отношении здоровья.

Реформирование системы общественного здравоохранения с обеспечением особого внимания к вопросам профилактики НИЗ; устранение фрагментации и проведение национального обследования по системе STEPS

Функции общественного здравоохранения, относящиеся к НИЗ, выполняют многие научные учреждения, в частности те, что занимаются проблемами здорового образа жизни, ССЗ, информационными системами и питанием, а также два министерства. Следствием этого является отсутствие конкретной линии подотчетности за данное направление работы. В настоящее время проводится оценка основных функций общественного здравоохранения, которая позволит наметить наиболее четкие варианты улучшения ситуации. Ряд неправительственных организаций также работают над решением проблем НИЗ, в частности это относится к диабету и употреблению табака, однако роль таких организаций следует повысить.

Необходимо создать комплексную национальную систему эпиднадзора за НИЗ, которая позволит проводить анализ и предоставлять данные в разбивке по возрасту, полу и социально-экономическим показателям в целях изучения и разработки путей полноценного практического учета аспектов социальной справедливости, гендера и социальных детерминант. Для достижения этой цели можно предпринять ряд следующих действий:

- Оказать поддержку службам общественного здравоохранения в Казахстане в вопросах разработки конкретных институциональных механизмов для осуществления основных оперативных функций общественного здравоохранения.
- Рассмотреть возможные варианты действий для консолидации некоторых из технических структур в пределах министерств здравоохранения и образования в целях создания национального органа общественного здравоохранения на техническом уровне.
- Учредить специальный секретариат с компетенциями в области коммуникации и стратегического анализа.
- Улучшить подотчетность применительно к осуществлению вмешательств на популяционном уровне, направленных на профилактику и контроль НИЗ, путем организации и периодического проведения национальных опросных обследований по системе STEPS.
- Включить вопросы социальной справедливости и социальных детерминант здоровья в меры профилактики и контроля НИЗ путем укрепления национального потенциала мониторинга для учета аспектов гендера и социально-экономических различий.
- Укрепить и расширить кадровые ресурсы и компетенции в области общественного здравоохранения в целях решения приоритетных вопросов межсекторальной повестки дня в борьбе с НИЗ, в частности для документирования ущерба, наносимого НИЗ экономике, а также для оценки воздействия стратегий в других секторах на здоровье населения.
- Расширить роль гражданского общества в планировании и реализации мер профилактики и контроля НИЗ, например путем стимулов для создания организаций по поддержке пациентов, перенесших инсульт, чтобы предоставить им возможность для активного участия в контроле своего состояния.

Создание межсекторальной рабочей группы по НИЗ, подотчетной Национальному координационному совету по охране здоровья

В настоящее время недостаточно развита координация в пределах секторов и между ними, происходит дублирование мандатов и функций в здравоохранении. Международный опыт работы на национальном и местном уровне, включая деятельность сети ВОЗ «Здоровые города», свидетельствует о том, что эффективное устойчивое сотрудничество требует политической приверженности на высоком уровне, а также общей повестки дня, объединяющей все сектора в совместном процессе определения целевых показателей, финансирования, подотчетности путем непрерывного обмена фактическими данными. Борьба с НИЗ требует межсекторальных действий, однако не имеется ни комплексной стратегии, ни плана действий по НИЗ, предусматривающих развитие межсекторальной деятельности, обеспечение согласованности политики или совместной подотчетности. Для достижения этой цели можно предпринять ряд следующих действий:

- Сформировать отдельный секретариат для Национального межведомственного совета с управленческими компетенциями по формированию повестки дня, координации, планированию и совместной постановке целей.
- Создать межсекторальную рабочую группу по НИЗ, подотчетную Совету, в состав которой должны войти представители структур национального и регионального уровня; задачей этой группы будет разработка и внедрение межсекторального плана действий по НИЗ с целевыми показателями и индикаторами, согласованными с индикаторами Глобальной системы мониторинга ВОЗ.
- Провести пилотную апробацию инициативы ВОЗ «Здоровые города» в Казахстане для продвижения межсекторальной работы на местном уровне.

Обеспечение приоритетного применения эффективных популяционных и индивидуальных вмешательств по борьбе с НИЗ, наиболее подходящих и выгодных для Казахстана

Существенных улучшений в показателях контроля НИЗ можно достичь с применением относительно низкокзатратных, но весьма эффективных научно обоснованных популяционных и индивидуальных вмешательств, известных как «выгодные приобретения» («best buys»). Казахстан добился прогресса во внедрении таких вмешательств, однако их полномасштабное осуществление требует дальнейшей поддержки. Для достижения этой цели можно предпринять ряд следующих действий:

- Усилить работу и укрепить механизмы контроля ограничительных мер в отношении алкоголя и табака.
- Обеспечить наращивание масштабов действий по проблеме ожирения путем осуществления экономически эффективных популяционных вмешательств («выгодных приобретений»), направленных на повышение уровня физической активности и продвижение здорового питания. Важное значение, в частности, будут иметь национальные меры, направленные на ограничение потребления соли и рекламы нездоровых продуктов питания, ориентированной на детей.
- Сосредоточить и усилить клиническую профилактику путем принятия следующих мер:
 - совершенствование возможностей для выявления пациентов, подверженных высокому риску, на уровне первичной помощи (например, путем оценки кардиометаболического риска);
 - предоставление желающим отказаться от курения возможностей для участия в соответствующих программах поддержки на уровне первичной помощи;
 - наращивание масштабов осуществления высокоэффективных научно обоснованных вмешательств по контролю артериальной гипертензии и профилактике острых состояний (например, пакет основных мер по контролю НИЗ).
- Превратить профилактику в «дело каждого» путем внедрения методик оппортунистической стратификации риска и научно обоснованных вмешательств на протяжении клинического маршрута пациента.
- Укрепить меры информирования пациентов и вовлекать их в обеспечение самоконтроля своего состояния.
- Повысить роль в профилактике и контроле НИЗ работников ПМСП, в том числе представителей парамедицинских специальностей.
- Обеспечить, чтобы в профилактике, лечении и реабилитации учитывались гендерные, социально-экономические и поведенческие различия в отношении здоровья и обращений за медицинской помощью.

Устранение фрагментации в службах ПМСП и превращение их в объединяющие центры для оказания помощи, ориентированной на нужды людей

Реформы, проводимые в течение последних нескольких лет, позволили добиться ряда достижений в профилактике и контроле НИЗ. В то время как основополагающие принципы этих инициатив согласуются с глобальными тенденциями, сами реформы не вполне им соответствуют и создают дальнейшую фрагментацию в предоставлении услуг. Внедрение различных параллельных программ скрининга и управления заболеваниями

с независимыми механизмами подотчетности, а также повышение роли и функций узких специалистов создают пробелы, дублирование и конкуренцию за пациентов, что в целом снижает эффективность системы. В свете предстоящих реформ, таких как наращивание программ управления заболеваниями и создание районных медицинских центров, предоставление услуг следовало бы интегрировать в ПМСП. Для достижения этой цели можно предпринять ряд следующих действий:

- Расширить сферу практики, компетенции и усовершенствовать навыки медицинских сестер с включением компонентов профилактики, последующего наблюдения и привития пациентам навыков самоконтроля НИЗ.
- Предоставить работникам ПМСП возможности для диагностики, лечения и управления распространенными НИЗ, устранив ограничения в части рецептурного назначения лекарств.
- Расширить права и возможности работников ПМСП в вопросах активного последующего наблюдения по итогам скрининга и приоритизации программ управления заболеваниями.
- При создании районных медицинских центров изменить маршруты пациентов, для этого, например, учредив функции менеджеров случаев заболевания и обеспечив совместное планирование выписки из стационара с включением семейных врачей, врачей-специалистов, пациентов, лиц, осуществляющих уход, членов семьи и социальных работников.

Переход к системе управления, ориентированной на качественные результаты

Укрепление потенциала Республиканского центра развития здравоохранения путем налаживания связей с Международным обществом по качеству медицинской помощи дало позитивные результаты, включая внедрение стандартов аккредитации медицинских учреждений. Создание совместных комитетов по качеству открывает пути для внедрения полноценной системы аккредитации учреждений. Существующие механизмы контроля качества сосредоточены на оценке вкладываемых ресурсов, и лишь в некоторых из них учитываются процессы. Большинство механизмов используется для наложения санкций и контроля, а не для расширения прав и возможностей. Требуется внедрить систему обеспечения качества, ориентированную на результаты, с механизмами генерирования «благотворных циклов» непрерывного улучшения показателей деятельности. Для достижения этой цели можно предпринять ряд следующих действий:

- Внедрить в медицинских учреждениях атмосферу «коллективного обучения» путем разбора клинических случаев и наставничества по вопросам клинического управления.
- Обеспечить постоянное обновление компетенций кадров, создавая «циклы качества», развивая коллегиальную поддержку и непрерывное медицинское и профессиональное образование с использованием учета в форме кредит-часов.
- Повысить эффективность использования ресурсов путем обеспечения гибкости в эксплуатации оборудования, инфраструктуры, распределения кадров и управления, ориентированного на результаты (системы управления качеством) в медицинских учреждениях.

Адаптация финансовых стимулов к задачам улучшения итоговых показателей по НИЗ

Казахстан добился заметного прогресса в реформировании механизмов финансирования здравоохранения, используя усовершенствованные методы оплаты труда медицинских работников и создавая стимулы для повышения эффективности и качества услуг здравоохранения. В совокупности эти методы оплаты представляют собой значительное улучшение по сравнению с предыдущими постатейными бюджетами, однако для того чтобы эти механизмы могли оказывать значительный эффект на возможности системы здравоохранения в части эффективного контроля НИЗ, они нуждаются в уточнении и коррекции. В существующей форме система здравоохранения, по всей вероятности, не способна обеспечить улучшение показателей по НИЗ; напротив, некоторые из применяемых штрафных санкций, по-видимому, создают препятствия для эффективного оказания услуг медицинскими работниками. Для достижения этой цели можно предпринять ряд следующих действий:

- Пересмотреть набор используемых индикаторов, так чтобы они обеспечивали прямое поощрение работников за высокие показатели предоставления индивидуальных основных услуг в части НИЗ и успешное управление поведенческими и метаболическими факторами риска НИЗ.
- Ограничить использование штрафных санкций по результатам оценки деятельности, в частности относящихся к показателям смертности и длительности пребывания в стационаре, поскольку они могут иметь непреднамеренные негативные последствия.

Приведение показателей возмещения расходов на приобретение лекарств в связи с НИЗ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствие с теми, что рекомендуются в клинических протоколах, а также для амбулаторных пациентов

В Казахстане достигнут значительный прогресс в повышении доступности высококачественных лекарственных препаратов, и работу в этой области планируется наращивать в рамках реформы обязательного социального медицинского страхования, которая будет осуществлена в 2017 г. Остающиеся проблемы относятся к различиям в уровне возмещения расходов на лекарства для госпитализированных и амбулаторных пациентов. В некоторых случаях гарантированный объем бесплатной медицинской помощи обеспечивает возмещение расходов на лекарства только для стационарных пациентов, что создает порочный стимул для госпитализации вместо лечения на уровне ПМСП. В основе этой проблемы лежит отсутствие четкой связи между клиническими протоколами и перечнем лекарственных средств, оплачиваемых в рамках гарантированной бесплатной медицинской помощи для амбулаторных пациентов. Для решения этой проблемы можно предпринять ряд следующих действий:

- Обеспечить бесплатное предоставление препаратов для лечения НИЗ, предусмотренных в клинических протоколах, включив их в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи также и для амбулаторных пациентов.
- Наращивать усилия по улучшению доступа к лекарствам в сельских и отдаленных районах.
- Контролировать соблюдение правил снабжения дженериками.
- Повысить качество дженериков, производимых и реализуемых в Казахстане.
- Изъять из практики назначение и использование лекарственных препаратов, эффективность которых слабо доказана (например, нейропротективных средств для применения в острой фазе инсульта).

Использование и анализ информации в целях стратегического планирования, а также для выявления и сокращения неравенств в отношении здоровья

В настоящее время информация, собираемая в медицинских учреждениях, используется главным образом в целях отчетности и контроля. Внедрение регистров электронного здравоохранения и демографической статистики, связанных друг с другом посредством личных кодов, предоставит возможности для сокращения неравенств в доступе к услугам здравоохранения благодаря проводимому анализу дезагрегированных данных в разбивке по различным социально-экономическим переменным. Гармонизированная информация позволит получать более точные оценки бремени НИЗ и послужит полезным ресурсом для комплексного анализа данных, стратегического планирования и клинического ведения случаев НИЗ. Для достижения этой цели можно предпринять ряд следующих действий:

- Использовать новый личный онлайн-паспорт электронного здравоохранения для самоконтроля пациентами с НИЗ своего состояния и продвижения здорового образа жизни, а также популяризовать его использование среди врачей в процессе клинического ведения пациентов.
- Анализировать дезагрегированные данные и использовать их для принятия решений, например в клиническом ведении пациентов, и для стратегического планирования с учетом необходимости сокращения неравенств.



7. Послесловие

В 2016 г. была проведена оценка национального потенциала Казахстана в сфере борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ). В нее не были включены данные за 2017 г., которые демонстрируют значительные системные усилия, направленные на совершенствование профилактики и борьбы с НИЗ. В ноябре 2017 г. Министерство здравоохранения предоставило дополнительную информацию о достижениях страны за период, прошедший со времени проведения оценочного визита в апреле 2016 г. Эти достижения излагаются ниже.

Борьба с НИЗ продолжает проводиться в соответствии с Глобальным планом действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 гг., Рамочной конвенцией ВОЗ и Европейской стратегией ВОЗ по борьбе против табака, Европейским планом действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг.

В январе 2017 г. произошли структурные преобразования в Правительстве Республики Казахстан, и Министерство здравоохранения и социального обеспечения Республики Казахстан было реорганизовано в Министерство здравоохранения и Министерство труда и социальной защиты населения. Определение государственной политики в области здравоохранения закреплено за созданным в 2017 г. Департаментом стратегического развития и общественного здравоохранения Министерства здравоохранения. Функция государственного контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения возвращена в ведение Министерства здравоохранения в реорганизованный Комитет охраны общественного здоровья.

С 2017 г. в государственных органах Казахстана введен проектный подход и определены проекты, направленные на экономический рост. Дополнительно к проекту по модернизации системы здравоохранения, который мониторируется Правительством Республики Казахстан, Министерство здравоохранения определило и реализует 10 проектов национального уровня, направленных на эффективную реализацию стратегических целей в области здравоохранения. В их числе проекты по общественному здравоохранению, интеграции медицинских услуг согласно потребностям пациента, лекарственной политике, медицинскому образованию, управлению человеческими ресурсами, менеджменту и корпоративному управлению, дерегулированию барьеров для бизнеса, развитию инфраструктуры и государственно-частного партнерства, финансированию через национальную систему страхования и развитию электронного здравоохранения. Каждый из этих проектов прямо или косвенно влияет на успех борьбы с НИЗ.

Принимая во внимание результаты проведенной в 2016 г. самооценки, а также необходимость охраны общественного здоровья через популяционные вмешательства, в 2017 г. была создана служба общественного здравоохранения. Общественное здравоохранение является одной из ключевых целей государственной программы развития здравоохранения на 2016–2019 гг. В 2017 г. служба эпидемиологического контроля была реорганизована в Комитет охраны общественного здоровья, который будет проводить мониторинг и мероприятия по контролю не только инфекционных заболеваний, но и НИЗ. В 2018 г. планируется создать Национальный центр общественного здравоохранения для предоставления доказательной базы и политики по общественному здравоохранению, направленных на сохранение общественного здоровья и профилактику болезней.

В Казахстане начата интеграция таких специализированных услуг, как онкологическая помощь, помощь в сфере психического здоровья и борьбы с туберкулезом, с первичной медико-санитарной помощью. Ядром подхода является интерактивное обслуживание, ориентированное на пациента, и междисциплинарная командная помощь. Для национальной координации медицинской помощи больным инсультом с 2016 г. работает

Республиканский координационный центр по проблемам инсульта. Пилотируемая ранее программа медицинского ведения гипертонии, хронической сердечной недостаточности и сахарного диабета в настоящее время распространяется на национальном уровне.

Казахстан – относительно молодая страна, где доля детей и подростков в возрасте до 15 лет составляет 27% населения. Дети восприимчивы к информации, и мотивация детей к здоровому образу жизни будет способствовать росту более здорового поколения. В настоящее время 6 школ в 4 пилотных регионах внедрили проект ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья». В 60 ВУЗах страны внедряется проект «Здоровые университеты». В рамках этих проектов в школах и университетах страны проводятся мероприятия по укреплению здоровья учащихся и профилактике поведенческих факторов риска.

С целью обеспечения эффективного межсекторального сотрудничества при Правительстве Республики Казахстан работает Национальный координационный совет по здравоохранению. Важную роль играют неправительственные организации (НПО), которым в ближайшие годы перейдет некоторые правительственные функции. Казахстан планирует активно привлекать местные органы власти и средства массовой информации для обеспечения беспрепятственного продвижения и реализации повестки дня в области общественного здравоохранения. Партнерство между государственным и частным секторами должно стать движущей силой в развитии здравоохранения и поддержании здорового образа жизни.

Как и многие другие страны, Казахстан стремится сократить частные расходы населения на здравоохранение за счет внедрения предоплаченной национальной страховой системы. Доступное здравоохранение и закупки на основе стоимости – это цель страны в области лечебных услуг. В конечном итоге Министерство здравоохранения ставит цель сместить акценты с лечения на профилактику.

Казахстан поддерживает всемирные усилия по профилактике и борьбе с НИЗ и присоединяется к ним путем активного использования основанных на доказательствах практик и стратегий в планировании, политике и практике здравоохранения.



8. Библиография

Агентство республики Казахстан по статистике (2013). Ежегодный статистический бюллетень Казахстана за 2012г. Астана.

Азиатский банк развития (2013). Республика Казахстан. Гендерная оценка по стране. Манила (<https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/34091/files/kazakhstan-country-gender-assessment-ru.pdf>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).

Баткатова Э.З. Ред. (2015). Проведение социологического исследования распространенности поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний и мотивирования населения к здоровому образу жизни. 6-е национальное исследование в Республике Казахстан. Алматы: Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения.

ВОЗ (2013). Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233_rus.pdf, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).

ВОЗ (2017). Поэтапный подход (STEPS) к эпиднадзору. Женева (<http://www.who.int/chp/steps/ru/>, по состоянию на 11 апреля 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2012). План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2013a). Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе: доклад о ходе работы. Копенгаген (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-european-region-a-progress-report>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2013b). Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2014). Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Руководство по проведению оценки ситуации в странах. Копенгаген (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2014/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems-country-assessment-guide-2014>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2015). Заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению, в Республике Казахстан. Копенгаген (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/305344/Ambulatory-care-sensitive-conditions-Kazakhstan-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2016a). Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайновая база данных]. Копенгаген (<https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>)

Европейское региональное бюро ВОЗ (2016b). Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением. Копенгаген (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.)

Жусупова А.С., Альжанова Д.С., Нурманова Ш.А., Сыздыкова Б.Р., Джумахаева А.С., Алтаева Б.С. (2013). Современная стратегия оказания медицинской помощи больным с инсультом. Нейрохирургия и Неврология Казахстана; 1:32–5.

- Казахская академия питания (2014). Отчет о научно-исследовательской работе по теме: Комплексная профилактика эпидемии избыточного веса и ожирения в Казахстане. Астана.
- МЗСР (2015b). Отчет о ходе осуществления проекта за 2009–2015 гг. Астана: Министерство здравоохранения и социального развития.
- МЗСР (2015a). Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 19 октября 2015 года № 809 «Об утверждении Стандарта организации оказания неврологической помощи в Республике Казахстан», пункт 21. Астана.
- МЗСР (2016). Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016–2019 годы. Астана: Министерство здравоохранения и социального развития.
- Министерство здравоохранения (2014). Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 февраля 2014 года № 97 «Об утверждении Правил оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». Астана.
- Министерство здравоохранения (2017). Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан. Астана (<http://healthproject.kz>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).
- Организация Объединенных Наций (2016). Цели в области устойчивого развития [веб-сайт]: Нью-Йорк: 2015 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).
- Правительство Казахстана (2005). Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006–2016 гг. Астана: Администрация Президента Республики Казахстан.
- Правительство Казахстана (2015). Стратегия Казахстан 2050. План нации. 100 шагов по реализации пяти институциональных реформ Президента. Астана (https://strategy2050.kz/ru/page/message_text2014/, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).
- Республиканский центр развития здравоохранения (2016). Отдел стандартизации клинической практики. Астана (<http://www.rcrz.kz/old/index.php/ru/>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.)
- Смаилов А. (2015). Женщины и мужчины Казахстана, 2010–2014. Статистический сборник. Астана: Комитет по статистике Министерства национальной экономики.
- ФАОСТАТ (2011). Продовольственный баланс: Казахстан. Рим: Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (<http://www.fao.org/faostat/ru/#data/FBS>, по состоянию на 3 декабря 2017 г.).
- Abseitova S, Baygenzhin A, Kairbekova S, Kabykenova R (2015). Acute coronary syndrome management in Kazakhstan [conference abstract]. *Eur Heart J* 4(Suppl.1):288.
- Academy of Preventive Medicine Kazakhstan and Macro International (1999). Kazakhstan demographic and health survey 1999. Calverton (MD) (<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR111/FR111.pdf>, accessed 7 August 2017).
- Balabanova D, Roberts B, Richardson E, Haerpfer C, McKee M (2012). Health care reform in the former Soviet Union: beyond the transition. *Health Serv Res.* 47:840–64.
- Berkowitz AL, Mittal MK, McLane HC, Shen GC, Muralidharan R, Lyons JL et al. (2014) Worldwide reported use of IV tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *Int J Stroke* 9:349–55.
- Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S et al. (2011). The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum.
- Canadian Society for International Health (2013). Subcomponent B2: evidence-based medicine. Kazakhstan health sector technology transfer and institutional reform project. Ottawa.

- Clark WM, Warach SJ, Pettigrew LC, Gammans RE, Sabounjian LA (1997). A randomized dose-response trial of citicoline in acute ischemic stroke patients. *Citicoline Stroke Study Group. Neurology* 49:671–8.
- Clemens A, Peng S, Brand S, Brueckmann M, Kansal A, Lim J et al. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of dabigatran etexilate versus warfarin in atrial fibrillation in different age subgroups. *Am J Cardiol* 114:849–55.
- Davletov K, McKee M, Berkinbayer S, Battakova Z, Vujnovic M, Rechel B (2015). Regional differences in cardiovascular mortality in Kazakhstan: further evidence for the “Russian mortality paradox”? *Eur J Public Health* 25:890–4.
- De Deyn PP, Reuck JD, Deberdt W, Vlietinck R, Orgogozo JM (1997). Treatment of acute ischemic stroke with piracetam. Members of the Piracetam in Acute Stroke Study (PASS) Group. *Stroke* 28:2347–52.
- Footman K, Roberts B, Mills A, Richardson E, McKee M (2013). Public satisfaction as a measure of health system performance: a study of nine countries in the former Soviet Union. *Health Policy* 112:62–9.
- Heiss WD, Brainin M, Bornstein NM, Toumilehto J, Hong Z (2012). Cerebrolysin in patients with acute ischemic stroke in Asia: results of a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Stroke* 43:630–6.
- Horn J, de Haan R, Vermeulen M, Limburg M (2001). Very early nimodipine use in stroke (VENUS). *Stroke* 32:461–5.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2015). Country profile: Kazakhstan. Seattle, WA.
- International Agency for Research on Cancer (2015). GLOBOCAN 2012 country fact sheet: Kazakhstan. Lyons.
- International Diabetes Federation (2015). Diabetes atlas. 7th edition. Brussels.
- Jung KT, Shin DW, Lee KJ, Oh M (2010). Cost-effectiveness of recombinant tissue plasminogen activator in the management of acute ischemic stroke: a systematic review. *J Clin Neurol* 6:117–26.
- Korczyński AD, Brainin M, Guekht A. Neuroprotection in ischemic stroke: what does the future hold? *Expert Rev Neurother*. 2015;15:227–9.
- Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C et al. (2016). EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol* 23:636–48.
- Krishnamurthi RV, Feigin VL, Forouzanfar MH, Mensah GA, Connor M, Bennett DA et al. (2013). Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Glob Health* 1:e259–81.
- McGowan J, Muratov S, Tspeke A, Issina A, Slawecki E, Lang ES (2016). Clinical practice guidelines were adapted and implemented meeting country-specific requirements – the example of Kazakhstan. *J Clin Epidemiol* 69:8–15.
- Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European cardiovascular disease statistics 2012. Brussels: European Heart Network; Sophia Antipolis: European Society of Cardiology (https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Press-media/press-releases/2013/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf, accessed 7 August 2017).
- Paikin JS, Haroun MJ, Eikelboom JW (2011). Dabigatran for stroke prevention in atrial fibrillation: the RE-LY trial. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 9:279–86.
- Pezzella FR, Pozzessere C, Siniscalchi A, Gallelli L, Anticoli S (2013). The cloud stroke unit: 24-hour acute stroke expertise-on-demand. *Hosp Top* 91:81–86.

Roberts B (2012). The persistence of irregular treatment of hypertension in the former Soviet Union. *J Epidemiol Community Health* 66:1079–82.

Ru CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD et al. (2014). Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 383:955–62.

Rubin MN, Demaerschalk BM (2014). The use of telemedicine in the management of acute stroke. *Neurosurg Focus* 36:E4.

Santalucia P, Pezzella FR, Sessa M, Monaco S, Torgano G, Anticoli S et al. (2013). Sex differences in clinical presentation, severity and outcome of stroke: results from a hospital-based registry. *Eur J Intern Med.* 24:167–71.

Standing Committee of European Doctors (2016). CPME policy on sex and gender in medicine. Brussels (http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/cpme_ad_board_09042016_036_final_en_cpme.policy.sex_and_gender.in_.medicine.pdf, accessed 7 August 2017).

Stroke Unit Trialists' Collaboration (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 11(9):CD000197.

Supiyev A, Kossumov A, Kassenova A, Nurgozhin T, Zhumadilov Z, Peasey A et al. (2016). Diabetes prevalence, awareness and treatment and their correlates in older persons in urban and rural population in the Astana region, Kazakhstan. *Diabetes Res Clin Pract* 112:6–12.

Supiyev A, Kossumov A, Utepova L, Nurgozhin T, Zhumadilov Z, Bobak M (2015). Prevalence, awareness, treatment and control of arterial hypertension in Astana, Kazakhstan. A cross-sectional study. *Public Health* 129:948–53.

WHO (2010). Global status report on alcohol and health 2010. Geneva: World Health Organization.

WHO (2015a). WHO report on the global tobacco epidemic, 2015. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/, accessed 7 August 2017).

WHO (2015b). NCD progress monitor. Geneva: World Health Organization.

WHO (2016) Global Health Observatory Data Repository. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>, accessed 7 August 2017).

WHO Regional Office for Europe (2011). Evaluation of the organization and provision of primary care in Kazakhstan: a survey-based project in the regions of Almaty and Zhambyl. Copenhagen (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/137058/e94900.pdf?ua=1, accessed 7 August 2017).

World Bank (2014). Assessment report on implementation outcomes of the State Healthcare Development Program “Salamatty Kazakhstan” for 2011–2015. Washington DC.

Xu K, Saksena P, Jowett M, Indikadahena C, Kutzin J, Evans DB (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World health report (2010). Background paper, 19. Geneva: World Health Organization.



Приложение 1. Источники и методы анализа данных

Основным источником данных по показателям демографии и здоровья, использованных в настоящем докладе, послужила Европейская база данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016а). Преобладающая часть данных относится к периоду с 1980–1990 гг. до 2009–2010 гг. Показатели для анализа были отобраны на основе экспертных рекомендаций и практического наличия необходимых сведений.

Были использованы расчетные значения и прогнозы на базе сведений, ежегодно поступающих от 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ. Для выявления региональных тенденций анализ проводился в разбивке по следующим подгруппам стран, выделенным в Европейской базе данных «Здоровье для всех»:

- ЕС-15 – 15 государств-членов, входившие в состав ЕС по состоянию на 1 мая 2004 г.: Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швеция;
- ЕС-12 – 12 государств-членов, вошедшие в состав ЕС в мае 2004 г. или в январе 2007 г.: Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Чешская Республика, Эстония;
- СНГ (Содружество Независимых Государств, в составе до 2006 г.): Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина.

Страны Европейского региона, не вошедшие в состав вышеуказанных групп: Албания, Андорра, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Исландия, Монако, Норвегия, Сан-Марино, Сербия, Турция, Хорватия, Черногория и Швейцария.

Справочный источник

Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайн-база данных]. Копенгаген (<https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>)



Приложение 2. Критерии оценки охвата вмешательствами в отношении табака, алкоголя и питания

Таблица А2.1. Борьба против табака: сводный обзор охвата основными вмешательствами

	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Вмешательства по борьбе с курением: (Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака)	Распространенность среди взрослых > 30%	Распространенность среди взрослых > 18–20%	Распространенность среди взрослых < 18%
Повышение налогов на табачные изделия	Налог ниже 25% розничной цены	Налог составляет от 25% до 75% розничной цены	Налог выше 75% розничной цены
Создание среды, свободной от табачного дыма	На табачные изделия требуется наносить этикетки с предупреждением (их размер не оговаривается)	Среда, на 100% свободная от табачного дыма, создана в школах, больницах, вузах, в общественном транспорте и на местах работы людей	Среда, на 100% свободная от табачного дыма, создана во всех общественных местах, включая ресторанно-гостиничный сектор
Предупреждения об опасностях, создаваемых табаком и табачным дымом	Запрет отсутствует или запрет только на национальном ТВ, радио и в печати	Этикетки с предупреждением на всех табачных изделиях должны занимать не менее 30% размера пачки (на передней и задней стороне)	Этикетки с предупреждением должны занимать более 50% размера пачки (на передней и задней стороне), с графическими изображениями (стандартная упаковка)
Запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство	Запреты на национальном телевидении, радио или в печатных СМИ отсутствуют	Запрет на прямую и скрытую рекламу и стимулирование продаж	Запрет на любую рекламу и стимулирование продаж, в том числе в торговых точках; реально обеспечивается исполнение запрета
Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотиновая заместительная терапия (НЗТ)*	Телефонных служб помощи или финансируемых государством услуг по содействию в прекращении курения нет, но НЗТ разрешается и доступна при полной оплате стоимости самими пользователями	Телефонные службы помощи, финансируемые государством услуги по содействию в прекращении курения имеются (возможно, на платной основе). НЗТ доступна полностью на платной основе	Телефонные службы помощи без оплаты звонков, услуги по содействию в прекращении курения и НЗТ доступны и приемлемы по стоимости (покрываются хотя бы частично)

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2014).

* Дополнительные критерии, не включенные в Глобальный план действий

Таблица А2.2. Вмешательства по предупреждению вредного употребления алкоголя: сводный обзор охвата основными вмешательствами

Вмешательство	Охват		
	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Повышение налогов на алкоголь	Налоги на алкоголь изменяются вместе с изменением индекса цен	Налоги на алкоголь изменяются вместе с изменением индекса цен; специальные налоги на продукцию, привлекательную для молодежи	Налоги на алкоголь изменяются вместе с изменением индекса цен и связаны с содержанием спирта; специальные налоги на продукцию, привлекательную для молодежи
Ограничения или запреты на рекламу и стимулирование продаж	Существуют нормативно-правовые механизмы, позволяющие регулировать содержание и объем рекламы алкоголя	Существуют нормативно-правовые механизмы, позволяющие регулировать содержание и объем рекламы алкоголя, включая прямую и косвенную рекламу и спонсорство	Полный запрет на любую рекламу алкоголя
Ограничение розничной продажи алкоголя	Существуют нормативно-правовые механизмы, регулирующие продажу спиртных напитков в государственных учреждениях и учебных заведениях	Существуют нормативно-правовые механизмы, регулирующие продажу спиртных напитков в государственных учреждениях; запрещена продажа спиртных напитков в учебных заведениях	Все государственные учреждения и учебные заведения свободны от алкоголя
Установлен возрастной ценз на покупку спиртных напитков и контролируется его соблюдение*	Минимальный возраст, дающий право покупать любые спиртные напитки, составляет 18 лет	Минимальный возраст, дающий право покупать любые спиртные напитки, составляет 18 лет, и принимаются эффективные меры контроля за соблюдением возрастного ценза	Минимальный возраст, дающий право покупать любые спиртные напитки, составляет 18 лет, принимаются эффективные меры контроля за соблюдением возрастного ценза; при нарушении возрастного ценза и продаже алкоголя лицам, не достигшим 18 лет, лицензия на продажу алкоголя отзывается
Установление максимального уровня алкоголя в крови, при котором допускается управление транспортным средством*	Не более 0,5 г/л	Не более 0,5 г/л и ноль для лиц, обучающихся вождению, и профессиональных водителей	Не более 0,2 г/л и ноль для лиц, обучающихся вождению, и профессиональных водителей
Разработка многоотраслевой политики*	Многоотраслевая национальная стратегия в отношении алкоголя	Многоотраслевая национальная стратегия и координационный совет по алкогольной политике	Многоотраслевая национальная стратегия и координационный совет по алкогольной политике, а также неправительственный сектор, получающий необходимые ресурсы и свободный от потенциального конфликта интересов с общественным здравоохранением

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2014).

* Дополнительные критерии, не включенные в Глобальный план действий

Таблица А2.3. Рацион и характер питания: сводный обзор охвата основными вмешательствами

Вмешательство	Охват		
	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Вмешательства, направленные на оздоровление питания и повышение уровня физической активности	Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей и взрослых $\geq 30\%$	Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей и взрослых составляет 20–30%	Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей и взрослых $< 20\%$
Снижение потребления соли и содержания соли в пищевых продуктах	Снижение потребления соли за период с середины 2000-х годов зарегистрировано на уровне $\leq 10\%$	Снижение потребления соли за период с середины 2000-х годов составило $\geq 10\%$	Снижение потребления соли за период с середины 2000-х годов составило $> 10\%$
Практическое исключение трансжирных кислот из рациона	Отсутствуют свидетельства сколько-нибудь существенного сокращения трансжиров в рационе	Содержание трансжиров уменьшилось только в некоторых категориях пищевых продуктов и в продукции отдельных производителей	Трансжиры практически исключены из пищевой цепи благодаря законодательным мерам и/или саморегулированию
Снижение потребления* свободных сахаров**	Задача добиться снижения потребления свободных сахаров** упоминается в программных документах, но не было принято никаких мер	Упоминается в программных документах и частично достигнуто снижение потребления свободных сахаров** на 5% в некоторых категориях пищевых продуктов	Ведется мониторинг снижения потребления свободных сахаров** на 5% с особым вниманием к подслащенным напиткам
Увеличение потребления фруктов и овощей*	Цель увеличения потребления фруктов и овощей упоминается, но сбор данных мониторинга для поддержки ее достижения не проводится	Цель увеличения потребления фруктов и овощей согласуется с рекомендациями ВОЗ/ФАО о потреблении не менее 400 г в день и осуществляются некоторые инициативы в этом направлении	Цель увеличения потребления фруктов и овощей согласуется с рекомендациями ВОЗ/ФАО о потреблении не менее 400 г в день, предпринимаются инициативы на уровне населения и установления стимулы для обеспечения наличия и повышения ценовой и физической доступности
Снижение воздействия рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей*	Реклама пищевых продуктов и напитков для детей признается проблемой, но это не проявилось в конкретных действиях в виде инициатив, предпринятых государством	Учтены рекомендации ВОЗ в отношении рекламы и предприняты шаги в рамках саморегулирования по снижению воздействия рекламы на детей	Последовательно соблюдаются рекомендации ВОЗ в отношении рекламы и положения системы их реализации, включая механизм мониторинга
Повышение осведомленности населения по вопросам здорового питания и физической активности	Повышение квалификации кадров в области питания и физической активности не проводится; эти вопросы не являются приоритетами на уровне ПМСП	Ведется определенная работа по повышению квалификации кадров в области питания и физической активности; вопросы питания и физической активности начинают приобретать приоритетное значение на уровне ПМСП	Подготовлены квалифицированные кадры в области питания и физической активности; эти вопросы являются приоритетами на уровне ПМСП

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2014).

* Дополнительные критерии, не включенные в Глобальный план действий

** К свободным сахарам относятся моносахариды (такие как глюкоза и фруктоза) и дисахариды (сахароза).

Справочный источник

Европейское региональное бюро ВОЗ (2014). Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Руководство по проведению оценки ситуации в странах. Копенгаген (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2014/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-country-assessment-guide-2014>, по состоянию на 11 апреля 2017 г.).

Приложение 3. Критерии оценки охвата вмешательства на индивидуальном уровне.

	Балл страны	Ограниченный	Умеренный	Широкий
ССЗ и диабет				
Стратификация рисков на уровне первичной медико-санитарной помощи		10-летний риск развития ССЗ документально оформляется в менее чем 30% историй болезни пациентов старше 40 лет, имеющих как минимум один основной фактор риска развития ССЗ; отсутствие регулярной документации по конкретным факторам риска	10-летний риск развития ССЗ документально оформляется в 30-60% историй болезни пациентов старше 40 лет, имеющих как минимум один основной фактор риска развития ССЗ. Неполное документальное оформление факторов риска или отсутствие систематической методики документирования	10-летний риск развития ССЗ документально оформляется в более чем 60% историй болезни пациентов старше 40 лет, имеющих как минимум один основной фактор риска развития ССЗ. Наличие систематической методики расчета с регулярным документальным оформлением конкретных факторов риска
Эффективное выявление и ведение больных с гипертонией		На уровне первичной медико-санитарной помощи выявляется менее 30% предполагаемых случаев повышенного кровяного давления, наблюдается нечастое назначение непатентованных гипотензивных препаратов (генериков) с доказанной эффективностью, отсутствуют меры по обеспечению приверженности пациентов лечению	На уровне первичной медико-санитарной помощи выявляется менее 30-60% предполагаемых случаев повышенного кровяного давления, наблюдается частое назначение (25-75%) непатентованных гипотензивных препаратов с доказанной эффективностью, предпринимаются некоторые меры по обеспечению приверженности пациентов лечению, но не систематически	На уровне первичной медико-санитарной помощи выявляется более 60% предполагаемых случаев повышенного кровяного давления, наблюдается регулярное назначение (>75%) непатентованных гипотензивных препаратов с доказанной эффективностью; предпринимаются систематические меры по повышению приверженности лечению, финансируемые государством
Эффективная первичная профилактика в группах повышенного риска		Отсутствие осведомленности врачей, назначающих препараты, о показаниях к первичной профилактике. Выявление менее 10% пациентов с очень высоким (>30%) 10-летним риском развития ССЗ и назначение им комбинированного лекарственного лечения (гипотензивные препараты, ацетилсалициловая кислота и статины) для первичной профилактики. Назначение ацетилсалициловой кислоты всем без исключения больным гипертонией	Осведомленность врачей, назначающих препараты, о показаниях к первичной профилактике с применением комбинированного лекарственного лечения. Низкий уровень охвата (10-25%) первичной профилактикой пациентов с крайне высоким риском, либо назначение оптимальной схемы лекарственного лечения при крайне низком уровне приверженности лечению со стороны пациентов. Назначение ацетилсалициловой кислоты всем без исключения больным с артериальной гипертонией	Регулярное назначение комбинированного лекарственного лечения, в том числе статinov, пациентам с высоким риском развития ССЗ. Охват пациентов, входящих в группу риска, превышает 25%. Наличие фактов длительной приверженности пациентов лечению. Отсутствие назначения ацетилсалициловой кислоты больным гипертонией с низкой и средней степенью риска развития ССЗ
Эффективная вторичная профилактика после ОИМ, в том числе применение ацетилсалициловой кислоты		Менее 25% больных после ОИМ принимают ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы и статины	25-75% больных после ОИМ принимают ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы и статины	Более 75% больных после ОИМ принимают ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы и статины
Экстренная и специализированная помощь после ОИМ и инсульта*		Менее 25% больных с ОИМ или инсультом проходят диагностику и получают помощь в течение 6 часов с момента появления первых симптомов	25-50% больных с ОИМ или инсультом проходят диагностику и получают помощь в течение 6 часов с момента появления первых симптомов	Более 50% больных с ОИМ или инсультом проходят диагностику и получают помощь в течение 6 часов с момента появления первых симптомов

	Балл страны	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Диабет				
<i>Эффективное выявление и общее последующее наблюдение*</i>		<p>Менее 75% поставщиков услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи создают и ведут регистр всех больных диабетом в возрасте 17 лет и старше</p> <p>Частота выявления/регистрации составляет <25%, исходя из предполагаемой распространенности диабета 2 типа среди взрослого населения. Отсутствие доказательного систематического метода отбора пациентов без симптомов заболевания для проведения скрининга</p>	<p>25-75% поставщиков услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи создают и ведут регистр всех больных диабетом в возрасте 17 лет и старше</p> <p>Частота выявления/регистрации составляет 25-50%, исходя из предполагаемой распространенности диабета 2 типа среди взрослого населения. Использование доказательного систематического метода отбора пациентов без симптомов заболевания для проведения скрининга, но с ограниченным охватом</p>	<p>Более 75% поставщиков услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи создают и ведут регистр всех больных диабетом в возрасте 17 лет и старше</p> <p>Частота выявления/регистрации составляет более 50%, исходя из предполагаемой распространенности диабета 2 типа среди взрослого населения. Использование доказательного систематического метода отбора пациентов без симптомов заболевания для проведения скрининга с высокой степенью охвата</p>
Просвещение пациентов по вопросам питания, физической активности и контроля глюкозы в крови		<p>Менее 25% лиц с диагнозом диабет 2 типа приходили на прием к врачу на уровне первичной медико-санитарной помощи не менее 3 раз за последний год</p> <p>Менее 25% стоящих на учете больных диабетом получают систематизированные консультации по вопросам питания</p> <p>Отсутствие консультаций по вопросам физической активности на уровне первичной медико-санитарной помощи</p> <p>У менее 25% стоящих на учете больных диабетом измерялся уровень гликированного гемоглобина за последние 12 месяцев</p>	<p>25-75% лиц с диагнозом диабет 2 типа приходили на прием к врачу на уровне первичной медико-санитарной помощи не менее 3 раз за последний год</p> <p>25-75% стоящих на учете больных диабетом получают систематизированные консультации по вопросам питания</p> <p>Предоставление консультаций по вопросам физической активности на уровне первичной медико-санитарной помощи</p> <p>У 25-75% стоящих на учете больных диабетом измерялся уровень гликированного гемоглобина за последние 12 месяцев</p>	<p>Более 75% лиц с диагнозом диабет 2 типа приходили на прием к врачу на уровне первичной медико-санитарной помощи не менее 3 раз за последний год</p> <p>Более 75% стоящих на учете больных диабетом получают систематизированные консультации по вопросам питания</p> <p>Регулярное предоставление консультаций по вопросам физической активности на уровне первичной медико-санитарной помощи и вариантов физической активности в рамках партнерского взаимодействия</p> <p>У более 75% стоящих на учете больных диабетом измерялся уровень гликированного гемоглобина за последние 12 месяцев</p>
Контроль гипертонии у больных диабетом		<p>Менее чем у 25% стоящих на учете больных диабетом кровяное давление было доведено до уровня <140/90 мм рт. ст.; отсутствие регулярного назначения ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) в качестве гипотензивного препарата первого ряда</p>	<p>У 25-75% стоящих на учете больных диабетом кровяное давление было доведено до уровня <140/90 мм рт. ст.; регулярное назначение АПФ в качестве гипотензивного препарата первого ряда</p>	<p>Более чем у 75% стоящих на учете больных диабетом кровяное давление было доведено до уровня <140/90 мм рт. ст.; регулярное назначение АПФ в качестве гипотензивного препарата первого ряда</p>
Профилактика осложнений		<p>Менее 25% стоящих на учете больных диабетом проходили профилактический осмотр стоп и глаз (обследование глазного дна) и делали анализ мочи на содержание белка за последние 12 месяцев</p>	<p>25-75% стоящих на учете больных диабетом проходили профилактический осмотр стоп и глаз (обследование глазного дна) и делали анализ мочи на содержание белка за последние 12 месяцев</p>	<p>Более 75% стоящих на учете больных диабетом проходили профилактический осмотр стоп и глаз (обследование глазного дна) и делали анализ мочи на содержание белка за последние 12 месяцев</p>

* Обозначает дополнительные критерии к тем, что указаны в Глобальном плане действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. (Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013).

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