



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

Укрепление мер борьбы с неинфекционными заболеваниями в Туркменистане



Укрепление мер борьбы с неинфекционными заболеваниями в Туркменистане

РЕЗЮМЕ

Этот отчет содержит результаты оценки мер по профилактике НИЗ и борьбы с ними, предпринятых в Туркменистане в течение месяцев, предшествующих Европейской министерской конференции ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбы с ними в рамках политики «Здоровье-2020». Принимающей стороной данной конференции выступило Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана в Ашхабаде 3–4 декабря 2013 года. Благодаря тому, что результаты оценки были получены непосредственно перед конференцией, представилась возможность поделиться на конференции туркменским опытом и проблемами в области профилактики НИЗ и борьбы с ними. В данном отчете, подготовленном на фоне последних глобальных и региональных событий, описываются геополитические и социально-экономические структуры руководства и структуры управления здравоохранением Туркменистана, а также характерные для страны демографические и эпидемиологические тенденции в отношении неинфекционных заболеваний.

Ключевые слова

Health management and planning
Health policy
Outcome assessment (health care)
Public policy
Socioeconomic factors
Surveillance

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 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

	Стр.
Выражение признательности	iv
Введение	1
1. О стране.....	2
1.1 Социально-экономические и политические условия	2
1.2 Демографические изменения	2
1.3 Показатели заболеваемости НИЗ.....	2
2. Стратегическое руководство в сфере НИЗ и участие общественности	6
2.1 Структуры управления	6
2.2 Межсекторальное руководство.....	7
2.3 Средства массовой информации	8
2.4 Гражданское общество	8
2.5 Межправительственные и международные организации	8
3. Укрепление отслеживания и надзора за НИЗ.....	9
3.1 Руководство надзором за НИЗ	9
3.2 Исследование ВОЗ STEPS в Туркменистане	9
4. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.....	10
4.1 Сфера действия мер, направленных на население в целом	10
4.2 Сфера действия индивидуальных услуг	13
5. Переориентация служб здравоохранения на профилактику и лечение.....	16
5.1 Сильные стороны.....	16
5.2 Трудности	17
6. Выводы и соображения	18

Выражение признательности

Этот отчет был разработан группой в составе: Gauden Galea, директора отдела по вопросам неинфекционных заболеваний и образа жизни, который возглавлял группу, Frederiek Mantingh, технического сотрудника отдела неинфекционных заболеваний, Eveline Quist, технического сотрудника отдела неинфекционных заболеваний, Европейское региональное бюро ВОЗ, и Sylvie Stachenko, профессора факультета общественного здравоохранения, университет Альберты, Эдмонтон, Канада. Jill Farrington (почетный старший преподаватель Центра международного здравоохранения Нуфилда, Лидс, Соединенное Королевство) прорецензировала отчет. Отчет был основан на значительном вкладе следующих лиц: Kemal Goshilev (сотрудник национальной программы по репродуктивному здоровью национального офиса Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения, ЮНФПА, Ашхабад, Туркменистан); Bahtygul Karriyeva (глава национального офиса ВОЗ, Ашхабад, Туркменистан); Lawrence von Karsa (глава группы обеспечения качества, секция раннего обнаружения и профилактики, Международное агентство по изучению рака, Лион, Франция); Rula Khoury, (технический сотрудник, сотрудник регионального надзора, Борьба с табаком), Enriqye Loyola Elizondo (статистик, Здоровье для всех – информационные системы и распространение информации), Kristina Mauer-Stender (менеджер программы, Борьба с табаком), и Natela Nadareishvili (технический сотрудник, Здоровье для всех – информационные системы и распространение информации), последние 4 сотрудника – от Европейского регионального бюро ВОЗ, и José Martin-Moreno (профессор медицины и общественного здравоохранения, Валенсия, Испания).

В группу экспертов из Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана (МЗиМПТ) вошли: Н. Аманнепесов, министр здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана; А. Атаев, заместитель министра, МЗиМПТ; Л. Шамурадова, заместитель министра, начальник Государственной санитарно-эпидемиологической службы, МЗиМПТ; М. Эргешов, начальник отдела лечебно-профилактической помощи, МЗиМПТ; Б. Агаева, начальник отдела статистики и информации, МЗиМПТ; Г. Газизова, начальник отдела Государственной санитарно-эпидемиологической службы Туркменистана; О. Гельдыева, директор Информационного центра здравоохранения; С. Аннаниязова, генеральный директор Дирекции международных медицинских центров им. С.Туркменбаши; М. Бердымурадова, директор Научно-клинического центра онкологии; М. Атаева, Главный внештатный эндокринолог, МЗиМПТ; А. Керимов, директор Госпиталя с научно-клиническим центром физиологии; О. Аннадурдыев, Главный внештатный пульмонолог, МЗиМПТ.

Введение

Проведение Европейской министерской конференции ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в рамках политики «Здоровье-2020» по приглашению правительства Туркменистана в Ашхабаде 3–4 декабря 2013 года представляется уникальной возможностью для ситуационного анализа трудностей, связанных с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) в Туркменистане, и ответных предпринимаемых мер.

Этот отчет является своевременным. На шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 году государства-члены одобрили новый Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 годы, а также рамочный механизм для отслеживания прогресса и установили добровольные целевые показатели (1); в Европейском регионе ВОЗ осуществляется новая европейская политика здравоохранения ВОЗ «Здоровье-2020» (2). Перспективы, раскрываемые этими программами вместе с инструментами, разработанными в их поддержку, помогли провести оценку, легшую в основу настоящего отчета (3). Кроме того, улучшается понимание того, как следует переориентировать системы здравоохранения на профилактику и лечение НИЗ, а также как выявлять и преодолевать потенциальные препятствия на этом пути (4). В 2012–2013 годах Европейское региональное бюро ВОЗ приступило к осуществлению проекта по оценке достижений и проблем систем здравоохранения в профилактике НИЗ в нескольких странах (первоначально в пяти: в Венгрии, Кыргызстане, Республике Молдова, Таджикистане и Турции). Анализ состояния дел в странах в результате этого проекта, а также итоги исследования по методу ВОЗ потенциала страны на предмет НИЗ, проведенного в первой половине 2013 года в Туркменистане в четвертый раз, позволит сравнить прогресс в Туркменистане и в других странах.

В апреле–сентябре 2013 совместная группа экспертов, представляющих туркменскую систему здравоохранения и ВОЗ, провела оценку проблем, возникающих в Туркменистане в связи с НИЗ. В основу анализа были положены глобальные и европейские принципы ВОЗ и вспомогательные средства, упомянутые выше.

Оценка преследовала двоякую цель. Во-первых, оценка должна была в первый раз собрать воедино обзор проблем, связанных с НИЗ в Туркменистане, вместе с предпринимаемыми ответными мерами и обозначить базовый уровень, против которого можно будет оценивать будущую работу и достижения любых новых стратегий в отношении НИЗ. Во-вторых, наряду с результатами более широких глобальных и региональных мероприятий и с учетом того, что ее сроки совпадают с Министерской конференцией, оценка будет способствовать обмену знаниями и опытом по укреплению мер борьбы с НИЗ в Европейском регионе ВОЗ.

Отчет организован следующим образом: 1) социально-экономические и политические условия, и обзор бремени НИЗ с упором на показатели смертности; 2) стратегическое руководство в сфере НИЗ и вовлечение общественности; 3) системы надзора за НИЗ; 4) характеристика охвата основных мер, направленных на население и индивидуальные услуги, для профилактики НИЗ с уделением особого внимания борьбе против табака и рака груди; 5) достижения и препятствия в системе здравоохранения, связанные со степенью охвата; 6) выводы и соображения. Важнейшие вопросы, такие как лидерство и приверженность, межсекторальные мероприятия и поддержка государственным руководством, адаптация систем здравоохранения и вовлечение всех уровней правительства и гражданского общества, рассматриваются с точки зрения политики «Здоровье-2020».

1. О СТРАНЕ

1.1 Социально-экономические и политические условия

Туркменистан является относительно молодой страной, которая получила свою независимость от Советского Союза в 1991 году. Страна расположена в юго-западной части Центральной Азии и граничит на севере с Казахстаном и Узбекистаном, на юге с Афганистаном и с Исламской Республикой Иран, а на западе ограничена Каспийским морем. Это крупная по площади страна (491 200 км²) с относительно низкой плотностью населения (12,9 человек/км²). Пустыня Каракумы занимает 80% территории страны. Столица страны – Ашхабад, страна делится на пять административных регионов (веляатов), каждый из которых подразделяется на ряд районов (этрапов). Туркменистан является президентской республикой; нынешний президент, Гурбангулы Бердымухамедов, был избран в 2007 году.

В стране имеются крупные месторождения нефти и газа, составляющие одну пятую часть мировых запасов. Экономика базируется на продукции нефти и газа, химической промышленности, нефтеперерабатывающей и легкой промышленности, как, например, производство тканей. В последние годы экономика страны была на подъеме со стабильным ростом валового внутреннего продукта (ВВП), который составил в 2012 году 111,1%. Доля ВВП, приходящаяся на сельское хозяйство, составила в 2012 году 9,1%.

Страна занимает 102-е место в Индексе развития человеческого потенциала (из 162 стран) (5) и относится к группе высокого среднего дохода по классификации Всемирного банка. Интенсивное сельское хозяйство осуществляется на орошаемых землях оазисов: половина земля засеяна хлопком, но целью проводимых в настоящее время реформ сельского хозяйства является увеличение объема производства продовольствия и повышения самообеспечения.

Чуть более половины (50,6%) населения страны в 6,3 млн. человек проживает в городах. Почти половина населения (49%) моложе 25 лет, и чуть более четверти (26 %) населения моложе 15 лет.² Доступ к бесплатному образованию для лиц обоих полов является почти повсеместным, и уровень грамотности среди взрослых составляет почти 100 %. Страна является многонациональной с более чем 100 этническими группами, главными из которых являются туркмены (81%), узбеки (9,9%), русские (3,8%) и казахи (1%). Основные религиозные группы исповедуют ислам (89%) и православное христианство (9%).

1.2 Демографические изменения

Демографические изменения являются одним из важных факторов, определяющих НИЗ. За период с 1990 г. по 2010 г. население Туркменистана выросло в 1,4 раза. За этот же период число живорождений выросло на 11,2%. Согласно оценкам доля населения в возрасте старше 65 лет возросла с 3,8% в 1990 г. до 3,9% в 2010 г., с более высокой долей женщин (4,5%). По прогнозам на периоды до 2030 года и до 2050 года доля пожилого населения увеличится каждый раз почти в два раза и достигнет 7,9% и 13,6% от всего населения, соответственно. Несмотря на увеличение доли более пожилого населения, она все равно была бы сравнительно низкой для европейского региона, но ее следует принимать во внимание, особенно в отношении динамики НИЗ и связанной с этим нагрузки на систему здравоохранения.

Складывается впечатление, что с 1990 года показатели общей смертности в Туркменистане существенно улучшаются. По данным Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана младенческая смертность снизилась в 2,8 раза за 1990–2010 годы – с 45,1 смертей на 1000 живорожденных в 1990 году до 15,8 в 2010 году. Материнская смертность снизилась между 1990 и 2010 годами почти в 16,2 раза – с 111,7 смертей на 100 000 живорождений (1990 г.) до 6,9 смертей (2010 г.). Улучшение этих показателей смертности, как правило, рассматривают как свидетельство общего социально-экономического развития страны, что, вероятно, является отражением роста ВВП в Туркменистане, который за период с 1990 по 2010 год вырос более чем в два раза с 2700 до 8200 долл. США на душу населения (с учетом изменения покупательной способности) (6).

1.3 Показатели заболеваемости НИЗ

В соответствии с критериями для оценок стран (4) заболеваемость НИЗ рассматривается в данном разделе с использованием ключевых показателей.

¹ По состоянию на 1 января 2013 г.; данные Государственного комитета по статистике Туркменистана.

² По состоянию на 1 января 2011 г.; данные Государственного комитета по статистике Туркменистана.

³ По состоянию на 1 января 1991 г. и 1 января 2011 г.; данные Государственного комитета по статистике Туркменистана.

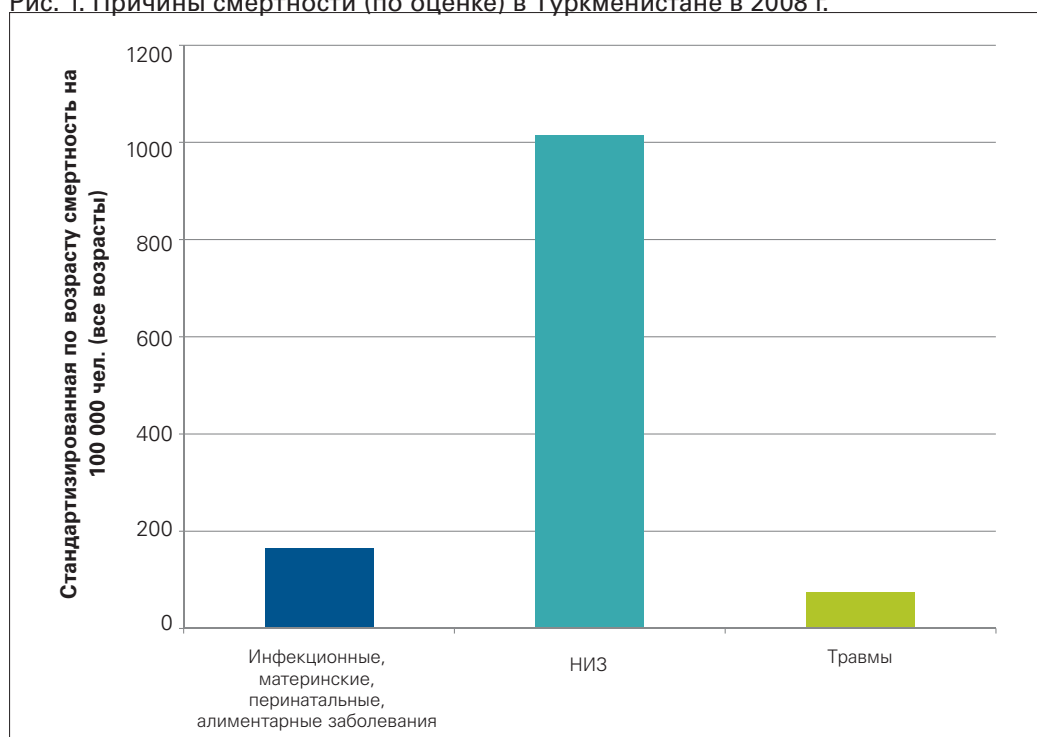
⁴ По состоянию на 1 января 2011 г.; данные Государственного комитета по статистике Туркменистана.

Представленная здесь информация была получена главным образом методом оценки, в которой учитывались ранее замеченные тенденции, социально-экономическая информация, данные по факторам риска из обследований и тенденции в соседних странах. Оценки из других источников за 2010 год (7) как правило указывают на то, что произошли некоторые изменения в тенденциях НИЗ в Туркменистане после 1998 года.

По данным Государственного комитета по статистике Туркменистана в 2011 году средняя ожидаемая продолжительность жизни в стране была 70,6 лет (для обоих полов), что было на 4,2 года выше, чем в 1990 году (66,4 лет), с разницей в 5,8 лет между мужчинами (67,7 лет) и женщинами (73,5 лет). Поскольку по сообщениям риск смерти среди лиц в возрасте 65 лет был более чем в 10 раз выше, чем среди лиц моложе 65 лет, это – вместе со снижением младенческой смертности – может помочь объяснить увеличение предполагаемой ожидаемой продолжительности жизни в Туркменистане.

По оценкам ВОЗ две трети (66 %) случаев смерти в 2004 году в Туркменистане были связаны с НИЗ (8). Совсем недавно в ВОЗ было рассчитано, что около четырех пятых (81 %) смертей (от всех причин) в 2011 году были следствием НИЗ (9) (Рис. 1).

Рис. 1. Причины смертности (по оценке) в Туркменистане в 2008 г.



Источник: Мировая статистика здравоохранения (9).

Наибольшая доля смертности (более 40%) в Туркменистане приходится на возраст после 65 лет. Кроме того, частота преждевременной смертности (смерть до 65 лет) в Туркменистане более чем на 60% выше, чем средняя частота по Европейскому региону. Это может указывать на то, что у сектора здравоохранения есть поле деятельности в отношении смертей, которых можно было бы избежать или которые могли бы быть отсрочены, при этом уделяя особое внимание гендерным различиям.

Основными причинами смерти представляются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и диабет, и здесь наблюдается значительная разница по полу (Рис. 2). Оценки 2008 года для стандартизованной по возрасту смертности для всех НИЗ, онкологических, сердечно-сосудистых и хронических респираторных заболеваний показывают, что риски для мужчин приблизительно на 30% выше, чем для женщин. Вместе с тем, оценки также показывают, что в возрасте до 60 лет частота смерти выше среди мужчин, чем среди женщин.

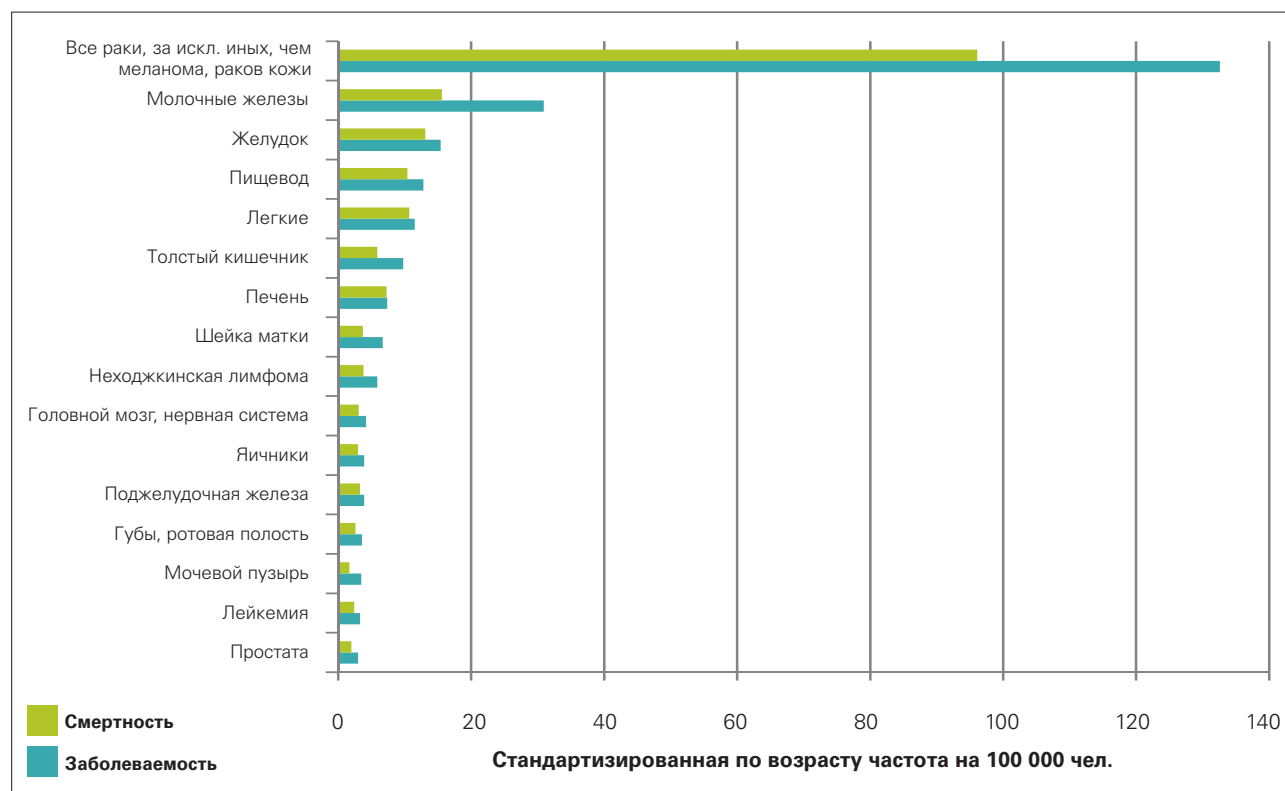
Рис. 2. Гендерные различия в смертности от НИЗ в Туркменистане в 2008 г.



Источник: Показатели НИЗ по странам (данные ВОЗ) (10).

Смертность от рака в Туркменистане, как правило, ниже чем в других странах Восточной Европы. Органы, где наиболее часто встречается рак у мужчин – это желудок, легкие, пищевод, печень и толстый кишечник; у женщин – грудь, пищевод, желудок, толстый кишечник и шейка матки (Рис. 3) (11). Соотношение смертности к заболеваемости в целом составляет 72%, для некоторых видов рака, таких как рак печени и легких, это соотношение выше, чем для других видов.

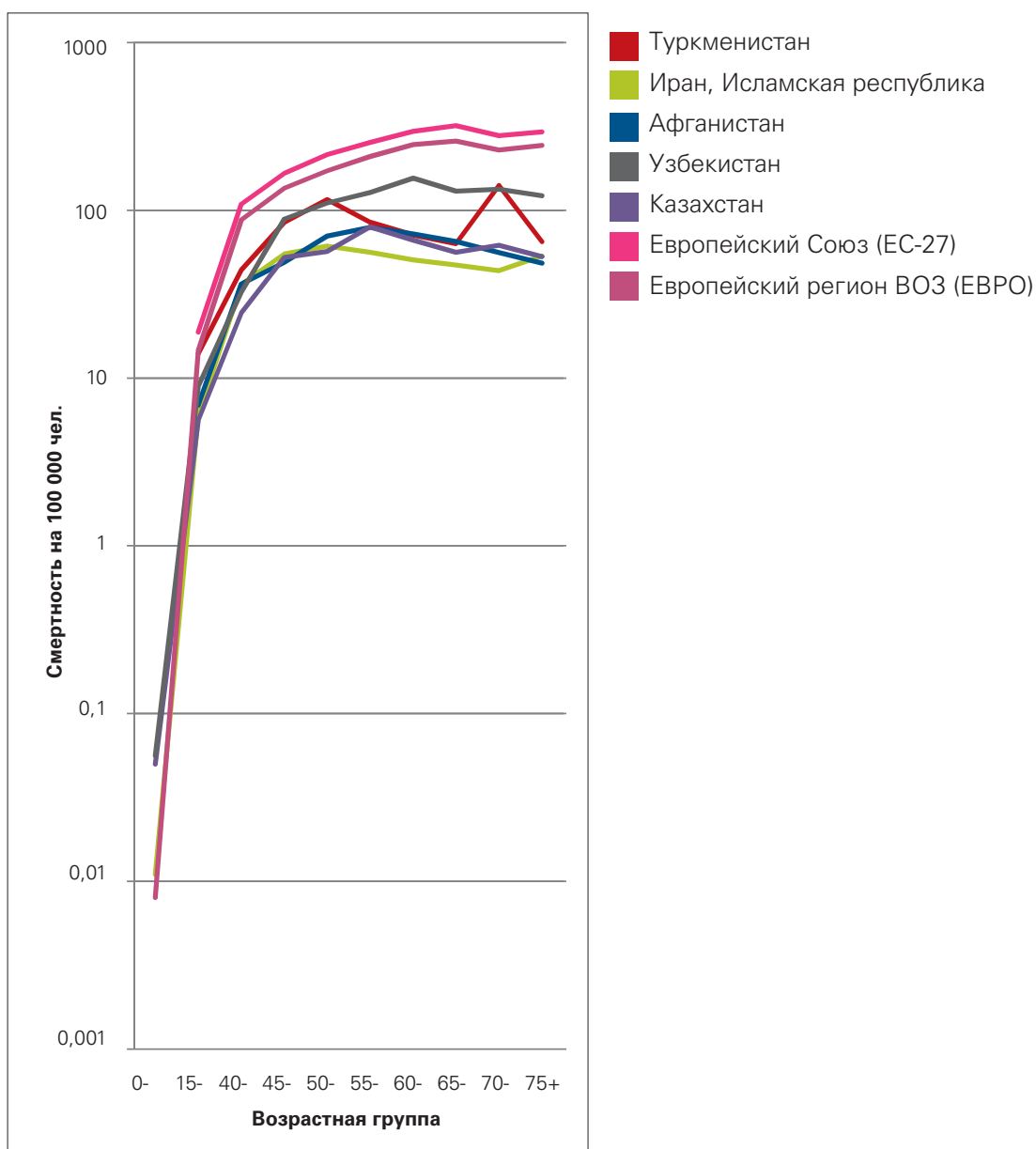
Рис. 3. Стандартизованная по возрасту заболеваемость и смертность в Туркменистане в 2008 г. (по оценкам для обоих полов)



Источник: GLOBOCAN (11).

Бремя рака груди у населения Туркменистана заметно возросло в течение последних двух десятилетий. Судя по показателям заболеваемости, предоставленным национальными властями, ежегодное число новых случаев рака груди выросло с 1991 года по 2010 год более чем в два раза (на 108%) от 195 случаев до 406, в то время как численность женской части популяции увеличилась примерно на одну треть (на 35%). По оценкам Международного агентства по изучению рака в настоящее время бремя рака груди в Туркменистане может быть существенно выше: частоты, стандартизированные по возрасту, располагаются посередине между показателями двух групп стран, с одной стороны, соседних, таких, как Афганистан, Казахстан и Узбекистан, а с другой стороны, 27 странами ЕС, а также всего Европейского региона ВОЗ (Рис. 4) (11). Ожидается, что только из-за демографических изменений текущее бремя данной болезни в ближайшие десятилетия будет расти. Большой рост может ожидать, если женщины будут вести образ жизни с меньшим равенством, более калорийным питанием и меньшей физической активностью.

Рис. 4. Смертность от рака груди по возрастам в Туркменистане по сравнению с соседними странами, Европейским регионом ВОЗ и 27-ю странами Европейского Союза, 2008 г.



Источник: GLOBOCAN (11).

2. Стратегическое руководство в сфере НИЗ и участие общественности

В основах европейской политики в области здоровья и благополучия «Здоровье-2020» предлагается комплексный подход к решению приоритетных задач в области охраны здоровья и подчеркивается необходимость того, чтобы правительства работали в различных секторах и слоях общества для достижения реального улучшения здоровья (2, 3). Данная политика призывает к более сильному лидерству и к руководству программами по укреплению и охране здоровья с большим вовлечением участников. В «Здоровье-2020» отмечается, что разные заинтересованные стороны, особенно гражданское общество, могут внести важный вклад в укрепление и охрану здоровья. Основные исследования, проведенные в период подготовки политики «Здоровье-2020», например, по вопросам управления и социальным детерминантам здоровья (12–14), также, как последующие исследования, изучающие реализацию политики учета интересов здоровья (3,15), приводят к пониманию того, что ответные меры на неравенство в сфере здравоохранения порой лежат вне сферы прямого контроля министерств здравоохранения, и они требуют последовательной защиты социальных ценностей и внедрения механизмов осуществления политики в различных секторах и ведомствах.

В данном разделе рассматриваются структуры руководства в Туркменистане, в том числе межведомственные механизмы руководства в отношении здоровья, взаимодействие с гражданским обществом, национальные и международные партнерства и приверженность социальным ценностям.

2.1 Структуры управления

Властные структуры Туркменистана делятся на три ветви, а именно: исполнительная власть, представленная Кабинетом Министров во главе с Президентом; законодательная власть во главе с Парламентом (Меджлисом); и судебная власть во главе с Верховным судом.

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана несет ответственность за политику в области здравоохранения и оказание медицинской помощи для всего населения, за исключением медицинского обслуживания, предоставляемого силами нескольких министерств и национальных служб для своего персонала. К задачам Министерства относятся: подготовка законодательства в области здравоохранения; разработка и осуществление реформ в области здравоохранения; исследования в области здравоохранения; вопросы образования и планирования кадровых ресурсов; разработка и реализация программ и мероприятий по профилактике и лечению, связанных с промышленностью, выпускающей медицинские устройства и лекарства. Также Министерство занимается вопросами влияния окружающей среды на здоровье, планирует бюджет здравоохранения и отслеживает состояние здоровья населения (16).

Министерство экономики и развития и Министерство финансов определяют общий бюджет сектора здравоохранения, устанавливают нормы бухгалтерского учета и штатного расписания в секторе здравоохранения, а также отвечают за распределение ресурсов между регионами (веляятами) и за финансирование центральных институтов. Министерство образования осуществляет надзор за политикой в сфере образования в целом и играет важную роль в системе медицинского образования (Вставка 1).

Вставка 1. Министерство образования.

Министерство образования сотрудничает с Министерством здравоохранения и медицинской промышленности по осуществлению ряда программ в области здравоохранения (по иммунизации, контролю туберкулеза, профилактики ВИЧ, безопасному материнству и т. д.) и является членом ряда межведомственных координационных комитетов по этим программам. С 1996 года просвещение в сфере здоровья является частью учебной программы начальных школ. Два министерства совместно проводят «уроки здоровья» для школьников, и совместная рабочая группа, составленная из экспертов от каждого министерства, разрабатывает учебники.

Местная система управления делится на три уровня, а именно: регион / область (velayat, веляят), район / город (etrap, этрап) и город / деревня (gengeshlik, генгешлик). Последний из упомянутых уровней, основная форма местного самоуправления для городов, поселков и деревень, является, пожалуй, наиболее эффективной и подотчетной формой, способной реагировать на проблемы и нужды людей. Несколько ключевых законов предоставляют местным органам власти полномочия для осуществления социально-экономического планирования, планирования бюджета и деятельности по налогообложению, для рационального использования природных ресурсов и более активного вовлечения гражданского общества в процессы принятия решений. Эти законы и поправки к ним подаются в настоящее время как обеспечивающие более активное управление страной в соответствии с демократическими принципами.

Система здравоохранения Туркменистана организована в масштабах страны. В то время как формирование политики для сектора здравоохранения входит в сферу деятельности Кабинета Министров, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности отвечает за фактическую работу служб здравоохранения. Губернатор провинции (*velayat hakim*, вেলাят хаким), который назначается Президентом, выделяет финансы на региональные медицинские услуги. Область/провинция (велаят) отвечает перед местной администрацией (*hakimlik*, хакимлик) за организацию медицинского обслуживания, а по техническим вопросам она подотчетна Министерству здравоохранения и медицинской промышленности. Каждая область/провинция (велаят) подразделяется на районы/города (*этрапы*) и обладает большим количеством объектов здравоохранения. Директор больницы в *этрапе* несет ответственность за услуги в области здравоохранения в этой местности (в том числе, за первичную медико-санитарную помощь, ПМСП), выступает в качестве держателя бюджета и подотчетен администрации сектора здравоохранения данной области/провинции (велаят).

2.2 Межсекторальное руководство

Кабинет Министров несет ответственность за технические аспекты, связанные с разработкой и осуществлением политики здравоохранения. Кроме того, он играет существенную роль в координации деятельности Министерства здравоохранения и медицинской промышленности, Министерства экономики и развития, Министерства финансов, Министерства образования и других соответствующих министерств и организаций. В Кабинете Министров имеется специальный отдел по здоровью, который отслеживает осуществление национальных программ в секторе здравоохранения и представляет свои выводы правительству.

На национальном уровне созданы механизмы взаимодействия различных отраслей или межсекторальные механизмы в виде координационных комитетов для различных программ в области здравоохранения, например, межсекторальный координационный Комитет по программе иммунизации, Национальный координационный механизм для программы профилактики ВИЧ/СПИДа, Национальная программа борьбы с туберкулезом и т. д. (Вставка 2). В координационных комитетах страны представлены и другие министерства, комитеты и организации, включая неправительственные организации (НПО), такие как национальное общество Красного Полумесяца. В принципе, на более низких, местных, уровнях действующие структуры такого рода отсутствуют.

Вставка 2. Координация и осуществление контроля над табаком.

В Туркменистане Министерство здравоохранения и медицинской промышленности несет ответственность за общую координацию национальной борьбы против табака. Его роль состоит в том, чтобы координировать меры по профилактике и лечению НИЗ, распространять информацию и повышать осведомленность о мерах по контролю табака. Министерство также отвечает за наблюдение за потреблением табака и за отслеживание соответствующей политики.

Ряд других правительственных структур также играют роль в борьбе против табака на национальном уровне. Министерство иностранных дел отвечает за Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ), также как и за все другие международные договоры, ратифицированные Туркменистаном. Министерство торговли и внешнеэкономических связей регулирует импорт табачных изделий, лицензирование и контроль розничных продаж, а также рекламу, продвижение и спонсорство табачных изделий. Министерство внутренних дел и Государственная служба охраны безопасности здорового общества несут ответственность за соблюдение законов о зонах, свободных от курения, и по вопросам, касающимся незаконной торговли табачными изделиями. Государственная налоговая служба регулирует налогообложение табачных изделий и осуществляет надзор за продажами этих продуктов. Министерство финансов определяет ценовую политику на табачные изделия. Таможенные органы координируют вопросы, связанные с табачными изделиями и контролем на границе.

В результате ратификации РКБТ ВОЗ в 2011 году был учрежден Национальный совет по борьбе с табаком в качестве официального механизма для координации действий различных участников по контролю табака под руководством Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. Совет состоит из представителей нескольких национальных и ключевых областных органов, участвующих в борьбе против табака в стране, и возглавляется Министром здравоохранения и медицинской промышленности. Основные задачи Совета заключаются в контроле и оценке реализации Национального плана действий по борьбе против табака на 2012-2016 годы (принятого в январе 2012 года). Совет собирается четыре раза в год для того, чтобы проанализировать, что было сделано, и выдвинуть новые инициативы. Совет обязан раз в год представлять отчеты о своей деятельности в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности.

В сентябре 2013 года Министерство здравоохранения и медицинской промышленности приступило к разработке многоотраслевой стратегии борьбы с НИЗ. В связи с этим Министерство сформировало национальную рабочую группу, в которую вошли представители шестнадцати министерств и комитетов.

Рабочая группа провела исследование потенциала страны, используя разработанный ВОЗ инструмент, и приступила к осуществлению трех проектов в соответствии с меморандумом о взаимопонимании между Министерством здравоохранения и медицинской промышленности и Региональным бюро ВОЗ, имеющих отношение к данной конференции, а именно: оценка нынешнего состояния раннего обнаружения рака груди, анализ препятствий в системе здравоохранения и исследование ВОЗ, использующее поэтапный подход к эпиднадзору (STEPS). Последний из упомянутых проектов будет завершена к концу 2013 года (см. раздел 3.2) (17).

2.3 Средства массовой информации

Конституция предусматривает свободу средств массовой информации и свободу выражения мнений. Все средства массовой информации являются государственной собственностью и широко доступны. В 2000 году в 93% домашних хозяйств имелся телевизор, 94% женщин смотрели каждую неделю телевизор, 33% слушали радио и 31% читали газеты по крайней мере один раз в неделю (18). Во время церемонии инаугурации Президент пообещал, что Интернет будет доступен для всех, и были запущены правительственные Интернет-центры (19).

Национальный информационный центр здоровья был создан в апреле 2000 года. Его главная задача заключается в том, чтобы отслеживать и координировать работу медико-санитарных учреждений в области профилактики заболеваний и просвещения в сфере здоровья для пропаганды здорового образа жизни среди населения. Кроме того, он отвечает за осуществление образовательной деятельности среди медицинских работников и населения. Возможности Центра расширились, когда была открыта видеостудия, предоставлено необходимое оборудование и проведено обучение кадров по коммуникации и пропаганде здоровья, в том числе по подготовке современных телевизионных шоу и программ. Центр получил поддержку со стороны Организации Объединенных Наций (Детский фонд Организации Объединенных Наций или ЮНИСЕФ, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения или ЮНФПА, ВОЗ), НПО и других международных организаций, а также посольства Великобритании в Туркменистане, например, посредством ознакомительных поездок в центры пропаганды здоровья в Соединенных Штатах и в Британской радиовещательной корпорации (БиБиСи) в Соединенном Королевстве. Специалисты системы здравоохранения регулярно организуют телевизионные и радио передачи на темы, связанные с профилактикой НИЗ. Во всех газетах имеются колонки о здоровье и часто публикуются статьи об укреплении здоровья. Существует также общедоступный журнал под названием «Sağlyk» и научный журнал под названием «Turkmenistanynlukmanchylygy». Центр регулярно печатает и распространяет листовки и брошюры по пропаганде здоровья и профилактике заболеваний. Он также выпускает телевизионную программу «Здоровье нации - богатство страны», которую регулярно показывают по национальному телевидению. Ряд телевизионных каналов готовят выпуски по укреплению здоровья и регулярно их транслируют.

2.4 Гражданское общество

В стране имеется ограниченное число НПО, например, Союз молодежи, Союз женщин, Организация инвалидов и некоторые другие. Они вовлечены в механизмы координации национальных программ (борьба с туберкулезом, ВИЧ и малярией, иммунизации и т. д.) и проводят ряд мероприятий по пропаганде здоровья, главным образом по борьбе против табака.

Роль общественности в службе здравоохранения очень мала, и потребители услуг не принимают активного участия в процессах принятия решений, касающихся системы здравоохранения.

Медицинские работники представлены или профсоюзом медицинского персонала, или обществами по конкретным специализациям. Профсоюз, организованный по старой модели Советского Союза, сохраняет значительную часть своего влияния и статуса. Общества по конкретным специализациям представлены основными специализациями, такими, как кардиология и онкология.

2.5 Межправительственные и международные организации

В ответ на просьбу правительства и учитывая разнообразие своих мандатов, в 2010–2014 годах Организация Объединенных Наций оказывает Туркменистану поддержку в четырех широких областях: (i) укрепление процесса демократизации и верховенства закона; (ii) улучшение равномерного и устойчивого роста; (iii) укрепление развития человеческого потенциала для достижения Целей развития тысячелетия; и (iv) укрепление мира и безопасности (19). Особенно активную деятельность в стране ведут ЮНИСЕФ, Программа развития ООН (ПРООН), Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ), Управление ООН по наркотикам и преступности (УНПООН), ЮНФПА и ВОЗ, и другие представленные агентства, как, например, Международная организация по миграции (МОМ) и Всемирный банк. Соответствующие проекты касаются, например, безопасного материнства и репродуктивного здоровья, здоровья и питания детей и

улучшения статистики. В Туркменистане работает очень небольшое число международных организаций, некоторые из них покинули страну (20). Агентство Соединенных Штатов по международному развитию (United States Agency for International Development, USAID) поддерживает реформу системы здравоохранения с особым вниманием к качеству услуг в области охраны здоровья матери и ребенка.

3. Укрепление отслеживания и надзора за НИЗ

3.1 Руководство надзором за НИЗ

После принятия резолюции Организации Объединенных Наций A/RES/66/2 – Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (21) – ВОЗ подготовила глобальную рамочную основу для отслеживания прогресса в профилактике основных НИЗ и борьбы с ними и их факторами риска. Данная рамочная основа, которая состоит из 9 добровольных целевых значений и 25 показателей, была принята государствами-членами ВОЗ на 65-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 (1). Целевые значения и показатели по НИЗ политики «Здоровье-2020» были приведены в соответствие со значениями и показателями глобальной рамочной основы, для того чтобы учесть и совместить различия в сроках действия европейской политики (2020 г.) и глобальных целевых значений (2025 г.). Для Туркменистана важно соотносить и выровнять его систему медицинской информации с новой глобальной рамочной основой отслеживания и с показателями и целевыми значениями политики «Здоровье-2020» (2).

Исследование потенциала страны, проведенное по методу ВОЗ в Туркменистане в первой половине 2013 года, показало, что ответственность за надзор за НИЗ и их факторами риска распределяется между несколькими подразделениями Министерства здравоохранения и медицинской промышленности и что имеется финансирование для надзора, отслеживания и оценки. В Туркменистане имеется система стандартного сбора данных о смертности вместе с причинами смерти. Существует система регистрации актов гражданского состояния, в которой регистрируется причина смерти, определенная и заверенная врачом. Регистрируются данные о смертях, произошедших как в медицинских учреждениях, так и вне их; эти данные объединяются по возрасту, полу и другим социально-экономическим показателям. Исследование потенциала страны также дало представление об исследованиях факторов риска, проводимых в Туркменистане: в 2011 году было проведено исследование ряда факторов риска, в том числе, вредного употребления алкоголя, низкого потребления фруктов и овощей, низкой физической активности и использования табака; в 2013 году было проведено исследование на уровень глюкозы в крови, повышенный общий уровень холестерина, повышенное артериальное давление, избыточный вес и ожирение и потребление соли.

Туркменистан полон решимости укреплять систему надзора, которая играет наиважнейшую роль для планирования целенаправленных действий борьбы с НИЗ, отслеживания осуществления действий и их результатов, а также для создания базы для принятия решений и оценки стратегий и политики. Отслеживание факторов риска было интегрировано в общую систему медицинской информации, с тем чтобы создать основу для установления связей и устойчивости системы, а также сделать возможными измерения во времени влияния мероприятий по борьбе с НИЗ и распределение этого влияния.

3.2 Исследование ВОЗ STEPS в Туркменистане

Туркменистан продемонстрировал решимость укрепить надзор за НИЗ, применяя одной из первых стран Европейского региона ВОЗ поэтапный подход ВОЗ, называемый STEPS, с целью получения основных данных по установленным факторам риска НИЗ в форме, позволяющей сравнения с другими странами (17). Исследование STEPS является одним из ключевых элементов в создании более совершенной системы надзора за НИЗ, которая позволит собирать стандартизированные данные об основных поведенческих и метаболических факторах риска для этой группы заболеваний. Оно предоставит необходимые данные для контроля осуществления национальных стратегий и программ, для определения потребностей в дальнейшем планировании, а также для улучшения доступности данных для международного обмена информацией о прогрессе в борьбе с хроническими НИЗ.

В апреле 2013 года в Ашхабаде, Туркменистан, была организована предварительная миссия, после чего в стране была быстро проведена подготовка. Под руководством заместителя Министра здравоохранения был создан национальный руководящий комитет STEPS, состоящий из представителей Департамента здравоохранения, Департамента статистики здравоохранения и Государственного комитета по статистике Туркменистана. Были решено провести все три уровня исследования STEPS⁵, к которым относятся поведенческие, физические и биохимические измерения; были включены дополнительные модули для политики по табаку и по потреблению

⁵ Информация: <http://www.who.int/chp/steps/instrument/ru/index.html>, по состоянию на 26-11-2013.

соли. Было решено провести исследование STEPS в Туркменистане на репрезентативной для всего населения выборке из 3800 взрослых в возрасте 18–64 лет как из городских, так и из сельских районов. Вопросник был адаптирован и переведен на туркменский и русский языки, он был запрограммирован и проверен на портативных устройствах (карманных персональных компьютерах). Команда высококвалифицированных специалистов с опытом работы в национальных исследованиях домашних хозяйств, таких, как исследование по многим показателям с применением гнездовой выборки и демографическое исследование здоровья, была нанята для проведения исследования. Подготовка руководителей и работников на местах состоялась в начале сентября 2013 года, а за ней последовало пробное исследование. Опросы на местах в рамках исследования STEPS начались позднее в сентябре; результаты, как ожидается, будут готовы к концу 2013 года.

4. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья

В этом разделе рассматриваются сферы приложения основных мер, направленных на население в целом (табак, алкоголь, питание и физическая активность), и основных услуг, получаемых отдельными людьми (ССЗ, диабет и рак), которые тесно связаны с улучшением показателей по НИЗ (Таблица 1), с особым вниманием к контролю табака и рака груди. Основные услуги, как указывается в глобальных и европейских планах действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, – это те услуги, которые основаны на фактических данных, имеют высокую эффективность и хорошее соотношение стоимости и результатов, являются доступными и могут быть осуществлены в различных системах здравоохранения (1, 22).

Таблица 1. Основные меры, направленные на население в целом, и основные индивидуальные услуги для улучшения показателей НИЗ.

Основные меры, направленные на население в целом	Основные меры, направленные на индивидуальные услуги
<p>Диапазон мер по борьбе с курением (РКБТ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Повышение налогов на табачные изделия • Введение зон, свободных от табачного дыма • Предупреждения о вреде табака и дыма • Запрет рекламы, стимулирования продаж, спонсорства • Обеспечение доступа к телефонной линии помощи отказа от курения и средствам, замещающим никотин^a 	<p>ССЗ и диабет</p> <ul style="list-style-type: none"> • Классификация рисков на уровне ПМСП • Эффективное выявление и лечение артериальной гипертензии • Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска • Эффективная вторичная профилактика после острого инфаркта миокарда (ОИМ), в том числе прием аспирина • Быстрое реагирование и госпитализация при ОИМ и инсульте^a
<p>Меры по предупреждению вредного употребления алкоголя</p> <ul style="list-style-type: none"> • Повышение налогов на алкоголь • Ограничение/запрет рекламы и стимулирования продаж • Ограничение доступности алкоголя в розничной продаже • Обеспечение соблюдения правил по минимальному возрасту при покупке^a • Введение допустимого уровня содержания алкоголя в крови при вождении^a 	<p>Диабет</p> <ul style="list-style-type: none"> • Эффективное выявление и общее наблюдение^a • Просвещение пациентов по вопросам питания, физической активности и контроля уровня глюкозы • Контроль артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом • Скрининг и лечение осложнений
<p>Меры для улучшения рациона питания и повышения физической активности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сокращение потребления соли и концентрации соли в пище • Практически полное исключение транс-жирных кислот из рациона питания • Сокращение потребления свободных сахаров^a • Увеличение потребления фруктов и овощей^a • Сокращение рассчитанного на детей маркетинга продуктов питания и безалкогольных напитков^a • Повышение осведомленности о питании и физической активности 	<p>Рак</p> <ul style="list-style-type: none"> • Иммунизация против гепатита В • Скрининг на рак шейки матки и лечение эрозий • Раннее выявление рака молочной железы и лечение всех стадий

Примечание. ^a Данные меры не включены в Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (1), но были добавлены для более полной оценки.

4.1 Сфера действия мер, направленных на население в целом

4.1.1 Контроль табака

По сравнению с другими новыми независимыми государствами (ННГ) и с Европейским регионом ВОЗ в целом Туркменистан имеет сильное законодательство по контролю табака и, по-видимому, низкий уровень распространенности курения. Сигареты и насвай – это наиболее употребляемые в стране и импортируемые из других стран табачные изделия. РКБТ ВОЗ была ратифицирована Туркменистаном в мае 2011 года и вступила в стране в силу в августе 2011 года.

В 2012 году пробный опрос, часть проводимого в сотрудничестве исследования по методологии ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) (финансированного ЮНФПА в Туркменистане), показал, что в возрастной группе 15 лет

курят только 3% (2,5% мальчиков и 0,5% девочек). Национальное обследование по международной методике 2012 года показало, что курят 22,6% мужчин в возрасте 15-49 лет и 3,3% – в возрасте 15-19 лет. Сопоставимая с международными данными информация о распространенности употребления табака среди взрослых не доступна, но некоторые неофициальные источники в стране сообщают, что распространенность составляет не более 5%. Если этот показатель будет подтвержден в продолжающемся в настоящее время исследовании STEPS, то в Туркменистане будет самый низкий уровень распространенности курения среди взрослых как по Европейскому региону, так и по всему миру.

Вместе с Региональным бюро ВОЗ Туркменистан разработал Национальный план действий по борьбе против табака на 2012–2016 годы (принят в январе 2012 года) в соответствии с требованиями РКБТ. Данный план включает в себя меры по изменению существующих законов и предписаний в этой области, обеспечение исполнения законов и предписаний, повышение общей осведомленности о борьбе против табака и укрепление служб, помогающих прекратить курить.

Цены на табачные изделия в Туркменистане высокие по сравнению с другими ННГ. Пачку самых дешевых сигарет можно купить примерно за 14 TMT (около 4 долл. США), а пачку самых дорогих сигарет – примерно за 32–36 TMT (около 10 долл. США). В результате существенного роста цен на табачные изделия за последние годы многие курильщики бросили курить или сократили количество выкуриваемых сигарет. Цена на одну из самых продаваемых марок сигарет в стране была в 2010 году 3,4 TMT, а в 2012 году – 9 TMT. В Туркменистане применяется процентный налог (30% от цены производителя) с установленной минимальной суммой (1425 TMT за упаковку из 20). По состоянию на 2012 год налоговая доля акциза составляла 15,8%, а общая налоговая доля – 30%. Правила, относящиеся к импортерам табачных изделий, в 2011 году были ограничены, и в соответствии с этими изменениями все импортные табачные изделия продаются импортерами правительству в лице Министерства торговли и внешнеэкономических связей, которое затем продает их лицензированным магазинам для розничной продажи. Поскольку рынок табачных изделий строго регулируется правительством, конкуренция ограничена, и это, возможно, приводит к определенной нехватке в предложении табачных изделий в Туркменистане, способствуя росту цен.

Законодательство, запрещающее курение в общественных местах, достаточно хорошо соблюдается. Ключевой документ в отношении общественных мест, свободных от курения – это Указы Президента от января 2000 года и августа 2004 года, запрещающие курение (в том числе использование насвая) в министерствах и организациях, на предприятиях (независимо от форм собственности), в военных подразделениях, учебных заведениях, театрах, на всех видах общественного транспорта, в парках и других общественных местах. Курение запрещено в общественных местах, в том числе на улицах, хотя соблюдение этого закона оказывается менее строгим в некоторых отелях, ресторанах и казино. В соответствии с административным кодексом Туркменистана (2013 год) нарушение этого закона может привести к штрафу в размере 50–150 TMT (20–60 долл. США). Полиция, относящаяся к Министерству внутренних дел, в основном отвечает за соблюдение настоящего закона, но директора государственных органов также могут оштрафовать своих сотрудников за курение. Правила дорожного движения от 2003 года запрещают курение водителям автомобилей, но не пассажирам. В соответствии с действующим законодательством только лица, фактически курящие в зонах, свободных от курения, нарушают закон. Законодательстве можно было бы укрепить, если бы сделать возможным штрафовать владельцев или менеджеров помещений, особенно частных помещений, например, отелей или ресторанов, в случаях, когда их клиенты не выполняют требования закона.

Запрет на любую прямую рекламу вступил в силу в 2011 году, но фактическое исполнение остается проблематичным и должно быть усилено. К 2016 году будет также запрещена вся косвенная реклама. Реклама, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий регулируются Министерством торговли и внешнеэкономических связей, в соответствии с Положением о торговле табачными изделиями.

Запрещается продавать или давать табачные изделия лицам в возрасте до 18 лет в соответствии с национальным законодательством. Этот закон исполняется относительно хорошо, и он связан с имеющейся системой лицензирования для розничных продаж. В случае несоблюдения этого закона применяется штраф в размере 600 долл. США и может быть отозвана лицензия.

Новые стандарты для упаковки и маркировки табачных изделий были приняты Службой Государственного стандарта в августе 2010 года и вступили в силу в июле 2011. В соответствии с новыми стандартами предупреждение о вреде курения должно включать в себя текст «Курение убивает» (черные буквы на белом фоне), который должен занять 30% от площади поверхности передней стороны пачки. Другое предупреждение о вреде для здоровья (которое можно выбрать из двенадцати вариантов) должно занять до 50% оборотной стороны пачки. На некоторых сигаретах в розничной продаже также имеются предупреждения о вреде для здоровья на иранских, русском или узбекском языках.

В настоящее время Туркменистан рассматривает вопрос начать использовать к концу 2013 года выразительные графические изображения, иллюстрирующие вред для здоровья, похожие на тайские предупреждения (которые являются одними из самых эффективных в мире), что сделает Туркменистан одной из первых стран, использующих такие предупреждения в Европейском регионе ВОЗ. С помощью новых технических регламентов по упаковке и маркировке табачных изделий (обсуждаемых в настоящее время) и нового закона о борьбе против табака, который должен быть принят до конца 2013 года, планируется привести законодательство в этой области в соответствие со статьей 11 об упаковке и маркировке табачных изделий РКБТ ВОЗ и рекомендациями по ее осуществлению.

Лечение табачной зависимости включено в качестве ключевого действия в Национальном плане действий по борьбе против табака на 2012–2016 годы. В настоящее время лечебная помощь в прекращении курения не является обязательной частью медицинского обслуживания ни в одной части системы здравоохранения, несмотря на то, что утверждается, что такая помощь оказывается в некоторых поликлиниках и больницах. Эти услуги предоставляются в девяти центрах «доверия», расположенных в городе Ашхабаде и во всех областных центрах. При этих центрах работает специальная «горячая» телефонная линия для анонимного консультирования по вопросам борьбы против табака. Число лиц, получающих за год консультирование по прекращению курения, неизвестно. Было сообщено о том, что все расходы, связанные с консультативной помощью в прекращении курения, покрываются системой здравоохранения. Услуги, предоставляемые центрами, рекламируются в еженедельной программе о здоровье на национальном телевидении и по другим каналам средств массовой информации. Просвещение в области здоровья предоставляется разным группам населения также путем распространения информационных материалов.

4.1.2 Профилактика вредного употребления алкоголя

Имеется мало информации об употреблении алкоголя; новые данные ожидаются в результате исследования STEPS. По оценкам ВОЗ употребление на душу населения в Туркменистане в 2003–2005 годах (средний показатель за три года) составило для взрослых (старше 15 лет) 4,6 литров чистого алкоголя, из которых половина была учтена, а половина не учтена (24). В 2008 году общее потребление чистого алкоголя составило по оценкам 5 литров в год на человека (ниже, чем в среднем в мире) (9). В 2005 году крепкие спиртные напитки составили лишь немногим более половины (52%) употребленного алкоголя (24). Информации о закономерностях употребления алкоголя не имеется. Подробная оценка мер, предпринимаемых в целях профилактики вредного употребления алкоголя, еще не была выполнена. Национальное исследование, проведенное по международной методологии в 2012 году, показало, что 35,3% мужчин в возрасте 15–49 лет и 6,4% мужчин – в возрасте 15–19 лет употребляют алкоголь.

4.1.3 Меры для улучшения рациона питания и повышения физической активности

По оценкам ВОЗ в 2008 г. в Туркменистане 13,9% мужчин и 14,5% женщин страдали ожирением (9). Информации об избыточном весе и ожирении у детей не имеется, хотя было установлено, что задержка роста среди детей в возрасте до пяти лет наблюдалась у 1 из 5 (у мальчиков – 21%, у девочек – 17%) (25, 26).

В мае 2013 года в Туркменистане была принята Национальная программа по здоровому питанию населения на 2013–2017 годы. Цель этой программы заключается в расширении и активизации деятельности, связанной с охраной здоровья населения, профилактикой заболеваний, внедрением принципов здорового образа жизни и созданием более привлекательного образа здорового питания в общественной культуре. Главными целями программы являются: провести широкомасштабную информационную кампанию о здоровом питании; разработать и внедрить правила и положения о здоровом питании; и пересмотреть условия питания в детских садах, школах, предприятиях общественного питания и всех других соответствующих учреждениях в свете современных тенденций в области здорового питания. Одна часть программы посвящена обеспечению строгого контроля качества и безопасности пищевых продуктов и оказанию поддержки в организации производства продуктов питания в соответствии с требованиями здорового питания. Эта область работы охватит не только отечественное производство продуктов питания, но и импортируемые продукты.

Национальная программа поддержки и развития спорта и физического воспитания в Туркменистане на 2011–2020 годы была одобрена Президентом в мае 2012. К ее основным целям относятся содействие физической культуре, спорту и здоровому образу жизни и активному участию граждан в физическом воспитании и в массовом спорте. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности сотрудничает с Государственным комитетом по спорту, другими министерствами, муниципалитетами в регионах и в Ашхабаде и общественными организациями для обеспечения активного участия молодежи в проводимых мероприятиях. В целях развития спорта и физического воспитания в различных организациях, предприятиях и обществах будут построены новые спортивные объекты, существующие объекты будут реконструированы и их материальная база будет укреплена. Проводится большой набор образовательных и информационных мероприятий, посвященных заботе о собственном здоровье и здоровье других людей, спорту как источнику

физического и духовного развития, искоренению плохих привычек, таких как наркомания, курение и т. п., и подготовке молодых талантов для участия в массовых спортивных мероприятиях. Для содействия физической культуре, спорту и здоровому образу жизни по телевидению транслируются специальные информационные программы. В этих программах подчеркивается важность участия в одном или нескольких видах спорта или активного отдыха на протяжении всей жизни, начиная с детства, а также развития семейных видов спорта и создания привычки ежедневного участия в такой деятельности у членов семьи. Выросло число массовых спортивных мероприятий и мероприятий активного отдыха, и были проведены крупные акции, чтобы повысить осведомленность о таких мероприятиях и поощрить участие в них публики (Вставка 3).

Вставка 3. Массовые мероприятия по содействию физической активности для здоровья и благополучия.

Кабинет министров издает специальные указы по организации мероприятий массового спорта и активного отдыха. Одним из примеров такой деятельности является общенациональная акция «Неделя здоровья и счастья», национальная кампания, приуроченная к Всемирному дню здоровья. В 2012 году в организованную по инициативе Президента Туркменистана «Неделю здоровья и счастья» был проведен большой список мероприятий в целях пропаганды здорового образа жизни при поддержке министерств, организаций и предприятий. Мероприятия были организованы в каждой провинции Туркменистана и включали крупномасштабные соревнования «Здоровая семья», конференцию под названием «Страна здоровья и счастья – моя родина Туркменистан!» и спортивные шоу и соревнования различного уровня. «Неделя здоровья и счастья» завершилась 7 апреля 2012 года массовой прогулкой по «Тропе здоровья» и финалами массовых спортивных турниров. В 2013 году массовая прогулка была повторена, и состоялись многие другие спортивные мероприятия, такие как 8-километровый марафон по «Тропе здоровья», в котором принял участие Президент. Праздничные спортивные мероприятия, посвященные Всемирному дню здоровья, были также проведены во всех областях и районах страны. В сентябре 2013 года Президент принял участие в общенациональном велосипедном марафоне, в котором участвовало более чем 30 000 велосипедистов (около 15 000 участников только в Ашхабаде и 15 000 участников по регионам).

4.2 Сфера действия индивидуальных услуг

4.2.1 ССЗ и диабет

По оценкам ВОЗ распространенность повышенного артериального давления среди взрослых в возрасте 25 лет и старше составила в 2008 году 38,3% среди мужчин и 32,8% среди женщин. В том же году распространенность повышенного уровня глюкозы в крови натощак среди взрослых в возрасте 25 лет и старше была по оценкам ВОЗ 12,0% среди мужчин и 10,1% среди женщин (9). Предполагается, что результаты исследования STEPS, которые ожидаются к концу 2013 года, предоставят дополнительную информацию. Оценка того, насколько эффективными являются имеющиеся системы диагностики и лечения основных заболеваний, связанных с ССЗ, таких как гипертония и диабет, была проведена, но она была недостаточно информативной. В ответе Туркменистана на исследование потенциала страны, проведенное по методу ВОЗ в 2013 году, указано, что в системе здравоохранения проводится выявление факторов риска и принимаются меры по их снижению на первичном, вторичном и третичном уровнях, что утвержденные правительством рекомендации существуют для основных НИЗ и что соответствующие основные лекарственные средства, анализы и процедуры являются общедоступными с существенной компенсацией. Приказ Министра здравоохранения и медицинской промышленности регулирует медицинское обслуживание по ССЗ и утверждает ряд соответствующих протоколов.

4.2.2 Вакцинация против гепатита В

В 2002 году в Туркменистан была введена всеобщая иммунизация детей против вирусного гепатита В (27). Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) оказывал поддержку этому проекту в 2001–2006 годах. Охват детей в возрасте 1 года иммунизацией третьей дозой вакцины против гепатита В составил в 2011 году 97% (9).

4.2.3 Рак шейки матки

В рамках партнерства между Министерством здравоохранения и медицинской промышленности и ЮНФПА в конце 2010 года была разработана Национальная стратегия Туркменистана по предупреждению рака шейки матки и груди на 2011–2015 годы и в январе 2011 года была утверждена Национальная стратегия репродуктивного здоровья на 2011–2015 годы (28).

Возможное введение вакцинации против вируса папилломы человека обсуждалось в апреле 2011 года на расширенном заседании Межведомственного координационного комитета Национальной программы

иммунизации вместе с членами технической рабочей группы Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. Для определения соотношения цены и значимости была представлена информация о приемлемости стоимости вакцины и соотношении ее цены и эффективности. На данном этапе было решено, что рабочая группа продолжит свою работу по разработке рекомендаций с технической помощью ВОЗ и ЮНИСЕФ и что окончательное решение о применении новых вакцин будет сделано Межведомственным координационным комитетом (29).

4.2.4 Рак груди

В течение 2013 года группа, состоящая из национальных экспертов из Национального научно-клинического центра онкологии (Ашхабад) и международных экспертов по многопрофильным скринингу на рак груди и диагностике и лечению, в сотрудничестве провела оценку текущего состояния дел в Туркменистане в отношении раннего обнаружения рака груди и рассмотрела перспективы дальнейших улучшений.

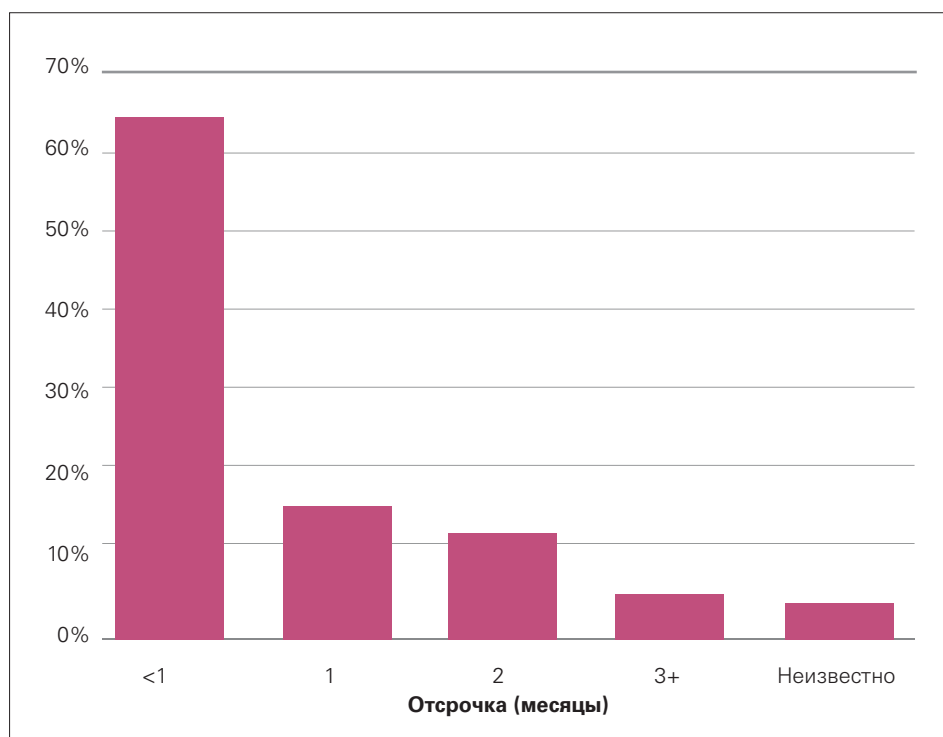
Существенные возможности для выявления, диагностики и лечения рака груди имеются в настоящее время в Национальном научно-клиническом центре онкологии в Ашхабаде и в четырех областных онкологических центрах в Балканской, Дашогузской, Лебапской и Марыйской областях (веляях). Национальный научно-клинический центр онкологии возглавляет клинические службы диагностики и лечения рака, разрабатывая стандарты практической деятельности и координируя их применение по стране в сотрудничестве с региональными центрами. Он также способствует обмену информацией и опытом между специалистами онкологических больниц и центрами ПМСП. Директор Национального научно-клинического центра онкологии также выступает в роли официального советника по онкологии для Министра здравоохранения и медицинской промышленности.

Хорошо организованная служба ПМСП также придает большое значение профилактике и раннему обнаружению рака груди и других распространенных видов рака, таких как рак шейки матки и прямой кишки, и внимательно следит за пациентами. Служба ПМСП обеспечивает доступ всего населения к командам медицинских работников, работающих в местных амбулаториях или центрах, каждый из которых обслуживает 1000 человек.

Оценка текущей ситуации показала, что в стремлении улучшить контроль рака груди Туркменистан имеет ряд важных преимуществ. Имеется сильная правительственная поддержка программ здоровья в целом и здоровья женщин и детей в частности.

Существует хорошо развитая система ПМСП, в которой имеется хорошо отлаженная система раннего выявления рака груди. Инфраструктура здравоохранения в целом высокоразвита, сюда относятся передовое лечение онкологических заболеваний и короткое время ожидания для пациентов с раком груди (Рис. 5). Национальный научно-клинический центр онкологии хорошо оборудован и развивается в референс центр по подготовке специалистов и обеспечению качества в многопрофильных скрининге, диагностике и лечении рака груди. Имеет место хорошее сотрудничество между Национальным научно-клиническим центром онкологии и региональными онкологическими центрами, что продемонстрировано сбором данных для настоящего отчета. Национальный научно-клинический центр онкологии, как представляется, оказывает стратегическое влияние на национальную политику в области здравоохранения.

Рис. 5. Отсрочка госпитализации пациентов после диагностирования рака груди в январе-марте 2013 г.



Источник: Национальный научно-клинический центр онкологии, Ашхабад, Туркменистан.

Одной из основных проблем, которую требуется разрешить, является сравнительно поздняя стадия, на которой диагностируют рак груди. В первом квартале 2013 года на стадии преинвазивного рака (рака in situ) были госпитализированы в онкологических центрах только два новых случая (2%). Еще одной проблемой является отсутствие общего для всего населения учета рака в национальном реестре или других источников подробной информации о работе служб здравоохранения с пациентами с раком груди. Из-за отсутствия информации становится труднее выявить возможности для улучшения. Также при лечении пациентов с раком груди недостаточно используются методы визуализации (маммография – 33%, ультразвук – 46%, магнитно-резонансная томография – 4%, рентгенография образцов ткани – 0%).

Разработка и апробирование более эффективной программы раннего обнаружения рака груди в дополнение к текущей деятельности могли бы существенно уменьшить время рака груди у населения и также стимулировали бы повышение качества и эффективности симптоматического лечения. С учетом относительно высокой распространенности рака груди в Ашхабаде пробный скрининг с использованием маммографии мог бы быть организован на базе Национального научно-клинического центра онкологии. В других регионах раннее выявление рака груди может быть улучшено путем применения передовых протоколов для диагностики и многопрофильного лечения, разработанных в программе пробного скрининга, и с использованием инфраструктуры, подготовленной в Национальном научно-клиническом центре онкологии в процессе обеспечения качества и подготовки кадров. После успешного осуществления пробной программы для скрининга населения на рак груди с применением маммографии можно будет оценить целесообразность создания аналогичных программ в других регионах страны. Разработка и апробирование региональной программы для рака груди будет также способствовать разработке аналогичных программ для других раков.

Без активного участия гражданского общества и в частности представителей целевой группы населения существует опасность того, что участие в скрининге и других программах раннего обнаружения рака груди будет низким из-за отсутствия эффективной коммуникации и понимания преимуществ и рисков. Важно не иметь нереалистичных ожиданий быстрого улучшения; не менее важно иметь достаточную поддержку правительства на время длительной переходной фазы планирования программ и их апробирования и развертывания; при недостаточной поддержке правительства программа скрининга может не состояться. Отсутствие независимого руководства программой, которое бы обладало достаточными полномочиями и ресурсами для координации программы и обеспечения качества и контроля всех основных мероприятий в процессе скрининга, может серьезно затруднить развитие и осуществление эффективной программы.

5. Переориентация служб здравоохранения на профилактику и лечение

В качестве основы для этого раздела был использован разработанный Робертсом и Стивенсоном (4) набор из 15 важных проблем и возможностей системы здравоохранения в профилактике НИЗ. Несмотря на то что детальная оценка системы здравоохранения еще не была проведена, опираясь на выводы миссии ВОЗ по оценке (август 2013 года), а также на опубликованные материалы, можно сформировать первоначальное впечатление об относительных сильных сторонах и трудностях в 15 сферах (Рис. 6).

Рис. 6. Пятнадцать важных проблем и возможностей для системы здравоохранения в профилактике НИЗ.

Политическая приверженность вопросам НИЗ	Четкий выбор подходов на основе приоритетов	Межведомственное взаимодействие	Расширение возможностей населения
Эффективная модель предоставления услуг	Координация деятельности всех поставщиков услуг	Сдвиг в регионы	Системы стимулирования
Интеграция доказательств в практику	Распределение и состав человеческих ресурсов	Доступ к качественным лекарствам	Эффективное управление
Адекватные информационные решения	Управление изменениями	Обеспечение доступа и финансовой защищенности	

5.1 Сильные стороны

Одно из основных достоинств туркменской системы здравоохранения – это политическая воля улучшить службу здравоохранения для населения. В мае 2012 года правительство Туркменистана утвердило Государственную программу развития сектора здравоохранения в Туркменистане на 2012–2016 годы и соответствующий план действий. Эта программа и ее план действий составляют часть Национальной программы социально-экономического развития Туркменистана на 2011–2030 годы и Программы Президента Туркменистана по социально-экономическому развитию на 2012–2016 годы. Они также помогают ускорить развитие системы здравоохранения, повышая таким образом доступность высококачественных услуг здравоохранения и современных медицинских учреждений.

Другая сильная сторона – это наличие в настоящее время ресурсов. Финансирование программ здравоохранения, по всей видимости, имеет поддержку Президента, Министра здравоохранения и медицинской промышленности и должностных лиц на самом высоком уровне центрального правительства, ответственных за принятие решений. Высокие темпы экономического роста, обеспеченные использованием природных ресурсов, свидетельствует о том, что страна может себе позволить вкладывать значительные средства в модернизацию своей системы здравоохранения. Такие вложения, если они делаются разумно, могли бы способствовать долгосрочному развитию человеческого потенциала и экономическому развитию Туркменистана. Тем не менее, они должны быть официально оформлены и распределены на основе национального плана здравоохранения для минимизации неэффективности, уменьшения пробелов и создания основ для устойчивой и взаимосвязанной системы здравоохранения.

Складывается впечатление, что учреждения первичного медико-санитарного обслуживания рассредоточены по всему Туркменистану и доступны для большинства населения. Наличие современных больниц и медицинских учреждений, особенно в Ашхабаде, и мощной сети сельских учреждений здравоохранения должно также быть выделено в качестве сильной стороны системы. В то время как некоторые опорные элементы нуждаются в укреплении, в особенности обучение нынешних и будущих специалистов в области

медицины и общественного здравоохранения, наличие в некоторых местах надлежащей инфраструктуры для их практической деятельности несомненно является преимуществом.

Конституция Туркменистана и различные законодательные документы обеспечивают разные аспекты права на охрану здоровья, в том числе бесплатное пользование сетью государственных учреждений здравоохранения гражданами, иностранными гражданами, лицами без гражданства и беженцами. Доступ к первичной и экстренной медицинской помощи предоставляется на основании места жительства данного человека. Для тех, кто являются безработными или не имеют определенного места жительства, предоставление бесплатных медицинских услуг осуществляется в соответствии с общей практикой в том месте, где было сделано обращение. Юридически мигранты и беженцы имеют доступ к лечению наравне с гражданами Туркменистана.

5.2 Трудности

Наиболее важные препятствия на пути к качественным услугам в области профилактики НИЗ и борьбы с ними в Туркменистане описаны ниже в порядке значимости.

Как упоминалось ранее, недостаточная стандартизация системы информации является одним из наиболее важных недостатков, препятствующих силам страны принимать эффективные и действенные меры в отношении бремени НИЗ. Такая система является важным инструментом для следующих аспектов: отслеживание и оценка эффективности нынешних и будущих программ; описание особенностей бремени болезней, в том числе по конкретным подгруппам населения с высоким риском; выявление возникающих угроз для здоровья населения; обеспечение качества медицинской помощи и безопасности пациентов; и регулировка политики в области здравоохранения для точного соответствия меняющимся потребностям туркменского народа.

Отсутствие процессов установления приоритетов можно проследить непосредственно к препятствию, описанному выше. Без подробных эпидемиологических данных, дающих точную картину особенностей бремени болезней, невозможно понять потребности населения в здравоохранении. Отношение ко всем угрозам для здоровья как имеющим одинаковое и большое значение может привести к самоотверженным усилиям в отношении определенных болезней или мер системы здравоохранения, которые будут несоразмерны по отношению к их воздействию на население. Существует настоятельная необходимость понять, что является главными причинами преждевременной смертности и заболеваемости, и разработать национальную стратегию здравоохранения, основанную на этой информации.

Имеются возможности для улучшения доступности всеобщей службы здравоохранения и для ограничения потенциального финансового бремени. Имеется программа частично субсидируемого добровольного медицинского страхования. Несмотря на то, что по правилам определенные группы (такие как матери, дети и пациенты, страдающих от хронических заболеваний) освобождаются от уплаты 50–100% от некоторых сборов и платежей, включая оплату медикаментов, необходимых при таких заболеваниях, население в целом оплачивает в среднем 50% стоимости услуг здравоохранения. Этот факт говорит о том, что люди с плохим здоровьем несут чрезмерную финансовую нагрузку, и что это, скорее всего, ограничивает доступность медицинских услуг для уязвимых групп населения.

В соответствии с глобальной нехваткой людских ресурсов для здравоохранения Туркменистан также страдает от недостаточного количества хорошо подготовленных специалистов в области здравоохранения. Поэтому с учетом стратегических потребностей должны быть сделаны значительные инвестиции в обучение и удержание специалистов здравоохранения. Обучение по предмету общественного здравоохранения и в сфере научных исследований службы здравоохранения, безусловно, бы выиграло от создания хорошо продуманной школы общественного здравоохранения, а также соглашений и совместных программ с широко признанными школами в этой области.

Существует необходимость лучше интегрировать фактические данные в практическую деятельность. В соответствии с отсутствием надежных информационных систем, относительно неполные оценки медицинских технологий в стране приводят к тому, что для принятия решений по вопросам политики в области здравоохранения не всегда имеются требуемые доказательства или факты, специфичные для конкретных ситуаций. Это может быть особенно важно в отношении мероприятий по НИЗ.

И наконец, нужна более эффективная координация между поставщиками услуг. Хотя существуют современные больницы и учреждения первичной медико-санитарной помощи, следует уделить внимание протоколам, которые будут гарантировать плавный переход пациентов из одного медицинского учреждения в другое.

6. Выводы и соображения

В настоящем отчете проведен предварительный анализ проблем, связанных с НИЗ в Туркменистане, и уже предпринятых в стране мер в ответ на НИЗ. Дополнительная информация вдобавок к этим выводам должна стать доступной в результате продолжающегося исследования ВОЗ STEPS и тогда, когда появится возможность для более глубокой оценки системы здравоохранения. Тем не менее, несмотря на ограничения, удалось получить общее впечатление.

Туркменистан переживает период экономического роста и социального развития. С 1990 года показатель младенческой смертности снижается и складывается впечатление, что ожидаемая продолжительность жизни растет. Хотя более половины населения моложе 25 лет, население в целом стареет, и доля людей старше 65 лет растет. На основе имеющихся в настоящее время данных и оценок ВОЗ представляется, что НИЗ уже являются главной причиной смертности в стране, и основной вклад в смертность вносят ССЗ. Ведущим типом рака для женщин является рак груди с диагностикой на относительно поздней стадии; ведущий тип рака для мужчин – рак желудка. Данные по факторам риска НИЗ, сопоставимые с международными данными, являются ограниченными, но представляется, что курение распространено мало и что потребление алкоголя на душу населения ниже среднего мирового показателя. Распространенность ожирения не известна; около пятой части детей в возрасте до 5 лет имеют задержку роста.

С точки зрения политики «Здоровье-2020» можно выделить некоторые важнейшие вопросы. Имеются доказательства равенства полов; например, образование и грамотность среди взрослого населения страны являются высокими для обоих полов. Принимается законодательство, способствующее возможностям местных органов власти более чутко реагировать на потребности местного населения, вовлекая все уровни управления и расширяя участие гражданского общества в процессах принятия решений. Существует сильное лидерство и приверженность, основные компоненты программы Президента для социального и экономического развития – это здравоохранение и адаптация и медицинских служб. Обнадёживает, что для разработки стратегии в отношении НИЗ применяется межсекторальный подход и что этот подход получает значительную поддержку. Кроме того, исследование HBSC, проведенное в 2012 году, представило свидетельства усилий по укреплению национальных систем отслеживания, и ожидается, что проводимое в настоящее время исследование STEPS сделает то же самое.

Можно выделить и ряд других сильных сторон в оцененных сферах. В дополнение к приверженности на высоком уровне укреплению здоровья населения и развитию системы здравоохранения, имеются потенциальные ресурсы для инвестиций. Приняты строгие законы в отношении контроля табака, и есть свидетельства достаточно хорошего исполнения этих законов. В 2013 году была принята национальная программа по здоровому питанию, и осуществляется национальная программа по развитию спорта. Повсеместно проводится вакцинация детей против гепатита В, и охват вакцинацией высокий. На базе Национального научно-клинического центра онкологии и региональных онкологических центров уже имеются существенные возможности для обнаружения, диагностики и лечения рака груди. Существует хорошо развитая система здравоохранения с обширной инфраструктурой медицинских учреждений и хорошо организованной системой ПМСП, также и в сельской местности.

Если говорить о трудностях, то отсутствие стандартизированной информационной системы рассматривается как тормозящий фактор не только для профилактики и контроля НИЗ, но также в отношении следующего: оценка бремени болезней; регистрация болезней; определение приоритетов; работа системы здравоохранения; и отслеживание и оценка программ. К недостаткам системы здравоохранения относятся неполная доступность для всего населения услуг здравоохранения; недостаток человеческих ресурсов; практическая деятельность, не полностью основанная на фактах; недостаточная координация путей пациентов по учреждениям-поставщикам услуг здравоохранения. От более активного участия гражданского общества, например, в программах скрининга и раннего обнаружения рака, выиграли бы ряд программ в области здравоохранения и был бы укреплен подход «Здоровья-2020».

В отчете предлагается для рассмотрения ряд направлений, в которых можно приложить усилия. Во-первых, имеется насущная потребность продолжать, при поддержке Регионального бюро ВОЗ, уже начатую работу по разработке национальной стратегии по борьбе с НИЗ с учетом международного и регионального опыта в решении таких же проблем. Надежный стратегический план, а также оперативный план мер по борьбе с бременем НИЗ помогут преодолеть препятствия и объединить уже проводимые разрозненные мероприятия, интегрируя действия различных субъектов в рамках одной программы. Такой план должен быть как можно более конкретным с заданными временными рамками, он должен описывать все запланированные мероприятия и кем они будут выполняться, какое будет распределение ответственности и компетенций различных субъектов в секторе здравоохранения, а также он должен содействовать подотчетности. В таком плане должны быть четко прописаны меры по преодолению обозначенных выше препятствий, и не в

последнюю очередь – создание национальной медицинской информационной системы, которая должна будет включать: показатели смертности, заболеваемости и распространенности всех болезней в соответствии со стандартами Международной классификации болезней; национальное исследование состояния здоровья, отслеживающее детерминанты здоровья; а также результаты лечения пациентов и больничные показатели для оценки качества медицинской помощи.

Во-вторых, следует поддерживать неизменную приверженность правительства Туркменистана борьбе против табака, в связи с чем ожидается введение нового закона к концу 2013 года. Предлагаемый закон включает в себя ряд более строгих принципов в соответствии с обязательствами по РКБТ ВОЗ. Обеспечение соблюдения на высоком уровне уже существующих и предлагаемых стратегий борьбы против табака приведет к улучшению здоровья, что в последнее время происходило в ряде других стран в регионе. Проводимое в настоящее время в Туркменистане исследование STEPS в первый раз предоставит данные о распространенности курения среди взрослого населения в формате, сопоставимом с международными данными. Если полученные данные подтвердят низкую распространенность среди взрослого населения, Туркменистан может оказаться страной с самым низким уровнем курения в регионе и в мире и, таким образом, может возглавить заключительную часть антитабачной борьбы.

В-третьих, для того, чтобы воспользоваться возможностями для улучшения контроля рака груди, власти могут рассмотреть вопрос о создании автономной типовой программы по улучшению раннего обнаружения рака груди, опираясь на сильные стороны системы здравоохранения. Для разработки такой программы потребуется создание и финансирование междисциплинарной рабочей группы национальных и международных экспертов с высокой квалификацией в области планирования и управления программами скрининга населения на рак, чтобы эта группа подготовила проект предложения по региональной пробной программе для скрининга на рак груди на базе Национального научно-клинического центра онкологии. Для обеспечения качества программы раннего обнаружения должен быть установлен реестр учета раковых заболеваний населения, соответствующий международным стандартам и предоставляющий полные и надежные данные для отслеживания работы программы и оценки ее влияния на бремя болезней. Передовая программа скрининга населения с использованием маммографии, которую вначале необходимо будет опробовать в регионе Ашхабада и оценить, сможет привести к изменениям и улучшению раннего обнаружения рака груди в Туркменистане в ближайшие годы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Резолюция WHA66.10 Всемирной ассамблеи здравоохранения. Последующие меры в контексте Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-ru.pdf, по состоянию на 28-11-2013).
2. Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. 2013. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 28-11-2013).
3. Kickbusch I, Behrendt T. Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215820/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Eng.pdf, по состоянию на 28-11-2013).
4. Roberts M, Stevenson MA. Improving outcomes for noncommunicable diseases through health system strengthening. A background note. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; in press.
5. International Human Development Indicators [website]. Turkmenistan. Country Profile human development indicators. Geneva: United Nations Development Programme; 2013 (<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/TKM.html>, по состоянию на 28 October 2013).
6. European Health for all database [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, по состоянию на 28-11-2013).
7. Global burden of disease: generating evidence guiding policy. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013 (<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/publications/policy-report/global-burden-disease-generating-evidence-guiding-policy>, по состоянию на 28-11-2013).
8. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/, по состоянию на 28-11-2013).
9. World Health Statistics 2013. Geneva: World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/, по состоянию на 28-11-2013).
10. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/, по состоянию на 28-11-2013).

11. Ferlay J et al., editors. GLOBOCAN 2008: cancer incidence and mortality worldwide. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010 (<http://www.iarc.fr/en/publications/eresources/cancerbases/index.php>, по состоянию на 28-11-2013).
12. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, по состоянию на 28-11-2013).
13. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, по состоянию на 28-11-2013).
14. McQueen DV et al., editors. Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (Observatory Studies Series No. 26; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/studies/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>, по состоянию на 28-11-2013).
15. Leppo K et al., editors. Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; Finland, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf, по состоянию на 28-11-2013).
16. Health care systems in transition: Turkmenistan. Brussels: European Observatory on Health Care Systems; 2000 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96417/E70316.pdf, по состоянию на 28-11-2013).
17. Инструмент STEPS ВОЗ (основной и расширенный модули). Поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору факторов риска неинфекционных заболеваний. Инструмент, версия 2.1. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (http://www.who.int/chp/steps/instrument/STEPS_Instrument_V3.0_RU.pdf, по состоянию на 28-11-2013).
18. Gurbansoltan Eje Clinical Research Center for Maternal and Child Health (GECRCMCH), Ministry of Health and Medical Industry, Turkmenistan, and ORC Macro. Turkmenistan. Demographic and Health Survey 2000. Calverton, MD: GECRCMCH and ORC Macro; 2001 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR130/FR130.pdf>, по состоянию на 28-11-2013).
19. Turkmenistan country analysis 2008. Ashgabat: United Nations; 2008.
20. Turkmenistan's opaque health system. April 2010. Ashgabat: Médecins sans Frontières; 2010 (<http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2010/MSF-Turkmenistan-Opaque-Health-System.pdf>, по состоянию на 28-11-2013).
21. Резолюция Организации Объединенных Наций A/RES/66/2, Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2012 (<http://www.un.org/ru/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml> и <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/96/PDF/N1145896.pdf?OpenElement>, по состоянию на 28-11-2013).
22. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf, по состоянию на 28-11-2013).
23. United Nations Population Fund (UNFPA) [website]. Health behaviour among school-aged children (HBSC) survey results presented, 28 August 2012. Ashgabat, UNFPA, 2013 (<http://www.unfpa.org.tm/en/pressroom/news/local-news/local-news-8/>, по состоянию на 28-11-2013).
24. Country profile: Turkmenistan. In: Global status report on alcohol and health 2011. Geneva; World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, по состоянию на 28-11-2013).
25. Multiple Indicator Cluster Survey (MICS3). Ashgabat: United Nations Children's Fund, Turkmenistan; 2006.
26. Improving child nutrition: the achievable imperative for global progress. New York: United Nations Children's Fund; 2013 (http://www.unicef.org/media/files/nutrition_report_2013.pdf, по состоянию на 28-11-2013).
27. National plan of action on safe immunization practices 2004-2010. Ashgabat: Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan; 2003.
28. Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) [вэб сайт]. Туркменистан: Материнское и младенческое здоровье. Нью-Йорк: ЮНФПА; 2013 (<http://www.unfpa.org.tm/ru/activities/maternal-and-newborn-health/>, по состоянию на 28-11-2013).
29. WHO Regional Office for Europe [вэб сайт]. Introduction of new vaccines in Turkmenistan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2011/04/introduction-of-new-vaccines-in-turkmenistan>, по состоянию на 28-11-2013).

The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Belarus
Belgium
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czech Republic
Denmark
Estonia
Finland
France
Georgia
Germany
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Israel
Italy
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Latvia
Lithuania
Luxembourg
Malta
Monaco
Montenegro
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
San Marino
Serbia
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Switzerland
Tajikistan
The former Yugoslav
Republic of Macedonia
Turkey
Turkmenistan
Ukraine
United Kingdom
Uzbekistan

