



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения



Страновая оценка

ТУРКМЕНИСТАН



Jill Farrington
Anastasia Koulyu
Anne Staehr Johansen
Marilys Corbex
Ivo Rakovac
Isabel Yordi Aguirre

Francesca Romana Pezzella
Alexei Yakovlev
Maribel Almonte
Vitaly Smelov
Guljemal Ovezmyradova
Laura Vremis



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ: БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страновая оценка – Туркменистан

Jill Farrington

Anastasia Koulyu

Anne Staehr Johansen

Marilys Corbex

Ivo Rakovac

Isabel Yordi Aguirre

Francesca Romana Pezzella

Alexei Yakovlev

Maribel Almonte

Vitaly Smelov

Guljemal Ovezmyradova

Laura Vremis

РЕФЕРАТ

В Туркменистане высокий уровень преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ). Вероятность преждевременной смерти (в возрасте 30–69 лет) от одного из основных НИЗ составляет 26,9%. Значительные социально-экономические последствия этой ситуации для развития страны обуславливают необходимость срочного укрепления потенциала системы здравоохранения для эффективного реагирования на растущее бремя НИЗ. В Туркменистане в этом направлении уже достигнут значительный прогресс, например, в решении проблемы распространенности поведенческих факторов риска и в модернизации инфраструктуры медицинских учреждений, имеется также политическая приверженность, однако показатели по контролю НИЗ все еще нуждаются в улучшении. В настоящем докладе приведен обзор проблем и возможностей системы здравоохранения Туркменистана применительно к наращиванию основных услуг профилактики, ранней диагностики и лечения НИЗ. Также освещены примеры передовой практики борьбы против табака. 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
PROGRAMME EVALUATION
TURKMENISTAN

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, 2019 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.

Дизайн и обложка: Кристоф Лану, Бордо, Франция

Фото обложки: Страновой офис ВОЗ в Туркменистане

Содержание

Содержание	iii
Выражение благодарности	iv
Принятые сокращения	v
1. Введение и обоснование	1
2. Показатели неинфекционных заболеваний	2
2.1 Показатели смертности	2
2.2 Гендер и НИЗ	3
3. Охват основными вмешательствами и услугами в области НИЗ	9
3.1 Вмешательства на уровне населения	10
3.2 Индивидуальные услуги	19
4. Барьеры системы здравоохранения и возможности для расширения охвата основными вмешательствами и услугами	32
Барьер 1. Политическая приверженность делу борьбы с НИЗ	32
Барьер 2. Формирование четких подходов к установлению приоритетов и предельных значений	34
Барьер 3. Укрепление межведомственного сотрудничества	35
Барьер 4. Расширение прав и возможностей населения	36
Барьер 5. Внедрение эффективных моделей предоставления услуг	37
Барьер 6. Улучшение координации между поставщиками услуг	41
Барьер 7. Использование экономии за счет масштаба и специализации	43
Барьер 8. Создание надлежащих систем стимулирования	47
Барьер 9. Использование фактических данных в практике	48
Барьер 10. Решение задач кадрового обеспечения	50
Барьер 11. Улучшение доступа к качественным лекарственным средствам для лечения НИЗ	52
Барьер 12. Эффективное управление	56
Барьер 13. Организация эффективного информационного обеспечения	57
Барьер 14. Управление процессом преобразований	58
Барьер 15. Обеспечение доступа к помощи и снижение финансового бремени	59
5. Инновации и передовая практика	63
5.1 Борьба против табака	63
6. Рекомендации в отношении политики	65
Библиография	71
Приложение 1. Источники и методы анализа данных	77
Приложение 2. Критерии оценки охвата вмешательствами в отношении табака, алкоголя и питания	78
Приложение 3. Критерии оценки охвата вмешательствами на индивидуальном уровне	81

Выражение благодарности

Авторы выражают искреннюю признательность должностным лицам государственных органов Туркменистана.

Проведение настоящей оценки и составление доклада были бы невозможны без поддержки со стороны всех участников интервью, которые посвятили время участию в опросах и поделились своими мнениями с авторами настоящей работы.

С благодарностью отмечается вклад в организацию визита ВОЗ для проведения оценки Странового бюро ВОЗ в Туркменистане и Министерства здравоохранения и медицинской промышленности, а также вклад министерств и ведомств Туркменистана в предоставление материалов, составивших основу настоящего доклада.

Авторы высоко ценят вклад Kristina Mauer-Stender, Carina Jorge Dos Santos Ferreira Borges Bigot, Jo Jewell, Kremlin Wickramasinghe, Joao Rodrigues Da Silva Breda, Hanne Bakke Pedersen, Guillaume Dedet, Gabrielle Jacob, Stefanie Praxmarer-Fernandes, Cris Scotter, Елизаветы Лебедевой и Наталии Федкиной, Европейское региональное бюро ВОЗ. В публикации также использовались рекомендации Melitta Jakab и Juan Tello, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Авторы выражают благодарность Juan Garcia Dominguez, обеспечившему публикацию докладов данной серии в соответствии с высокими стандартами качества, Christophe Lanoux за полиграфическое оформление настоящего доклада, а также Anita Strandsbjerg, Sharon Miller и Jesus Castro Izquierdo за обеспечение высокого качества данной публикации.

Данная страновая оценка была выполнена под общим руководством Paulina Karwowska, Представителя ВОЗ и главы странового офиса ВОЗ в Туркменистане, Hans Kluge, директора Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, и Bente Mikkelsen, директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ.



Принятые сокращения

АПФ	ангиотензин-превращающий фермент
ВВП	валовой внутренний продукт
ВОП	врач общей практики
ДИ	доверительный интервал
КДП	консультативно-диагностическая помощь
КР	клинические руководства
КТ	компьютерная томография
МКБ-10	МКБ-10 Международная классификация болезней, 10-й пересмотр
НИЗ	неинфекционные заболевания
НПО	неправительственная организация
ОИМ	острый инфаркт миокарда
ОКС	острый коронарный синдром
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
РКБТ ВОЗ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
СНГ	Содружество Независимых Государств
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
ЦУР	Цели устойчивого развития
ЧКВ	чрескожное коронарное вмешательство
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭМК	электронная медицинская карта
CEDAW	Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
COSI	Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением
HbA1C	гликированный гемоглобин
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья [исследование]
HPV	вирус папилломы человека
PEN	Пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний
STEPS	Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору факторов риска неинфекционных заболеваний
24/7	24 часа в сутки, семь дней в неделю (круглосуточно)



1. Введение и обоснование

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются главной причиной смертности, заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ. На четыре основные группы НИЗ – сердечно-сосудистые заболевания, рак, хроническая обструктивная болезнь легких и сахарный диабет – приходится подавляющая часть бремени болезней и преждевременной смертности в масштабах Региона. В 2016 году неинфекционные заболевания, в более широком плане, стали причиной почти 89% всей смертности и 85% бремени болезней в Европе, что повышает нагрузку на системы здравоохранения, тормозит экономическое развитие и создает угрозу благополучию значительных групп населения (1).

НИЗ также наносят значительный макроэкономический ущерб и обостряют проблему бедности (2). Большинство НИЗ носят хронический характер, вследствие чего пациенты неоднократно обращаются за медицинской помощью и нередко вынуждены непрерывно нести расходы, порой разорительные и катастрофические. По имеющимся оценкам, потеря производительности труда вследствие НИЗ достигает значительных масштабов: каждые 10% роста смертности от НИЗ сопровождаются 0,5%-ным сокращением экономического роста. Недавний анализ ВОЗ показывает, что каждый доллар США, вложенный в странах с низким и средним уровнем дохода в реализацию пакета 16 «лучших покупок» ВОЗ (определенных ВОЗ в качестве наиболее экономически эффективных вмешательств по борьбе с НИЗ), к 2030 году принесет прибыль в размере как минимум 7 долларов США (3).

Настоящая страновая оценка – это часть шестилетней программы Европейского регионального бюро ВОЗ по усилению ответных мер системы здравоохранения на НИЗ. Эта многопрофильная и межведомственная работа была мотивирована множасьими призывами государств-членов к комплексным ответным мерам системы здравоохранения в целях сокращения бремени НИЗ, в то время как в отношении политики, на основе которой могли бы строиться такие ответные меры, существует дефицит практически осуществимых рекомендаций.

До настоящего времени проведено 12 таких оценок, в частности в Армении, Беларуси, Хорватии, Эстонии, Венгрии, Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова, Северной Македонии (ранее бывшая югославская Республика Македония), Сербии, Таджикистане и Турции. 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 (4). Несмотря на применяемую общую методику, рекомендации составлялись индивидуально, в соответствии с конкретными условиями каждой страны. Итогом проведенных работ стали обобщающий доклад по Региону (5) и техническая конференция ВОЗ высокого уровня в Ситжесе, Испания, в апреле 2018 г.

Многопрофильная экспертная группа ВОЗ посетила Туркменистан в период с 19 по 22 ноября 2018 года и провела встречи с широким кругом заинтересованных сторон и экспертов, вовлеченных в работу по профилактике и контролю НИЗ. Методология этой оценки основана на первоначальном руководстве по оценке, и выбранный подход также основан на изучении того, что представляет собой комплексный и согласованный подход к достижению наилучших результатов по НИЗ.



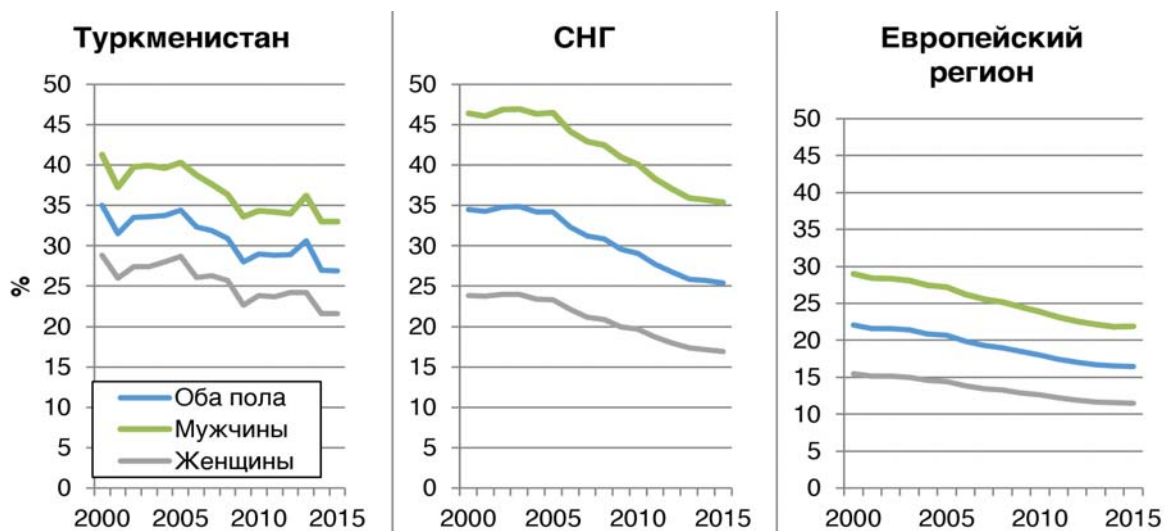
2. Показатели неинфекционных заболеваний

2.1 Показатели смертности

В течение последних двух десятилетий ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Туркменистане неуклонно растет и в настоящее время превышает 70 лет (6). Как и в других странах Европейского региона ВОЗ, подавляющее большинство случаев смерти в стране обусловлено НИЗ. Согласно официальной национальной статистике, представленной в ВОЗ, в 2015 году только 6% из примерно 32 000 случаев смерти были связаны с инфекционными и паразитарными болезнями и внешними причинами травм.

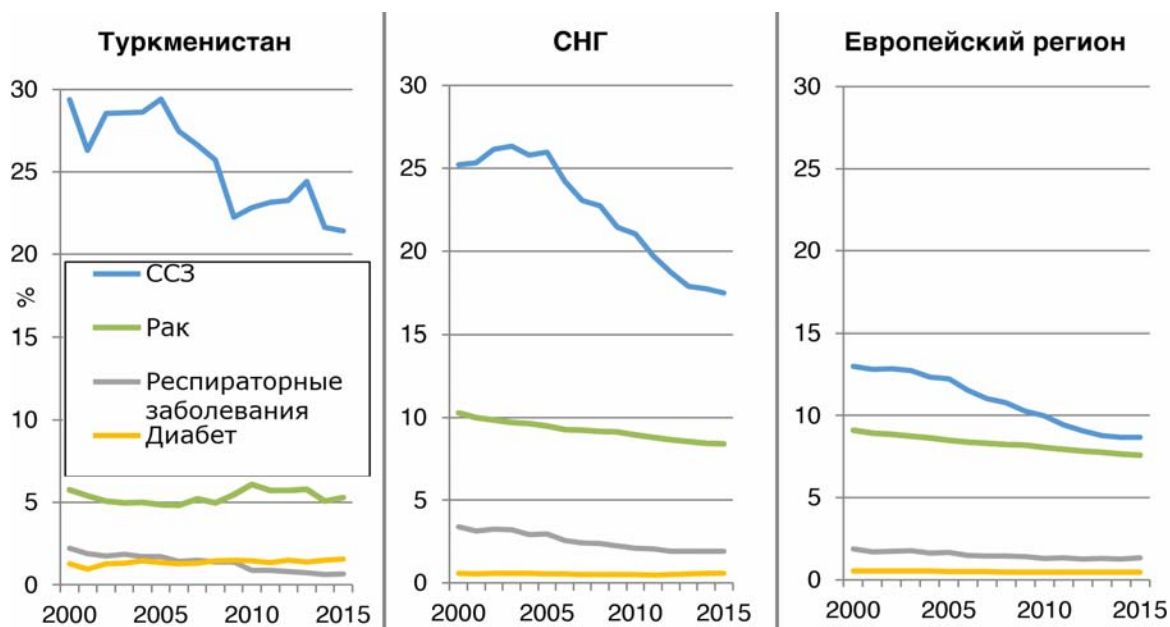
Одной из задач, поставленных в Целях в области устойчивого развития (ЦУР), является сокращение преждевременной смертности от НИЗ на одну треть к 2030 году. В течение последних десятилетий показатели преждевременной (от 30 до 70 лет) смертности от четырех основных НИЗ - ССЗ, рака, хронической обструктивной болезни легких и диабета - неуклонно снижаются в Туркменистане, в Содружестве Независимых Государств (СНГ) и в Европейском регионе ВОЗ в целом (рис. 1). В 2015 году для Туркменистана этот показатель составлял 26,9% для обоих полов, что было выше, чем в среднем по СНГ (25,4%) и в среднем по Европейскому региону ВОЗ (16,5%). С 2005 года показатель смертности от НИЗ в странах СНГ стал снижаться быстрее, чем в Туркменистане. В Европе мужчины подвергались более высокому риску преждевременной смертности от НИЗ, чем женщины. В то же время, разница между показателями смертности среди женщин и мужчин в Туркменистане сократилась больше, чем в среднем по СНГ, что указывает на меньшее неравенство в показателях преждевременной смертности от НИЗ (6).

Рисунок 1. Безусловная вероятность смертности от четырех основных НИЗ в возрасте от 30 до 70 лет в Туркменистане, странах СНГ и Европейского региона ВОЗ, 2000-2015 гг.



На рис. 2 показаны уровни преждевременной смертности по категориям заболеваний. Основной причиной смертности в Туркменистане, странах СНГ и Европейском регионе ВОЗ являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). В 2015 году вероятность преждевременной смертности от ССЗ в Туркменистане составила 21,4%, что выше, чем в среднем по странам СНГ и Европейского региона ВОЗ. В Туркменистане ССЗ стали причиной 80% случаев преждевременной смертности от четырех основных НИЗ, за которыми следуют онкологические заболевания. В Туркменистане бремя преждевременной смертности от рака ниже, чем в странах СНГ и Европейского региона ВОЗ. В то время как уровень преждевременной смертности от рака в Туркменистане является относительно стабильным, в странах СНГ и Европейского региона ВОЗ он снижается, хотя темпы снижения значительно ниже, чем в случае ССЗ. Доля случаев преждевременной смертности от респираторных заболеваний и диабета невелика по сравнению с долей случаев преждевременной смертности от ССЗ и рака. Уровень смертности от респираторных заболеваний снижается. В Туркменистане уровень преждевременной смертности от диабета растет; тем не менее, этот показатель остается очень низким по сравнению с показателями по ССЗ и раку.

Рисунок 2. Безусловная вероятность смертности от четырех основных НИЗ в возрасте от 30 до 70 лет в Туркменистане, странах СНГ и Европейском регионе ВОЗ, 2000–2015 гг., по категориям заболеваний.



2.2 Гендер и НИЗ

Различия по показателям здоровья между женщинами и мужчинами, а также между социально-экономическими группами внутри стран существуют во всех частях Европейского региона ВОЗ, в том числе в странах, где общий уровень здоровья населения относительно высок. Фактические данные, собранные ВОЗ, свидетельствуют о том, что гендерные нормы и роли, образование, доход и другие социальные детерминанты оказывают влияние на подверженность человека факторам риска НИЗ, его взаимодействие с системой здравоохранения, показатели здоровья и их воздействие. Фактические данные, свидетельствующие о влиянии гендерных факторов и других социально-экономических детерминант, согласуются с факторами риска, такими как вредное употребление алкоголя, табака, нездоровое питание, а также травматизм (например, травматизм на работе и дорожно-транспортный травматизм) и

вопросами психического здоровья. Традиционные нормы мужественности увеличивают подверженность мужчин факторам риска и служат препятствием для их обращения к услугам здравоохранения. Кроме того, неравенство по половому признаку может ограничивать доступ женщин к экономическим ресурсам и услугам, требующим оплаты, а также их участие в качестве руководителей в секторе здравоохранения (7, 8).

Доклады ВОЗ о здоровье и благополучии женщин (7) и мужчин (8) в Европейском регионе ВОЗ документально подтверждают влияние гендерных норм и ролей на показатели по НИЗ. Все страны Европейского региона ВОЗ, включая Туркменистан, одобрили региональные стратегии, основанные на фактических данных, в поддержку здоровья женщин и мужчин. Рекомендации призывают к искоренению гендерных норм и ролей, а также гендерного неравенства, которые могут препятствовать профилактике и лечению НИЗ. Настоящий раздел посвящен выявлению таких препятствий.

2.2.1 Опора на политическую приверженность

Правительство Туркменистана демонстрирует твердую политическую приверженность достижению гендерного равенства. В 1997 году Туркменистан ратифицировал Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW), а в 2009 году – Факультативный протокол к CEDAW. В 2015 году был принят первый Национальный План действий по обеспечению гендерного равенства, включающий мероприятия по содействию сбору и использованию данных с разбивкой по полу для расширения участия женщин в социальной, политической и профессиональной жизни, а также для изменения и искоренения гендерных стереотипов. В 2015 году был принят Закон о государственных гарантиях обеспечения равных прав и равных возможностей женщин и мужчин. Конституция страны 2016 года гарантирует равенство женщин и мужчин перед законом.

Согласно Европейским региональным стратегиям в поддержку здоровья женщин и мужчин, было бы важно, чтобы эта политическая приверженность учету гендерной проблематики и обеспечению гендерного равенства была также отражена в политике, направленной на борьбу с НИЗ. Это особо подчеркивается в итоговом заявлении регионального совещания высокого уровня «Системы здравоохранения в борьбе с НИЗ: опыт Европейского региона», состоявшегося в Ситжесе в 2018 году.

В настоящее время ссылки на гендерные аспекты в национальных стратегиях по НИЗ включают вопросы улучшения репродуктивного здоровья и здоровья беременных женщин (например, профилактику анемии и содействие грудному вскармливанию), а также вопросы улучшения скрининга на рак молочной железы и рак шейки матки. Кроме того, в национальном плане действий по физической активности говорится о необходимости повышения физической активности среди женщин как о действии, направленном на обеспечение гендерного равенства.

Однако гендерные нормы и роли могут рассматриваться эффективнее в качестве социальной детерминанты здоровья и для женщин, и для мужчин в политике Туркменистана в области здравоохранения. В настоящее время в здравоохранении гендер в основном ассоциируется с вопросами репродуктивного здоровья, что отражено в новом законодательстве о репродуктивном здоровье мужчин. Было бы благоприятным, если бы приоритеты для здоровья мужчин также учитывали влияние гендерных норм и ролей на их доступ к услугам здравоохранения и их подверженность факторам риска.

Национальный план действий по обеспечению гендерного равенства мог бы стать мощным инструментом анализа взаимосвязей между гендерными нормами и другими детерминантами здоровья, такими как занятость, участие в общественной жизни,

стратегии социальной защиты, связи между насилием и здоровьем, ликвидация гендерных стереотипов и т. д.

Обязательства, принятые в Итоговом заявлении участниками Совещания высокого уровня «Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями» (9), так же актуальны в Туркменистане, как и во всех других странах Региона. Обязательства включают разработку подходов, учитывающих гендерные аспекты при предоставлении услуг на популяционном и индивидуальном уровнях, а также нивелирование воздействия гендерных норм и ролей и социальных детерминант здоровья на различия в подверженности факторам риска между мужчинами и женщинами, на их обращаемость за медицинской помощью, а также на ответные действия со стороны поставщиков услуг здравоохранения.

2.2.2 Деагрегация, сбор, анализ и использование данных

Проблемы сбора и использования данных подробно описываются в различных частях данной публикации. Усовершенствование систематического сбора и использования данных о заболеваемости и факторах риска НИЗ, а также использование данных учреждений с разбивкой по полу и/или социально-экономическим показателям необходимо для выявления и преодоления гендерных барьеров и несправедливости в отношении здоровья в связи с ответными мерами систем здравоохранения на НИЗ.

Текущие усилия, предпринимаемые для совершенствования информационной системы здравоохранения и сбора данных, предоставляют хорошую возможность для деагрегации основных данных и понимания влияния гендера и других социальных детерминант здоровья на ССЗ и другие результаты по НИЗ.

Ни в одном из посещенных медицинских учреждений деагрегированные по полу данные о НИЗ не собирались систематически (за исключением данных по онкологическим заболеваниям). В тех учреждениях, где регистрируется пол пациента, важно, чтобы эти данные собирались и использовались. Несмотря на наличие основных гендерных различий в преждевременной смертности от ССЗ, среди поставщиков медицинских услуг, по всей вероятности, отсутствует анализ различий в доступе и использовании медицинских услуг в зависимости от гендерных факторов. Такие данные, как данные по заболеваемости, связанной с артериальной гипертензией, частоте возникновения артериальной гипертензии, числу проведенных обследований и посещению пациентами школ здоровья, не были деагрегированы по полу или какому-либо социально-экономическому показателю.

Основным источником информации о влиянии гендера на факторы риска являются данные обследований. Данные о факторах риска с разбивкой по полу, полученные в ходе проведения исследования ВОЗ STEPS (Поэтапный подход к эпиднадзору за факторами риска развития хронических заболеваний) в 2018 году (10), продемонстрировали большие различия между мужчинами и женщинами по таким аспектам, как курение (курили 6,6% мужчин; 0,2% женщин) и употребления алкоголя (8,1% мужчин; 1,4% женщины). Как правило, женщины чаще, чем мужчины, страдали ожирением и меньше придерживались рекомендованного уровня физической активности. Другие показатели, такие как потребление фруктов и овощей, не показывают существенных различий между полами.

Проведенный в Туркменистане опрос «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) (11) продемонстрировал различия между детьми по возрасту, полу, социально-экономическим показателям, месту жительства (городская/сельская местность) и структуре семьи. Около трети молодежи сообщили о регулярных жалобах на здоровье, в частности о головных болях, и эта цифра была неизменно выше среди девочек во всех возрастных группах и среди городской молодежи. Частые травмы/

¹ Школы здоровья представляют собой курсы занятий, проводимые учреждениями первичной медико-санитарной помощи (центрами здоровья) для обучения пациентов по вопросам укрепления здоровья, профилактики заболеваний и лечения хронических болезней.

телесные повреждения встречались в основном среди 13-летних мальчиков. Девочки сообщали больше о хронических заболеваниях и депрессии (вдвое больше, мальчики). Около четверти респондентов сообщили, что с различной частотой испытывали чувство одиночества; эти показатели увеличивались с возрастом и были более выражены среди девочек (36%), чем среди мальчиков (20%). В более юном возрасте девочки потребляли больше фруктов, чем мальчики, но разница в потреблении фруктов между девочками и мальчиками в возрасте 17 лет была невелика. Согласно опросу HBSC, около четверти детей употребляли безалкогольные напитки каждый день или чаще, без существенной разницы между девочками и мальчиками. Почти две трети подростков считали свой вес удовлетворительным, причем мальчики чаще, чем девочки. Больше девочек (13% в возрасте 13 лет; 10% в возрасте 17 лет), чем мальчиков (11,5% в возрасте 13 лет; 6% в возрасте 17 лет), имели избыточный вес, также в более юном возрасте. Во всех возрастных группах мальчики были более физически активны, чем девочки, но уровни физической активности уменьшались с возрастом. Согласно опросу HBSC, больше юношей, чем девушек (6,9% и 1,2%, соответственно), когда-либо употребляли сигареты, табак, курительные трубки или кальян в старшем подростковом возрасте (17 лет), а городская молодежь курила в четыре раза больше, чем молодежь в сельской местности. Комплексный анализ данных обследований (STEP, HBSC и многоиндикаторных кластерных обследований) дает возможность переопределить ответные меры системы здравоохранения с учетом гендерного фактора и сбора дезагрегированных данных по основным показателям использования медицинских услуг.

2.2.3 Планирование и обеспечение доступа к услугам

По словам одного из поставщиков услуг, принявших участие в опросе, для первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), «женщины репродуктивного возраста являются основным приоритетом». Учреждения ПМСП в большей степени ориентированы на охрану здоровья матерей и детей, при наличии небольшого числа пациентов мужского пола и небольшого числа мужчин-поставщиков медицинской помощи. Согласно исследованию STEPS 2018 года (10), несмотря на одинаковые уровни повышенного артериального давления среди женщин и мужчин, лечение получало большее число женщин (42,2%), чем мужчин (29,7%); это указывает на более низкий уровень использования мужчинами услуг здравоохранения.

Количество информации об использовании услуг здравоохранения мужчинами и женщинами было недостаточным, и поэтому необходимо в дальнейшем обеспечить понимание важности сбора этих данных. Как представляется, мужчины, пользуются услугами ПМСП в меньшей степени, однако они чаще посещают школы здоровья, несмотря на то, что они открыты только в обычное рабочее время. Это утверждение основано на мнении поставщиков услуг, так как дезагрегированные по полу данные отсутствуют.

Традиционные нормы и понятия мужественности прочно укоренились в сознании жителей Туркменистана. Сектор здравоохранения может способствовать еще большему укреплению этих понятий, признавая, что мужчины недостаточно прибегают к услугам здравоохранения, и закрепляя представление о роли женщины как лица, осуществляющего неоплачиваемый неформальный уход. Будущие планы по обеспечению ухода на дому должны гарантировать нивелирование гендерных стереотипов.

Уровни личных платежей за медицинские услуги могут препятствовать обращению граждан с невысоким уровнем материальных ресурсов, как правило, женщин, особенно в сельских районах, за медицинской помощью. В докладе CEDAW (12) обращается внимание на воздействие, оказываемое взиманием платы за услуги, на женщин, получающих доступ к услугам в области репродуктивного здоровья в Туркменистане, поскольку женщины имеют более низкий уровень участия на рынке труда, особенно в сельских районах. Платные услуги также могут стать препятствием

для профилактики и лечения НИЗ среди безработных мужчин. Одним из основных пробелов в фактологической базе является отсутствие знаний о тех, кто не получает медицинских услуг. Все медицинские учреждения, посещенные экспертной группой ВОЗ, и опрошенные медицинские работники имели четкую приверженность принципу никого не оставлять позади.

2.2.4 Пробелы в компетенциях и гендерные стереотипы в отношении кадров здравоохранения

В стране наблюдаются пробелы в компетенциях, связанные с гендерным фактором. Знания, навыки и потенциал медицинских работников о гендерных различиях в проявлениях болезней, обращении за медицинской помощью, ответах на профилактику, лечение и контроль заболеваний могут быть укреплены. Протоколы и руководства по профилактике и контролю ССЗ и инсультов могли бы лучше отражать важные различия между женщинами и мужчинами в симптомах, ответах на лечение и восприятии риска, определяемых биологическими различиями и необъективностью в научных исследованиях, и, следовательно, помогать заполнить пробелы в компетенции.

Существуют также гендерные вопросы, связанные с кадрами здравоохранения. Хотя женщины составляют большую часть кадров здравоохранения, внутреннее распределение представляет горизонтальную и вертикальную гендерную сегрегацию. Это иллюстрируется ситуацией в домах здоровья в разных районах и вelayтах² (административных районах) Туркменистана (таблица 1). Дома здоровья являются первой точкой контакта пациента с системой здравоохранения и призваны решать взаимосвязанные медицинские проблемы женщин, мужчин и подростков. В Туркменистане женщины занимают 57% управленческих должностей в домах здоровья, 13% руководящих должностей в больницах и 28% должностей заместителей руководящих работников.

Таблица 1. Управленческие должности в домах здоровья и больницах Туркменистана по полу, январь 2018 г.

Район	Учреждение	Руководитель					Заместитель руководителя				
		Мужчина		Женщина		Всего	Мужчина		Женщина		Всего
		N	%	N	%		N	%	N	%	
Ашхабад	Дома здоровья	5	29	12	71	17	8	50	8	50	16
	Больница	8	62	5	38	13	23	68	11	32	34
Ахалский вেলাят	Дома здоровья	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Больница	13	87	2	13	15	11	69	5	31	16
Балканский вেলাят	Дома здоровья	6	100	0	0	6	0	0	3	100	3
	Больница	19	86	3	14	22	9	100	0	0	9
Дашогузский вেলাят	Дома здоровья	1	33	2	67	3	0	0	3	100	3
	Больница	17	89	2	11	19	16	64	9	36	25
Лебапский вেলাят	Дома здоровья	0	0	5	100	5	1	20	4	80	5
	Больница	28	93	2	7	30	22	63	13	37	35
Марыйский вেলাят	Дома здоровья	3	75	1	25	4	4	100	0	0	4
	Больница	21	91	2	9	23	21	91	2	9	23
Туркменистан	Дома здоровья	15	43	20	57	35	13	42	18	58	31
	Больница	106	87	16	13	122	102	72	40	28	142

² Система местного самоуправления включает три уровня: вেলাят (региональный), этрап (район) и город/село.

2.2.5 Укрепление здоровья: от традиционного к уравнивающему гендерные аспекты

Традиционные кампании по укреплению здоровья ориентированы на женщин с помощью информационных медицинских сообщений, направленных на охрану здоровья семьи и матери. В семье женщины осуществляют основную работу по дому и выполняют большую часть неоплачиваемой работы по уходу за членами семьи, а мужчины являются основными кормильцами. Существуют конкретные инициативы, поощряющие мужчин пользоваться услугами здравоохранения. Однако информационные сообщения, имеющиеся в медицинских учреждениях, способствуют закреплению принципов традиционного разделения труда. Европейские региональные стратегии в поддержку здоровья женщин и мужчин поощряют укрепление здоровья, которое основано на позитивных образах и бросает вызов гендерным стереотипам, вредным для здоровья.

Традиционные нормы и стереотипы конкурируют с попытками перейти к сообщениям, уравнивающим гендерные аспекты в таких областях, как физическая активность, поощряя молодых женщин повышать уровень физической активности и обеспечивая возможность занятия физическими упражнениями на рабочих местах.

Такие инициативы, как занятия физическими упражнениями на рабочем месте, могут использоваться для изменения ожиданий, связанных с моделями мужественности, путем вовлечения мужчин к уходу за собой и к заботе о других.

Отцовство можно использовать для пропаганды укрепления здоровья как мужчин, так и женщин, и более эффективно включить в текущие мероприятия по НИЗ. Вовлечение мужчин в здоровое отцовство открывает возможности для построения здоровых взаимоотношений, изменения дисбаланса в отношении неоплачиваемого ухода и улучшения здоровья мужчин путем уменьшения их подверженности рискованному поведению и укрепления их знаний и степени знакомства с работой учреждений ПМСП. На данный момент программы отцовства сфокусированы на показателях здоровья детей.

Дальнейший анализ гендерных различий в восприятии рисков, связанных с НИЗ, обеспечением доступа к услугам здравоохранения и степенью их использования, а также в показателях здоровья, представлен в разных разделах настоящего доклада.



3. Охват основными вмешательствами и услугами в области 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 (1).

В настоящем разделе анализируется охват основными популяционными вмешательствами (по борьбе против табака, алкоголя и улучшению рациона питания) и индивидуальными услугами (по лечению ССЗ, диабета и рака), которые тесно связаны с улучшением исходов по НИЗ. Основные услуги базируются на фактических данных, обладают высокой эффективностью и финансовой доступностью и практически осуществимы 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.» (1) и «Планом действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ 2016-2025 гг.» (13). 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» (4) и в приложениях к настоящему докладу.

Таблица 2. Основные популяционные вмешательства и индивидуальные услуги по НИЗ

Вмешательства на уровне населения	Индивидуальные услуги
Широкий спектр мер борьбы с курением <ul style="list-style-type: none">• Повышение налогов на табачные изделия с целью снижения ценовой доступности• Создание среды, свободной от табачного дыма• Предупреждение об опасности табака и табачного дыма• Запреты на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий• Телефонные службы помощи в отказе от курения и никотинзаместительная терапия (НЗТ)	ССЗ и диабет – услуги первого ряда <ul style="list-style-type: none">• Стратификация рисков на уровне ПМСП, включая артериальную гипертензию, высокий холестерин, диабет и другие факторы риска ССЗ• Эффективное выявление и ведение гипертензии, контроль холестерина и ведение диабета с помощью комбинированной лекарственной терапии на основе стратификации риска• Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска и вторичная профилактика после острого инфаркта миокарда (ОИМ) и инсульта, включая применение ацетилсалициловой кислоты ССЗ и диабет – услуги второго ряда <ul style="list-style-type: none">• Экстренная помощь и вторичная помощь после ОИМ и инсульта*

Вмешательства на уровне населения	Индивидуальные услуги
<p>Вмешательства, направленные на профилактику 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 больных диабетом • Профилактика осложнений (например, осмотр глаз и стоп)
<p>Вмешательства, направленные на улучшение режима питания и повышение уровня физической активности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сокращение потребления соли и содержания соли в пищевых продуктах • Замена транс-жиров на ненасыщенные жиры • Осуществление программ, направленных на повышение уровня осведомленности населения о рационе питания и физической активности • Сокращение потребления свободных сахаров* • Увеличение потребления фруктов и овощей • Ограничение рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированной на детей* • Информирование населения по вопросам правильного питания и физической активности 	<ul style="list-style-type: none"> • Рак – услуги первого ряда <ul style="list-style-type: none"> – Профилактика рака печени путем вакцинации против вируса гепатита В – Вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ), в случае необходимости и при условии благоприятного соотношения затрат и эффективности, в соответствии с национальными программами и стратегиями – Скрининг на рак шейки матки и лечение предраковых поражений • Рак – услуги второго ряда <ul style="list-style-type: none"> – Раннее выявление случаев рака молочной железы и своевременное лечение всех стадий рака – Скрининг населения на рак толстой и прямой кишки среди лиц старше 50 лет вместе с предоставлением своевременного лечения

* Вмешательства и услуги в дополнение к указанным в Глобальном плане действий по НИЗ на 2013-2020 гг. с целью обеспечения комплексной оценки (1).

3.1 Вмешательства на уровне населения

В этом разделе оценивается охват населения основными вмешательствами и услугами, направленными на улучшение исходов НИЗ.

3.1.1 Табак

В таблице 3 представлена оценка осуществления вмешательств по борьбе против табака на уровне всего населения.

Таблица 3. Карта балльной оценки вмешательств по борьбе против табака на уровне всего населения

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Повышение налогов на табачные изделия	Широкий*	«Широкий» уровень охвата обычно означает, что налог составляет >75% от розничной цены. * В Туркменистане налог составляет примерно 32% от розничной цены; однако другое государственное регулирование способствует существенному увеличению цены.
Создание среды, свободной от табачного дыма	Умеренный	Общественные места, включая больницы, рабочие места, школы и общественный транспорт, на 100% свободны от табачного дыма. Сохраняется ограниченное соблюдение закона в секторе гостеприимства.
Предупреждение об опасности табака и табачного дыма	Широкий	Предупреждающие надписи на упаковках всех изделий занимают не менее 65% площади лицевой и оборотной стороны, и включают графические изображения.
Запреты на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий	Широкий	Запрет на все формы рекламы и продвижения табачных изделий, в том числе в точках продаж. Запрет на выкладку табачных изделий в точках продаж. Отсутствие требования представлять антитабачную рекламу до, во время или после трансляции или показа какой-либо видеопрограммы. По имеющимся данным, обеспечивается высокий уровень соблюдения.
Телефонные службы помощи в отказе от курения и никотинзаместительная терапия (НЗТ)	Умеренный	Имеются телефонные службы помощи в отказе от курения. НЗТ доступна на условиях полной оплаты клиентом.

Согласно исследованию STEPS, проведенному в 2018 году (10), распространенность курения среди взрослого населения Туркменистана очень низкая - 3,4%; среди мужчин этот показатель выше (6,6%), чем среди женщин (0,2%). Уровень курения среди взрослого населения снизился более чем вдвое с 2013 года, когда, согласно оценкам, распространенность курения составляла 8,3%. Этот показатель является самым низким среди всех стран Европейского региона ВОЗ, которые недавно проводили исследования STEPS. В 2015 году распространенность курения среди молодежи составила 0,3% (14); новое Глобальное обследование употребления табака среди молодежи проводилось в 2018 году.

В 2011 году Туркменистан ратифицировал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), а в 2015 году - Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями. В декабре 2013 года в стране был принят закон «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табачных изделий» (15). Национальная Программа по исполнению Рамочной Конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака в Туркменистане на 2017-2021 годы является продолжением Национального плана действий по борьбе с табаком на 2012-2016 годы. Туркменистан поставил перед собой ключевую цель - к 2025 году стать первой страной в Европейском регионе, свободной от табака, с распространенностью курения среди взрослого населения - 5% или менее. Планируется принять ряд мер для укрепления действующего законодательства.

В стране нет табачной промышленности. Импорт табачной продукции осуществляется Министерством торговли и внешнеэкономических связей; по заявлению страны, соответствующая отрасль промышленности полностью соответствует национальным требованиям.

Законом также регулируется использование бездымных табачных изделий: продажа насвая (вид бездымного табака для орального использования) и электронных сигарет является незаконной (15).

Налогообложение

Государство осуществляет регулирование цен на табачные изделия и устанавливает минимальные розничные цены. Цена одной пачки сигарет (одинаковая для всех марок сигарет) равна 25 манатам (около 7,15 долларов США), из которых 8,08 манат или 32,32% составляют налоги (Министерство торговли и внешнеэкономических связей Туркменистана, 18 октября 2018 года, неопубликованные данные), что намного ниже 75% налога от розничной цены, рекомендованного ВОЗ. Однако в случае сигарет, продаваемых через государственные торговые точки, важен не уровень налога, а цена, взимаемая с потребителей, а она напрямую регулируется государством. Таким образом, в период между 2008 и 2016 гг. доступность сигарет значительно снизилась благодаря росту цен (14), что компенсировало относительно низкий уровень налогов и позволило обеспечить очень высокий уровень цен по сравнению с другими странами СНГ. Продажа табачных изделий несовершеннолетним запрещена.

Среда, свободная от табачного дыма

В Туркменистане все закрытые общественные места, в том числе общественный транспорт и некоторые открытые площадки, полностью свободны от табачного дыма, но соблюдение закона в секторе гостеприимства ограничено. Хотя курение в гостиницах запрещено, на территориях гостиниц имеются специально отведенные зоны для курения. Штрафы за нарушение закона о бездымной среде налагаются на клиента и на учреждение. Специально предназначенных для обеспечения соблюдения закона средств не выделяется; системы жалоб граждан и проведения дальнейших расследований не имеется (16). Курение в личном транспорте запрещено только для водителей. Этот аспект находится в ведении Министерства внутренних дел. По полученным данным, за нарушение этого положения установлены штрафы, и соблюдение законодательства обеспечивается на должном уровне.

Предупреждения

Согласно закону, предупреждения о вреде употребления табачных изделий должны охватывать 65% поверхности лицевой и оборотной основных сторон потребительской упаковки табачной продукции. 12 предупреждений утверждены законом. Они размещаются на потребительской и любой внешней упаковке, используемой в розничной торговле, и описывают вредные последствия употребления табака. Закон также регулирует размер шрифта/стиль и цвет надписи предупреждения на упаковке, которое должно включать фотоизображения или пиктограммы. Размещение предупреждений о вреде для здоровья на упаковках может изменяться, информация излагается на государственном языке страны. Каждая единица потребительской упаковки бездымных табачных изделий также должна содержать предупредительную этикетку (15). В соответствии с Национальной Программой по исполнению РКБТ ВОЗ на 2017-2021 годы, начиная с 2020 г., 70% поверхности упаковки табачных изделий будут заняты предупреждениями о вреде для здоровья. Затем планируется введение стандартизированной упаковки. На упаковке также будет отображен номер телефона «горячей линии» по отказу от курения.

Запреты

Принятые в 2013 году Закон об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табачных изделий и в 2016 году Закон о рекламе (17) обеспечили наличие в Туркменистане запретов на большинство форм прямой

(национальное/международное телевидение и радио, местные/международные журналы и газеты, рекламные щиты и наружная реклама, реклама в Интернете) и косвенной (бесплатная рассылка по почте или через другие средства связи, рекламные скидки, нетабачные изделия с наименованиями табачных изделий, спонсирование мероприятий) рекламы. Реклама в местах продаж запрещена. Открытая выкладка табачных изделий в точках продаж запрещена. В точках продаж должны размещаться предупреждения, а также уведомления о запрете продажи табачных изделий несовершеннолетним.

Демонстрация табачных изделий и их употребления во вновь созданных телевизионных и/или кинофильмах не допускается, за исключением случаев, когда такое действие является неотъемлемой частью художественного замысла. Однако требование показа антитабачных рекламных объявлений до, во время или после трансляции или показа каких-либо аудиовизуальных программ отсутствует.

В Туркменистане также введен запрет на популяризацию деятельности табачных компаний самими компаниями табачной промышленности, а также запрет на популяризацию деятельности табачных компаний компаниями, не являющимися компаниями табачной промышленности. За нарушение этих запретов предусматривается ответственность в виде наложения штрафа, в связи с этим наблюдается высокий уровень соблюдения закона (14).

Службы помощи в отказе от курения

Услуги по отказу от курения доступны через центры помощи (центры доверия): в стране открыто девять центров (четыре в Ашхабаде и пять в региональных центрах). Консультации проводятся бесплатно. Имеется клинический протокол для лечения табачной зависимости, включающий применение лекарственной терапии. Создается телефонная линия помощи в отказе от курения (#118).

Средства никотинзаместительной терапии могут быть приобретены в аптеках без рецепта, но их стоимость не субсидируется правительством. В будущем, никотинзаместительная терапия также будет доступна в точках продаж табачных изделий. В соответствии с Национальной Программой по исполнению РКБТ ВОЗ на 2017-2021 годы, будет создана служба текстовых сообщений для проведения базовых медицинских консультаций по отказу от курения.

3.1.2 Алкоголь

В таблице 4 представлена оценка осуществления вмешательств по борьбе с вредным употреблением алкоголя на уровне всего населения.

В 2016 году средний уровень потребления чистого алкоголя на душу населения в Туркменистане составил 5,4 литра, что ниже среднего показателя по Европейскому региону, составляющего 9,8 литра (18). Однако существует большая разница в показателях между полами: мужчины потребляют 9,5 литра, а женщины - 1,5 литра. Доля населения, никогда не употреблявшего алкоголь, составила 41,6%, а доля населения, воздержавшегося от употребления алкоголя в предыдущем году, составила 28,0% (18). Доля населения, заявившего, что они употребляли алкоголь в течение предшествующих 30 дней, также значительно снизилась - с 8,6% в 2013 году до 4,8% в 2018 году (10). Большая разница наблюдалась в показателях между полами: в предшествующие опросу 30 дней алкоголь употребляли 8,1% мужчин и 1,4% женщин. Эти показатели являются одними из самых низких среди стран Европейского региона ВОЗ, которые в последнее время проводили обследования STEPS (10). Зарегистрированное потребление алкоголя среди лиц в возрасте 15 лет и старше определяется приемом крепких спиртных напитков (38% от объема), за которыми следуют вино (35%) и пиво (27%) (18).

Таблица 4. Карта балльной оценки основных вмешательств по борьбе против вредного употребления алкоголя на уровне всего населения

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Повышение налогов на алкоголь	Широкий	Налоги на алкогольные напитки были введены в 2018 году. Налоги на алкоголь устанавливаются по индексу ценообразования и соотносятся с крепостью алкогольного напитка. Законодательство включает налоги на продукцию, которая особенно привлекательна для молодых потребителей (пиво).
Ограничения и запреты на рекламу и продвижение продукции	Широкий	Действует полный запрет на все формы маркетинга алкогольной продукции
Ограничение доступности алкоголя в розничной торговле	Широкий	Все государственные и образовательные учреждения свободны от алкоголя
Установление возрастного ценза на приобретение спиртных напитков и контроль за его соблюдением	Умеренно-широкий	Минимальный возраст, дающий право на приобретение любых алкогольных напитков, составляет 18 лет; соблюдение положения - эффективно; минимальный возраст был изменен на 21 год в декабре 2018 г. За нарушение введены штрафы для магазинов розничной торговли; за повторное нарушение применяется административное наказание (15 дней содержания под стражей).
Установление предельно допустимого уровня алкоголя в крови для водителей транспортных средств	Широкий	Предельно допустимый уровень алкоголя в крови при управлении транспортным средством составляет 0,03%

Осуществляется Национальная программа по профилактике вредного воздействия алкоголя в Туркменистане на 2018-2024 годы и План мероприятий по ее реализации. Они включают ряд мер по ценообразованию и налогообложению алкогольной продукции, некоторые из которых не связаны с ценовыми стимулами, для контроля за производством, импортом, торговлей и потреблением алкоголя, с целью профилактики заболеваний и несчастных случаев, обеспечения медицинской и социальной реабилитации и повышения осведомленности населения. Закон о профилактике вредного воздействия алкоголя был принят в декабре 2018 г.

Налогообложение

Цена 0,5 литра алкогольной продукции крепостью 40 градусов составляет 12 манат (около 3,4 доллара США). Согласно новому закону «О внесении изменений в Налоговый кодекс Туркменистана»³, налоги на алкоголь устанавливаются по индексу ценообразования и соотносятся с крепостью алкогольного напитка (от 25% до 50% от цены на алкогольную продукцию, крепостью 20 градусов или более). Налог на пиво составляет 20%. Налоги выше для импортной алкогольной продукции (от 60% до 110% от цены, в зависимости от содержания алкоголя). Под руководством Министерства финансов и Министерства торговли и внешнеэкономических связей в стране разрабатывается план повышения цен на алкоголь.

Предупреждения

Закон «О профилактике вредного воздействия алкоголя» ввел требования к упаковке и маркировке алкогольной продукции, в том числе обязательность размещения предупреждений о вреде для здоровья на потребительской упаковке.

³ Закон «О внесении изменений в Налоговый кодекс Туркменистана». Ашхабад: Президент Туркменистана; 2018.

Запреты

Закон о рекламе (2016 г.) запрещает прямую и косвенную рекламу алкогольной продукции, в том числе спонсорскую.

Доступность

Все государственные и образовательные учреждения свободны от алкоголя. В соответствии с законом «О профилактике вредного воздействия алкоголя», розничная торговля алкогольными напитками осуществляется только в рабочие дни с 10:00 до 20:00. Дополнительные меры включают снижение крепости всех алкогольных напитков до 32% (от объема) и запрет на ввоз алкогольной продукции крепостью выше 32%.

Возрастной ценз

Продажа алкоголя несовершеннолетним (не достигшим 18-летнего возраста) запрещена Законом о торговле (2002). Нарушение положений закона влечет за собой наложение штрафа на магазины розничной торговли; по информации страны, за повторное нарушение применяется административное наказание (15 дней содержания под стражей). Также новый закон о профилактике вредного воздействия алкоголя увеличил минимальный возраст, дающий право на приобретение алкоголя в Туркменистане, до 21 года. Соответствующие предупреждения должны иметься в точках продаж.

Предельно допустимый уровень алкоголя в крови при управлении транспортным средством

Предельно допустимый уровень алкоголя в крови при управлении транспортным средством составляет 0,03% (18).

3.1.3 Питание и физическая активность

В таблице 5 представлена оценка осуществления вмешательств в области питания и физической активности на уровне всего населения.

Таблица 5. Карта балльной оценки основных вмешательств на уровне населения, направленных на улучшение режима питания и повышение физической активности

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Сокращение потребления соли и содержания соли в пищевых продуктах	Умеренный	Критерии основаны на показателях снижения потребления соли за последние 10 лет. Данных о тенденциях потребления соли не имеется (только данные STEPS 2018 г.). Результаты исследования FEEDCities показывают, что в составе многих выборочно исследованных пищевых продуктов содержание соли высокое, а в некоторых - чрезвычайно высокое. В новой разрабатываемой национальной политике содержатся положения о снижении потребления соли; признаются рекомендации экспертов ВОЗ. В 2017–2018 гг. были внесены изменения в действующее законодательство с целью снижения содержания соли в хлебе/хлебобулочных изделиях. Имеются некоторые диетические ограничения для школьного питания.
Практическое исключение <i>транс</i> -жирных кислот из состава пищевых продуктов	Ограниченно-умеренный	В новой национальной политике, которая находится в стадии разработки, содержатся положения о сокращении потребления <i>транс</i> -жирных кислот; признаются рекомендации экспертов ВОЗ, но фактических данных об их осуществлении не имеется. Исследование пищевой ценности продуктов подтвердило, что некоторые пищевые продукты содержат искусственные <i>транс</i> -жиры, и что их содержание чрезвычайно высоко.

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Сокращение потребления свободных сахаров	Умеренный	Уровень потребления подслащенных безалкогольных напитков и сладостей среди детей высокий. В новой национальной политике, которая находится в стадии разработки, содержатся положения, направленные на сокращение потребления сахара; признаются рекомендации экспертов ВОЗ. В 2017–2018 гг. были предприняты шаги по осуществлению мониторинга содержания сахара в безалкогольных напитках. Имеются некоторые диетические ограничения для школьного питания.
Повышение потребления фруктов и овощей	Широкий	С 2013 года увеличилось потребление фруктов и овощей. При поддержке Правительства реализуются инициативы по увеличению физической и экономической доступности фруктов и овощей. Фактические данные о наличии стимулов для повышения доступности, отсутствуют.
Снижение воздействия рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей	Ограниченно-умеренный	В новой национальной политике, которая находится в стадии разработки, содержится положение о практической реализации комплекса рекомендаций ВОЗ по маркетингу и мониторингу пищевых продуктов с высоким содержанием калорий, насыщенных жиров, <i>транс</i> -жиров, сахара и соли, а также по маркетингу безалкогольных напитков для детей, путем принятия нормативно-правовых документов и налогообложения безалкогольных напитков. Фактических данных о реализации положений пока не имеется.
Повышение осведомленности населения о режиме питания и физической активности	Широкий	Проводятся просветительские мероприятия, например, в телевизионной научно-популярной программе «Здоровье нации-богатство страны». На уровне ПМСП в просветительских мероприятиях участвуют семейные врачи и школы здоровья. Повышение осведомленности населения рассматривается в качестве приоритетного вопроса для решения на высоком политическом уровне.

Систематический сбор данных по питанию и физической активности взрослых и молодежи в Туркменистане не проводится. Основными источниками информации являются данные двух раундов исследований STEPS, проведенных ВОЗ (2013 (19), 2018 (10)), данные Европейской Инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) (2015–2017) (20,21) и данные проекта FEEDCities (2016) (22).

ВОЗ рекомендует употреблять не менее 400 граммов **овощей и фруктов** в день. С 2013 года потребление фруктов и овощей в Туркменистане возросло. Согласно исследованию ВОЗ STEPS, доля населения, отвечающего рекомендации ВОЗ по потреблению как минимум пяти порций фруктов и овощей в день, значительно увеличилась - с 57,1% до 72,3% в 2018 году. Гендерный разрыв в отношении недостаточного потребления фруктов и овощей сократился, и в 2018 году примерно одинаковая доля мужчин и женщин в Туркменистане потребляла как минимум пять порций фруктов и овощей в день (10). Более двух третей детей употребляют овощи (68,1%) и свежие фрукты (70,1%) ежедневно (21).

Согласно данным Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН, в 2013 году обеспеченность жителей Туркменистана фруктами и овощами оценивалась на уровне 153,7 г и 410,25 г на душу населения в день, соответственно. Население сельских районов (около 80%), как правило, выращивает собственные фрукты и овощи. Правительством были предприняты меры, направленные на повышение доступности фруктов и овощей для городского населения - в Ашхабаде и каждом велаяте были построены ангары для хранения фруктов и овощей. В Ашхабаде был построен тепличный комплекс. Президент Туркменистана осуществляет программу по импортозамещению, в

рамках которой фермеры могут получать субсидии и кредиты на производство фруктов и овощей.

По данным исследования STEPS, проведенного в Туркменистане в 2018 году, концентрация **соли** в моче взрослого участника составляла 9,5 г/день, что превышает рекомендованный ВОЗ уровень потребления соли для взрослых, который составляет 5 г соли в сутки. Эти показатели были на 2,8 г/день выше у мужчин, чем у женщин (10). Полученные оценочные показатели, вероятно, будут занижены по сравнению с показателями соседних стран, которые исследовали концентрацию натрия в суточной моче и получали значения 15-19 г/день (23). Результаты исследования FEEDCities показывают, что в составе многих выборочно исследованных пищевых продуктов содержание соли высокое, а в некоторых - чрезвычайно высокое: в пикантных закусках, особенно в соленых палочках и крекерах, содержание соли было особенно высоким - 6,6 г/100 г и 5,1 г/100 г, соответственно. Другие продукты с высоким содержанием соли включали пикантную выпечку, готовые салаты, донер-кебаб и гамбургеры (22). С точки зрения общественного здравоохранения - и в контексте высокого уровня потребления соли - такая ситуация требует разработки комплексных стратегий по снижению потребления соли с целью постепенного снижения содержания соли в широко распространенных продуктах.

Проведенный в Туркменистане в 2016 году анализ **состава жиров** многих видов пищевых продуктов выявил высокий уровень транс-жиров и насыщенных жиров, особенно в сладкой выпечке и закусках. Печенье и вафли содержали наибольшее количество транс-жиров; во многих образцах количество транс-жиров превышало 2 г на 100 г общего жира. Содержание транс-жиров на 100 г общего жира в печенье в восемь раз превышало рекомендуемые предельные уровни (16 г транс-жира на 100 г общего жира) (22). При регулярном потреблении такие высокие уровни соли и транс-жиров в пищевых продуктах представляют риск для здоровья населения.

Информация о тенденциях потребления **сахара** населением Туркменистана отсутствует. Уровень потребления подслащенных безалкогольных напитков среди детей очень высок: 42,5% детей употребляют безалкогольные напитки, содержащие сахар, более трех раз в неделю (21). Приблизительно 43,9% детей употребляют сладости, такие как конфеты или шоколад, более трех раз в неделю, а 48,3% детей употребляют такие продукты, как печенье, пирожные, пончики или пироги, более трех раз в неделю (20). Национальное исследование (2017–2018 гг.) химического состава безалкогольных напитков показало следующее содержание добавленного сахара: 8,7–11,2 г/100 г продукта, однако, например, в напитке Fanta по-прежнему содержится 12 г/100 мл.

Приблизительно 7% населения Туркменистана не соблюдают рекомендованный ВОЗ уровень физической активности, который составляет по крайней мере 150 минут **физической активности** средней интенсивности в неделю в сочетании с упражнениями для укрепления мышц; недостаток физической активности наблюдается чаще среди женщин (10). Примерно 35% подростков (13–17 лет) имеют ежедневную физическую нагрузку (11). Время, проведенное детьми на спортивных занятиях и за физическими упражнениями, невелико:

- 73,5% детей не являются членами спортивных клубов или кружков танцев (20)
- 19,0% детей проводят менее одного часа в день, играя на улице в будние дни
- 7,8% детей проводят менее одного часа в день, играя на улице по выходным (21).

За последние пять лет распространенность **избыточного веса и ожирения**, определяемого как индекс массы тела, превышающий или равный 25 или 30 кг/м² соответственно, в Туркменистане не изменилась. Приблизительно половина населения имеет избыточный вес, а каждый седьмой житель страдает ожирением. Показатели избыточного веса аналогичны показателям других стран Центральной Азии, но распространенность ожирения является одной из самых низких в Европейском регионе ВОЗ. В Туркменистане избыточный вес имеют больше мужчин, чем женщин, однако больше женщин страдают ожирением (10). Кроме того, около 11% мальчиков и девочек в начальных школах имеют избыточный вес (21).

Разработана **Национальная стратегия** и план действий по вопросам здорового питания, построенные по формату предыдущего плана на 2013–2017 гг. Рекомендации экспертов ВОЗ были приняты во внимание; планируется принять ряд мер, таких как регулирование маркетинга, в том числе в школах, установление стандартов маркировки, изменение состава продуктов, создание механизмов стимулирования пищевых компаний предлагать более здоровые продукты, создание систем мониторинга. Они содержат положения, направленные на сокращение потребления продуктов с высоким содержанием соли, жиров и сахара. Например, Туркменистан планирует ввести меры, запрещающие продажу подслащенных напитков вблизи школ, и разработать список продуктов, запрещенных к продаже в официальных учреждениях. В 2017–2018 гг. в действующее законодательство были внесены поправки, направленные на уменьшение содержания соли в хлебобулочных изделиях; дополнительные меры запланированы для других видов пищевых продуктов. Рассматривается введение налога на подслащенные напитки. Кроме того, диетические ограничения для школьного питания запрещают кондитерские изделия с кремом (торты и пироги); жаренную картошку; энергетические напитки и алкоголь; чипсы; карамель; газированные напитки; мороженое; напитки, содержащие синтетические красители, ароматизаторы, подсластители, консерванты, аминокислоты и кофеин; однако маргарин и гидрогенизированные жиры могут использоваться при изготовлении хлебобулочных и кондитерских изделий (Приказ № 477 о санитарно-эпидемиологических правилах для общеобразовательных учреждений в Туркменистане). Более того, согласно страновым данным, йодированная соль и обогащенная железом и фолиевой кислотой пшеничная мука доступны, и их использование активно поощряется.

Помимо этого, готовится поправка к Закону об обеспечении безопасности и качества пищевых продуктов, которая введет запрет на импорт продуктов, содержащих более 2 г соли на 100 г продукта, безалкогольных напитков, содержащих более 18% добавленного сахара на 100 г продукта, и продуктов питания, содержащих транс-изомеры жирных кислот в количестве, превышающем 2% от общего жира.

В Туркменистане отсутствует запрет на рекламу или маркетинг нездоровых продуктов питания, однако планируется ввести некоторые конкретные меры. Закон о рекламе (17) запрещает рекламу энергетических напитков и биологически активных добавок. По имеющимся страновым данным, рекламы нездоровых пищевых продуктов в интернете обнаружено не было.

Национальная стратегия в области физической активности для Туркменистана на 2018–2025 гг. и план ее реализации были приняты в 2018 году. Реализуется комплекс мер, в том числе по модернизации инфраструктуры (например, строительству спортивных площадок, велосипедных дорожек и парков).

Обе стратегии включают положения о **проведении просветительских мероприятий**. Кроме того, семейные врачи предлагают консультации по вопросам питания и физической активности. Разрабатывается ряд руководств для медицинских работников по консультированию по вопросам физической активности (для беременных женщин, детей, а также по вопросам здорового старения). Медицинские учреждения предоставляют лечебную физкультуру, а школы здоровья при учреждениях ПМСП организуют занятия для пациентов, включающие информацию о питании и физической активности. В часовой телевизионной научно-популярной программе Информационного центра Министерства здравоохранения и медицинской промышленности «Здоровье нации-богатство страны», которая выходит в эфир два раза в неделю, пропагандируется здоровый образ жизни, в том числе здоровое питание и ежедневные физические нагрузки; врачи дают консультации. Два радиоканала транслируют медицинские радиопрограммы (два раза в неделю); газеты и журналы публикуют советы по укреплению здоровья.

В последнее время физическая активность стала вопросом первостепенной важности. Президент Туркменистана показывает пример, как быть физически активным.

Президент лично стимулирует использование велосипедов среди государственных служащих и населения в целом; Всемирный день велосипеда (3 июня 2018 года) отмечался велопробегом по всей стране. В рамках празднования национальных и международных праздников организуются различные спортивные мероприятия, такие как велосипедные гонки, футбольные матчи, фестивали здоровья и другие мероприятия на свежем воздухе.

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 профилактике НИЗ и борьбе с ними (1) и обновленных на Семидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2017 года (24).

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. Клинические руководства по лечению ССЗ, рака, хронических респираторных заболеваний и диабета, по полученным данным, в 2017 году использовались как минимум в 50% медицинских учреждений (25), а доля центров ПМСП, в которых проводится стратификация риска развития ССЗ, в 2017 составила, по оценкам, 25–50% (26).

Распространенность поведенческих факторов риска развития НИЗ охарактеризована в разделе 3.1. Распространенность других факторов риска описывается ниже.

3.2.1 Сердечно-сосудистые заболевания

В таблице 6 приведена оценка предоставления индивидуальных услуг по ССЗ.

Таблица 6. Карта балльной оценки индивидуальных услуг по профилактике и лечению ССЗ

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Стратификация факторов риска на уровне первичной медико-санитарной помощи	Умеренный	Использование клинических руководств (включая пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN)), таблиц прогнозирования риска развития ССЗ и соответствующее обучение позволяют рассчитывать 10-летний риск развития ССЗ, но они используются в большей степени специалистами, чем семейными врачами или медсестрами. Кардиологи в поликлиниках рассчитывают уровень риска развития ССЗ и осуществляют управление факторами риска ССЗ.

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Эффективное выявление и ведение артериальной гипертонии	Умеренный	Около 93% взрослых сообщили, что им было измерено артериальное давление. Выявление случаев повышенного артериального давления в ПМСП недостаточное. Назначаются научно обоснованные антигипертензивные препараты, но усилия по повышению уровня соблюдения пациентами предписанного режима лечения - несистематические. Записи в картах пациентов не обеспечивают мониторинг контроля артериального давления.
Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска	Умеренный	Для пациентов из группы очень высокого риска национальное клиническое руководство рекомендует применение схем комбинированного медикаментозного лечения, включая статины. Ацетилсалициловая кислота не назначается пациентам с повышенным артериальным давлением из групп низкого или среднего риска развития ССЗ. Охват пациентов с высоким риском развития ССЗ лекарственными препаратами и консультациями - умеренный. Мониторинг эффективности ведения пациентов с высоким риском (и исходов) не осуществляется.
Эффективная вторичная профилактика после острого инфаркта миокарда (ОИМ)	Умеренный	Доля пациентов с установленным диагнозом ишемической болезни сердца, получающих услуги вторичной профилактики (ацетилсалициловая кислота, бета-блокаторы и статины), не отслеживается с помощью регистра острого коронарного синдрома (ОКС). В учреждениях ПМСП имеются диспансерные карточки и журналы, но ведение записей не дает представления об общем положении дел.
Экстренная помощь и вторичная помощь после ОИМ и инсульта	Умеренный	Национальные руководства ставят акцент на своевременности предоставления помощи, и некоторые процедуры уже внедрены. Врачи клинической практики осведомлены о стандартах, но систематический мониторинг своевременного оказания помощи в острой фазе ОИМ или инсульта не осуществляется. Функциональность регистров ОКС и инсульта неясна.

Стратификация факторов риска на уровне первичной медико-санитарной помощи

В соответствии с Приказом № 177 «О проведении лечебно-профилактических осмотров среди работающих граждан страны» (27) взрослые граждане Туркменистана в возрасте 18 лет и старше, работающие в министерствах и других государственных учреждениях, а также студенты, должны проходить ежегодные лечебно-профилактические осмотры, включающие лабораторные анализы, а также, при наличии показаний, другие соответствующие обследования. Семейные врачи раз в три года также приглашают (по телефону или во время визита) граждан для прохождения лечебно-профилактических осмотров (28). Первый этап проведения лечебно-профилактических осмотров включает лабораторные анализы и другие исследования. В зависимости от результатов может быть проведен второй этап обследования врачом-специалистом с назначением дальнейших обследований. После этого, в соответствии с результатами, пациенты делятся на разные группы для последующего наблюдения. Пациенты с высоким риском и с выявленными хроническими заболеваниями подлежат диспансерному наблюдению семейными врачами и специалистами.

Поощряется использование протоколов для диагностики и лечения артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца (29), которые включают алгоритмы стратификации риска ССЗ и диаграммы системной оценки коронарного риска Европейского общества кардиологов. Протоколы WHO PEN используются на уровне ПМСП с 2017 года; они ссылаются на диаграммы оценки риска ВОЗ/Международного общества гипертонии. Национальные руководства по клинической практике для нарушений липидного обмена действуют с 2017 года.

Рецепты выписываются семейными врачами по согласованию с другими специалистами (консультирование по вопросам приема лекарственных препаратов и ведения здорового образа жизни). Лекарственные средства, включенные в клинические руководства, также включены в национальный перечень основных лекарственных средств с компенсацией стоимости в размере 50% для пациентов, у которых есть медицинская страховка. Некоторые категории пациентов имеют право на бесплатные лекарства (см. Барьер 11).

Согласно исследованию ВОЗ STEPS 2018 года (10), 8,4% населения в возрасте 18–69 лет имеют три или более фактора риска⁴ с аналогичными показателями для мужчин и женщин; этот показатель увеличивается до 14,6% среди населения в возрасте 45–60 лет. Опрос также показал, что доля взрослых в возрасте 40–69 лет с 10-летним риском развития ССЗ $\geq 30\%$ или с уже имеющимся ССЗ составляет 13,1%, без существенной разницы между мужчинами (10,6% [95% ДИ 8,0–13,2]) и женщинами (15,7% [95% ДИ 12,4–19,0]).

Эффективное выявление и контроль артериальной гипертонии

В соответствии с концепцией стратегии «Профилактика заболеваемости, смертности и нетрудоспособности от сердечно-сосудистых заболеваний до 2020 года», ведется систематическая работа по улучшению качества медицинской помощи пациентам с ССЗ. В 2017 году были внедрены Протоколы по диагностике и лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца. Они были разработаны в соответствии с карманными руководствами Европейского общества кардиологов и Европейского общества гипертонии и содержат перечни показаний для назначения лекарственных средств (таких как ацетилсалициловая кислота, бета-блокаторы и статины), в том числе схем комбинированного медикаментозного лечения.

Во время первого визита пациента в поликлинику в текущем году, независимо от цели его визита или специализации поставщика медицинских услуг, пациенту измеряется артериальное давление. Согласно Приказу № 449 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в Туркменистане» (30), артериальное давление измеряется семейным врачом во время консультации или медсестрой в школе здоровья. В соответствии с положением об организации и функционировании школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией, в Приложении 5 к Приказу № 449 говорится, что основной задачей школ здоровья является выявление пациентов с высоким артериальным давлением среди новых амбулаторных пациентов, обратившихся в клинику за консультацией врача-специалиста в текущем году. Общее число пациентов, обратившихся в школы здоровья на уровне ПМСП в 2017 году, составило 43 662, из которых 11 421 (26,2%) страдали гипертонией (данные Госпиталя с научно-клиническим центром кардиологии). Согласно исследованию STEPS 2018 года, 93% взрослых сообщили, что им было измерено артериальное давление (мужчины 91,5% [95% ДИ 89,5–93,3]); женщины 94,7% [95% ДИ 93,2–96,1]) (10).

⁴ Комбинированные факторы риска объединяют пять факторов риска, из которых по четырем нет статистически значимых различий между мужчинами и женщинами при доверительных интервалах (ДИ) с уровнем доверия 95% (менее пяти порций фруктов и овощей в день, распространенность избыточного веса, повышенное артериальное давление, недостаточная физическая активность), а по пятому (текущее ежедневное курение), есть.

Семейные врачи направляют пациентов с повышенным артериальным давлением (пациентов с высоким риском) к кардиологу для консультации. Амбулаторные журналы (на бумажном носителе) содержат результаты медицинских осмотров и проведенного лечения. Пациенты получают рецептурные лекарства ежемесячно, перед этим они получают консультацию врача и, при наличии показаний, необходимые обследования. Дополнительная информация приведена в Барьерах 5, 9 и 11.

Мониторинг диагностики и лечения артериальной гипертонии обычно осуществляется на национальном уровне; имеются статистические данные. Заболеваемость артериальной гипертонией (число впервые установленных случаев) в 2017 году составила 232,8 на 100 000 населения (данные Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, 2017 г.). Общее число установленных случаев артериальной гипертонии в 2017 году составило 1128,8 на 100 000 населения (данные Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, 2017 г.), что соответствует 1,1% населения с диагнозом гипертонии.

Согласно исследованию ВОЗ STEPS, проведенному в Туркменистане в 2018 году (10), повышенное артериальное давление⁵ было выявлено у 25,9% населения; показатели были сопоставимы у мужчин (26,3% [95% ДИ 23,4–29,2]) и женщин (25,5% [95% ДИ 23,2–27,9]). Все показатели значительно возросли с 2013 года, когда повышенное артериальное давление было выявлено у 19,1% взрослых (17,6% мужчин и 20,6% женщин). Тем не менее, показатели распространенности артериальной гипертонии 2013 и 2018 годов значительно выше, чем в 2017 году, что указывает на недостаточный уровень выявления.

В исследовании STEPS также прослеживается недостаточный уровень выявления. Исследование показало, что только 37,8% взрослых с повышенным артериальным давлением среди населения в целом был поставлен диагноз гипертония;⁶ эта частота выявления значительно ниже для мужчин, чем для женщин (мужчины 32,0% [95% ДИ 27,5–36,7]; женщины 43,7% [95% ДИ 38,8–48,5]). Оценочная группа посетила семейный участок дома здоровья с общей численностью обслуживаемого населения 725 человек (в возрасте 18 лет и старше). Основываясь на показателях распространенности артериальной гипертонии, полученных в ходе проведения STEPS, 102 женщинам и 85 мужчинам должен был быть поставлен диагноз повышенное артериальное давление. Однако, в журнале с диагнозом гипертония было зарегистрировано лишь 14 женщин и 5 мужчин.

Исследование ВОЗ STEPS 2018 года также показало, что лечение получает только половина (54,3%) пациентов, которым был поставлен диагноз гипертония;⁷ этот показатель значительно ниже для мужчин, чем для женщин (мужчины 42,3% [95% ДИ 33,6–51,0]; женщины 63,0% [95% ДИ 56,7–69,3]). Только у каждого восьмого взрослого (12,4%) с диагнозом артериальной гипертонии давление находится под контролем⁸ (мужчины 8,3% [95% ДИ 3,2–13,3]; женщины 15,5% [95% ДИ 10,7–20,2]).

В основные виды деятельности школ здоровья для пациентов с гипертонией, входят: повышение осведомленности пациентов об артериальной гипертонии, проводимое в соответствии со стандартными программами, мониторинг знаний и навыков, приобретенных пациентами в ходе обучения по программам школы, и оценка эффективности обучения пациентов.

⁵ Повышенное артериальное давление определяется как систолическое артериальное давление, равное или превышающее 140 мм рт. ст., или диастолическое артериальное давление, равное или превышающее 90 мм рт. ст., или пациент в настоящее время получает лекарственную антигипертензивную терапию.

⁶ «Пациенты с диагнозом гипертонии» означает, что врач или другой медицинский работник сказал им, что у них повышенное артериальное давление или гипертония.

⁷ Лечение повышенного артериального давления определяется как назначение пациенту в течение последних двух недель лекарственных препаратов (лекарства) врачом или другим работником здравоохранения.

⁸ Контролируемое артериальное давление определяется как <140/90 мм рт.ст.

Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска

Протокол диагностики и лечения артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца (29) предлагает информацию о рецептурных препаратах (включая ацетилсалициловую кислоту, бета-адреноблокаторы и статины) и схемах комбинированного медикаментозного лечения. Согласно исследованию ВОЗ STEPS 2018 года (10), 79% взрослых в возрасте 40–69 лет с высоким риском развития ССЗ (10-летний риск развития ССЗ $\geq 30\%$ или с уже имеющимся ССЗ) получали медикаментозную терапию и консультирование.

Пациенты с хроническими заболеваниями находятся на «диспансерном учете» и должны консультироваться с семейным врачом четыре раза в год, а также проходить полное обследование два раза в год. В Туркменистане три четверти (78%) пациентов с гипертензией состоят на учете для регулярного наблюдения.

Обследование пациентов с ССЗ включает в себя: ежедневное измерение артериального давления; физикальное обследование, проведение ЭКГ и эхокардиографии; проведение анализа на уровень глюкозы в крови; свертывание крови; рентгенографии легких; доплерографии сосудов; ультразвукового исследования щитовидной железы и почек. Пациенты, состояние которых не улучшается при амбулаторном лечении, госпитализируются. Согласно национальным данным, в 2017 году с ССЗ было госпитализировано 25% пациентов, из них 13% страдали артериальной гипертензией.

Пациентам с множественными факторами риска назначаются лекарственные препараты: статины для снижения высокого уровня холестерина и ацетилсалициловая кислота для пациентов с инфарктом миокарда; пациентам с гипертонической болезнью из групп низкого и среднего уровня развития ССЗ ацетилсалициловая кислота не назначается.

Эффективная вторичная профилактика после перенесенного ОИМ или инсульта

Имеются руководства по вторичной профилактике ОКС и инсульта, часто в форме методических пособий по клинической практике, разработанных ведущими научно-клиническими учреждениями и одобренных Министерством здравоохранения и медицинской промышленности для использования врачами клинической практики, но они не полностью соответствуют международным руководствам. Более того, инструменты для внедрения методических пособий и протоколов ограничены, а их распространение может быть улучшено.

Согласно Протоколу диагностики и лечения артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, для вторичной профилактики после ОИМ рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты, бета-блокаторов и статинов. При выписке пациента из больницы он получает выписной эпикриз (выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного). После выписки пациент должен обратиться в учреждение ПМСП для последующего наблюдения. Пациенты получают бесплатные лекарственные препараты в больницах для лечения острых фаз; после выписки пациенты, имеющие медицинскую страховку, оплачивают 50% стоимости лекарств, а пациенты без страховки покупают лекарства за полную стоимость.

Реабилитационные услуги предоставляются в больницах на завершающем этапе пребывания (ранняя реабилитация). При выписке пациенты получают выписной эпикриз с рекомендациями для специалистов первичной медико-санитарной помощи по оказанию дальнейшей помощи пациенту; также предоставляется санаторно-курортное лечение. В больницах национального уровня имеются хорошо оборудованные реабилитационные отделения и опытный персонал (который также проходит обучение в Службе старших экспертов).

Маршрутизация больных с инсультом утверждена Приказом №326 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности 2017г. («Порядок оказания

медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения») и обеспечивает доступ пациентов к соответствующим услугам на 4 уровнях: этрапская больница; межэтрапский инсультный центр в этрапском госпитале; областной/веляятский многопрофильный госпиталь и Лечебно-диагностический центр им. С. А. Ниязова; Международный центр неврологии Дирекции международных медицинских центров. Маршрутизация больных с ССЗ утверждена Приказом №29 («Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией») в 2019 году и аналогичным образом обеспечивает доступ пациентов к соответствующим услугам на 4 уровнях: этрапская больница; межэтрапский госпиталь; Ашхабадская городская больница, Госпиталь с научно-клиническим центром физиологии и веляятские многопрофильные больницы; Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии.

Неотложная и вторичная помощь после ОИМ и инсульта

Для улучшения исходов, на стадии догоспитального ухода пациент с подозрением на инсульт должен получить неотложную медицинскую помощь и быть госпитализирован в специализированную больницу. Простая для понимания информация о симптомах инфаркта миокарда и инсульта и рекомендуемых неотложных действиях бесплатна и широко доступна в периодических журналах и на плакатах в медицинских учреждениях. Население через СМИ информируется о **распознавании ранних признаков и симптомов инсульта и важности своевременного оказания помощи**. В настоящее время подготовлен видеоролик по FAST тесту (face, arm, speech test – «лицо, рука, речь»).

Приказ № 449 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в Туркменистане» (30) описывает действия, которые необходимо предпринять для оказания помощи пациенту в острой фазе инсульта. Пациенты с ОКС (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия) и другими угрожающими жизни состояниями в кратчайший по возможности промежуток времени доставляются в ближайшее медицинское учреждение, имеющее отделение радиологии и хирургические возможности диагностики и лечения, анестезиологию и отделение интенсивной терапии.

Основным директивным документом для оказания неотложной помощи при ОКС является Протокол по диагностике и лечению пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (2017) (29). Этот документ содержит классификации, описания основных методов диагностики и лечения ОКС и базовые определения основных этапов оказания неотложной помощи. Он содержит основные принципы выбора стратегии лечения и координации оказания помощи. Коронарная ангиопластика с последующим стентированием коронарной артерии доступна только в специализированных отделениях госпиталей с научно-клиническими центрами; временные рамки для планирования этой процедуры составляют до 24 часов для ОИМ с подъемом сегмента ST и до 72 часов для ОИМ без подъема сегмента ST.

Для пациентов с подозрением на инсульт, компьютерная томография (КТ), как правило, доступна круглосуточно, однако могут возникнуть задержки с транспортировкой пациента после стабилизации, сначала в один центр для проведения компьютерной томографии, а затем в другой - для лечения.

Клинические шкалы, такие как Шкала инсульта национального института здоровья (NIHSS) и индекс Бартела, начинают использоваться во многих неврологических и реанимационных отделениях для оценки неврологического дефицита и прогнозирования исходов инсультов у пациентов. Эндovasкулярная тромболитическая терапия для оказания помощи при инсульте пока не применяется рутинно по всей стране. В 2018 году 58 больным с инсультом проведена эндovasкулярная тромболитическая терапия. Из 58 процедур 48 было проведено больным в Международном Неврологическом центре, а остальные - больным в Лечебно-консультативном центре им. С.А.Ниязова.

Для проведения терапии в Международном неврологическом центре более чем в половине случаев использовалась стрептокиназа, несмотря на то, что она не показана при остром ишемическом инсульте в соответствии с международными руководствами, а время применения терапии во многих случаях выходило за рамки целевого «терапевтического окна» и доходило в некоторых случаях до 20 часов после инсульта. Альтеплаза является единственным литическим средством, которое в настоящее время одобрено международными руководствами и стандартами для терапии при остром ишемическом инсульте, и ее применение ограничено «терапевтическим окном» в 4,5 часа. Только три пациента получили альтеплазу в рамках «терапевтического окна» и, возможно, еще семь пациентов в течение 3–6 часов после инсульта. Отсутствует **четко организованный маршрут, оптимизирующий своевременное проведение вмешательств и использование ресурсов.**

Вторичная помощь после ОИМ и инсульта описана в предыдущем разделе «Эффективная вторичная профилактика после перенесенного ОИМ или инсульта».

3.2.2 Диабет

Результаты оценки осуществления индивидуальных услуг по профилактике и лечению диабета суммированы в таблице 7.

Таблица 7. Карта балльной оценки индивидуальных услуг по профилактике и лечению диабета

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Эффективное выявление и общее последующее наблюдение	Ограниченно - умеренный	Имеется национальный регистр диабета, в учреждениях ПМСП ведется учет пациентов с хроническими заболеваниями. Проводится массовое обследование всего населения (не только групп высокого риска) на содержание сахара в крови в рамках периодических профилактических медицинских осмотров. Существует вероятность недостаточного выявления по сравнению с оценочным уровнем распространенности среди населения.
Просвещение пациентов по вопросам питания и физической активности и интенсивный контроль глюкозы	Умеренный	Пациентам назначается не менее 10 занятий в школах здоровья, проводимым в основном эндокринологами ПМСП с использованием стандартной учебной программы и смешанных методов обучения. Усвоение знаний и последующее наблюдение систематически отслеживаются. Предлагается общее консультирование по вопросам питания/физической активности. Количество проведенных тестов на гликированный гемоглобин (HbA1C) регистрируется.
Контроль артериальной гипертензии у больных диабетом	Ограниченно - умеренный	Количество пациентов с диабетом и гипертензией регистрируется, но качество контроля остается неясным. Регистрируется количество пациентов, получающих препараты для снижения высокого уровня холестерина в крови.
Профилактика осложнений	Умеренный	Пациентам, состоящим на учете в связи с диабетом, на ежегодной основе предлагается обследование состояния стоп, глазного дна (фундоскопия) и анализ на содержание белка в моче; число проведенных процедур регистрируется.

Эффективное выявление и общее последующее наблюдение

В Туркменистане ведется национальный регистр пациентов с диабетом. В 2017 году общее число пациентов с диагностированным сахарным диабетом в Туркменистане составило 455,2 человек на 100 000 населения (Министерство здравоохранения и медицинской промышленности, 2017), что представляет собой 0,46% населения; данные по типу диабета, возрасту пациентов и соотношению показателей для мужчин и женщин предоставлены не были. Для сравнения, расчетная распространенность повышенного содержания сахара в крови, по данным ВОЗ (31), стандартизированная по возрасту (лица с содержанием глюкозы натощак ≥ 7 ммоль/л или принимающие

антидиабетические препараты), в 2014 году составляла 12,2% (12,4% для мужчин; 12,0% для женщин). Согласно исследованию ВОЗ STEPS в 2018 года (10), распространенность повышенного содержания сахара в крови (лица с содержанием глюкозы натощак ≥ 7 ммоль/л или принимающие антидиабетические препараты) находится на отметке 5,8% среди взрослых 18-69 лет, без видимой разницы между мужчинами (6,0% [95% ДИ: 4,6-7,4]) и женщинами (5,6% [95% ДИ: 4,4-6,8]). Какая бы оценка распространенности диабета на уровне населения ни использовалась, наблюдается недостаточный уровень выявления. Число выявлены случаев диабета посредством программ скрининга в рамках профилактических медицинских осмотров значительно ниже, чем можно было бы ожидать, учитывая уровень распространенности среди населения в целом.

ПМСП предлагает диагностические процедуры: осмотр специалистом ПМСП и лабораторные анализы, и процедуры лечения: оказание срочной и неотложной медицинской помощи; предоставление бесплатных лекарственных препаратов и товаров медицинского назначения пациентам с заболеваниями эндокринной системы; профилактические осмотры и скрининг целевых групп населения с последующим наблюдением.

Профилактические медицинские осмотры, проводимые раз в три года для всех граждан и ежегодные лечебно-профилактические осмотры для работающих взрослых (27) включают анализ на определение уровня сахара в крови. Бессимптомные пациенты приглашаются для проведения скрининга; отдельная система для выявления лиц с высоким риском развития диабета отсутствует. После выявления повышенного уровня сахара в крови пациента госпитализируют для подтверждения диагноза. Клинический диагноз должен быть поставлен не позднее, чем через три календарных дня с момента поступления пациента в больницу. В 2017 году было зарегистрировано 55 новых случаев диабета на 100 000 населения (Министерство здравоохранения и медицинской промышленности). Пациенты с зарегистрированным диабетом ставятся на диспансерный учет и проходят регулярное наблюдение.

Приказ № 73 «Положение об организации оказания эндокринологической помощи в Туркменистане» (32) утвердил руководство по эндокринной помощи и предоставлению услуг в Туркменистане. Ведение диабета в основном осуществляется в ПМСП специалистами (эндокринологами) в домах здоровья, а не семейными врачами. Врач ПМСП осуществляет последующее наблюдение за пациентом в соответствии с рекомендациями эндокринолога.

Просвещение пациентов по вопросам питания, физической активности и интенсивный контроль глюкозы

Все пациенты, состоящие на учете по поводу диабета, должны ежегодно проходить полное диагностическое обследование. Пациенты с инсулинозависимым диабетом должны находиться под наблюдением эндокринологов для получения рецептов на инсулин; они должны посещать семейного врача или эндокринолога по крайней мере один раз в месяц, чтобы получать рецепты на бесплатный инсулин.

Пациентам с сахарным диабетом предлагаются как минимум еженедельные измерения уровня глюкозы в крови и, если есть показания, измерение глюкозы в крови натощак несколько раз в неделю утром и через 1,5-2 часа после еды. Каждые три месяца предлагается тест на HbA1c (за плату). Тест на HbA1C проводится в диагностических центрах всех велаятов, а также во всех больницах национального уровня. Количество проведенных тестов на HbA1C регистрируется.

Согласно Приказу № 408 (33), учреждения ПМСП (дома здоровья) укомплектованы врачами-специалистами (пульмонолог, кардиолог и эндокринолог), проводящими занятия по вопросам лечения различных хронических заболеваний в школах здоровья. Если в учреждении ПМСП нет врача-специалиста, то аналогичные услуги

предоставляются семейным врачом. Школы здоровья имеют стандартную учебную программу; занятия проводятся три дня в неделю. Программа занятий по диабету включает в себя лекции и отработку практических навыков, осуществляемые в очном формате в группе пациентов. Обучение дополняется показом видеоматериалов и раздачей учебных материалов. Ведется регистр посещаемости. Пациент с диабетом должен посетить не менее 10 занятий. Согласно отчету регистра пациентов с диабетом, 100% пациентов с сахарным диабетом посещают занятия по профилактике НИЗ.

В школах проводится обучение детей с сахарным диабетом. Все дети обучены оказывать себе первую помощь и самостоятельно справляться со своими симптомами. В школах есть медицинские отделения с медсестрами, врачами и стоматологами. Ребенок может хранить инсулин в медицинском кабинете. Около 260 детей в возрасте до 15 лет страдают диабетом, и все находятся на диспансерном учете; им и их родителям оказывается поддержка в школах здоровья. Для детей с хроническими заболеваниями имеется возможность отдыха в летних лагерях и санаториях.

Государство предоставляет универсальные услуги по лечению диабета, перечисленные в гарантированном государством пакете бесплатной медицинской помощи, и частично покрывает расходы на другие компоненты лечения диабета. Расходы на инсулин и пероральные гипогликемические средства покрываются полностью из государственного бюджета.

Контроль артериальной гипертонии у больных диабетом

Доля пациентов с диабетом, также страдающих гипертонией, регистрируется, однако неясно, находится ли показатель состоящих на учете пациентов с диабетом и гипертонией, достигших уровня артериального давления <140/90 мм рт., на уровне 75% или более. Стоимость антигипертензивных препаратов и статинов возмещается не полностью, даже пациентам с диабетом. Согласно отчету регистра пациентов с диабетом, 100% людей, состоящих на учете по поводу диабета, получают противодиабетические средства.

Согласно Приказу № 449 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в Туркменистане» (30), целевой показатель артериального давления для пациентов с диабетом и гипертонией составляет 130/85 мм рт. ст. Согласно протоколам диагностики и лечения пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (29), а также Приказу № 449, в качестве антигипертензивного средства первой линии рекомендуются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).

Профилактика осложнений

Как часть ежегодного обследования пациентам с диабетом предоставляются консультации с офтальмологом, нефрологом, кардиологом, невропатологом и ангиохирургом. Дополнительные обследования, проводимые ежегодно, включают доплерографию сосудов нижних конечностей, анализ мочи на микроальбуминурию для пациентов с диабетом, получающих лекарственную терапию, а также рентгенографию легких, ЭКГ и УЗИ внутренних органов, а также биохимический анализ крови (триглицериды, билирубин, альфа-амилаза, мочевины и креатинин). Обследование специалистами обычно требует долевой оплаты со стороны пациента, но некоторые группы населения получают услуги бесплатно, а другим предоставляются скидки; рекомендуемые/назначенные процедуры аналогичны.

В регистре больных сахарным диабетом регистрируется информация о количестве осмотров специалистов и осложнениях. Кроме того, в регистр больных сахарным диабетом заносится информация после осмотра специалистов (офтальмолога, ангиохирурга), а также данные об оперативном лечении основного заболевания и

возникших осложнений со степенью тяжести. По данным Министерства здравоохранения и медицинской промышленности в 2018 году проведено 221 ампутаций конечностей вследствие осложнений сахарного диабета (в 2017 году - 289 ампутаций). По данным министерства, число больных с диабетической ретинопатией по Туркменистану в 2018 году составило 1771 человек, из них впервые выявленных - 875 (в 2017г. - 1922 и 852, соответственно).

3.2.3 Профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний

Существует Национальная стратегия на 2014-2020 годы по профилактике и раннему выявлению и лечению злокачественных новообразований в Туркменистане, построенная по формату предыдущей стратегии на 2011-2013 годы. Существуют различные методы скрининга на онкологические заболевания, хотя они не соответствуют международным стандартам качественных программ скрининга, организованных на уровне всего населения. Данные о целевых возрастных группах и частоте скрининга на рак шейки матки и рак молочной железы варьируют в зависимости от опрошенных медицинских работников, что свидетельствует об отсутствии единого понимания и недостаточном распространении национальных руководств. Лечение рака бесплатное и проводится в пяти онкологических центрах: по одному в каждом из четырех велаятов и в одном в столице. Услуги химиотерапии доступны только в этих специализированных больницах. Существует национальный регистр пациентов с онкологическими заболеваниями на бумажном носителе; регистр рака молочной железы составлен на базе электронной системы и ведется централизованно. Регистрация рака носит пассивный характер; случаи рака заносятся в «бумажную» систему данных в каждой поликлинике/велаяте и затем агрегируются по велаяту. Неправительственные организации (НПО) (Союз женщин, Союз молодежи) принимают участие в мероприятиях по профилактике НИЗ, например, путем организации ежемесячных тематических мероприятий по вопросам рака шейки матки (в феврале), рака простаты (в июне) и рака молочной железы (в октябре).

В таблице 8 представлены результаты оценки индивидуальных услуг по профилактике и лечению онкологических заболеваний.

Таблица 8: Карта балльной оценки индивидуальных услуг по профилактике и лечению рака

Вмешательство	Уровень охвата	Критерий оценки
Профилактика рака печени путем вакцинации против вируса гепатита В	Широкий	Иммунизация всех новорожденных (охват > 98%) и некоторых групп взрослых (медицинский персонал и студенты-медики).
Вакцинация против вируса папилломы человека	Широкий	С 2016 года проводится программа иммунизации мальчиков и девочек 9 лет двумя дозами четырехвалентной вакцины. Подход успешный, обеспечивает высокий охват (> 95%).
Скрининг на рак шейки матки и лечение предраковых поражений	Ограниченно - умеренный	Введено использование теста по Папаниколау. Алгоритм скрининга включает слишком много шагов, от лишних визитов к разным врачам до повторных тестов/кольпоскопий. Данные о частоте выявленных и пролеченных предраковых поражений отсутствуют. Для лечения предраковых поражений женщины направляются на вторичный или третичный уровень..
Раннее выявление случаев рака молочной железы и своевременное лечение всех стадий рака	Ограниченный	Используются различные клинические алгоритмы, включающие клиническое обследование молочной железы, проведение маммографии, ультразвуковых исследований. Возрастные группы и интервалы между скринингами не основаны на фактических данных и не согласуются между учреждениями.
Скрининг населения на рак толстой и прямой кишки среди лиц старше 50 лет вместе с предоставлением своевременного лечения	Ограниченный	Проводится пальпация прямой кишки, но скрининг на основе фактических данных отсутствует. Наблюдается позднее диагностирование (75% случаев диагностируется на поздней стадии по сравнению с 25% случаев для рака молочной железы). Необходима программа ранней диагностики.

Профилактика рака печени путем вакцинации против вируса гепатита В

Вакцинация против вируса гепатита В была включена в национальную программу иммунизации новорожденных и проводится с 2002 года. По данным ВОЗ, охват услугами иммунизации широкий; по данным Министерства здравоохранения и медицинской промышленности, охват достигает 98% новорожденных. Однако своевременность введения доз вакцины, в частности, дозы при рождении, которую следует вводить в течение первых 24 часов после рождения, чтобы свести к минимуму передачу инфекции от матери ребенку, неясна.

Некоторым группам взрослого населения, а именно медицинским работникам и студентам-медикам, вакцинация против вируса гепатита В проводится бесплатно. Согласно полученным данным, охват составляет 98%. Другие взрослые (не медицинские работники и студенты-медики) могут быть вакцинированы против гепатита В за полную стоимость.

Имеется возможность провести исследование сыворотки крови, чтобы понять эффект от вакцины (и подтвердить достижение европейских региональных целей ВОЗ); все инструменты для проведения исследования доступны на русском языке.

Вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ)

Поддержанная сильной политической волей и усилиями команды по иммунизации Министерства здравоохранения и медицинской промышленности, вакцина против ВПЧ была введена в 2016 году. Внедрение вакцины прошло успешно, и, как сообщается, не вызвало противодействия и движений против вакцинации со стороны общества. Кампания по вакцинации ориентирована на всех девочек и мальчиков 9-летнего возраста, которым вводится по 2 дозы четырехвалентной вакцины Gardasil с 6-месячным интервалом. Вакцинация когорты более старшего возраста не планируется. Вакцинация является бесплатной и организуется в школах или, в некоторых случаях, в поликлиниках. Семейные врачи и специалисты по иммунизации в поликлиниках отслеживают, кто вакцинирован, а кто нет. Вакцина доступна для женщин и девочек на добровольной основе бесплатно. По данным страны, охват вакцинацией высокий (95%). В 2017 году, согласно национальным данным, предоставленным Детскому фонду Организации Объединенных Наций, девочкам в возрасте 9 лет вводились две дозы вакцины против ВПЧ: первая доза была введена 98 476 девочкам, а вторая - 98 193 девочкам. За период 2016–2018 гг. было проведено 10 вакцинаций девочек старше 15 лет.

Скрининг на рак шейки матки и лечение предраковых поражений

Национальная программа скрининга на рак шейки матки ориентирована на женщин в возрасте 30-69 лет. Женщинам этой возрастной группы каждые три года проводится обязательный тест Папаниколау (по данным некоторых специалистов, каждые 2 года; также может проводиться окрашивание по Романовскому-Гимзе). Тесты по Папаниколау проводятся гинекологами ПМСП; результаты теста, как правило, расшифровываются на первичном уровне (81 лаборатория по всей стране); иногда проводятся дополнительные тесты (Тесты по Папаниколау на основе жидкостной цитологии и тест на ВПЧ), результаты которых расшифровываются на третичном уровне. Женщины приглашаются на обследование семейными врачами; при положительных результатах теста они направляются на вторичный уровень для проведения кольпоскопии, при выявлении патологии или положительном результате биопсии женщины направляются в региональный онкологический центр. Согласно предоставленным документам (Глава V Национальной стратегии по выполнению в 2014-2020 годы задач, определенных в Ашхабадской декларации по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Туркменистане, и Приказ № 144), лечение предраковых поражений не проводится на первичном уровне, женщины направляются из этрапских больниц или

домов здоровья (учреждений первичной медико-санитарной помощи) в веляятские больницы (вторичный уровень) или в Национальный научно-клинический центр онкологии (третичный уровень, в Ашхабаде). Имеются различия в проведении скрининга между различными частями страны, но в целом они не четко составлены, и включают слишком много шагов с лишними визитами к разным врачам, проведением повторных и ненужных тестов и повторных кольпоскопий. Более того, скрининги и последующее наблюдение не являются бесплатными (возмещение 50% стоимости по медицинской страховке). Собираются отдельные данные об охвате скринингом и наблюдении за женщинами с выявленной патологией, но они не используются для контроля качества или улучшения процесса оказания услуг. Данные о частоте выявленных и пролеченных предраковых состояниях не собираются и не анализируются.

Согласно исследованиям ВОЗ STEPS, в 2013 году 62,2% женщин в возрасте 30–49 лет был проведен как минимум один ПАП-тест; в 2018 году этот показатель увеличился до 70,1% (95% ДИ: 65,9-74,4). Такой уровень охвата является относительно высоким, но в отсутствие данных о заболеваемости на уровне всего населения неясно, насколько скрининг успешен в профилактике заболевания. Оценки Международного агентства по изучению рака указывают на относительно высокую, стандартизированную по возрасту заболеваемость раком шейки матки - 13,6 на 100 000 населения, что говорит о том, что скрининг имеет ограниченный успех. Сложные маршруты пациента для женщин с выявленной в ходе скрининга патологией могут приводить к высокой частоте утраченных контактов для последующего наблюдения, что может объяснять высокий уровень заболеваемости, несмотря на высокий охват скринингом в Туркменистане.

Туркменистан располагает хорошо оснащенной инфраструктурой здравоохранения для проведения скрининга на рак шейки матки, включая ультрасовременную лабораторию с возможностями тестирования на ВПЧ и мотивированным медицинским и лабораторным персоналом. Это создает уникальную возможность для внедрения скрининга на ВПЧ и упрощения алгоритма проведения скрининга (в соответствии с рекомендациями ВОЗ).

Раннее выявление случаев рака молочной железы и своевременное лечение всех стадий рака

Профилактические медицинские осмотры для взрослых включают клиническое обследование молочных желез, которое, как было показано, способствует более ранней диагностике. Такая практика может объяснить, по крайней мере частично, относительно низкую долю рака молочной железы, диагностируемого на поздней стадии (25%). Периодические профилактические медицинские осмотры, проводимые в соответствии с Приказами № 177 (трудоустроенные граждане) и № 203 (все граждане), включают проведение маммографии. Маммография предлагается на всех уровнях медицинской помощи, иногда за сниженную плату, но возрастные группы и интервалы между скринингами неодинаковы для всех учреждений. В одном Приказе рекомендуется проведение ежегодных маммографий для женщин в возрасте 35-49 лет; однако национальный онкологический центр выпускает слегка отличающиеся (и более разумные) рекомендации, а именно, проведение маммографий каждые 2 года для женщин в возрасте 40-49 лет. Маммография проводится на разных уровнях медицинской помощи, в том числе на уровне ПМСП; обеспечение качества услуг в большинстве учреждений неоптимальное (отсутствие интерпретации маммограмм двумя рентгенологами независимо друг от друга («двойной читки»), неудовлетворительное знание классификации «Системы интерпретации и протоколирования визуализации молочных желез», отсутствие стандартов по минимальному количеству изображений, которые должны быть расшифрованы радиологами ежегодно, отсутствие внешнего аудита и т. д.). В национальном онкологическом центре имеется электронный регистр пациентов с раком молочной железы, но в нем не регистрируются результаты маммографического скрининга,

поэтому данные по охвату не могут быть предоставлены. Регистр пациентов со всеми другими видами онкологических заболеваний пока остается бумажным.

В случае выявления патологии в ходе проведения маммографии на первичном или вторичном уровне, пациентка направляется в онкологический центр. В связи с этим существует высокий риск перегрузки учреждений третичного звена случаями доброкачественных образований. В Научно-клиническом центре охраны здоровья матери и ребенка всем госпитализированным женщинам старше 35 лет проводится маммография. В случае положительных результатов они направляются на томографию/магнитно-резонансную томографию.

Существует острая необходимость в гомогенизации и рационализации практики проведения маммографического скрининга в соответствии с международными рекомендациями, т.е. проведение скрининга каждые 2 или 3 года для женщин в возрасте 50-70 лет (и в любом случае, не для женщин моложе 45 лет, поскольку для женщин моложе 45 лет вред от скрининга превосходит его преимущества), а также обеспечение эффективного, своевременного и бесплатного наблюдения за пациентками с выявленными патологиями (34, 35).

Скрининг населения на рак толстой и прямой кишки среди лиц старше 50 лет вместе с предоставлением своевременного лечения

Организованная программа скрининга населения на рак толстой и прямой кишки отсутствует, хотя упоминалось проведение пилотного проекта. Периодические профилактические медицинские осмотры для взрослых включают обследование прямой кишки, однако фактических данных о том, что пальпация прямой кишки позволяет снизить уровень диагностирования на поздней стадии, нет. В соответствии с Приказом № 203 (июнь 2018 года) граждане Туркменистана в возрасте от 48 до 75 лет имеют право на проведение анализа кала на скрытую кровь каждые три года. Однако на практике анализ кала на скрытую кровь для здоровых людей не проводится, а проводится в основном для пациентов с жалобами или признаками рака толстой и прямой кишки. Рак толстой и прямой кишки диагностируется на поздней стадии: на стадии III или IV диагностируется 75% случаев по сравнению с 25% случаев для рака молочной железы. Внедрение программы скрининга населения на рак толстой и прямой кишки в Туркменистане не будет экономически эффективным, учитывая низкий уровень заболеваемости в стране (6,1 на 100 000 населения по сравнению с 29 на 100 000 населения в Западной Европе (36)) и текущую ожидаемую продолжительность жизни (рак толстой и прямой кишки развивается на более поздних этапах жизни). Тем не менее, внедрение программы ранней диагностики было бы весьма полезным (37).

Скрининг на другие виды рака

Периодические профилактические медицинские осмотры для взрослых включают обследования полости рта, глотки, щитовидной железы, кожи, груди и прямой кишки. Тем не менее, не доказана значимость этих осмотров в улучшении результатов выявления рака, за исключением рака кожи и рака молочной железы. Скрининг на рак щитовидной железы может быть даже вредным из-за высокого риска гипердиагностики и излишнего лечения опухолей, которые не подвергают пациента риску (т.е. рак, который не развивается и не нуждается в лечении (38)). Понимание концепции скрининга на рак среди специалистов является недостаточным; ситуация может быть улучшена, например, посредством их участия в соответствующих международных мероприятиях.



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 3.

Рисунок 3. 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 населения
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 (4)

Барьер 1. Политическая приверженность делу борьбы с НИЗ

Эффективное снижение заболеваемости и преждевременной смертности от НИЗ, а также сокращение связанного с этим экономического ущерба для общества, требует политической приверженности на самом высоком уровне.

В течение последнего десятилетия Туркменистан проявлял исключительно твердую приверженность делу охраны здоровья и повышения благосостояния населения на высшем правительственном уровне. Крупные инвестиции были направлены на улучшение инфраструктуры медицинских учреждений, диагностического оборудования и методов лечения, имеющихся в стране. Государственная программа в области здравоохранения «Саглык» (2015-2025 гг.) включает в числе приоритетных направлений развитие ПМСП и семейной медицины, подготовку и повышение квалификации медицинского персонала,

пропаганду профилактической медицины (39). Реализуется Национальная программа по преобразованию социально-бытовых условий населения, сел, поселков, городов этрапов, этрапских центров на период до 2020 г., в рамках которой, также финансировалось строительство многочисленных больниц, сельских центров здоровья и поликлиник, а также 114 спортивных школ и 73 спортивных объектов. Кроме того, Приказом № 333 об усовершенствовании услуг в области здравоохранения, предоставляемых населению (2017 г.) (40) был пересмотрен гарантированный государством пакет бесплатной медицинской помощи, расширен диапазон бесплатных медицинских услуг, предоставляемых при некоторых заболеваниях (например, диабете и раке), и предоставление услуг некоторым группам населения.

Правительство Туркменистана особенно привержено борьбе с НИЗ и сокращению экономического бремени, которое они накладывают на экономику страны, как это отражено в Программе социально-экономического развития страны на 2019-2025 годы, утвержденной Президентом Туркменистана и принятой в феврале 2019 года (41). Экономический ущерб, наносимый стране смертностью от неинфекционных заболеваний, учитывается при рассмотрении вопросов развития, так как существует непосредственная связь между смертностью от НИЗ, производительностью труда и рабочей силой. Эта приверженность подтверждается Национальной стратегией по выполнению в 2014-2020 годы задач, определенных в Ашхабадской декларации по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Туркменистане (42), а также многочисленными стратегиями и программами, принятыми впоследствии и направленными непосредственно на снижение распространенности поведенческих факторов риска развития НИЗ. К ним относятся Национальная программа по сокращению вредного употребления алкоголя в Туркменистане на 2018-2024 гг., Национальная стратегия в области повышения физической активности населения Туркменистана на 2018-2025 годы и Национальная программа по охране психического здоровья населения Туркменистана на 2018-2022 гг. Кроме того, развитие звена ПМСП и создание семейной медицины осуществляется с четкой целью повысить уровень раннего выявления пациентов с метаболическими факторами риска и НИЗ.

Приверженность правительства делу борьбы с НИЗ является частью его более широких обязательств по осуществлению Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года в целом и ЦУР 3 в частности. В результате укрепление здоровья и обеспечение здорового образа жизни, имеющего решающее значение для снижения бремени НИЗ, является приоритетом не только для сектора здравоохранения, но и для всех (соответствующих) государственных секторов. Таким образом, Программа социально-экономического развития страны на 2018-2024 годы включает ряд инициатив, направленных на улучшение социальных и бытовых условий жизни населения, развитие физической культуры и спорта, а также вышеупомянутую программу по преобразованию социально-бытовых условий населения, сел, поселков, городов этрапов, этрапских центров на период до 2020 г. Реализация каждой программы поддерживается межведомственным координационным комитетом по этим программам. Тем не менее, Индекс развития человеческого потенциала показывает, что, **несмотря на впечатляющий рост доходов на душу населения в последние годы, здравоохранение и образование отстают по сравнению с большинством других стран мира.** Всемирный банк отметил, что, хотя Туркменистан обладает необычайным изобилием ресурсов и славится крупными инвестициями в физическую инфраструктуру, инвестиции в так называемые более мягкие активы - человеческий капитал и модернизацию институтов - остаются относительно низкими приоритетами (43).

Принятие в 2013 году Ашхабадской декларации по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в контексте положений политики Здоровье-2020 отражает приверженность правительства решению

проблемы неинфекционных заболеваний не только на национальном уровне, но и на региональном и глобальном уровнях. В Декларации содержится призыв к странам активизировать деятельность по сокращению употребления табака, укрепить общегосударственные инициативы и активизировать действия на национальном уровне, к чему и стремится правительство Туркменистана. Продолжая играть лидирующую роль в вопросах снижения бремени НИЗ на региональном и глобальном уровне, правительство Туркменистана планирует провести новую конференцию по обзору пятилетних результатов, которая состоится в апреле 2019 года.

Барьер 2. Формирование четких подходов к установлению приоритетов и предельных значений

Финансирование здравоохранения фрагментировано на разных уровнях государственного управления. На национальном уровне Министерством финансов и экономики выделяется финансирование Министерству здравоохранения и медицинской промышленности для учреждений, находящихся под его юрисдикцией (например, национальных больниц и университетов, научно-клинических и учебных центров). Финансирование областных (велятских) медицинских учреждений осуществляется из областного многосекторального бюджета, а распределение между учреждениями осуществляется Департаментом здравоохранения веляята и г. Ашхабада. Учреждения ПМСП финансируются из местных (этрапских) многосекторальных бюджетов, распределяемых центральными больницами этрапов. Кроме того, страховые взносы по добровольному медицинскому страхованию и средства от олаты услуг пациентами медицинских учреждений (50% суммы после уплаты налога) поступают на специальный счет Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. Специальный счет Министерства здравоохранения и медицинской промышленности возмещает медицинским учреждениям 50% скидку за лекарства и медицинские услуги, оказанные застрахованным гражданам.

Такая фрагментация финансирования между различными уровнями правительства и специальным счетом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности препятствует созданию правительством четких процессов установления приоритетов. Каждый год в июне медицинским учреждениям предлагается представить в органы управления соответствующего уровня заявку на бюджетное финансирование на следующий год. На центральном уровне Министерство здравоохранения и медицинской промышленности консолидирует бюджетные заявки от учреждений, находящихся под его юрисдикцией, и представляет их Министерству финансов и экономики. Аналогичным образом, региональные (велятские) и местные (этрапские) учреждения представляют свои заявки на бюджетное финансирование своим соответствующим органам управления, которые объединяют бюджеты всех учреждений, находящихся под их юрисдикцией, и передают их в Министерство финансов и экономики. Министерство финансов и экономики составляет многосекторальный национальный бюджет и представляет его Кабинету министров, который принимает решение об окончательном распределении ресурсов (общих суммах бюджетов) между секторами на национальном уровне и между уровнями правительства, а также в рамках региональных и местных правительственных бюджетов. Кабинет министров также утверждает подробные постатейные бюджеты для каждого сектора. Несмотря на то, что Кабинет министров обычно утверждает только около 90% от общего запрашиваемого бюджета, сообщений о том, что ресурсные ограничения представляют серьезную проблему, не поступало. Составление и утверждение бюджета производится в соответствии с Бюджетным Кодексом Туркменистана.

Процесс распределения бюджета, основывающийся на стандартизированной бюджетной матрице из 25-27 статей бюджета (зарплаты, оборудование, лекарства, пенсионные взносы, больничное питание и т.д.), не позволяет четко увязать выделение средств с приоритетами в области здравоохранения. Предпринятые ранее усилия по разработке программных бюджетов не увенчались успехом, поэтому приоритеты могут устанавливаться только в рамках правительственных планов экономического и социального развития и государственных программ здравоохранения, однако в настоящее время регулярный механизм для обеспечения определенного уровня финансирования для профилактики и борьбы с НИЗ в целом отсутствует, хотя некоторые НИЗ (например, рак и диабет) лечатся бесплатно (см. также Барьер 15). Введение программного бюджетирования планируется с 2021 года.

В силу высокой приоритетности сферы здравоохранения в Туркменистане часто выделяются дополнительные бюджетные средства, например, на строительство новых или модернизацию действующих объектов, на покрытие расходов на лекарства для малообеспеченных слоев населения или для предоставления дополнительных средств на конкретные приоритетные проекты. Другие программы (например, Национальная программа по преобразованию социально-бытовых условий населения, сел, поселков, городов этрапов, этрапских центров на период до 2020 г. или региональные и местные органы власти также предоставляют финансирование для строительства объектов.

На уровне больницы предпринимаются усилия для предоставления помощи пациентам, не имеющим возможности оплачивать медицинские услуги. Это происходит путем подачи заявления на имя руководства и госпитализацию его на так называемую «бюджетную койку». Руководитель больницы может принять решение использовать полученные средства от оплаты услуг пациентами для компенсации стоимости лечения «бюджетного» пациента. Кроме того, в начале каждой недели каждое отделение рассматривает пациентов на индивидуальной основе, чтобы определить, есть ли необходимость обратиться с просьбой к руководству госпитализировать пациента бесплатно. Если пациент безработный, для подтверждения своего статуса ему необходимо получить справку из жилищного управления. На бюджетные койки госпитализируют льготные категории согласно Приказа № 333.

Барьер 3. Укрепление межведомственного сотрудничества

Правительство предприняло шаги по мобилизации многосекторальных или общегосударственных действий в области здравоохранения. Государственная программа в области здравоохранения «Саглык» (2015-2025 гг.) предполагает принцип межсекторального взаимодействия в секторе здравоохранения. Аспекты здоровья входят в направления работы министерств образования, труда и социального обеспечения, экономики и финансов, торговли, юстиции, сельского хозяйства и окружающей среды, культуры, спорта, связи и других (44). Принцип межсекторального взаимодействия в отношении НИЗ установлен в программе выполнения Ашхабадской декларации по профилактике и борьбе с НИЗ на 2014-2020 годы. Существует межведомственный координационный комитет по НИЗ под председательством вице-преьера по вопросам здравоохранения. На региональном уровне существуют межведомственные комитеты по вопросам здравоохранения под председательством заместителя главы/хякима области/веляята и руководителя здравоохранения. Региональные комитеты имеют своих представителей в комитетах национального уровня. С 2016 года также существует национальный межведомственный комитет по ЦУР под председательством Министерства финансов и экономики.

Имеются некоторые совместные межсекторальные процессы для установления целей и задач, разработки политики, ее реализации, мониторинга и отчетности в отношении НИЗ. Все стратегии утверждаются Президентом, а затем реализация каждой национальной программы также поддерживается межведомственным координационным комитетом под председательством Министерства здравоохранения и медицинской промышленности (45). Заседания разных комитетов зачастую проводятся в одно время (один за другим), поскольку затрагивают пересекающиеся тематики, и их члены зачастую одни и те же люди. Например, в состав Комитета по борьбе против табака входят 40 членов - представителей государственных служб, неправительственных организаций, министерств, частного сектора и других. Он возглавляется Министерством здравоохранения и медицинской промышленности и собирается четыре раза в год на регулярной основе; заседания также могут созываться по мере необходимости.

Все министерства, участвующие в процессе осуществления политики, представляют отчеты в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности, которое подает ежемесячный отчет в Высшую контрольную палату и Кабинет министров, а также ежеквартальный отчет Генеральному прокурору, формирующему механизм мониторинга осуществления.

Барьер 4. Расширение прав и возможностей населения

Школам здоровья по хроническим заболеваниям принадлежит основная роль в расширении прав и возможностей пациентов. Школы здоровья работают при учреждениях ПМСП и дополнительно описываются в других главах настоящего доклада. Школы здоровья предназначены для оказания поддержки пациентам в вопросах самопомощи, например, посредством проведения лекций, использования раздаточных материалов и организации занятий по ведению здорового образа жизни. В школах здоровья пациентов также обучают измерению собственного артериального давления и принятию соответствующих мер по его снижению. Ведутся регистры посещаемости, и медицинские работники ПМСП могут проконтролировать уровень посещаемости пациента при его следующем визите для медицинского обследования или за ежемесячным рецептом на лекарство. В школьных записях пациенты дифференцируются по половому признаку, однако эти данные в дальнейшем в полном объеме не используются. Программы, направленные на расширение прав пациентов в отношении приверженности вторичной профилактике или наблюдению, и позволяющие отслеживать эффективность получаемой помощи, ограничены.

Проводятся ограниченные кампании по укреплению здоровья. В часовой телевизионной научно-популярной программе Информационного центра Министерства здравоохранения и медицинской промышленности «Здоровье нации-богатство страны», которая выходит в эфир два раза в неделю, среди прочих тем, рассматриваются проблемы диабета и пропагандируется здоровый образ жизни, в том числе здоровое питание (см. также Раздел 3.1.3.). НПО (Союз женщин, Союз молодежи) принимают участие в профилактике НИЗ, например, путем организации ежемесячных тематических мероприятий по вопросам рака шейки матки (в феврале), рака простаты (в июне), рака молочной железы (в октябре) и диабета (в ноябре, День диабета). Союз женщин ориентирует свою деятельность на женщин в отдаленных сельских районах. Они в основном нетрудоустроены, и их медицинское страхование связано со страхованием их мужа.

Права пациентов включены в закон о здравоохранении, и также есть офис омбудсмена, который заботится о правах пациентов. Несмотря на то, что в **некоторых учреждениях имеются механизмы для подачи жалоб пациентами, они**

широко не используются (см. Барьер 12). Пациенты могут подавать жалобы на медицинское обслуживание несколькими способами. Пациент может обратиться с жалобой к руководителю медицинского учреждения или в городское управление здравоохранения. Ведется реестр письменных обращений. По всему Ашхабаду по 16 учреждениям ПМСП (домам здоровья) городское управление здравоохранения получает 20-30 письменных обращений в год.

Традиционные нормы мужественности выступают в качестве барьера для расширения участия. Традиционные гендерные нормы и ожидания могут ограничивать участие мужчин в мероприятиях по укреплению здоровья и их доступ к услугам здравоохранения из-за социальных ожиданий, связанных с понятием мужественности.

Существуют гендерные стереотипы. Ликвидация дискриминационных гендерных стереотипов является одним из приоритетов Национального плана действий по обеспечению гендерного равенства. В заключительных замечаниях CEDAW по пятому периодическому докладу Туркменистана (2018) (12) выражается обеспокоенность тем, что несмотря на правовые запреты, существуют дискриминационные практики, такие как детские/насильственные браки, так называемые тесты на девственность и ограничения на поездки. Правительство, однако, не знает о существовании такой практики и подтверждает свои обязательства соблюдать существующие правовые запреты. В Туркменистане предпринимаются позитивные шаги по сбору данных о насилии в отношении женщин. В настоящее время идут подготовительные мероприятия к проведению данного обследования.

Дискриминационная практика и гендерные стереотипы ограничивают осуществление прав и становятся барьером для расширения прав и возможностей девочек и женщин и их участия в общественной жизни. Они также ограничивают доступ к медицинским услугам для женщин, которые не могут принимать решения о состоянии своего здоровья и/или не могут позволить себе необходимую доплату за медицинские услуги.

Барьер 5. Внедрение эффективных моделей предоставления услуг

Система общественного здравоохранения ориентирована на НИЗ, и ее структуры были недавно модернизированы. Ответственность за профилактику НИЗ в основном возлагается на ПМСП. Услуги ПМСП предоставляются на районном уровне через сеть учреждений ПМСП, в которых работают семейные врачи, специалисты (такие как пульмонологи, кардиологи, эндокринологи) и медсестры. В Туркменистане 35 городских домов здоровья, а также 920 сельских центров и 605 сельских домов здоровья в составе этрапских/районных госпиталей. Всего 1560 учреждений ПМСП. Существует около 130 крупных учреждений ПМСП (поликлиник или домов здоровья) в городских районах, а также небольшие медицинские пункты, расположенные в сельской местности. Все учреждения ПМСП были модернизированы и оборудованы, а также построены новые в течение последних 10 лет.

Семейные врачи обслуживают пациентов в учреждениях ПМСП, а также выезжают на дом; при необходимости дальнейшего обследования врачи приглашают пациентов приехать в медицинское учреждение. Помимо некоторых кампаний санитарного просвещения и работы школ здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями, не отмечено более широких усилий по повышению грамотности в вопросах здоровья.

Охват населения профилактическими осмотрами осуществляется через работодателей (для тех, кто работает), а также непосредственно семейными врачами и медсестрами в районах (посредством телефонных звонков и визитов на дом); периодически проводятся различные обследования (см. Раздел 3.2.1). Доля учреждений ПМСП,

предлагающих стратификацию сердечно-сосудистого риска для ведения пациентов с высоким риском развития инфаркта и инсульта, составляет 25–50% (25). Например, в 2017 году 78% пациентов с гипертонией в Туркменистане были поставлены на диспансерный учет (Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, 2017, неопубликованные данные).

Существует четкая политика, направленная на укрепление ПМСП, сокращение численности стационаров и развитие ПМСП как центра предоставления медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Государственная программа в области здравоохранения «Саглык» (2015–2025 гг.) направлена на повышение эффективности услуг общественного здравоохранения, а также на совершенствование семейной медицины и комплексной медицинской помощи по месту проживания населения. Были предприняты действия, направленные на снижение числа госпитализаций (с 70% всех приступов заболеваний) и повышение роли амбулаторной помощи (с 30% до 70%). В 2017 году с ССЗ в Туркменистане было госпитализировано 25% пациентов, из которых 13% страдали гипертонией (Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, 2017, неопубликованные данные). В связи с этим, особое внимание уделяется пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний, а также модернизации инфраструктуры здравоохранения. Развитие системы ПМСП в Ашхабаде служит образцом для остальной части страны. Обязательным требованием при строительстве каждого нового жилого комплекса в Ашхабаде было возведение дома здоровья. Дома здоровья оснащены современным высокотехнологичным медицинским оборудованием и предоставляют комплексные услуги по профилактике и организации медицинской помощи, чтобы пациенты могли проходить обследование и лечение рядом с домом, без необходимости госпитализации. Медицинский персонал также оснащен различными портативными диагностическими устройствами, такими как переносной доплеровский монитор для наблюдения за состоянием плода, компактный диагностический ультразвуковой аппарат, электрокардиограф, дерматоскоп, динамометр, отоскоп, офтальмоскоп и глюкометр, предназначенными для диагностики заболеваний на дому у пациента.

ПМСП является многопрофильной, но некоторые ключевые дисциплины отсутствуют. В домах здоровья семейные врачи и медсестры размещаются совместно с инструкторами по вопросам здоровья (в школах здоровья), а также со специалистами (кардиологами, эндокринологами, физиотерапевтами и т. д.). Семейная медицина является отдельной специализацией: после шести лет общего образования врач завершает один год интернатуры и два года практики под руководством наставника. На 1000 человек приходится один семейный врач. В соответствии со штатными нормативами для городских домов здоровья, в зависимости от типа специалиста, на каждые 10 000 человек приходится 0,1 до 0,5 специалиста. Несмотря на меньшую численность населения, чем в городских районах, в сельских районах есть врачи-специалисты. В профилактике НИЗ также участвуют другие заинтересованные стороны, такие как школы здоровья на уровне ПМСП, центры помощи (центры доверия), вовлеченные в программы содействия в отказе от употребления табака; гражданское общество; НПО (такие как Союз женщин и Союз молодежи); частный сектор.

В 2011 году, например, в сельском районе Бабараб Ахалского велаята был открыт дом здоровья, обслуживающий 8 000 человек. В нем работают шесть семейных врачей, шесть специалистов (включая кардиологов, эндокринологов, онкологов и пульмонологов) и 10 медсестер. Среди предоставляемых услуг - лабораторные услуги, услуги забора крови, цитологии, ультразвук и школа здоровья. В школе здоровья проводятся занятия с 09:00 до 12:00 и с 12:00 до 15:00. Занятия для пациентов с хроническими заболеваниями обычно проводятся соответствующим специалистом, если имеется; в сельской местности, где специалистов меньше, эти услуги может оказать семейный врач. Ведется регистр посещаемости, где зафиксировано, что

на последних трех занятиях по хроническим заболеваниям в школе здоровья присутствовало по 6-7 пациентов. Занятия проводятся в интерактивном режиме, а также могут содержать лекции, видеопозаказы или демонстрации материалов с последующим обсуждением. Инструкторы школ здоровья не проходят специальную подготовку для выполнения этой роли, например, в области мотивационного интервьюирования, а полагаются вместо этого на имеющийся опыт.

Другой пример: Дом здоровья № 10 в Ашхабаде охватывает 60 зон обслуживания, в каждой из которых по 1 000 пациентов. В его штат входят два эндокринолога, два кардиолога, один онколог, два невропатолога, один врач физиотерапевт, один врач ЛФК, один статистик, шесть гинекологов, четыре стоматолога, один хирург/эндоскопист, один иммунолог и один педиатр. Помимо возможностей консультирования пациентов в доме здоровья имеются службы скорой и неотложной помощи, возможности дневного хирургического стационара и наблюдения за пациентами, а также реабилитационные услуги (включая массаж, иглоукалывание, лечение электрическим током, лечение с применением соленой воды, солевые/грязевые ванны). Стоимость лечения доступная; 90% пациентов имеют медицинскую страховку и могут лечиться по сниженной цене.

В Ашхабаде городское управление здравоохранения и дома здоровья тесно сотрудничают и составляют ежегодные рабочие планы. Каждый месяц учреждение представляет отчеты в городское управление здравоохранения. Статистик проверяет и анализирует их, а затем предлагает приоритетные направления деятельности. Городское управление здравоохранения может проводить периодические контрольные визиты в учреждение для проверки, например, хода проведения диспансеризации; главный педиатр проверяет здоровье детей; пациентам могут быть заданы вопросы о качестве получаемой помощи.

В отдаленных сельских районах не хватает персонала, поэтому специалисты и/или семейные врачи могут быть недоступны. Разрабатываются услуги мобильного здравоохранения. Уже применяются возможности телемедицины для консультаций между врачами, находящимися на удалении друг от друга. Планируется отправка текстовых сообщений на мобильные телефоны некоторых категорий пациентов в качестве напоминания.

Большое внимание уделяется обеспечению непрерывности оказания помощи. Участковые семейные врачи работают почти повсеместно. Пациенты имеют право выбирать или менять своего семейного врача; они также могут изменить дом здоровья, если находятся в районе с несколькими вариантами.

Учреждения ПМСП предназначены для открытого доступа. Семейные врачи работают с 08:00 до 20:00 (в три смены); рабочий день включает 3 часа для визитов на дом к пациентам и 3 часа для консультаций или связанной с ними работой в медицинском учреждении. Пациент может в любое время обратиться в учреждение ПМСП, но предпочтительнее обратиться к участковому семейному врачу в часы его приема, в соответствии с рабочим графиком врача. Функции семейных врачей включают профилактику, диагностику, лечение, реабилитацию, санитарное просвещение о факторах риска и здоровом образе жизни (в соответствии с последними национальными стратегиями), периодические профилактические медицинские осмотры и мониторинг. Один семейный врач обслуживает 1000-1500 человек. В Ашхабаде и пяти веляятах создаются электронные системы очереди. В нерабочее время можно получить бесплатные телефонные консультации с опытными врачами неотложной помощи.

Совместное размещение семейных врачей и специалистов в учреждениях ПМСП и маршруты предоставления медицинской помощи могут потенциально ограничивать возможности семейных врачей и препятствовать их роли как координаторов медицинской помощи (см. Барьер 6). Роль семейных врачей в учреждениях ПМСП может быть довольно ограничена, особенно если они работают в одном месте со специалистами в конкретной медицинской области в доме

здоровья. Хотя семейный врач может измерять такие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, как артериальное давление, рост и вес, расчет сердечно-сосудистого риска осуществляется кардиологом; в некоторых учреждениях здравоохранения оценка факторов риска и балльная оценка риска полностью выполняются семейными врачами и/или медсестрами. Соответствующие специалисты ставят диагнозы артериальной гипертонии и диабета, составляют план лечения и назначают лекарственные препараты. Семейные врачи могут выписывать повторные рецепты под их руководством. Семейный врач отвечает за скрининг на рак (мазок на рак шейки матки и пальпацию на другие виды рака, такие как рак щитовидной железы, рак молочной железы или прямой кишки).

Семейные медсестры осуществляют визиты к пациентам, находящимся под наблюдением, выполняют профилактические мероприятия, связанные с пропагандой здорового образа жизни (по вопросам питания, физической активности, отказа от табака, алкоголя). Семейные медсестры не имеют отдельного кабинета для приема или консультирования пациентов. Во время консультации медсестра сидит в том же кабинете, что и семейный врач. Медсестры помогают с проверкой данных, удостоверяющих личность, проведением физических измерений (пульса, артериального давления) и ведением записей. Вместе с врачом они принимают около 6-9 пациентов в течение четырехчасовой смены в клинике.

Основные диагностические тесты на НИЗ доступны на уровне ПМСП (например, измерение артериального давления, уровня сахара в крови и холестерина, а также проведение ЭКГ), однако они проводятся за плату. Иммунизация взрослых против гепатита В проводится бесплатно студентам-медикам и медицинскому персоналу; взрослые, которые хотели бы получить прививку, могут получить прививку за полную стоимость (без компенсации).

Диспетчерская функция семейных врачей и/или первичной медико-санитарной помощи не развита в достаточной мере. Несмотря на то, что система первичной медико-санитарной помощи все больше становится центром предоставления помощи при НИЗ в рамках усилий осуществлять ведение пациентов вне больницы и рядом с домом, некоторые несоответствия пока остаются. Семейный доктор не выполняет диспетчерскую функцию; пациенты могут самостоятельно обращаться к специалистам (вторичного и третичного уровня), а также могут быть направлены семейными врачами. Пациенты с хроническими заболеваниями также могут периодически госпитализироваться для стабилизации на несколько недель при состояниях, которые можно лечить амбулаторно, например, реабилитация после инсульта или гипертония.

Для иллюстрации можно использовать пример пациента с сахарным диабетом. Консультативно-диагностическая помощь (КДП) для пациентов с заболеваниями эндокринной системы предоставляется врачами, специализирующимися в эндокринологии, в районных, межрайонных и городских поликлиниках; городских и областных консультативно-диагностических центрах; в республиканском консультативно-диагностическом центре. Чтобы направить пациента к эндокринологу за КДП, врач первичной медико-санитарной помощи заполняет форму направления, содержащую результаты лабораторных анализов пациента. После предоставления КДП эндокринолог предоставляет врачу ПМСП, который направил пациента на консультацию, информацию о консультативно-диагностической консультации с использованием формы, содержащей результаты проведенного обследования и лечения, а также рекомендации по дальнейшему лечению пациента. Эндокринолог, предоставляющий КДП, обеспечивает ведение документации ПМСП и представление отчетности. Врач ПМСП осуществляет последующее наблюдение пациента в соответствии с рекомендациями эндокринолога.

Для больных раком система направлений относительно хорошо организована, от ПМСП до третичного уровня и обратно в ПМСП. На районном уровне ПМСП имеется около 100 онкологических кабинетов с кабинетами для осмотра. Онкологи ПМСП отвечают за выявление и направление пациентов, у которых есть симптомы, указывающие

на рак, к специалисту для постановки диагноза, а также за наблюдение больных с раком (реабилитация/паллиативная помощь) после выписки. Существуют бумажные карточки информации, которые заполняются для каждого пациента на всех уровнях предоставления медицинской помощи.

В стране не существует специальной системы паллиативной помощи, но есть понимание необходимости ее создания. Запланировано строительство пяти новых онкологических больниц (две из них будут созданы в ближайшем будущем), и в этих больницах будет отделение паллиативной помощи. Также планируется создание хосписа. Паллиативная помощь предоставляется в онкологических или неспециализированных больницах. На третичном уровне нет специалиста по паллиативной помощи (таких специалистов нет в стране); в онкологических больницах нет отделения или палаты паллиативной помощи, а в больницах третичного уровня нет специальных связей с социальными службами. Предоставлением паллиативной помощи в основном занимаются онкологи и семейные врачи ПМСП; некоторые пациенты остаются в больницах общего профиля (когда необходима госпитализация), но за большинством пациентов осуществляется домашний уход. Паллиативная помощь на дому в основном ложится на плечи семей пациентов, и особенно женщин.

Предоставление помощи на дому регулируется Министерством здравоохранения и медицинской промышленности, при этом уход на дому осуществляется специалистами здравоохранения младшего и среднего звена (например, участковыми медсестрами). Также имеется возможность получения патронажных услуг (в рамках Министерства труда и социальной защиты населения). Разрабатывается приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности о создании новой службы оказания медсестринской медицинской помощи на дому.

Барьер 6. Улучшение координации между поставщиками услуг

Роль семейного врача как координатора помощи ограничена. Одним из четырех основных компонентов ПМСП является обеспечение координации предоставления помощи между поставщиками (46). В Туркменистане координация помощи не развита по ряду причин. Во-первых, несмотря на то, что у пациентов, как правило, есть семейный врач в учреждении ПМСП по месту жительства, у них также есть юридически защищенное право обращаться за медицинской помощью к другим поставщикам услуг, включая специалистов. Во-вторых, семейный врач не рассматривается в качестве координатора медицинской помощи. Вместо этого, его роль заключается в первую очередь в профилактике НИЗ и выявлении пациентов с факторами риска и/или потенциальными НИЗ. Фактическая постановка диагноза и лечение осуществляются специалистом либо в поликлинике, либо в больнице. Несмотря на то, что семейный врач наблюдает пациентов с одним или несколькими диагностированными НИЗ, в том случае, если НИЗ контролируются недостаточно, пациенты направляются для последующего наблюдения к специалисту, часто в больницу. Кроме того, после завершения госпитализации пациента по поводу НИЗ, ему часто предписывается для последующего наблюдения возвращаться в больницу, иногда несколько раз в год, что со временем также начинает подрывать способность семейного врача обеспечивать непрерывность предоставления помощи.

Электронная система регистрации пациентов, позволяющая семейному врачу отслеживать предоставляемые другими поставщиками услуги или результаты лечения пациентов, пока не разработана. Система электронного здравоохранения находится в стадии разработки и внедрения с 2010 года, однако в учреждениях ПМСП для мониторинга пациентов с НИЗ используется специальная карточка на бумажном носителе (форма 74). Регистры пациентов с различными НИЗ также хранятся в

бумажном виде, хотя некоторая информация доступна в электронном виде. При выписке пациента из больницы на бумажном носителе составляется выписной эпикриз, который включает информацию о диагнозе, лечении и изменениях диеты, назначенных пациенту. Выписной эпикриз выдается пациенту, который, как ожидается, обратится к врачу ПМСП для последующего наблюдения. Поэтому информация от других поставщиков медицинских услуг, как правило, не является частью системы регистрации, используемой для мониторинга пациентов с НИЗ в их учреждении ПМСП.

Многопрофильные команды специалистов, состоящие из врачей, медсестер, инструкторов просвещения в вопросах здоровья и т. д. могут быть усилены путем включения медицинских работников смежных профессий, таких как диетологи, физиотерапевты, терапевтические медсестры-инструкторы и координаторы. Отсутствие **медицинских** работников смежных профессий частично связано с отсутствием программ обучения этим профессиям. Кроме того, медсестры используются недостаточно, выполняя в основном административные задачи, например, переводя информацию с бумажных носителей в электронный формат, что могут делать помощники с более низким уровнем образования. В целом, как представляется, существует культура врачей, выполняющих практически все задачи, связанные с пациентами. Однако такой подход нерационален и препятствует эффективному использованию ограниченных ресурсов. Следует отметить, что разрабатывается новый приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности, направленный на повышении авторитета/роли помощников медсестер, работающих в системе патронажа/предоставления услуг на дому. Министерством труда и социальной защиты населения создана система социальной помощи больным на дому. Неясно, в какой степени эта система связана или скоординирована с работой поставщиков услуг ПМСП.

Частота потери контактов для последующего наблюдения пациентов с основными НИЗ и различия, вызванные особенностями социальных и этнических групп, неизвестны. Высокий уровень преждевременной смертности частично может объясняться потерей контактов с пациентами для осуществления последующего наблюдения. Среди врачей существует мнение, что пациенты с НИЗ могут прекращать прием лекарств после госпитализации (по финансовым причинам), что способствует повторным госпитализациям и плохим результатам лечения. Они также сообщают, что многие пациенты обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания, что может быть связано с задержкой диагноза и/или плохим лечением из-за потери контактов для последующего наблюдения. В учреждениях ПМСП, посещенных экспертной группой ВОЗ в ходе проведения оценки, также сообщали о трудностях с привлечением неработающего населения к прохождению лечебно-профилактических осмотров: совокупная стоимость многочисленных анализов и консультаций специалистов в рамках лечебно-профилактических осмотров может создавать определенные барьеры. Напротив, у медицинских учреждений часто были контракты с местными работодателями на оплату медицинских осмотров их работников, что облегчало финансовое бремя работников.

Экстренная скоординированная помощь при ОКС и остром нарушении мозгового кровообращения с использованием всех современных технологий доступна только в столице в учреждениях третьего уровня. Существующая система помощи не ориентирована на контроль и минимизацию временных задержек при оказании экстренной помощи. Не собираются в полной мере данные, позволяющие осуществлять мониторинг эффективности системы оказания экстренной помощи и ее качество.

Координация между уровнями предоставления помощи для онкологических заболеваний не оптимальна. Третичный уровень занимается задачами вторичного уровня: например, многие пациенты, не имеющие онкологических заболеваний, приходят в онкологический центр для диагностики, а пациентки с положительным результатом на рак шейки матки (тест Папаниколау), получают окончательный диагноз и лечение предраковых состояний на третичном уровне. Аналогичным образом, координация между различными уровнями предоставления помощи очень ограничена

для паллиативной помощи. Онкологи и врачи общей практики, ответственные за предоставление паллиативной помощи, не имеют специализированных служб, к которым они могут обратиться за консультацией.

Барьер 7. Использование экономии за счет масштаба и специализации

Успешные модели неотложной помощи должны быть междисциплинарными, интегрированными и организованными на региональном уровне, поэтому организация неотложной помощи является важным показателем потенциала и эффективности системы здравоохранения.

Для целей планирования необходимы **основные данные о смертности для анализа эффективности системы здравоохранения и перспектив развития региональных сетей неотложной помощи**. В 2013 году стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от ишемической болезни сердца составил 295,1 (365,7 для мужчин и 240,3 для женщин на 100 000 населения в год) (данные Туркменистана, база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ). В 2017 году коэффициент смертности от ОИМ составил 17,0 (22,9 для мужчин и 11,2 для женщин) на 100 000 населения в год; коэффициент смертности от инсульта составил 72,0 (80,9 для мужчин и 63,2 для женщин) на 100 000 населения в год. Коэффициент общей смертности от инсульта растет с 2013 года (64,6 на 100 000 населения в год) и выше у мужчин (80,9 на 100 000 населения в 2017 году), чем у женщин (63,2 на 100 000 населения в 2017 году). Коэффициент смертности от ОИМ несколько снизился с 2013 года, когда он составил 18,5 на 100 000 населения. Коэффициент смертности от инсульта выше среди мужчин (22,9 на 100 000 населения в 2017 году), чем среди женщин (11,2 на 100 000 населения в 2017 году). В период с 2000 по 2013 год показатель выписки из больницы после лечения ишемической болезни сердца в Туркменистане увеличился с 416 до 733 на 100 000 населения в год (47). В 2017 году коэффициент больничной смертности составил 8,2 на 100 000 населения для инсульта и 6,3 на 100 000 населения для ОИМ.

Создается впечатление, что центров для лечения ОКС или инсульта недостаточно, а те, которые существуют, недостаточно используются. Согласно Европейским стандартам, рекомендуется наличие одного инсультного отделения на 250 000 населения и одного комплексного инсультного центра на один миллион жителей.⁹ Таким образом, для Туркменистана с населением около 5 миллионов человек (49) можно ожидать наличие не менее 20 инсультных отделений и пяти комплексных инсультных центров. Вместо этого, имеется в общей сложности 17 больниц с возможностями предоставления пациентам с острым ишемическим инсультом системной тромболитической терапии, ранней реабилитации и других основных компонентов лечения инсульта. В ближайшее время планируется удвоить число таких центров с базовым уровнем услуг по лечению инсульта. Только две из 17 больниц, имеющих возможности проведения эндоваскулярной тромболитической терапии, начали их использовать: Международный центр неврологии Дирекции международных медицинских центров и Лечебно-консультативный центр Туркменистана им. С.А. Ниязова.

⁹ Согласно стандартам Европейской организации по борьбе с инсультом, инсультное отделение и инсультный центр являются двумя определенными уровнями институциональной помощи при инсульте. Инсультное отделение обеспечивает лечение инсульта на базовом уровне, включая внутривенную тромболитическую терапию, неврологическую интенсивную терапию, диагностическую и другие основные виды терапии, такие как вторичная профилактика, раннее лечение осложнений и начало реабилитации. Инсультный центр является полностью оборудованным медицинским учреждением, предоставляющим, наряду с услугами инсультного отделения, тромбэктомии и другие нейрорентгенологические и хирургические вмешательства (48).

Проведение компьютерной томографии (КТ) для диагностики инсульта, как правило, доступно круглосуточно, но могут возникнуть задержки при транспортировке пациента в один центр для проведения КТ, а затем в другой для лечения. Международный центр неврологии Дирекции международных медицинских центров недавно начал проводить тромбэктомия при остром инсульте. Специальные программы реабилитации необходимы в больницах с большим числом госпитализаций по поводу инсульта. Клинические шкалы оценки пока широко не применяются; по всей вероятности, ведение заболеваний пока не проводится в соответствии с цереброваскулярным профилем пациента и клинической картиной, как это делается при использовании шкалы инсульта Национального института здоровья, модифицированной шкалы Ранкина и индекса Бартела.

На основании имеющихся данных о ежегодном количестве пациентов с ОКС (около 15 000 случаев) для населения, насчитывающего около 5 миллионов человек, по предварительной оценке, будет необходимо около 5 000 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в год. Для этого для всей страны потребуется как минимум пять центров, выполняющих ЧКВ и работающих круглосуточно, в зависимости от транспортной доступности регионов. Только три больницы в стране могут проводить ЧКВ при ОКС, одна в Ашхабаде (Госпиталь с Научно-клиническим центром кардиологии (50)) и две за пределами столицы. Возможно проведение госпитального тромболизиса (стрептокиназой и актилизой бесплатно).

Существует четкий письменный план, в котором изложены соответствующие функции последовательных уровней предоставления медицинской помощи, однако пациент может самостоятельно обращаться в центры третичного уровня. Недавно вступивший в силу Приказ № 29 Министра здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана от 2 февраля 2019 года «О порядке оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией» регулирует доступ пациентов с острыми и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями к различным услугам и уровням оказания медицинской помощи. В нем описываются организационные и клинические требования/стандарты, критерии соответствия и продвижение пациента по клиническому маршруту. Поскольку Приказ лишь недавно вступил в силу, его внедрение на практике еще не завершено.

Центры третичного уровня работают в соответствии с международными стандартами и являются хозрасчетными (находятся в ведении Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана и предлагают высокотехнологичные услуги за более высокую плату). Существуют минимальные требования для больниц, чтобы стать ЧКВ и инсультными центрами, а также осуществляется тендерный процесс. Национальные центры контролируют работу больниц.

Проводятся ограниченные мероприятия по мониторингу пациентов, перенесших инсульт, которые получали тромболизис; мониторинг времени «от двери до иглы» не проводится, но клинические исходы оцениваются в описательной манере; собранные данные о пациентах не используются для предоставления врачам клинической практики; возможности независимого контроля качества ограничены.

Несмотря на высокие стандарты физической инфраструктуры и наличие основных диагностических и лечебных возможностей, они не используются в полной мере для достижения наилучших результатов. За 11 месяцев 2018 года в Лечебно-консультативный центр Туркменистана им. С.А. Ниязова было госпитализировано 3 159 пациентов с острым инсультом, но, несмотря на большое число госпитализаций в связи с инсультом и наличие современного оборудования, Центр 48 системных тромболизисов при инсульте; как описывалось ранее, литические агенты, используемые при проведении этих процедур, - это стрептокиназа и актилиза. Международные руководства не рекомендуют применение стрептокиназы для пациентов, перенесших инсульт.

В Госпиталь с Научно-клиническим центром кардиологии в Ашхабаде ежегодно госпитализируется около 100-200 пациентов с ОКС. В центре выполняется более 100 процедур стентирования в месяц. В центре выполняется около 50 процедур стентирования в месяц. Проведение ранней реперфузии и первичной ЧКВ при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST не стимулируется.

Лечебно-консультативный центр Туркменистана им. С.А. Ниязова является ведущим национальным медицинским учреждением, оказывающим неотложную помощь пациентам с ССЗ в Ашхабаде. Это большая многопрофильная больница с отделением интенсивной терапии, возможностями проведения круглосуточной компьютерной томографии, а также кардиологическим, неврологическим и реабилитационным отделениями. Для лечения пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST возможно проведение госпитального тромболитического (только стрептокиназа); что касается большого числа госпитализаций пациентов с инсультом, то тромболитическое лечение пока отсутствует. Пациенты с ОКС и инсультом могут быть переведены в национальные центры кардиологии и неврологии для проведения ЧКВ, шунтирования коронарных артерий или нейрохирургических вмешательств.

Существующие модели неотложной помощи при ОКС и инсульте в Туркменистане не являются интегрированными; они недостаточно скоординированы и не включают возможности осуществления мониторинга эффективности и целесообразности лечения. Текущая клиническая практика лечения острого инсульта в некоторых отношениях отличается от того, что ожидается от лечения, и протоколов, рекомендуемых международными стандартами и руководствами (с точки зрения своевременности, использования литических агентов и организационной модели предоставления помощи на региональном уровне).

Наличие некоторых базовых диагностических и лечебных вмешательств на разных уровнях предоставления медицинской помощи крайне важно для построения эффективной модели неотложной медицинской помощи. Помимо проведения ЭКГ, которое широко доступно в Туркменистане, для точной диагностики инфаркта миокарда и правильной стратификации риска у пациентов с ОКС очень важно проведение количественной оценки уровня тропонина (51). ЧКВ является наиболее эффективным методом лечения пациентов с ОКС высокого и среднего риска (52, 53). Наличие возможности круглосуточного проведения компьютерной томографии и тромболитической терапии имеет важное значение для эффективной помощи пациентам с инсультом. В таблице 9 суммируются имеющиеся основные диагностические и лечебные возможности на разных уровнях медицинской помощи.

Таблица 9. Диагностические и лечебные возможности для оказания помощи в связи с ОКС и инсультом на разных уровнях лечения

Возможности	Уровень медицинской помощи, где имеется	Уровень медицинской помощи, где необходим
Тропонин	Национальный	Региональный
Ангиография/ЧКВ	Национальный	Городской/Региональный
Компьютерная томография 24/7	Региональный	Региональный
Тромболитический при инсульте	Национальный	Региональный

Неотложная помощь и лечение социально значимых заболеваний и некоторых групп населения осуществляются бесплатно. Лечение проводится бесплатно, например, для всех больных раком. Инвалиды, малоимущие и другие специальные группы также получают другие виды медицинской помощи бесплатно. По информации, предоставленной Научно-клиническим центром онкологии, все пациенты получают одинаковое лечение, независимо от их социального статуса и связей. Плата за

пребывание в стационаре по поводу других заболеваний в Международном центре неврологии или центрах третьего уровня в Ашхабаде выше, чем в многопрофильной больнице за пределами столицы. Оценочной группе был приведен пример пациента с острым инсультом, который был доставлен на машине скорой помощи в Международный центр неврологии для компьютерной томографии, а затем решил вернуться в местную больницу за пределами столицы для лечения. Пациент с ОК находится в больнице в среднем около 7-10 дней. Средняя продолжительность пребывания в больнице пациента с острым инсультом составляет 7-10 дней, а затем 1-3 недели в реабилитационном отделении.

Семидневное лечение в Госпитале с научно-клиническим центром кардиологии в Ашхабаде может стоить 1400 манат (медсестра в больнице зарабатывает около 1100 манат в месяц), однако для тех, у кого есть медицинская страховка, стоимость снижена на 50%. Лечение инсульта в Международном центре неврологии Дирекции международных медицинских центров может потребовать трех недель пребывания в больнице и стоить 3000-4000 манат до применения скидки 50%.

Фактические указания о том, когда следует прекратить лечение, отсутствуют; для больных раком это решение принимает консилиум врачей. Специальной системы паллиативной помощи не существует. Паллиативная помощь предоставляется в онкологических или неспециализированных больницах. Предоставление помощи на дому находится в ведении Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. Дополнительная информация о паллиативной помощи предлагается в Барьере 5.

Служба неотложной помощи доступна в Туркменистане круглосуточно и хорошо организована. В Ашхабаде есть один центр неотложной медицинской помощи и по одному центру неотложной медицинской помощи на регион (веляят) за пределами столицы. Показатель занятости коек в Центре неотложной медицинской помощи поддерживается на уровне около 70%, таким образом есть возможность реагирования в случае серьезной чрезвычайной ситуации. Квалификация специалиста в области неотложной медицинской помощи отсутствует, но для аспирантов и медсестер, работающих в условиях чрезвычайных ситуаций, имеются специальные курсы.

В каждом веляйте имеется сеть служб первичной медико-санитарной и скорой помощи. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности руководит службами скорой помощи на уровне районных (этрапских) больниц. Центр неотложной скорой помощи в Ашхабаде - это централизованная диспетчерская служба, которая координирует оказание неотложной помощи на нескольких подстанциях и выполняет первоначальную сортировку пациентов. Для отслеживания машин скорой помощи диспетчеры используют глобальную систему позиционирования, которая автоматически рассчитывает время прибытия машины скорой помощи в отделение неотложной помощи и позволяет сотрудникам службы скорой помощи принимать наилучшие решения. Диспетчеры имеют медицинское образование и проходят специальный курс. В центре, который посетила оценочная группа, диспетчеры работают сменами по 12 часов. Пациенты могут получить неотложную помощь, приехав в отделение неотложной помощи на машине скорой помощи или самостоятельно. Телефонный номер (03), по которому население может вызывать скорую/неотложную помощь, един для всей страны. Для удаленных консультаций, из которых около 30 000 в год проводятся в Ашхабаде, имеются другие номера. В нерабочее время можно получить бесплатные консультации по телефону с опытными врачами неотложной помощи. В ночное время семейные врачи не работают, поэтому люди, нуждающиеся в медицинской помощи, звонят на эти номера.

Бригады скорой помощи (служба «Tiz Kömek») оснащены дефибрилляторами, электрокардиографами без дистанционной передачи данных, тромболитиками третьего поколения (альтеплаза, но не тенектеплаза) и медикаментами для раннего

лечения ОКС. Также три машины скорой помощи со специалистами на борту работают в четыре смены. Это специально обученные бригады, которые могут проводить ЭКГ на дому у пациента, а также специализированные бригады кардио- и интенсивной терапии, которые находятся на дежурстве и могут направляться диспетчером или по запросу обычной команды скорой помощи. Стандартное время реагирования скорой помощи в Ашхабаде составляет до 20 минут, но в сельских районах оно часто больше; во время оценочной миссии общая эффективность по сравнению со стандартной не указывалась, но в столице она составляла в среднем 15-20 минут. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности время от времени делает контрольные вызовы для проверки скорости выезда машин; в 2017 году было сделано семь контрольных вызовов, и среднее время реагирования составило 11 минут. Если прибытие машины скорой помощи занимает более 20 минут, задержка должна быть расследована. Контроль качества осуществляется опытными врачами, которые проверяют документацию, заполненную бригадами скорой помощи, и историю болезни пациентов, доставляемых в больницы.

Барьер 8. Создание надлежащих систем стимулирования

Объем государственных поступлений, необходимых для финансирования здравоохранения, формируется из комбинации общих налогов, налогов на заработную плату и средств от оплаты услуг пациентами. Работа медицинских учреждений национального уровня, программы общественного здравоохранения и другие программы по таким болезням, как рак, финансируются из центрального бюджета. Органы управления велаятов (областей) финансируют региональные медицинские учреждения, а органы управления этрапов (районов) финансируют районные больницы и учреждения ПМСП. Отчисления на медицинское страхование (3% от заработной платы или пенсионного дохода) аккумулируются на специальном счете и используются в основном для централизованных закупок лекарственных препаратов и компенсации 50% «скидки» на услуги и лекарства, предоставляемые пациентам, вовлеченным в систему медицинского страхования. Пятьдесят процентов средств от оплаты услуг пациентами, взимаемых на уровне медицинского учреждения, поступают на внебюджетный счет. Акцизы на алкоголь и табак остаются в казне.

Ассигнование государственных бюджетов для медицинских учреждений основывается на подушевых нормативах (например, число коек/население, персонал/койка), как это было ранее в Советском Союзе. Учреждениям ассигнуются бюджеты, состоящие приблизительно из 25 статей, а персонал получает базовую заработную плату с возможными доплатами за опасные условия работы, научные степени (например, докторскую степень), специальные государственные награды, а также дежурство по вызову. Заработная плата хирургов и семейных врачей на 15% выше, чем других врачей. Государственные фонды компенсируют 30% общих расходов на так называемые «бюджетные койки». Оставшиеся 70% расходов компенсируются за счет оплаты услуг пациентами в соответствии с государственным прейскурантом. 50% средств, полученных от оплаты услуг пациентами (за вычетом налогов), которые удерживаются на уровне учреждения, используются для финансирования частных коек, но могут также, по усмотрению главного врача больницы, использоваться для компенсации услуг, оказываемых незастрахованным малоимущим пациентам.

Механизмы оплаты работы медицинских работников, которые бы поощряли комплексную ПМСП, или стимулы для предоставления основных услуг по НИЗ, отсутствуют. Кроме того, система остается в значительной степени ориентированной

⁸ Пациенты, на которых распространяется программа медицинского страхования, вносят доплату в размере 50%, а те, кто не охвачен медицинским страхованием, оплачивают 100%.

на больницы. Хотя за последние 20 лет общее число больничных коек значительно сократилось, примерно 70% случаев взаимодействия пациентов с системой здравоохранения осуществляются на уровне больниц, что помогает объяснить невысокий уровень амбулаторных визитов на душу населения (см. Барьер 15). Однако правительство объявило, что в будущем уровень амбулаторных визитов должен увеличиться до 70% всех визитов. Ожидается, что в домах здоровья возрастет уровень предоставления услуг дневного стационара, оказываемых, чтобы компенсировать необходимое сокращение числа госпитализаций. Неясно, как эта цель будет достигнута без реформирования механизмов оплаты работы поставщиков услуг, или какие последствия это будет иметь для предоставления основных услуг ПМСП.

Высокие суммы оплаты услуг ПМСП и лекарств из собственных средств пациентов снижают уровень использования основных услуг ПМСП и прием лекарств пациентами с НИЗ, а также препятствуют обеспечению всеобщего доступа к услугам здравоохранения. Неадекватное использование основных услуг ПМСП является результатом не только действующих методов ассигнования бюджета, но и недостатка соответствующих методов стимулирования. 50% или 100% ставки доплаты¹⁰ за медицинские услуги и лекарства для пациентов, не принадлежащих к определенным уязвимым группам или не имеющих социально значимых заболеваний, в значительной степени ограничивают возможность пациентов оплачивать эти услуги. В случае лечебно-профилактических осмотров, многие учреждения ПМСП заключают контракты с местными работодателями на оплату медицинских осмотров их работников, однако неработающее население без какой-либо страховки продолжает оставаться проблемой.

Отсутствуют стимулы для усиления ответственного отношения пациентов к соблюдению назначенного лечения. Больничный персонал сообщает, что многие пациенты с НИЗ обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания и прекращают прием лекарственных препаратов после выписки из больницы. Высокая стоимость лекарств и отсутствие материальных стимулов для продолжения приема лекарств способствуют высокой частоте осложнений и преждевременной смертности.

Информирование пациентов и консультирование по вопросам факторов риска неинфекционных заболеваний является первоочередной задачей ПМСП, но финансовые механизмы в поддержку образования в формате взаимопомощи или групп поддержки пациентов с определенными состояниями не разработаны. Каждый пациент с НИЗ, в соответствии с диагностированным заболеванием направляется для консультирования и санитарного просвещения в специально предназначенные хорошо оборудованные учебные помещения, которые имеются во всех учреждениях ПМСП. Однако консультирование проводят врачи и/или медсестры. Образование в формате взаимопомощи или групп поддержки не существует, а также отсутствуют врачи диетологи для информирования пациентов о том, за счет какой пищи можно изменить и оздоровить свой рацион питания. Неясно, связано ли это с отсутствием финансовых механизмов для осуществления такой деятельности или недостатком знаний и фактических данных, подтверждающих эффективность групп поддержки для улучшения результатов.

Барьер 9. Использование фактических данных в практике

В Туркменистане внедрен структурированный процесс разработки клинических руководств (КР), хотя фактические данные могут быть нечеткими. КР, как правило, разрабатываются рабочей группой (в которую входят врачи-

¹⁰ Пациенты, на которых распространяется программа медицинского страхования, вносят доплату в размере 50%, а те, кто не охвачен медицинским страхованием, оплачивают 100%.

терапевты и представители научных кругов) под руководством Отдела лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. Ассоциации пациентов или их представители не участвуют в процессе разработки руководств. Существует специальное соглашение между Министерством здравоохранения и медицинской промышленности и экспертами в Германии о получении технической экспертной поддержки при подготовке КР. Разработанный проект КР рассматривается Ученым советом Научно-клинических центров (в соответствии со специализацией), а затем Ученым советом министерства здравоохранения, после чего подписывается и вводится в действие приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. Руководства планируются обновлять каждые пять лет. При разработке КР также учитывается международный опыт: например, в национальных руководствах по гипертензии учтены рекомендации Европейского общества кардиологов и Международного общества гипертензии. Хотя КР часто ссылаются на международные руководства, это может быть не самая последняя версия, существовавшая на момент их разработки. Например, в руководствах Туркменистана по ишемической болезни сердца, выпущенных в 2017 году, нет классификации уровней доказательности, классов рекомендаций или перечня ссылок.

КР существуют для многих основных услуг, проанализированных в рамках настоящего оценочного доклада. Существуют КР (протоколы) для лечения гипертензии (2017), ишемической болезни сердца (2017), инсульта (2015) и диабета (2017). Существуют национальные руководства по диагностике и лечению всех видов рака. Руководства по лечению онкологических заболеваний также включают перечень тестов (в основном, пальпации и мазки шейки матки), которые должны проводиться на уровне ПМСП для выявления рака. Также недавно были адаптированы и одобрены для использования протоколы WHO PEN для профилактики инфарктов, инсультов и заболеваний почек, для укрепления здоровья и лечения болезней легких. Алгоритмы скрининга на рак описаны в Разделе 3.2. Врачи клинической практики осведомлены о международных рекомендациях; например, медицинский персонал в Международном центре неврологии Дирекции международных медицинских центров в ходе оценочного визита приводил информацию из КР Европейской ассоциации неврологов и Американской ассоциации кардиологов в качестве полезного справочного материала для клинической практики.

Связь между КР и назначением приоритетных лекарственных средств для лечения НИЗ может быть дополнительно укреплена. Например, в туркменском руководстве по ишемической болезни сердца (2017) авторы используют коммерческие названия лекарств, а не название активного фармацевтического ингредиента. Рекомендации не полностью соответствуют стандартам Европейского общества кардиологов: например, отсутствует информация о том, что пациентам с ОКС необходимы высокоинтенсивные режимы статинов (80 мг аторвастатина или 40 мг розувастатина). По другим вопросам предоставленная информация ограничена. Например, в разделе, посвященном инфаркту миокарда, рекомендуется использовать прогностические шкалы оценки риска, такие как GRACE, TIMI и CRUSADE¹¹, но не сообщается о том, каким образом использовать прогностические показатели для ведения пациентов. Что касается руководств по онкологическим заболеваниям, все лекарственные средства, указанные в протоколах лечения, должны предоставляться бесплатно.

Существует ограниченный процесс распространения новых руководств и обучения поставщиков услуг. Печатные и электронные версии КР после утверждения рассылаются во все медицинские учреждения для распространения, однако в медицинских учреждениях, которые посещались в ходе проведения

¹¹ Прогностические шкалы включают в себя глобальный регистр острых коронарных событий (GRACE), оценку эффективности тромболитической терапии при инфаркте миокарда (TIMI) и шкалу оценки риска кровотечения CRUSADE (Возможность быстрой стратификации риска пациентов с нестабильной стенокардией, снижения риска неблагоприятных исходов с ранним внедрением практических рекомендаций Американского колледжа кардиологов/Американской ассоциации кардиологов).

оценки, КР, как правило, не наблюдались ни в версии для профессионалов, ни в версии для пациентов. В Ашхабаде организуются специальные тренинги по наращиванию потенциала для врачей-терапевтов со всей страны. Для протоколов WHO PEN были разработаны учебные материалы на основе опыта Финляндии. В 2018 году в веляятах для врачей были организованы недельные тренинги. Некоторые из этих подготовленных специалистов станут инструкторами по подготовке врачей (семейных врачей и специалистов) в этрапах. На уровне ПМСП у семейного врача в ящике стола имелась черно-белая фотокопия протоколов PEN.

Соблюдение положений клинических руководств отслеживается в рамках внутренних и внешних процессов повышения и контроля качества. Для контроля за соблюдением положений клинических руководств создаются специальные экспертные группы из представителей научно-клинических центров (кардиологии, неврологии, онкологии и эндокринологии), которые дважды в год направляются в больницы веляятов. Эксперты используют контрольные списки для оценки качества (соблюдения) и готовят отчеты для Министерства здравоохранения и медицинской промышленности.

Прилагаются определенные усилия для преодоления препятствий на пути обеспечения доступа к международной доказательной базе. Многолетнее сотрудничество между Германией и Туркменистаном означает, что немецкие врачи клинической практики проводили обучение национальных врачей в Туркменистане, а туркменские врачи посещали Германию для прохождения обучения. Последипломное обучение медицинского персонала проводится либо в Германии, либо немецкими консультантами на местах (54). С 2011 года несколько врачей из Международного центра неврологии Дирекции международных медицинских центров прошли обучение в Германии по программе обмена. Оценочной команде сообщили, что медицинскому персоналу рекомендуется изучать немецкий и/или английский языки, чтобы воспользоваться такими возможностями обучения. Помимо этого, врачи-специалисты по лечению инсульта осведомлены о текущих инициативах в других странах, но, похоже, не участвуют ни в каких международных проектах, таких как составление международных регистров заболеваний, участие в конференциях и тренингах. Недостаточная скорость Интернета может ограничивать возможности развития контактов.

Барьер 10. Решение задач кадрового обеспечения

Туркменистан прилагает усилия, направленные на укрепление кадровых ресурсов здравоохранения. Повышение квалификации медицинских работников и повышение качества медицинских услуг за счет увеличения уровня знаний медицинских работников является одной из задач Государственной программы в области здравоохранения «Саглык» (2015-2025 гг.). В соответствии с Программой запланированы такие меры, как укрепление системы непрерывного образования, внедрение новых специализаций и использование новых методов обучения. Кроме того, для обеспечения устойчивости кадров здравоохранения на будущее, разрабатывается стратегическая программа по кадровым ресурсам здравоохранения, в том числе план внедрения/действий для укрепления ответных мер системы здравоохранения на НИЗ, а также укрепления всей системы здравоохранения в целом.

Маршруты обучения и подготовки медицинских работников стандартизированы. Обучение специалистов здравоохранения бесплатное. Медицинское образование является общей ответственностью Министерства образования, которое определяет педагогические методы обучения, и Министерства здравоохранения и медицинской

промышленности, которое разрабатывает содержание учебных программ. В последние годы введены новые специальности преддипломной подготовки (например, восстановительная и нетрадиционная медицина, военная медицина, спортивная медицина, медико-социальное дело).

Длительность медицинского образования и профессиональной подготовки - девять лет: шесть лет преддипломного образования и три года последипломного образования и специализации (один год интернатуры и два года работы по распределению). Студенты также могут выбрать двухлетнюю ординатуру, которая заменяет интернатуру и работу по распределению. Во время обучения в интернатуре выплачивается заработная плата; учащимся ординатуры выплачивается стипендия. Семейная медицина рассматривается как медицинская специализация (шесть лет высшего медицинского образования, один год интернатуры и два года практики под руководством наставника. Обучение и профессиональная подготовка провизоров и стоматологов занимает пять лет преддипломного обучения, один год интернатуры и два года работы по распределению). Для медсестер базовое обучение и подготовка составляют два года и шесть месяцев обучения сестринскому делу в медицинском училище. Для акушерок аналогичный маршрут обучения составляет два года и шесть месяцев. Темы, связанные с НИЗ, включены в общие учебные программы для всех медицинских работников.

После шести лет преддипломного обучения студенты-медики распределяются Государственной распределительной комиссией для прохождения обязательной последипломной подготовки. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности собирает запросы на медицинский персонал от учреждений, а также от других заинтересованных сторон (Министерство внутренних дел и Министерство обороны) и предоставляет информацию в комиссию; дальнейшее планирование для обеспечения правильного состава специалистов, по всей видимости, не ведется. Комиссия предлагает выпускникам вакантные должности как минимум на два года, причем первым выбором является регион, откуда выпускник родом. Решения принимаются по договоренности.

Число студентов, обучающихся за границей и возвращающихся в Туркменистан после окончания учебы, растет. Две возможности учебы за границей - это учеба в рамках межправительственного соглашения или в рамках самофинансирования. Как правило, студенты возвращаются обратно в страну для учебы в интернатуре. Министерство образования установило и управляет процедурой признания иностранных медицинских степеней (заинтересованные студенты должны подавать заявки).

Непрерывное повышение квалификации обязательно для врачей и медсестер. Каждые три года врачи обязаны проходить специальные тренинги по повышению квалификации продолжительностью 2-4 недели для каждой специальности (минимум 144 часа). Повышение квалификации проводится на базе Туркменского государственного медицинского университета (в Ашхабаде) и специализированных клинических центров (также в Ашхабаде). Повышение квалификации также является обязательным для квалифицированных медсестер (по одному месяцу каждые пять лет, минимум 144 часа). Медсестры могут проходить обучение по НИЗ в рамках программ повышения квалификации в специализированных клинических центрах. Повышение квалификации семейных врачей включает предметы, связанные с лечением НИЗ и пропагандой здорового образа жизни (питания). В целом, обязательное повышение квалификации предоставляется бесплатно, однако имеется также международный учебно-научный центр, который также предлагает программы повышения квалификации для медицинских работников на платной основе.

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности поддерживает непрерывное повышение квалификации посредством организации интернатур

за рубежом, а также посредством кратких визитов иностранных специалистов здравоохранения (главным образом из Германии) в Туркменистан для обмена опытом и проведения обучающих программ.

Разрабатывается регистр работников здравоохранения, но система лицензирования медицинских работников отсутствует. Информационный центр здравоохранения Министерства здравоохранения и медицинской промышленности ведет учет работников здравоохранения по государственной форме отчетности № 17, заполняемой медицинскими учреждениями, которая включает информацию о профессии (включая подробную информацию о медицинской специализации), медицинском учреждении и половой принадлежности. На основе собранных данных Министерство здравоохранения и медицинской промышленности (совместно с другими соответствующими заинтересованными сторонами, такими как Министерство внутренних дел и Министерство обороны) определяет квоты для приема студентов в высшие учебные заведения.

Регистр работников здравоохранения интегрирован на уровне веляатов. На ноябрь 2018 года было зарегистрировано 36 535 врачей и медсестер. Несмотря на общий официальный возраст выхода на пенсию (57 лет для женщин и 63 года для мужчин), обычно работники здравоохранения могут продолжать работать и сами выбирать, когда они выйдут на пенсию.

Имеется дефицит определенных видов медицинских работников, особенно в отдаленных районах; принимаются меры для решения этой проблемы. С 2008 года Туркменистан начал увеличивать набор студентов-медиков в высшие учебные заведения, для того, чтобы выпускать больше медицинских работников, необходимых для работы в ПМСП и в больницах; в 2018 году набор студентов в Туркменский государственный медицинский университет (единственный в стране) увеличился почти вдвое: с 310 до 573 студентов; в пять медицинских колледжах было зачислено 430 студентов. Набор студентов по специальности фельдшер также увеличился. Для привлечения медицинских работников в область семейной медицины, особенно в отдаленных районах, планируется увеличить заработную плату врачей на 15-30% в зависимости от удаленности (на 15% в городских районах, 30% в отдаленных районах) в дополнение к 10%-ному увеличению, обычно планируемому каждый год для всех работающих граждан Туркменистана. На эти цели выделяются специальные бюджетные средства. В отдаленных районах местные власти предоставляют жилье вновь назначенным семейным врачам.

Научно-клинический центр онкологии испытывает нехватку медицинских физиков (в стране их всего два), но ожидается прибытие в страну студентов, обучавшихся в рамках межправительственного соглашения по специальности «медицинская биофизика». По заказу Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Инженерно-технологический университет им. Огузхана начал подготовку по новой специальности – инженер медицинского оборудования. Онкологи отмечают необходимость наличия психологов в отделениях лечения рака; ведется работа по введению штатных единиц должностей психологов в Научно-клиническом центре онкологии.

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

Приоритетные лекарственные средства для лечения НИЗ предоставляются пациентам, которые в них нуждаются. Как правило, пациенты покупают лекарственные препараты для лечения НИЗ в местных аптеках. Семейные врачи после консультации с другими специалистами назначают пациентам лекарства, а

местная аптека их отпускает. Электронной рецептурной системы не имеется; пациенты вручную несут рецепт, выписанный на бумаге, в любую аптеку, по своему выбору. Существует 200 государственных (государственный сектор) и 55 частных аптек. Местное фармацевтическое производство обеспечивает примерно 40% всего объема фармацевтической продукции на рынке.

В рамках пропаганды здорового образа жизни, профилактики заболеваний и их осложнений, лечения и реабилитации **пропагандируются растительные лекарственные средства, в том числе в сочетании с традиционными лекарствами.** Президент Туркменистана интересуется народной медициной и пишет на эту тему (55, 56). Фитобары, предлагающие лечебные травяные чаи, которые производятся, например, предприятием «Saglyk» Министерства здравоохранения и медицинской промышленности, являются неотъемлемой частью домов здоровья и санаториев (57-59).

В Туркменистане существует Национальный перечень основных лекарственных средств, определяемых и обновляемых Министерством здравоохранения и медицинской промышленности. Самая последняя версия перечня содержит 432 международных непатентованных наименования (утвержденных приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности) препаратов для амбулаторного и стационарного лечения. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности создало специальную рабочую группу по основным лекарственным средствам. Она получает предложения из лечебных учреждений по вопросам включения лекарственных средств в перечень; например, каждый год предлагается перечень препаратов для лечения онкологических заболеваний. Фармацевтические компании в состав группы не входят.

Приоритетные лекарственные средства для лечения НИЗ, клинические руководства, назначение и отпуск лекарственных средств не согласованы между собой. Национальные КР имеются для лечения не всех заболеваний (см. Барьер 9). Подробное указание перечня лекарств, которые должны быть в наличии в машинах скорой помощи, предназначенных для транспортировки больных с ОКС, включая анальгетики, опиоиды и тромболитические препараты, например, содержится Приказе № 449 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в Туркменистане» (30).

В КР лекарственные препараты определяются по их коммерческому названию, а не по активному фармацевтическому ингредиенту. Необходимо обеспечить, чтобы в КР не содержались объявления о лицензионных препаратах, как это было обнаружено, например, в справочнике по применению «Клинического руководства по лечению острого коронарного синдрома и хронических болезней сердца» (2017 г.), разработанном Министерством здравоохранения и медицинской промышленности, Международным Кардиологическим Центром Дирекции Международных медицинских центров, и Госпиталем с Научно-клиническим центром кардиологии. Врачи не обязаны следовать КР и никак не ограничены в выборе препаратов для назначения. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности регулирует вопрос о назначении лекарственных средств с компенсацией 50%, входящих в Национальный перечень основных лекарственных средств. Однако число лекарственных препаратов, стоимость которых компенсируется на 50%, ограничено. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности не имеет четкого представления о том, какая часть назначаемых лекарственных средств не входит в Национальный перечень основных лекарственных средств.

Отпуск предписанного врачом лекарственного препарата является обязательным для аптеки; провизор может предложить альтернативы с теми же активными фармацевтическими ингредиентами (замена на дженерик). Очевидно, что врачи работают в тесном контакте с аптеками, поэтому они знают, какие лекарства имеются в наличии/доступны, когда они принимают решения о назначении препарата.

Экономическая доступность лекарственных препаратов может представлять проблему для пациентов. Как правило, пациентам с медицинской страховкой предоставляется 50%-ная скидка от стоимости лекарственного препарата для амбулаторного лечения. Если врач предписал лекарство, которого нет в перечне лекарств, подлежащих 50% компенсации, или фармацевт отпустил лекарство не из перечня, пациент не имеет возможности получить скидку. Пациенты, госпитализируемые в больницу в острой фазе заболевания, например, при инфаркте, получают бесплатное лечение в течение первых семи дней. После этого с них взимается плата за пребывание в стационаре, но при наличии медицинской страховки они могут получить скидку в размере 50%. Оплата производится пациентом на основе подробного счета больницы, включающего стоимость лекарственных средств и диагностических процедур.

По оценкам ВОЗ, доля личных расходов в процентах от текущих расходов на здравоохранение в 2015 году составила 71,1% (60). Последние данные национальных счетов здравоохранения или проведенных обследований бюджетов домашних хозяйств не предоставляют национальные данные о процентной доле стоимости лекарств, оплачиваемых из личных средств.

Некоторые приоритетные препараты для лечения НИЗ включены в политику в сфере государственных закупок. Этот список фармацевтических препаратов, предоставляемых бесплатно, включает инсулин для больных диабетом, бронходилататоры для больных астмой, препараты для лечения рака и опиоиды (61). Лекарства для облегчения боли у пациентов в терминальной стадии, независимо от заболевания, также бесплатны. Любая аптека государственного сектора может отпускать эти бесплатные лекарственные препараты, за исключением опиоидов, которые отпускаются только в некоторых аптеках государственного сектора. Правительство выделяет средства на закупку лекарственных средств для уязвимых групп населения, таких как ветераны, которые должны получать лекарства бесплатно. Все лекарственные средства, субсидируемые государством, то есть предоставляемые бесплатно, закупаются в соответствии с централизованным процессом закупок. На основании предложений, представленных медицинскими учреждениями Министерство здравоохранения и медицинской промышленности объявляет тендер. При заключении эти контракты проходят через Государственную товарно-сырьевую биржу, которая контролирует цены. Оплата производится из бюджета, а также из других источников, таких как распределение страховых взносов.

Перечень лекарственных средств, подлежащих компенсации, дает возможность для более эффективного использования ресурсов. Некоторые приоритетные препараты для лечения ССЗ включены в перечень лекарств, отпускаемых в аптеках с 50%-ной скидкой для граждан Туркменистана, подписавших договоры добровольного медицинского страхования и своевременно оплачивающих соответствующие взносы (Приказ № 333 (40)). В этот перечень не входят пероральные антикоагулянты (старые препараты, такие как варфарин, и новые пероральные антикоагулянты) для профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий или клопидогрел для вторичной профилактики ССЗ (ОКС и инсульта). Как ни странно, но в перечень включены нейропротекторы, классифицируемые как «препараты, нормализующие мозговое кровообращение», которые подлежат компенсации: церебролизин и винпоцетин. Винпоцетин запрещен в Австралии, Канаде и Новой Зеландии и не одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США для терапевтического использования в Соединенных Штатах Америки в связи с тем, что оснований для подтверждения эффективности препарата при его клиническом использовании для лечения пациентов, перенесших инсульт, нет (62). При обновлении перечня лекарственных препаратов, отпускаемых в аптеках с 50%-ной скидкой, будет рассматриваться целесообразность включения в перечень церебролизина и винпоцетина, а так же будет рассмотрен вопрос о расширении списка, в том числе посредством включения пероральных антикоагулянтов для профилактики инсульта.

Существуют некоторые препятствия процедурно-бюрократического характера, мешающие справедливому доступу к лекарственным средствам от НИЗ. Например,

существуют жесткие барьеры для назначения наркотических средств, являющихся слабыми или сильными опиоидами. Только ограниченное число специалистов может назначать наркотические препараты, на ограниченный срок (10 дней) и в ограниченном количестве (10 флаконов). Для получения повторного рецепта пустые флаконы должны быть возвращены специалистам, назначавшим эти препараты. Для первичного назначения пациенту опиоидного препарата, по запросу врача общей практики собирается комиссия из трех врачей. В случае онкологического заболевания в эту комиссию входят онколог, заместитель главного врача поликлиники и врач общей практики. Онколог выписывает лекарство. В процессе лечения болезни врач общей практики не может самостоятельно изменить рецепт без обращения к онкологу. Обезболивающие средства, доступные для осуществления ухода на дому, ограничены; основным из них является трамадол, обезболивающее средство лишь 2-го уровня, относящееся к числу наименее хорошо переносимых. Этот препарат может быть назначен врачом общей практики, но только по строгому предписанию онколога. Пероральный морфин пока отсутствует, имеется только инъекционный морфин (что является серьезным препятствием для эффективного обезболивания). 20 февраля 2019 года зарегистрированы пероральные формы опиоидных препаратов, и планируется их закупка.

На всех уровнях существует страх перед опиоидами: среди медицинских специалистов и семей/пациентов, который дополнительно поддерживается отсутствием открытости в обсуждении проблемы рака. Больным раком редко сообщают об их болезни; врачи упоминают закон, запрещающий им информировать пациентов о том, что у них рак, не сообщив об этом сначала их семье. Основная идея состоит в том, что пациентам лучше не знать, что у них рак. Онкологи говорят пациентам, получающим химиотерапию, что это «терапия для предотвращения рака».

Существуют определенная законодательная и нормативная база в отношении регулирования ценообразования лекарственных средств, однако регулирование цен в полном объеме, в соответствии с руководством ВОЗ¹², не осуществляется (то есть на уровне прямых поставок с предприятий-производителей и на уровне торговых наценок). 12 января 2016 года был принят закон о совершенствовании правовой и организационной основы государственного регулирования отношений, возникающих в сфере лекарственного обеспечения. Учреждения, отвечающие за деятельность по регулированию лекарственного обеспечения (т.е. выдачу регистрационных удостоверений, фармакологический надзор и т. д.), находятся под контролем Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. В Ашхабаде создано подведомственное Министерству Производственное объединение медицинского оборудования с четырьмя филиалами в велаятах. Имеется семь производственных объектов. Центр государственной регистрации лекарственных средств осуществляет контроль качества; существует отдел лицензирования. В стране зарегистрировано более 10 000 лекарств с действующим регистрационным статусом.

Регулирование цен осуществляется только на уровне торговых наценок, что не может считаться регулированием цен в полном объеме. Министерство финансов и экономики и Министерство здравоохранения и медицинской промышленности отвечают за политику ценообразования в сфере фармацевтических препаратов.

- Для фармацевтических препаратов для амбулаторного лечения, предназначенных для населения и медицинских организаций, применяется 25%-ая торговая наценка (для оптовых закупщиков и аптек).
- Для фармацевтических препаратов для стационарного лечения, предназначенных для бюджетных учреждений (больниц), применяется 10%-ая оптовая наценка.

Все государственные аптеки (государственного сектора) обязаны взимать одинаковые цены за одинаковые лекарства; только частные аптеки могут изменять цены и закупать лекарства разных производителей.

¹² WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/medicines/publications/pharm_guide_country_price_policy/en/, по состоянию на 13 марта 2019 г.).

Барьер 12. Эффективное управление

Процесс назначения руководителей лечебных учреждений различается в зависимости от уровня, однако все больше учитываются профессиональная подготовка и опыт руководителей. Президент назначает директоров девяти крупных международных центров здравоохранения, директора Управления центров инфекционных болезней и одного крупного многопрофильного центра в Ашхабаде. Министр здравоохранения и медицинской промышленности назначает руководителей других больниц, а также руководителей и заместителей руководителей департаментов здравоохранения на региональном уровне. Эти региональные руководители назначают руководителей домов здоровья.

Руководители медицинских учреждений назначаются из врачей государственного сектора. Назначения в значительной степени основываются на предыдущем профессиональном опыте управления и таких характеристиках, как энергичность и действенность. Тем не менее, все чаще появляется официальное требование о прохождении руководителями курса обучения в области управления здравоохранением в течение как минимум одного месяца с формальным учебным планом и выдачей сертификата по окончании.

Существует структурированный процесс создания резерва кадров и потенциальных руководителей учреждений здравоохранения для последующего отбора. Перспективные молодые врачи по окончании постдипломной подготовки, имеющие как минимум пятилетний стаж работы, отбираются для прохождения курса профессиональной подготовки руководящих работников и направляются в государственный институт, например, Академию государственной службы Государственный институт экономики и управления Туркменистана для обучения на соответствующих курсах продолжительностью от двух месяцев до двух лет. Краткие курсы для руководителей здравоохранения также проводятся в Государственном медицинском университете Туркменистана. Степени магистра в области государственного управления в Туркменистане пока нет.

Руководители здравоохранения наделены полномочиями и обязанностями делать все необходимое для управления подведомственным им учреждением. Полномочия определяются в должностных/специальных инструкциях для соответствующего уровня или основываются на моделях для руководителей городских больниц. Существует множество национальных программ, которые должны учитываться руководителями при составлении плана работы подведомственного им учреждения. Руководитель представляет ежегодный план работы в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности на утверждение заместителя министра. В соответствии с утвержденным планом в конце года подается отчет о проделанной работе. Годовой рабочий план используется для разработки ежемесячных и еженедельных планов работы.

Работа руководителей медицинских учреждений регулярно контролируется. За работой руководителей медицинских учреждений ежедневно осуществляется двойной контроль. Каждое утро они докладывают о своей работе заместителю министра и региональному специалисту по вопросам здравоохранения. Если возникают какие-либо проблемы, главный врач-специалист в соответствующей области (например, главный кардиолог), отслеживает ситуацию и информирует министерство.

Для отслеживания эффективности работы учреждения также используются рутинные данные. Медицинские учреждения ежедневно подают рутинные данные в региональные департаменты здравоохранения и Министерство здравоохранения и медицинской промышленности. Два заместителя министра каждую субботу проводят совещания, на которых проводится анализ проделанной работы за неделю. Эти данные также помогают в работе руководителя учреждения. Министр также проводит еженедельные совещания с руководителями для обзора ситуации. В Министерстве здравоохранения

и медицинской промышленности под председательством министра или заместителя министра проводятся ежемесячные совещания руководителей медицинских учреждений Ашхабада, велаятов и этрапов для обсуждения показателей деятельности учреждений.

Каждые 3 года проводится аттестация руководителей на соответствие должности, по итогам которой их назначения на должность могут быть продлены. В феврале 2018 года был разработан и принят специальный инструмент для оценки компетентности руководителей. Это электронный опросник, включающий 800 вопросов, касающихся эффективности работы учреждения, и специальный блок вопросов о клинических результатах. Опросник будет заполняться 1-2 раза в год. Первая оценка будет проведена в начале 2019 года. В будущем результаты оценки будут связаны с финансированием.

Ашхабадское городское управление здравоохранения проводит конкурсы на лучшую клинику и лучшего врача. Сначала поликлиника выбирает лучшего врача среди своих сотрудников, затем жюри выбирает лучшего врача в городе. При выборе принимаются во внимание жалобы пациентов.

Барьер 13. Организация эффективного информационного обеспечения

Медицинская сертификация смерти проводится повсеместно, однако значительная их часть плохо определена. Составление свидетельств о смерти осуществляется врачами. Врач, специализирующийся на медицинской статистике, выбирает основную причину смерти и соответствующий код. Данные кодируются в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и агрегируются в таблицы смертности при помощи электронного инструмента «Анализ данных об уровне смертности и причинах смертности (ANACoD)». За последние годы доля смертности по неопределенной причине увеличилась и составила 15% в 2015 году. Данные о причинах смерти используются в оценках Министерства здравоохранения и медицинской промышленности, Государственного комитета Туркменистана по статистике и для составления национальной отчетности, в том числе по ЦУР. Демографические данные не всегда имеются, что затрудняет расчет показателей. Углубленная оценка регистра смертности и использования данных о причинах смертности выходили за рамки миссии оценки системы здравоохранения по НИЗ.

Эпиднадзор за НИЗ в значительной степени основан на периодических исследованиях, поддерживаемых извне. В Туркменистане дважды, в 2013 и 2018 годах, проводились исследования факторов риска развития неинфекционных заболеваний у взрослых с использованием подхода ВОЗ STEPS. Оба исследования проводились при технической поддержке ВОЗ. Доклады о результатах проведенных исследований за 2013 год (19) и 2018 год (10) находятся в печати. Туркменистан присоединился к Инициативе COSI и провел первый раунд сбора данных в 2015-2016 гг. Опрос HBSC был проведен в 2011 и 2013 г. Демографическое и медико-санитарное обследование (DHS) проводилось в 2000 г., а последнее Многоиндикаторное кластерное обследование (MICS-5) - в 2015-2016 годах. Кроме того, Государственный комитет Туркменистана по статистике регулярно проводит обследования бюджетов домашних хозяйств, с помощью которых собирается информация о расходах на лекарства, но не о других медицинских расходах.

В медицинских учреждениях собирается большое количество данных, в основном в бумажном формате, но они не используются для мониторинга и усовершенствования клинических процессов и исходов лечения в максимально возможной степени. Данные и информация часто заполняются вручную по несколько раз (например, статистика выписки из больницы, медицинские счета, регистры болезней в виде таблиц и т. д.); использование информационных и коммуникационных

технологий в медицинских учреждениях ограничено. В больницах врачи-специалисты в области медицинской статистики собирают статистические данные по статистическим картам, формируя сводную ведомость движения больных в стационаре, сделанные в бумажном формате; сводные отчеты ежемесячно отправляются в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности. В сводных отчетах диагнозы записываются с использованием блоков, а не отдельных кодов МКБ-10. Помимо диагностики, в случае проведения операции регистрируется анатомическая локализация. Проводимые процедуры не кодируются. Счета за больничные услуги составляются на отдельном этапе и передаются в отдел финансов, бухгалтерского учета и отчетности Министерства здравоохранения и медицинской промышленности для анализа финансовой деятельности больниц. Показатели госпитализации регулярно отслеживаются, но данные о времени ожидания обычно не собираются, так как это не считается проблемой.

Данные, собираемые в электронных медицинских картах (ЭМК), не структурированы, что ограничивает аналитические возможности и дальнейшее использование данных. Медицинские карты в больницах и учреждениях ПМСП ведутся в бумажном и в электронном формате, в зависимости от учреждения, аналогичным образом ведутся регистры (журналы) хронических заболеваний на уровне ПМСП. По соображениям безопасности компьютеры с ЭМК соединены со специальной сетью Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. Медицинские учреждения всех трех уровней в валаятах и Ашхабаде соединены волоконно-оптическими линиями, которые облегчают передачу информации; собранная информация анализируется с помощью программного обеспечения. Планируется также создание систем электронного документооборота в учреждениях на уровне этрапов. Большая часть данных ЭМК собирается в форматах, допускающих свободный ввод текста. Структурированные данные используются только для кодирования диагнозов с использованием четырехзначных кодов МКБ-10. Для назначаемых лекарственных средств и выполняемых процедур классификация не используется, поэтому эта информация записывается в произвольном формате. В настоящее время в ЭМК не используется функционал поддержки принятия клинических решений, например функция напоминания. ЭМК используются исключительно для документирования оказанных медицинских услуг; никаких отчетов с использованием собранных данных не составляется. Пациенты не имеют доступа к ЭМК, хотя, по запросу, медицинские учреждения могут предоставить пациентам печатную копию их личной электронной карты. В учреждениях, использующих ЭМК, данные также параллельно собираются в бумажном формате.

Имеется ряд регистров заболеваний, на разных этапах разработки. Регистр пациенток с раком шейки матки представляется наиболее разработанным. Он доступен в виде компьютерной программы; отчеты с использованием данных регистра составляются ежегодно. Регистры больных диабетом и ССЗ находятся на начальных этапах разработки, данные вводятся вручную в электронные таблицы. Охват этих регистров представляется низким, поскольку в каждом из них по состоянию на ноябрь 2018 год содержалось всего несколько сотен записей. Данные, имеющиеся в регистре диабета и ССЗ, не были использованы при составлении ни одного отчета. Существуют национальные регистры ОКС, инсульта и диабета, которые используются для предоставления медицинской помощи. Годовые отчеты с использованием данных из регистров, очевидно, составляются, но они не изучались в ходе проведения миссии. Данные регистров являются конфиденциальными и не предназначены для информирования населения.

Барьер 14. Управление процессом преобразований

Руководители системы здравоохранения обозначили изменения в системе здравоохранения, которые необходимо осуществить для улучшения организации

и предоставления помощи, хотя достижение лучших показателей по НИЗ не было основной движущей силой. В Государственной программе в области здравоохранения «Саглык» (2015–2025 гг.) четко определена необходимость снижения показателей госпитализации в рамках реформы системы здравоохранения. Первоначально средняя продолжительность пребывания в больнице в год составляла 24–27 дней, и она уже была снижена до 15 дней в год. Одной из стратегий снижения является проведение предварительного освидетельствования, а другой – переход от стационарного лечения к амбулаторному. Подразделения Министерства здравоохранения и медицинской промышленности отслеживают эти изменения, чтобы обеспечить достижение прогресса. Департамент лечебно-профилактической помощи осуществляет мониторинг внедрения программ реформирования, а Департамент статистики и информации оказывает поддержку путем проведения анализа работы коечного фонда и других показателей, а также приема, формирования и распространения ежемесячных данных.

В принципе, **управление изменениями поддерживается при помощи регулярных встреч, а также предоставления обратной связи по полученным статистическим данным.** Президент Туркменистана уделяет большое внимание системе здравоохранения и осуществляет стратегический и оперативный надзор за здравоохранением в стране. Президент проводит регулярные стратегические совещания с ключевыми заинтересованными сторонами в стране, в том числе с Кабинетом министров, министрами и представителями различных учреждений. На этих встречах выявляются существующие проблемы и намечаются пути их решения.

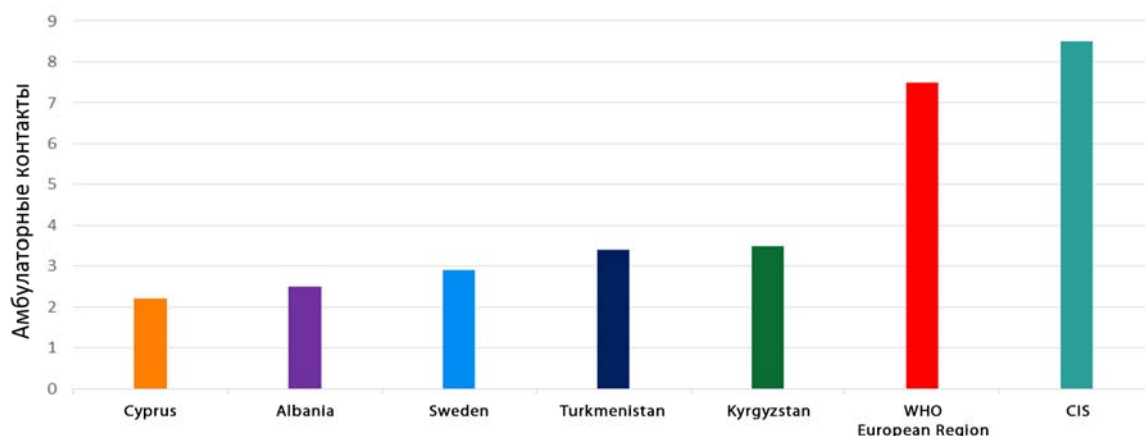
Руководители учреждений имеют некоторую общую подготовку в области управления (см. Барьер 12), но не специальную подготовку для управления изменениями.

Были предприняты некоторые усилия по вовлечению групп заинтересованных сторон и общественности в повестку дня изменений, но пациенты и их семьи систематически не участвуют в улучшении предоставления помощи. Например, межведомственный координационный комитет включает в себя представителей различных министерств, НПО и общественности. Другим примером является вовлечение общественности в разработку Государственной программы в области здравоохранения «Саглык», которая была разработана при поддержке ВОЗ. Проект программы в области здравоохранения прошел процесс многократного рецензирования всеми заинтересованными сторонами. Он обсуждался на районном уровне и с представителями гражданского общества в школах здоровья. Был выдвинут целый ряд предложений от представителей регионального уровня; также учтено мнение пациентов.

Барьер 15. Обеспечение доступа к помощи и снижение финансового бремени

Правительство Туркменистана добилось впечатляющего прогресса в обеспечении физического доступа к услугам ПМСП по всей стране. Крупные инвестиции в инфраструктуру и оборудование по всей стране – во всех селах имеются новые или модернизированные учреждения ПМСП – обеспечили равный физический доступ населения к современным учреждениям ПМСП, в то же время учреждения ПМСП не полностью укомплектованы достаточным числом кадров здравоохранения. Однако, физический доступ к медицинским услугам необходим, но не достаточен для обеспечения использования этих услуг. В 2016 году среднее число амбулаторных контактов в Туркменистане составляло всего 3,3 на человека в год; это очень невысокий показатель по сравнению со средними показателями 8,4 и 7,5 амбулаторных контактов на человека в год для стран СНГ и Европейского региона в целом, соответственно (рис. 4).

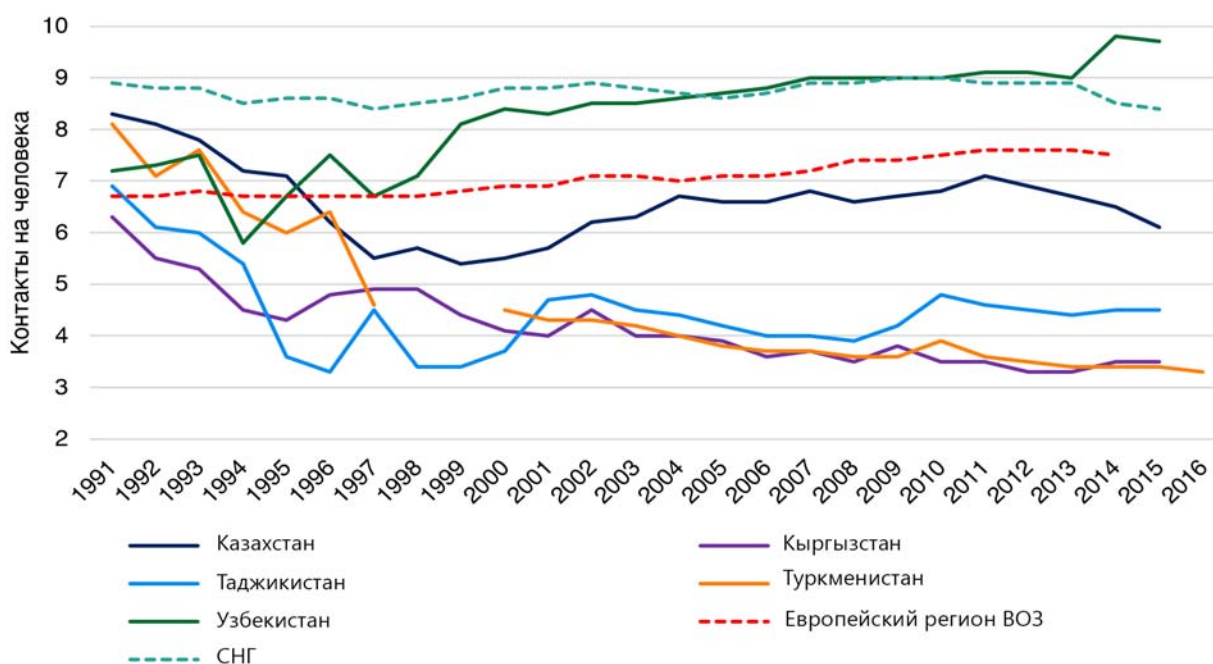
Рисунок 4. Число амбулаторных контактов на человека в год: пять стран с наименьшим числом амбулаторных контактов в Европейском регионе ВОЗ и странах СНГ, последний год, за который имеются данные



Источник: WHO Regional Office for Europe (63)

Быстрые темпы сокращения числа амбулаторных контактов, отмеченные после обретения независимости, замедлились, но тенденция к снижению продолжается и по сей день, хотя и более медленными темпами. Рисунок 5 демонстрирует быстрое сокращение амбулаторных контактов в Туркменистане в период с 1991 по 1997 год: с 8,1 амбулаторных контактов в год - одного из самых высоких показателей в Европейском регионе - до 4,6 в 1997 году, что соответствует 9%-му снижению в год в течение этого периода. В период с 2000 по 2016 год среднее число амбулаторных контактов на человека в год сократилось с 4,5 до 3,3, или на 2% в год. Учитывая высокий уровень преждевременной смертности от НИЗ в Туркменистане, несмотря на низкий уровень факторов риска, можно предположить, что доступ к амбулаторной помощи, в том числе к услугам ПМСП, недостаточный. Поскольку отсутствие физического доступа не является источником низкого уровня использования амбулаторных медицинских услуг, причина должна быть в чем-то другом. Однако отсутствие обследований населения, позволяющих анализировать распределение личных расходов на медицинские услуги, затрудняет возможность непосредственной оценки степени, в которой стоимость амбулаторной помощи влияет на низкий уровень использования амбулаторных услуг.

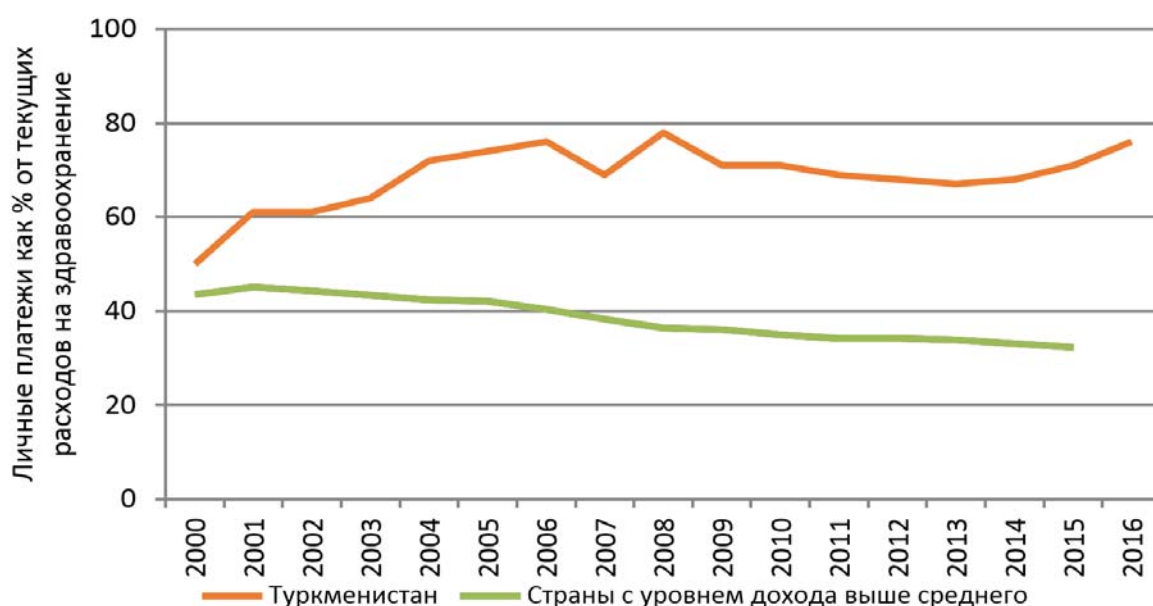
Рисунок 5. Число амбулаторных контактов на человека в год в странах Центральной Азии, Европейском регионе ВОЗ и странах СНГ (1991 - 2016 гг.)



Источник: WHO Regional Office for Europe (63).

Уровень личных расходов на медицинскую помощь очень высок, что свидетельствует о недостаточной защите населения от финансовых рисков. Важным аспектом обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения является степень, в которой система финансирования здравоохранения страны защищает население от катастрофических или разорительных расходов на медицинскую помощь из-за неудовлетворительного состояния здоровья. В отсутствие данных для оценки конкретного уровня расходов на медицинскую помощь, в качестве косвенного показателя для расчета уровня защиты от финансовых рисков обычно используется уровень личных расходов (в процентах от расходов на медицинскую помощь), поскольку в соответствии с фактическими данными, для надлежащей защиты от финансового риска требуется, чтобы личные платежи составляли менее 15% от общей суммы расходов на медицинскую помощь (64). При уровне личных расходов, превышающем 70% (рис. 6), можно ожидать, что процент домохозяйств, которые понесли катастрофические или разорительные расходы на медицинскую помощь, составит чуть больше 4,1% и 2,0%, соответственно (64).

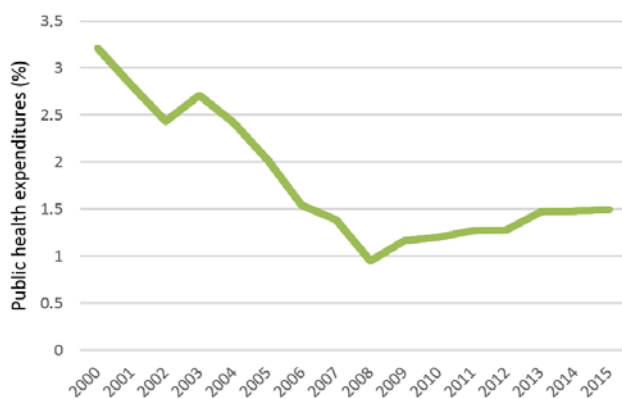
Рисунок 6. Личные платежи как процент общих расходов на здравоохранение (2000–2016 гг.)



Источники: ВОЗ (65) и Всемирный Банк (66).

Низкий и снижающийся уровень государственных расходов на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) также подтверждает недостаточную защиту от финансовых рисков. Несмотря на то, что уровень расходов на здравоохранение в процентном отношении к ВВП медленно увеличивался с 2008 года (тогда он составлял всего 0,9% ВВП), он все еще далек от показателя 3,2% 2000 года (рис. 7). Это отличается от стран с уровнем дохода выше среднего, которые в целом как группа переживали значительный рост государственных расходов на здравоохранение, и в настоящее время их расходы на здравоохранение значительно превышают расходы на здравоохранение в Туркменистане. Уровень государственных расходов на здравоохранение также значительно ниже уровня 5%, выше которого, в соответствии с фактическими данными, финансовая защита от рисков является адекватной (64). Сумма государственных расходов на здравоохранение в процентах от общей суммы государственных расходов (9%) также снизилась - с 13% в 2000 г. до 9% в 2015 г. (рис. 8) - и теперь ниже минимального уровня 12%, рекомендованного ВОЗ.

Рисунок 7: Государственные расходы на здравоохранение в % к ВВП (2000-2015)



Источник: WHO (65)

Рисунок 8: Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов (2000-2016))



Источник: Всемирный Банк (66)

Уровень личных расходов на медицинскую помощь увеличился в Туркменистане с 2000 года на 52%, в то время как в целом по группе всех стран с уровнем дохода выше среднего он сократился на 27%. Для людей, охваченных системой медицинского страхования в Туркменистане, стоимость компенсированных медицинских услуг и лекарственных средств «снижена» на 50%. Кроме того, пациенты с социально значимыми заболеваниями, например, с диабетом, получают все медицинские услуги и лекарственные средства бесплатно. Определенные уязвимые группы, например, малоимущие и пожилые люди, также имеют право на бесплатное медицинское обслуживание и лекарственные средства. Однако фактические данные из других стран указывают на то, что подобного рода ориентация (пациенты с конкретными заболеваниями, например, диабетом и раком, и особо уязвимые группы, такие как малоимущие или люди с ограниченными возможностями) не обеспечивает надлежащую финансовую защиту от рисков на уровне всего населения, потому что основным источником личных платежей, как правило, являются фармацевтические препараты, зачастую лекарственные средства для лечения НИЗ (67). Несмотря на то, данные об основных источниках личных расходов на медицинскую помощь в Туркменистане отсутствуют, нет причины полагать, что ситуация будет отличаться от других стран, учитывая высокое бремя НИЗ и относительно ограниченный охват лекарственными средствами (и услугами здравоохранения) для лечения ССЗ и других НИЗ, лечение которых не подлежит 100% компенсации. Кроме того, неофициальные данные свидетельствуют о том, что пациенты с НИЗ часто перестают принимать лекарства, что частично может быть связано с ограниченным охватом медицинским страхованием.

Низкий уровень обращения за амбулаторными услугами и высокий уровень личных расходов на медицинскую помощь свидетельствуют о необходимости пересмотра механизмов финансирования здравоохранения с целью снижения уровня личных расходов и предоставления всех «лучших покупок» ВОЗ для лечения НИЗ бесплатно (как в отношении услуг, так и лекарственных средств). Это поможет улучшить не только показатели здоровья, но и финансовую защиту населения от рисков, связанных с плохим состоянием здоровья, а также добиться прогресса в обеспечении всеобщего доступа к услугам здравоохранения. Однако без данных, дезагрегированных по уровню доходов, полу и месту жительства, по таким показателям, как обращение за амбулаторной помощью, уровень личных расходов и т.д., Правительство Туркменистана не имеет важнейшего инструмента для определения того, «кто оставлен позади», а также степени прогресса, достигнутого в обеспечении всеобщего доступа к услугам здравоохранения.



5. Инновации и передовая практика

5.1 Борьба против табака

Борьба против табака является одним из основных приоритетов общественного здравоохранения в Туркменистане. С 2000 года Правительство Туркменистана, демонстрируя твердую **политическую приверженность**, на основе межсекторального взаимодействия проводит систематическую работу по борьбе против табака. В 2000 году был принят президентский указ, запрещающий курение, а также введен штраф за курение в общественных местах. За этим последовало несколько других нормативных правовых актов высокого уровня: запрет на производство и продажу насвая (разновидность бездымного табака для орального применения) (2004) и запрет на производство, ввоз и употребление насвая в качестве табачного изделия (2008) (68). Среди стран Центральной Азии в Европейском регионе ВОЗ только Туркменистан полностью запретил насвай (68). В 2013 году был принят закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табачных изделий» (15). Закон был согласован с планом действий и национальной программой по исполнению РКБТ ВОЗ на 2012–2016 гг. и обеспечил необходимую **комплексную нормативную базу** для дальнейших действий. В дополнение к сильному законодательству правительство приняло **меры в области ценообразования**. Средняя розничная цена на сигареты в Туркменистане в настоящее время самая высокая (69) среди стран Центральной Азии и бывшего Советского Союза.

В рамках национальной программы по осуществлению РКБТ ВОЗ и для содействия осуществлению межсекторальных мер был создан **межправительственный координационный комитет**, возглавляемый министерством здравоохранения и медицинской промышленности.

Мероприятия по повышению осведомленности, особенно молодежи, об опасностях, связанных с употреблением табака, являются важным компонентом национальных ответных мер на употребление табака. Мероприятия, посвященные освобождению от табачной зависимости, в Туркменистане обычно проводятся в мае, например кампания по информированию общественности «Май без табака», проведенная в парке Ашхабада в 2017 году, «Автомобиль без табака», проеденная в рамках Глобальной недели безопасности дорожного движения Организации Объединенных Наций (2017) и другие. Кроме того, в 2016 году были организованы мероприятия по наращиванию потенциала для журналистов по вопросам освещения проблем, связанных с табаком (70).

В рамках новой Национальной Программы по исполнению РКБТ ВОЗ в Туркменистане на 2017-2021 годы планируется реализация новых и потенциально инновационных мер по усилению борьбы против табака (например, введение стандартизированной упаковки табачных изделий или использование службы рассылки текстовых сообщений для проведения медицинских консультаций по основным вопросам, связанным с употреблением табака).

На международном уровне Туркменистан является одной из ведущих стран с точки зрения политической приверженности в сфере глобальной борьбы против табака. В Туркменистане состоялось несколько международных совещаний, организованных ВОЗ, связанных с НИЗ и борьбой против табака: Европейская министерская конференция ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020 (2013), результатом которой явилось подписание Ашхабадской декларации (71) в 2013 г., принятие Европейским региональным комитетом ВОЗ в 2015 году Дорожной карты действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной

конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг. (72), а также проведение Европейского регионального совещания по реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (2016). В 2014 году по случаю Всемирного дня без табака Президенту Туркменистана д-ру Гурбангулы Бердымухамедову была вручена специальная награда Генерального директора ВОЗ за вклад в глобальную борьбу против табака.

В качестве одной из первых стран, ратифицировавших РКБТ ВОЗ (2011), а также Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями (2015), Туркменистан поддержал осуществление мер борьбы против табака во всем Европейском регионе ВОЗ, оказав существенную финансовую поддержку для осуществления этой работы в рамках проекта «Реализация Ашхабадской декларации: освобождение Европейского региона от табака на 2015–2018 годы».

Туркменистан также использует спорт для пропаганды здорового образа жизни. Пятое Азиатские игры по боевым искусствам и состязаниям в помещениях, организованные Туркменистаном в 2017 году, были объявлены свободными от табака и предоставили платформу для обсуждения важности укрепления здоровья в рамках проведения таких мероприятий (73).

Благодаря стратегическому руководству Президента Туркменистана в вопросах борьбы против табака, реализации соответствующих политических обязательств, всесторонних многосекторальных национальных мер, подкрепленных законом, а также политическому и культурному контексту страны, Туркменистан демонстрирует успешный пример прогресса, достигнутого в осуществлении сильной политики борьбы против табака, с четкими результатами в отношении здоровья. В Туркменистане самый низкий показатель распространенности курения в Европейском регионе ВОЗ (74). Туркменистан взял на себя обязательство по достижению к 2025 году статуса первой страны в Европейском регионе, свободной от табака (с распространенностью курения менее 5%). Несколько пока не реализованных рекомендаций ВОЗ помогут стране добиться большего прогресса и спасти больше жизней (16). ВОЗ будет продолжать оказывать техническую поддержку Туркменистану в целях содействия ему в достижении статуса страны, свободной от табака.



6. Рекомендации в отношении политики

В заключение следует отметить, что в Туркменистане имеется прочная приверженность профилактике НИЗ и борьбе с ними. Сильные стороны системы здравоохранения включают:

- политическую приверженность профилактике и борьбе с НИЗ и укреплению здоровья
- низкий уровень поведенческих факторов риска
- программу вакцинации против ВПЧ для мальчиков и девочек, внедренную без противостояния со стороны общества
- школы здоровья и образовательные буклеты
- модернизированную инфраструктуру
- внедрение системы ЭМК.

В настоящем докладе также представлены достижения Туркменистана в области борьбы против табака.

Существует очевидный парадокс между относительно низкой распространенностью поведенческих факторов риска развития НИЗ среди населения и высокими показателями преждевременной смертности от НИЗ. Карты балльных оценок «лучших покупок» ВОЗ в отношении профилактики и борьбы с НИЗ показывают, что осуществление мер борьбы против табака и вредного употребления алкоголя ведется на более высоком уровне, чем осуществление мер по улучшению рациона питания. В связи с этим рекомендуется сохранение и обеспечение выполнения действующих мер по борьбе против табака и вредного употребления алкоголя, а также мер, направленных на улучшение питания и повышение уровней физической активности, в соответствии со стратегическими документами ВОЗ. В отношении индивидуальных услуг, существуют возможности для улучшения контроля сердечно-сосудистых факторов риска и выявления диабета, а также профилактики осложнений. Хотя особое внимание уделяется периодическим лечебно-профилактическим осмотрам, международные данные свидетельствуют о том, что они не снижают бремя ССЗ в обществе. К областям, требующим особого внимания, относятся скрининг на рак, раннее выявление и паллиативная помощь.

Необходим комплексный и согласованный подход к укреплению систем здравоохранения для улучшения результатов по НИЗ; такие возможности предоставляют реформы системы здравоохранения. Политические рекомендации по дальнейшему укреплению системы здравоохранения могут быть представлены в виде девяти краеугольных камней.

Более эффективное управление обеспечивает основы последовательной политики и устойчивые межсекторальные действия в отношении НИЗ, объединяющие национальный, региональный и местный уровни. В Туркменистане существует эффективное управление системой здравоохранения, но недостаточно внимания уделяется показателям здоровья и эффективному использованию ресурсов. Для достижения этой цели рекомендуется предпринять ряд следующих действий:

- разработка комплексной стратегии/законодательства по НИЗ, нацеленной на совершенствование показателей НИЗ, а также политики и услуг системы здравоохранения, включая финансирование;
- повышение согласованности политики, с тем чтобы вопросы охраны здоровья более активно включались в качестве приоритетов другие документы политики, а

улучшение результатов в отношении НИЗ стало более четкой целью повестки дня в области здравоохранения и развития;

- вовлечение заинтересованных сторон на протяжении всего цикла разработки политики, в том числе пациентов, лиц, осуществляющих уход, представителей пациентов, а также представителей общественности;
- гендерные и ориентированные на нужды пациента принципы дальнейшего совершенствования подхода;
- учет влияния решений других секторов и их потенциального воздействия на осуществление мер в секторе здравоохранения в отношении вмешательств на уровне всего населения, направленных на профилактику НИЗ.

Хорошо обеспеченные ресурсами службы общественного здравоохранения

являются движущей силой для программ по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, применяя принцип универсальной пропорциональности для постановки акцента на вопросы справедливости в деятельности общественного здравоохранения. В Туркменистане акцент на профилактику НИЗ уже дает результаты; тем не менее, несмотря на то, что приветствуется клиническая профилактика, частые лечебно-профилактические осмотры могут быть ресурсоемкими и затратными, и могут не улучшать результаты. Школы здоровья при учреждениях ПМСП выиграют от подходов к изменению поведения, основанных на фактических данных. Некоторые программы скрининга на рак не основаны на фактических данных. Для достижения этих целей рекомендуется предпринять ряд следующих действий:

- дальнейшее усиление профилактики НИЗ, особенно в отношении улучшения питания;
- пересмотр системы лечебно-профилактических осмотров с целью решения вопроса о более эффективном и действенном использовании ресурсов и достижении лучших результатов, а также снижения нагрузки и уровня затрат для пациентов;
- установление приоритета скрининга на рак шейки матки над скринингом на рак молочной железы и рак толстой и прямой кишки, поскольку он помогает спасти больше жизней, а также повышение эффективности и оптимизация системы направлений к специалисту пациентов с раком шейки матки (см. Руководство ВОЗ по ранней диагностике рака (37));
- разработка программ ранней диагностики рака молочной железы и рака толстой и прямой кишки (см. Руководство ВОЗ по ранней диагностике рака (37));
- отказ от инвестирования в скрининг на рак желудка, так как нет доказательств того, что скрининг с помощью эндоскопии снижает уровень смертности, и вероятность того, что связанный с этим вред может превысить преимущества, даже если он ориентирован на группы высокого риска.

Многопрофильная ПМСП эффективно управляет здоровьем и благополучием на уровне сообществ. Переход к семейной медицине внушает оптимизм, однако роль семейных врачей и медсестер может быть расширена. Для достижения этой цели можно предпринять ряд следующих действий:

- определение, разработка и внедрение системы многопрофильных команд в сфере первичной медико-санитарной помощи (включающих смежные медицинские специальности, такие как диетолог и координатор случаев заболевания);
- инвестирование в координацию и интеграцию помощи, расширяя роль семейного врача как координатора помощи;
- укрепление потенциала медсестер и семейных врачей для понимания и учета воздействия гендерных стереотипов при предоставлении помощи и обеспечении доступа к медицинским услугам.

Регионализованные соответствующим образом специализированные службы оказывают эффективную своевременную помощь при острых состояниях. В то время как вводится новая инфраструктура для больничных услуг, необходимо обеспечить

более эффективное функционирование таких служб в качестве клинических сетей и маршрутов, с направленностью на обеспечение качества и улучшение исходов лечения. Рекомендуется стимулировать введение новых методов работы между разными уровнями оказания услуг и обеспечивать поддержку посредством улучшения координации и информирования, например:

- осуществление стратегического руководства на национальном уровне с целью улучшения прозрачности и координации действий (определение клинических маршрутов и протоколов, уровней предоставления помощи, политики, клинических руководств и региональных больничных сетей для лечения ОИМ и инсульта);
- определение целей на региональном уровне и приведение в соответствие подотчетности и достижений (региональный бюджет, стандартизированная помощь на разных уровнях, число стационарных больных и методов лечения, своевременность и целесообразность вмешательств, соблюдение руководств и клинических протоколов);
- содействие многофункциональному обучению и общению; визиты, направленные на повышение согласованности профилактики, лечения и терапии (стратегия распространения руководств, визиты по вопросам клинической деятельности, лидеры общественного мнения, компьютеризированная поддержка принятия клинических решений и обзор тематических исследований);
- создание региональной системы управления медицинским персоналом и качеством предоставления специализированных услуг (аудит и обратная связь);
- разработка региональных планов управления рисками и ответных мер, которые принимают во внимание анализ тенденций доступа пациентов к стационарным услугам экстренной помощи (при транзиторной ишемической атаке/инсульте/ОКС), показатель занятости койко-мест в специализированных палатах, планирование пополнения запасов лекарственных средств (например, альтеплазы) и расходных материалов, планы технического обслуживания критически важных диагностических инструментов).

Ориентированность на людей отражена во всех функциях системы здравоохранения. Хотя переход к амбулаторной помощи заслуживает одобрения, он должен обеспечивать достижение результатов в отношении здоровья и ориентацию на пациента. Интегрированная медицинская и социальная помощь на дому носит инновативный характер и может быть дополнительно укреплена путем внедрения паллиативной помощи. Для достижения этой цели рекомендуется предпринять ряд следующих действий:

- инвестирование в грамотность в вопросах здоровья и инновационные механизмы с целью изменения поведения;
- инвестирование в расширение прав и возможностей пациентов и усиление индивидуальной ответственности;
- разработка медицинских услуг, ориентированных на пациентов, для обеспечения доступа к медицинской помощи и превращения ПМСП в точку первого контакта пациента с системой здравоохранения;
- вызов гендерным стереотипам, выступающим в качестве барьеров для изменения поведения.

Соответствующие требованиям медицинские кадры проводят вмешательства, ориентированные на людей, и предоставляют услуги на основе фактических данных. Для осуществления профилактики НИЗ требуется более широкий спектр дисциплин (например, диетология) и квалификаций (логопеды при лечении инсульта). Кроме того, как уже подчеркивалось, семейные врачи и медсестры сравнительно мало используются.

Прочные инвестиции в физическую инфраструктуру должны быть сбалансированы управлением человеческим капиталом, включая вопросы образования, эффективности

и наращивания потенциала. Улучшения возможностей также будут поддерживаться посредством расширенного анализа и мониторинга рабочей силы, а также путем планирования и инвестирования в будущую рабочую силу в сотрудничестве с заинтересованными сторонами и правительством. Для достижения этой цели рекомендуется предпринять ряд следующих действий:

- разработка анализа и мероприятий по планированию кадров здравоохранения в соответствии с бременем НИЗ, клинической стратегией и планированием услуг;
- рассмотрение требований КР, связанных с кадровыми ресурсами, для удовлетворения потребностей в кадрах здравоохранения; разработка механизмов для более эффективного использования существующих кадров и развития соответствующих функций;
- разработка функций медицинских работников смежных специальностей в сфере первичной медико-санитарной помощи (таких как диетологи и координаторы случаев заболеваний);
- разработка национальных образовательных программ и позиций для обеспечения наличия необходимых специалистов-медиков смежных профессий;
- выявление барьеров для внедрения многофункциональных подходов, включая перераспределение задач, и содействие развитию новых навыков и компетенций;
- расширение возможностей семейных врачей и медсестер в отношении осуществления вмешательств, ориентированных на пациента;
- разработка национальных экспертных знаний в области паллиативной помощи, например, путем ее внедрения во все образовательные программы медицинского университета и школ медсестер, а также подготовки будущих инструкторов и создания центров передового опыта;
- нивелирование гендерных стереотипов, приводящих к горизонтальной и вертикальной сегрегации кадров здравоохранения;
- вызов гендерному дисбалансу при предоставлении платной и бесплатной помощи.

Соответствующее и приоритетное финансирование здравоохранения обеспечивает согласованность охвата важными услугами и стимулами с целями предоставления услуг. Всеобщий охват услугами здравоохранения требует наличия доступа к необходимым медицинским услугам для всех групп населения, а также финансовой защиты от катастрофических и разорительных расходов на медицинскую помощь. Текущий низкий уровень государственных расходов на здравоохранение (как в процентах от общих государственных расходов, так и в процентах от ВВП) и очень высокий (и растущий) уровень личных расходов на медицинскую помощь являются четкими показателями неудовлетворительности защиты от финансовых рисков и недостаточности государственных расходов на здравоохранение. Чтобы добиться серьезного прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения и снижения преждевременной смертности от НИЗ, Туркменистану необходимо увеличить государственные расходы на здравоохранение и обеспечить значительное снижение личных расходов на медицинскую помощь.

Для достижения адекватной защиты от финансовых рисков Туркменистану необходимо реформировать систему медицинского страхования. Фактические данные, полученные из других стран, свидетельствуют о том, что ориентация на конкретные заболевания и определенные уязвимые группы населения, как это происходит в настоящее время, не является эффективным механизмом обеспечения финансовой защиты, отчасти потому, что наиболее важной категорией личных расходов являются лекарственные средства от НИЗ, предназначенные для пациентов и/или лечения заболеваний, специально не освобожденных от оплаты. Вместо этого все население должно иметь одинаковый пакет базовых льгот.

Кроме того, в системе, основанной на налогах на заработную плату, правительство должно вносить на актуарной основе взнос за тех людей, которые не делают взносы

в систему, чтобы обеспечить финансовую устойчивость и адекватное финансирование системы здравоохранения. Будет крайне важно поднять уровень компенсации по сравнению с текущими 50%. Фактические данные из других стран свидетельствуют о том, что госпитализации, как правило, компенсируются с применением гораздо более высоких ставок скидок, чем амбулаторные визиты и лекарственные средства.

Для достижения этой цели рекомендуется предпринять ряд следующих действий:

- существующая система медицинского страхования должна быть реформирована, с тем чтобы обеспечить охват всего населения, при этом финансирование неработающего населения будет предоставляться правительством на актуарной основе;
- создание единого пакета базовых льгот для всего населения, включающего бесплатное предоставление услуг ПМСП, в частности всех «лучших покупок» по НИЗ и лекарственных средств для лечения НИЗ;
- уровень компенсации для госпитализаций должен быть значительно увеличен по сравнению с текущими 50%;
- методы оплаты услуг поставщиков (то есть финансирование учреждений здравоохранения и вознаграждение поставщикам медицинских услуг) должны быть пересмотрены с целью создания стимулов для более эффективного использования ресурсов и поощрения ранней диагностики и более эффективного лечения пациентов с НИЗ;
- проведение обследования бюджетов домохозяйств должно быть пересмотрено, чтобы обеспечить регулярный сбор данных о расходах домохозяйств по всем категориям расходов на здравоохранение, чтобы обеспечить точный мониторинг процентной доли домохозяйств, которые понесли катастрофические или разорительные расходы на медицинскую помощь, и использование этих данных для предоставления дополнительной компенсации тем семьям, которые понесли катастрофические или разорительные расходы на медицинскую помощь.

Доступность качественных лекарственных средств обеспечивается за счет проведения комплексной политики охвата и ценообразования, а также продвижения дженериков. В Туркменистане существует перечень основных лекарственных средств, но необходимо привести его в соответствие с назначениями, отпуском лекарств, клиническими протоколами, основанными на фактических данных, и пакетом льгот. Бремя высоких наличных расходов уже обсуждалось в разделе выше. Для достижения этой цели рекомендуется предпринять ряд следующих действий:

- обеспечение охвата приоритетными лекарственными средствами от НИЗ без или с минимальной наличной доплатой (как рекомендовано выше);
- приведение лекарственных средств по НИЗ в соответствие с согласованными клиническими руководствами и протоколами назначения лекарств;
- стимулирование использования препаратов-дженериков;
- пересмотр регулирования в отношении опиоидов с целью расширения доступа к ним путем:
 - значительного увеличения продолжительности действия рецептов и количества отпускаемых по рецепту опиоидов;
 - расширения числа специалистов, имеющих право назначать опиоиды;
 - обеспечения легкой доступности орального морфина по всей стране;
 - снижения требований контроля для специалистов, назначающих опиоиды, и аптек, продающих опиоиды.

Информационные системы помогают в управлении здоровьем населения, ведении заболеваний на уровне ПМСП, координации между поставщиками в рамках оказания непрерывной помощи, а также при самопомощи. Система эпиднадзора за НИЗ, возможно, чрезмерно зависима от внешних обследований населения, и недостаточно использует потенциал рутинных данных системы здравоохранения. Данные не используются для

целей осуществления мониторинга и улучшения качества медицинской помощи и результатов лечения пациентов. Системы поддержки принятия клинических решений отсутствуют. Система ЭМК могла бы быть более оптимально структурирована для содействия в решении этой задачи и проведения анализа популяционных данных о результатах лечения пациентов с НИЗ на клиническом уровне. Регистр рака молочной железы на уровне всего населения имеется и используется, однако регистры для других НИЗ находятся на очень ранних стадиях разработки. Для достижения поставленных целей рекомендуется предпринять ряд следующих действий:

- обеспечение регулярности и устойчивости проведения высококачественных исследований по факторам риска среди населения;
- создание и использование системы ЭМК в полном объеме, включая, помимо прочего, создание клинических баз данных с ориентированными на исходы данными на уровне *учреждения*, которые можно использовать для улучшения качества медицинской помощи и результатов лечения пациентов, особенно пациентов с НИЗ;
- уменьшение дублирования усилий по сбору данных и отчетности (ЭМК, рутинная больничная статистика, счета для пациентов и т. д.);
- разработка регистров ОКС и инсульта и их использование для улучшения качества медицинской помощи и обеспечения лучших клинических исходов;
- разработка системы регистрации рака в национальном онкологическом центре и создание специального программного обеспечения для регистрации онкологических заболеваний (например, CanReg5 Международного агентства по изучению рака) для мониторинга качества документации по раку и для лучшего анализа и понимания моделей и тенденций рака шейки матки;
- разработка национального регистра диабета, включающего в себя информацию о промежуточных (например, HbA1c, показателях гипертонии и холестерина) и конечных (осложнениях) результатах, и использование их для мониторинга прогресса и регулярного пересмотра протоколов лечения и предоставляемых услуг;
- обеспечение того, чтобы усилия по улучшению и разработке информационных решений включали сбор, анализ и использование данных с разбивкой по полу, а также обеспечивали связь с социально-экономическими детерминантами.



Библиография

1. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий на 2013-2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
2. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
3. Спасение жизней, снижение затрат: стратегические меры борьбы с неинфекционными заболеваниями. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (<https://www.who.int/ncds/management/ncds-strategic-response/ru/>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
4. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: Барьеры и возможности систем здравоохранения. Руководство по проведению оценки ситуации в странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/294547/HSS-NCDs_Guide_WEB_Version_20-11-ru.pdf, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
5. Системы здравоохранения в борьбе с НИЗ: время ставить перед собой смелые цели. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-systems-respond-to-noncommunicable-diseases-time-for-ambition-2018>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
6. База данных “Здоровье для всех” [онлайн база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
7. Здоровье и благополучие женщин в Европе: от высокой продолжительности жизни к общему улучшению показателей. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
8. Здоровье и благополучие мужчин в Европейском регионе ВОЗ: улучшение здоровья в рамках гендерного подхода. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/gender/publications/2018/the-health-and-well-being-of-men-in-the-who-european-region-better-health-through-a-gender-approach-2018>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
9. Системы здравоохранения в борьбе с НИЗ: опыт Европейского региона. Итоговое заявление регионального совещания высокого уровня. Ситжес, Испания, 16–18 апреля 2018 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2018/04/high-level-regional-meeting-health-systems-respond-to-ncds-experience-in-the-european-region/documentation/working-documents/outcome-statement>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
10. Prevalence of noncommunicable disease risk factors in Turkmenistan. STEPS 2018. Ashgabat: Ministry of Health and Medical Industry; (in press).
11. Report on key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) random sampling survey among secondary school students of Turkmenistan, 2015. Ashgabat: United Nations Population Fund Turkmenistan; 2015.

12. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин. Заключительные замечания по пятому периодическому докладу Туркменистана. Женева: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека; 2018 г. (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/TKM/CO/5&Lang=ru, по состоянию на 12 февраля 2019 г.).
13. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ 2016–2025 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/policy/publications/action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-who-european-region-20162025>) по состоянию на 6 февраля 2019 г.
14. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Country profile: Turkmenistan. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tkm.pdf?ua=1, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
15. Закон Туркменистана об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табачных изделий. Ашхабад: Президент Туркменистана; 2013 г.
16. Информационный бюллетень по борьбе против табака – Туркменистан. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/turkmenistan/publications/fact-sheet-tobacco-control-turkmenistan>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
17. Закон Туркменистана о рекламе. Ашхабад: Президент Туркменистана; 2016 г..
18. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
19. Prevalence of noncommunicable disease risk factors in Turkmenistan. STEPS 2013. Ashgabat: Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan; (in press).
20. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Turkmenistan 2015/2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (in press).
21. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) factsheet. Highlights 2015–2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi/cosi-publications/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-factsheet-highlights-2015-17-2018>, по состоянию на 11 февраля 2019 г.).
22. FEEDcities project. The food environment description in cities in eastern Europe and central Asia – Turkmenistan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (in press).
23. Trieu K, Ospanova F, Sharmanov T, Alvin Santos J, Jewell J, Breda J et al. A15481 Mean urinary salt excretion in two Kazakhstan regions – one of the highest in the world. *J Hypertens.* 2018; 36:e334. doi:10.1097/01.hjh.0000549366.47790.42. (https://www.researchgate.net/publication/328661126_A15481_Mean_urinary_salt_excretion_in_two_Kazakhstan_regions_-_one_of_the_highest_in_the_world, по состоянию на 12 февраля 2018 г.).
24. Решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Обновление 2017 г. Приложение 3 к Глобальному плану действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий на 2013-2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (http://who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf, по состоянию на 12 февраля 2018 г.
25. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/>, accessed 6 February 2019).

26. Ситуация в области неинфекционных заболеваний в странах на 2018 г.: Туркменистан. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (https://www.who.int/nmh/countries/tkm_ru.pdf, по состоянию на 6 февраля 2019 г.).
27. Приказ № 177 о проведении лечебно-профилактических осмотров среди работающих граждан страны. Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана; 2016 г.
28. Приказ № 203 «Об утверждении Порядка проведения диспансерного осмотра (диспансеризации) граждан». Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана; 2018 г.
29. Протоколы диагностики и лечения пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности, Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии; 2017 г.
30. Приказ № 449 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в Туркменистане». Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности; 2010 г.
31. Raised fasting blood glucose (≥ 7.0 mmol/L or on medication) (age-standardized). Estimates by country (2014). Global Health Observatory data repository. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.NCDRGLUCA?lang=en>, по состоянию на 30 сентября 2018 г.).
32. Приказ № 73 «Положение об организации оказания эндокринологической помощи в Туркменистане». Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана; 2018 г.
33. Приказ № 408 о создании «Школ здоровья» в городских Домах здоровьях и в этрапских больницах. Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана; 2015 г.
34. Рак молочной железы. В: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. (<https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>, по состоянию на 12 февраля 2019 г.).
35. Recommendations from European Breast Guidelines. In: European Commission Initiative on Breast Cancer. Ispra: European Commission Joint Research Centre; 2019 (<https://ecibc.jrc.ec.europa.eu/recommendations>, accessed 12 February 2019).
36. Population fact sheets. In: International Agency for Research on Cancer [website]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019 (<http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>, по состоянию на 12 февраля 2019 г.).
37. Руководство по ранней диагностике рака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/ru/, по состоянию на 12 февраля 2019 г.).
38. Thyroid health monitoring after nuclear accidents. Lyon: IARC Expert Group on Thyroid Health Monitoring after Nuclear Accidents; 2018 (IARC Technical Publication No. 46; <http://publications.iarc.fr/571>, по состоянию на 12 февраля 2019 г.).
39. Постановление Президента Туркменистана № 14336 г. Об утверждении государственной программы Президента Туркменистана «Здоровье». Ашхабад: Президент Туркменистана; 2015 г.
40. Приказ № 333 об усовершенствовании услуг в области здравоохранения предоставляемых населению. Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана; 2017 г.

41. Программа социально-экономического развития Туркменистана на 2019-2025 годы: перспективы и прогнозы. Ашхабад: Государственная издательская служба Туркменистана; 2019 г.
42. Decree of the President of Turkmenistan No. 13662 on the Programme of Implementation of the National Strategy for the Implementation in 2014–2020 of Tasks Defined in the Ashgabat Declaration on Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Turkmenistan. Ashgabat: President of Turkmenistan; 2014.
43. Gyulumyan G. Turkmenistan. Diversifying the Turkmen economy. Washington (DC): World Bank; 2014 (Report No: ACS12651; <http://documents.worldbank.org/curated/en/887311468111849090/Turkmenistan-Diversifying-the-Turkmen-economy>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.
44. Постановление Президента Туркменистана № 14474 о создании межотраслевого координационного комитета в области здравоохранения. Ашхабад: Президент Туркменистана; 2015 г.
45. Приказ № 407-а о создании странового координационного комитета по контролю и профилактике неинфекционных заболеваний в Туркменистане Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана; 2014 г.
46. Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
47. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J.* 2016;37:3232–45. doi:10.1093/eurheartj/ehw334.
48. Waje-Andreassen U, Nabavi DG, Engelter ST, Dippel DWJ, Jenkinson D, Skoda O et al. European Stroke Organisation certification of stroke units and stroke centres. *Eur Stroke J.* 2018;3:220–26. doi:<https://doi.org/10.1177/2396987318778971>.
49. Данные и статистика. В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/turkmenistan/data-and-statistics>, по состоянию на 12 февраля 2019 г.)
50. Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии [веб-сайт]. Ашхабад: Академия наук Туркменистана; 2018 г. (http://science.gov.tm/organisations/cardio_center/, по состоянию на 1 декабря 2018 г.)
51. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J.* 2019;40: 237–69. doi:10.1093/eurheartj/ehy462.
52. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2018;39:119–77. doi:10.1093/eurheartj/ehx393.
53. Roffi M, Patrono C, Collet J-P, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2016;37:267–315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320.
54. Senior Experten Service [website]. Bonn: Senior Experten Service; 2019 (<https://www.ses-bonn.de/en/activities/international.html>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.)
55. Бердымухамедов, Г. «Лекарственные растения Туркменистана». Ашхабад: Туркменская государственная издательская служба; 2009 г.
56. Бердымухамедов, Г. «Чай — лекарство и вдохновение». Ашхабад: Туркменская государственная издательская служба; 2016 г.

57. New House of Health was opened in the capital residential area of Parahat-7. The State News Agency of Turkmenistan: Turkmenistan Today. 21 July 2017 (<http://tdh.gov.tm/news/en/articles.aspx&article8159&cat30>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
58. Посольство Туркменистана в Узбекистане. Столичная система первичной медико-санитарной помощи – пример для амбулаторных служб в регионах. Ташкент: Министерство иностранных дел Туркменистана; 2018 г. (<https://uzbekistan.tmembassy.gov.tm/ru/news/15082>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
59. Фармацевтическое предприятие «Саглык». В: Turkmen Exporters [веб-сайт]. Ашхабад: Turkmen Exporters; 2018 г. (<http://www.turkmenexporters.com/ru/Saglyk>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
60. Хранилище данных Глобальной обсерватории здравоохранения. Фактические расходы в процентах от текущих расходов на здравоохранение. В: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
61. Приказ № 174 “Бесплатное обеспечение лекарственными средствами определенных категорий граждан”. Ашхабад: Министерство здравоохранения и медицинской промышленности; 2007 г.
62. Bereczki D, Fekete I. Vinpocetine for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 23 January 2008. doi:10.1002/14651858.CD000480.pub2.
63. Европейский портал информации здравоохранения [онлайн база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. (<https://gateway.euro.who.int/en/>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
64. Xu K, Saksena P, Jowett M, Indikadahena C, Kutzin J, Evans DB. Exploring the threshold of health expenditure for protection against financial risk. World health report (2010). Background Paper No. 19. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
65. Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
66. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). In: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2019 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TM-XT>, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
67. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Regional report summary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (EUR/RC68/Inf.Doc./1; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/378825/68id01e_IDCanPeopleAffordHealthCare_180444.pdf, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
68. Употребление насвая в Содружестве Независимых Государств и подходы к его регулированию. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2018/consumption-and-approaches-to-the-regulation-of-nasvay-in-the-commonwealth-of-independent-states>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
69. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2017: мониторинг употребления табака и политика профилактики. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г.; Приложение IX (https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/appendix-ix/en/, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).

70. Turkmenistan hosts workshop for reporters on tobacco-related issues. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 7 January 2016 <http://www.euro.who.int/en/countries/turkmenistan/news/news/2016/01/turkmenistan-hosts-workshop-for-reporters-on-tobacco-related-issues>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
71. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC64/11 Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6411-ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
72. Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.: оставить табак в прошлом. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/297563/WHO-Roadmap-report-tobacco-control-15-25-en.pdf?ua=1, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
73. Пропаганда спорта, физической активности и здорового питания в Туркменистане в рамках подготовки к 5-м Азиатским играм в закрытых помещениях и по боевым искусствам. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 24 апреля 2017 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2017/04/promoting-sports,-physical-activity-and-healthy-diets-in-turkmenistan-in-preparation-for-the-5th-asian-indoor-and-martial-arts-games>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
74. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).



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», доступ к которой осуществлялся через Европейский портал информации здравоохранения (1), и данные Глобальной обсерватории здравоохранения (2). Показатели для анализа были отобраны на основе экспертных рекомендаций и практического наличия необходимых фактических данных.

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, входящие в состав ЕС по состоянию на май 2004 г.: Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Швеция и Великобритания;
- ЕС-13: 13 государств-членов, вошедшие в состав ЕС в мае 2004 г.: Болгария, Хорватия, Кипр, Чехия, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия и Словения;
- Содружество Независимых Государств (в составе до 2006 г.): Армения, Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан.

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

Справочные источники

1. Европейский портал информации здравоохранения [онлайн база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. (<https://gateway.euro.who.int/en/>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
2. Глобальной обсерватории здравоохранения [онлайн база данных]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. (<http://apps.who.int/gho/data/node.home>, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).



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

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

Вмешательство	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	Среда, на 100% свободная от табачного дыма, создана только в школах и больницах	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 ресторанный-гостиничный сектор
Предупреждения об опасностях, создаваемых табаком и табачным дымом	На табачные изделия требуется наносить этикетки с предупреждением (их размер не оговаривается)	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	Запрет отсутствует или запрет только на национальном ТВ, радио и в печати	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)

*Дополнительные критерии, не включенные в Глобальный план действий
 Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2).

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

*Дополнительные критерии, не включенные в Глобальный план действий
 Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2).

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

Вмешательство	Охват		
	Ограниченный	Умеренный	Широкий
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 установлены стимулы для обеспечения наличия и повышения еновой 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

ФАО: Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций.

* Дополнительные критерии, не включенные в глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (1).

** Свободными сахарами являются моносахариды (такие как глюкоза, фруктоза) и дисахариды (такие как сахароза).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2).

Справочный источник

1. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>, по состоянию на 6 февраля 2019 г.) Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: Барьеры и возможности систем здравоохранения. Руководство по проведению оценки ситуации в странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/294547/HSS-NCDs_Guide_WEB_Version_20-11-ru.pdf, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).
2. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: Барьеры и возможности систем здравоохранения. Руководство по проведению оценки ситуации в странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/294547/HSS-NCDs_Guide_WEB_Version_20-11-ru.pdf, по состоянию на 7 февраля 2019 г.).

Приложение 3. Критерии оценки охвата вмешательствами на индивидуальном уровне.

НИЗ	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 статинов, 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 ^а	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

НИЗ	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Диабет			
Эффективное выявление и общее последующее наблюдение ^a	<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. 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>

^a 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).

НИЗ	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Скрининг на рак шейки матки, молочной железы и толстой и прямой кишки	Широкий	Умеренный	Ограниченный
Охват скринингом	Скрининг не проводится на популяционном уровне (охват обычно неизвестен)	Программа скрининга проводится по большей части на популяционном уровне ^b , но охват остается ниже 50% населения	Программа скрининга проводится на популяционном уровне ^b , и охват составляет более 50% населения
Национальные руководства по скринингу	Отсутствие четких руководств (или наличие различных противоречащих друг другу руководств) в отношении возраста и частоты проведения скрининга, а также используемых тестов ИЛИ Использование тестов, не основанных на фактических данных ^c	Наличие четких руководств в отношении возраста и частоты проведения скрининга, а также используемых тестов И (Рекомендации, частично не основанные на фактических данных (для возрастных групп ^d , частоты проведения ^e и используемых тестов ^c) ИЛИ Пробелы в методах применения руководств)	Наличие четких руководств в отношении возраста и частоты проведения скрининга, а также используемых тестов И Рекомендации, основанные на фактических данных (для возрастных групп ^d , частоты проведения ^e и используемых тестов ^c) И Руководства применяются по всей стране
Алгоритм последующих действий в отношении тех, у кого выявлена патология	Непонятный или нерациональный алгоритм действий после получения положительного результата скрининга ИЛИ Серьезные пробелы в методах применения алгоритмов по всей стране ИЛИ Последующие действия не бесплатны для получивших положительный результат скрининга	Понятный и рациональный алгоритм действий после получения положительного результата скрининга И (Пробелы в методах применения алгоритмов по всей стране ИЛИ Последующие действия не бесплатны для получивших положительный результат скрининга)	Понятный и рациональный алгоритм действий после получения положительного результата скрининга И Применение алгоритмов по всей стране И Последующие действия бесплатны для получивших положительный результат скрининга
Мониторинг и оценка	Отсутствие системы мониторинга и оценки ИЛИ Система мониторинга и оценки в основном не соответствует требованиям ИЛИ Данные по большей части отсутствуют	Система мониторинга и оценки существует, но в ее структуре или в сборе данных есть пробелы	Создана надлежащая система мониторинга и оценки

^b Она популяционном уровне: то есть все население определенной возрастной группы, в соответствии с регистрами населения, которое приглашается индивидуально посредством рассылки письма/электронной почты/текстового сообщения на скрининг на регулярной основе (каждые 2, 3 или 5 лет, в соответствии с национальными руководствами).

^c Следующие тесты основаны на фактических данных: тест на ВПЧ, тест Папаниколау, визуальный осмотр шейки матки, маммография, анализ кала на скрытую кровь, сигмоидоскопия.

^d Возрастные группы для проведения скрининга, основанные на фактических данных: 50–69 лет для маммографии (не моложе), 30–49 лет для скрининга на рак шейки матки (но может быть расширена до 25–65 лет) и >50 лет для скрининга на рак толстой и прямой кишки (не следует начинать раньше 50 лет).

^e Частота скрининга должна превышать каждые 2 года для маммографии и анализа кала на скрытую кровь.

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

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



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: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int