



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения

Страновая оценка

# ТАДЖИКИСТАН



Бактыгуль Акказиева  
Хуан Тело  
Бартон Смит  
Мелитта Якаб

Константин Красовский  
Нина Саутенкова  
Лола Юлдашева  
Меҳри Шойсматулова



**World Health  
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

# Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения

Бактыгуль Акказиева

Хуан Телло<sup>1</sup>

Бартон Смит<sup>2</sup>

Мелитта Якаб<sup>1</sup>

Константин Красовский<sup>2</sup>

Нина Саутенкова<sup>1</sup>

Лола Юлдашева<sup>1</sup>

Мехри Шойсматуллоева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Европейское региональное бюро ВОЗ

<sup>2</sup> Консультант

# РЕФЕРАТ

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности в Таджикистане, причем бремя таких заболеваний как ишемическая болезнь сердца, инсульты и цирроз печени возросло в период с 1990 по 2010 г. Учитывая это, данный отчет посвящен изучению сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска, таких как артериальная гипертензия и неправильное питание. По оценкам, 40% населения Таджикистана имеет избыточный вес, а 9% страдают ожирением. В данном документе также анализируются и другие факторы риска, такие как диабет и табакокурение. Несмотря на то, что Таджикистан добился определенного прогресса в реализации политики по борьбе с курением и снижению злоупотребления алкоголем, все же есть возможности по усилению реализации и мониторинга существующей нормативно-правовой базы. Имеются также существенные сложности в охвате основными индивидуальными услугами, особенно в отношении эффективной диагностики и лечения основных сердечно-сосудистых заболеваний, таких как гипертоническая болезнь (ГБ) и диабет. В данном отчете определяются основные барьеры систем здравоохранения, которые препятствуют достижению более широкого охвата основными вмешательствами и услугами по неинфекционным заболеваниям, а также предлагаются три стратегические рекомендации для форсирования достижений в области улучшения показателей по сердечно-сосудистыми заболеваниями.

## Ключевые слова

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

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:  
Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

## © Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

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

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

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

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

Редактор английского текста: XXXXX

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

# Содержание

Аббревиатуры и сокращения, используемые в документе.....	6
Выражение благодарности.....	7
Введение и обоснование.....	8
1. Показатели по неинфекционным заболеваниям (НИЗ).....	10
2. Охват основными вмешательствами и услугами в области ССЗ.....	15
2.1 Вмешательства на уровне населения.....	16
2.1.1 Табак.....	18
2.1.2 Алкоголь.....	18
2.1.3 Питание и физическая активность.....	19
2.2. Индивидуальные услуги.....	20
3. Барьеры системы здравоохранения и возможности расширения охвата основными вмешательствами и услугами по ССЗ.....	23
Барьер 1. Политическая приверженность улучшению показателей по НИЗ.....	24
Барьер 2. Четкие подходы к определению приоритетов.....	25
Барьер 3. Межведомственное взаимодействие.....	27
Барьер 4. Расширение прав и возможностей населения.....	29
Барьер 5. Эффективная модель предоставления услуг.....	30
Барьер 6. Координация между поставщиками услуг.....	33
Барьер 7. Регионализация.....	34
Барьер 8. Системы стимулирования.....	36
Барьер 9. Интеграция доказательств в клиническую практику.....	37
Барьер 10. Распределение и состав кадровых ресурсов.....	40
Барьер 11. Доступ к качественным лекарственным средствам.....	41
Барьер 12. Эффективное управление.....	43
Барьер 13. Соответствующие информационные системы.....	44
Барьер 14. Управление переменами.....	45
Барьер 15. Обеспечение доступа к медицинской помощи и финансовая защита.....	46
4. Инновации и передовой опыт.....	48
5. Рекомендации по вопросам политики.....	50
5.1 Улучшение доступности и качества индивидуальных услуг с целью улучшения ситуации с НИЗ.....	50
5.2 Усиление вмешательств по НИЗ, осуществляемых на уровне населения, в частности, по улучшению питания.....	52
5.3 Дальнейшая поддержка и усиление механизмов управления.....	52
Библиография.....	54
Приложение 1. Критерии оценки охвата вмешательствами, осуществляемыми на уровне населения.....	56
Приложение 2. Критерии оценки охвата индивидуальными услугами по ССЗ и диабету... ..	58
Приложение 3. Карта балльной оценки барьеров в системе здравоохранения для предоставления основных услуг.....	60
Приложение 4. Сводная информация по барьерам при расширении охвата основными индивидуальными услугами по НИЗ.....	62
Приложение 5. Сводные данные по семи городским центрам здоровья, предоставленные городским центром семейной медицины г. Душанбе.....	64

# Список рисунков

Рисунок 1. Стандартизированный коэффициент смертности (СКС), заболевания кровеносной системы в возрасте от 0- до 64 лет, 1985–2010 гг. ....	10
Рисунок 2. Структура причин смертности, все возрастные категории, 1999–2011 гг. ...	11
Рисунок 3. Уровень смертности среди населения в возрасте от 15 до 62 лет, 2005–2011 гг. ....	12
Рисунок 4. Пятнадцать барьеров системы здравоохранения и возможностей для улучшения показателей по НИЗ .....	23
Рисунок 5. Общие расходы здравоохранения как % от ВВП, 2007–2012 гг. ....	27
Рисунок 6. Координация в секторе здравоохранения в Таджикистане .....	28
Рисунок 7. Оценка интеграции ДМ, 2013 г. ....	37
Рисунок 8. Оценка интеграции ДМ по типу учреждений, 2013 г. ....	38
Рисунок 9. Оценка разработки КР/КП, 2013 г. ....	38
Рисунок 10. Выявление ГБ, Центр здоровья №2 г. Душанбе, 2007–2012 гг. ....	48
Рисунок 11. Измерение артериального давления в учреждениях ПМСП г. Душанбе ...	64
Рисунок 12. Факторы риска развития ССЗ .....	64
Рисунок 13. Доля медработников, продемонстрировавших правильную технику измерения артериального давления .....	65
Рисунок 14. Доля больных ГБ с 10-летним риском ССЗ, зафиксированным в их амбулаторных медицинских карточках .....	65
Рисунок 15. Доля больных ГБ, которым было назначено лечение в соответствии с клиническими руководствами/протоколами .....	66
Рисунок 16. Доля пациентов, с которыми были проведены консультации по необходимости изменения образа жизни .....	66



## Список таблиц

Таблица 1. Структура смертности по полу и причинам, 2005–2011 гг.....	14
Таблица 2. Основные вмешательства на уровне населения и индивидуальные услуги для улучшения показателей по НИЗ.....	15
Таблица 3. Карта балльной оценки основных вмешательств на уровне населения.....	16
Таблица 4. Карта балльной оценки основных вмешательств на уровне населения.....	21
Таблица 5. Инициативы по совершенствованию работы через НПК на примере ГБ, г. Душанбе .....	49



# Аббревиатуры и сокращения, используемые в документе

ВВП	Валовый внутренний продукт
ГБ	Гипертоническая болезнь
ДМ	Доказательная медицина
ЕврАзЭС	Евразийское экономическое сообщество
ЕС	Европейский Союз
ИМТ	Индекс массы тела
ККСЗ	Координационный (под)комитет сектора здравоохранения
КР/КП	Клинические руководства/клинические протоколы
МНКК	Меж-секторальный национальный координационный комитет
МиО	Мониторинг и оценка
НВКД	Наличные выплаты «из кармана» домохозяйств
НДС	Налог на добавленную стоимость
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НЗТ	Никотино-заместительная терапия
НКК	Национальный координационный комитет
НСЗН	Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010–2020 гг.
НПК	Непрерывное повышение качества
ОАПЗ	Отдел анализа политики здравоохранения при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ПГГ	Программа государственных гарантий
ПЖВЛС	Перечень жизненно-важных лекарственных средств
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПЭН/РЕН	Комплекс ключевых мер, направленных на снижение бремени неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов
РКБТ ВОЗ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
РЦМСИИ	Республиканский центр медицинской статистики и информации
СНГ	Содружество независимых государств
СПГР	Среднесрочная программа государственных расходов
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ТБ	Туберкулез
ТРГ	Техническая рабочая группа
УСЗ	Укрепление систем здравоохранения
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию

# Выражение благодарности

Данная работа стала возможной благодаря усилиям и технической помощи Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, а также партнеров по развитию, активно работающих в области развития сектора здравоохранения по всей стране.

Авторы выражают искреннюю признательность медицинским работникам, принявшим участие в интервью, проведенных в рамках данной работы и предоставившим информацию по текущей деятельности. Выражаем также благодарность нашим коллегам и экспертам, осуществлявшим рецензирование данного документа. В частности, мы выражаем благодарность за содействие: Наврузу Джафарову (Заместителю министра здравоохранения и социальной защиты населения, г. Душанбе, Таджикистан), Дилором Садыковой (Советнику министра здравоохранения и социальной защиты населения, г. Душанбе, Таджикистан), Сохибназару Рахмонову (Заместителю министра здравоохранения и социальной защиты населения, г. Душанбе, Таджикистан), Закирию Рахимову (Главному кардиологу Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, г. Душанбе, Таджикистан), Тахмине Джаборовой (Директору Республиканского центра семейной медицины, г. Душанбе, Таджикистан), Адолат Нарзуллаевой (Ассистенту кафедры кардиологии, Таджикского института усовершенствования врачей, г. Душанбе, Таджикистан), Павлу Урсу (Представителю ВОЗ, г. Душанбе, Таджикистан), Хадичаме Байматовой (Страновой офис ВОЗ, Таджикистан), и Татьяне Елмановой (консультанту ВОЗ).

Данная работа была выполнена при частичном финансировании Европейского Союза.



# Введение и обоснование

В результате последних исследований было выявлено, что к 2030-му году 69% всех смертей в мире будет обусловлено неинфекционными заболеваниями (НИЗ), причем 80% будет приходиться на страны с низким и средним уровнем доходов.<sup>1</sup> Для решения проблемы возрастающего бремени НИЗ, в 2012 году Всемирной ассамблеей здравоохранения в рамках Резолюции WHA 65,8 была утверждена новая важная глобальная цель - снижение показателей преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний на 25% к 2025 году, - которую часто называют «к 25-му на 25». НИЗ включают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), сахарный диабет, рак и респираторные заболевания. Для решения проблемы НИЗ, необходимо проведение комплекса мер со стороны систем здравоохранения, включая долгосрочную и меж-секторальную координацию на протяжении всего континуума оказания медицинской помощи.<sup>2</sup> Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан обратилось к ВОЗ с просьбой сделать оценку достижений и барьеров при проведении комплексных мероприятий по борьбе с НИЗ в системе здравоохранения в целях достижения цели «к 25 –му на 25».

Данная оценка ситуации является частью проекта Европейского регионального бюро ВОЗ по усилению поддержки, оказываемой государствам-членам в укреплении их систем здравоохранения для улучшения показателей по НИЗ. Пять стран приняли участие в проведении первого раунда оценки, включая Венгрию, Кыргызстан, Республику Молдова, Таджикистан и Турцию. Оценки проводились мульти-дисциплинарными командами, которые применяли общий подход и опирались на структурированное руководство,<sup>3</sup> с учетом конкретных потребностей каждой страны (Приложения 1 и 2). Руководство было составлено, исходя из основополагающего документа, в котором изучалась роль систем здравоохранения в решении проблемы НИЗ.<sup>4</sup>

Страновые оценки преследовали две цели. Во-первых, они были направлены на разработку практических и действенных рекомендаций по укреплению систем здравоохранения (УСЗ) в соответствии с контекстом страны, и на ускорение достижения улучшения показателей по основным НИЗ в Таджикистане. Оценки и сопутствующие рекомендации по вопросам политики должны обеспечить платформу для комплексного плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ, чтобы служить общей основой для ряда существующих под-секторальных планов. Во-вторых, в рамках регионального проекта, оценки будут способствовать обмену знаниями и опытом между странами региона в отношении общих барьеров систем здравоохранения для борьбы с НИЗ, и перспективных подходов к их преодолению. Первые результаты данной оценки были представлены на:

- Встрече на высоком уровне «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния в контексте политики «Здоровье 2020», проходившей 17–18 октября 2013 года в г. Таллин, Эстония;
- 10-м Флагманском курсе по укреплению систем здравоохранения, проходившем в Барселоне, Испания, с 21– по 30 октября 2013 г.;

<sup>1</sup>Самб Б, Дизай Н, Ништар С, Мендис С, Бекедам Х, Райт и др (2010). Профилактика и лечение хронических заболеваний: лакмусовая бумажка для тестирования укрепления систем здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода. *Lancet*, 376:1785–97. doi:10.1016/S0140-6736(10)61353-0.

<sup>2</sup>Джафар С, Ништар S, Кнауль ФМ, Баррето МЛ, Нийренда М. и др. (2013). Усовершенствование реагирования систем здравоохранения на неинфекционные заболевания. *Lancet*, 381: 690-7 DOI: 10.1016/S0140-6736 (13) 60063-X.

<sup>3</sup>Европейское региональное бюро ВОЗ (2013). Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности для систем здравоохранения. Руководство по проведению оценки ситуации в странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.

<sup>4</sup>Робертс МЖ, Стивенсон М. (в печати). Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: пятнадцать барьеров и возможностей для систем здравоохранения. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ.

- Международной юбилейной конференции, посвященной 35-летней годовщине принятия Алматинской декларации по первичной медико-санитарной помощи, 6-7 ноября 2013 года в г. Алматы, Казахстан; и
- Европейской министерской конференции ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики «Здоровье-2020», 3-4 декабря 2013 года в Ашхабаде, Туркменистан.

Преобладающие причины смертности в Таджикистане включают ССЗ (39%), онкологические заболевания (7%), болезни органов дыхания (3%), сахарный диабет (2%) и другие неинфекционные заболевания (8%); на инфекционные и другие заболевания приходится 41% смертей<sup>5</sup>. По этой причине, основное внимание данной оценки направлено на ССЗ и их факторы риска, такие как ГБ и неправильное питание, учитывая, что около 40% населения имеет избыточный вес, а 9% страдает ожирением. Здесь также анализируются и другие факторы риска, такие как диабет и табакокурение. Также учитывается значимость и других НИЗ, причем некоторые части анализа и рекомендаций могут быть применимы для всех НИЗ.

После анализа имеющейся международной и местной литературы, включая неопубликованные отчеты, были проведены страновые миссии с апреля по май 2013 г., а миссия по проверке и обсуждению предварительных результатов была проведена в ноябре 2013 г. Основная информация в ходе всех миссий была получена от представителей Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, а также представителей лечебно-профилактических учреждений в столице страны, г. Душанбе, и в районах.

В ходе первой миссии, проходившей в апреле 2013 г., три консультанта ВОЗ (Бартон Смит, Татьяна Елманова и Константин Красовский) провели ряд интервью для анализа существующей модели системы предоставления услуг и общественного здравоохранения. Основные выводы, сделанные в рамках данной миссии, вошли в разделы 2 и 3 по вмешательствам на уровне населения и индивидуальным услугам, модели оказания помощи и кадровым ресурсам для системы здравоохранения. Вторая миссия, прошедшая в июне 2013 года, включала эксперта из Регионального бюро (Нину Саутенкову) и консультанта ВОЗ (Илзе Айзсилниеце). Ими была проведена оценка фармацевтических препаратов и доступа к ЛС; основные выводы, сделанные ими, изложены в разделе «Барьер -11».

С июня по июль 2013 г. в Согдийской (северной) и Хатлонской (южной) областях проводились полу-структурированные интервью с семейными врачами и пациентами. В целом, было опрошено 54 семейных врача и 108 пациентов, а основные выводы изложены в разделе 3. Интервью проводились Отделом анализа политики здравоохранения при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения.

Проведенные миссии и последующая работа называются в данном отчете как «миссия по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ».

Проверка предварительных выводов была сделана в ноябре 2013 г. Был проведен круглый стол с представителями министерства здравоохранения, представителями ключевых национальных государственных учреждений и партнеров по развитию. Их комментарии включены в отчет.

Отчет состоит из пяти разделов. Раздел 1 представляет собой срез эпидемиологической ситуации, связанной с показателями по НИЗ в Таджикистане, с акцентом на сердечно-сосудистые заболевания. Раздел 2 охватывает основные услуги по ССЗ с ориентацией на вмешательства на уровне населения и индивидуальные услуги, а в разделе 3 описываются 15 характерных особенностей системы здравоохранения, которые помогают в предоставлении основных услуг. Инновации, проводимые в Таджикистане и наработанный передовой опыт по улучшению борьбы и профилактики ССЗ, которые можно применить в других странах, описаны в разделе 4. Наконец, рекомендации по вопросам политики для Таджикистана представлены в разделе 5.

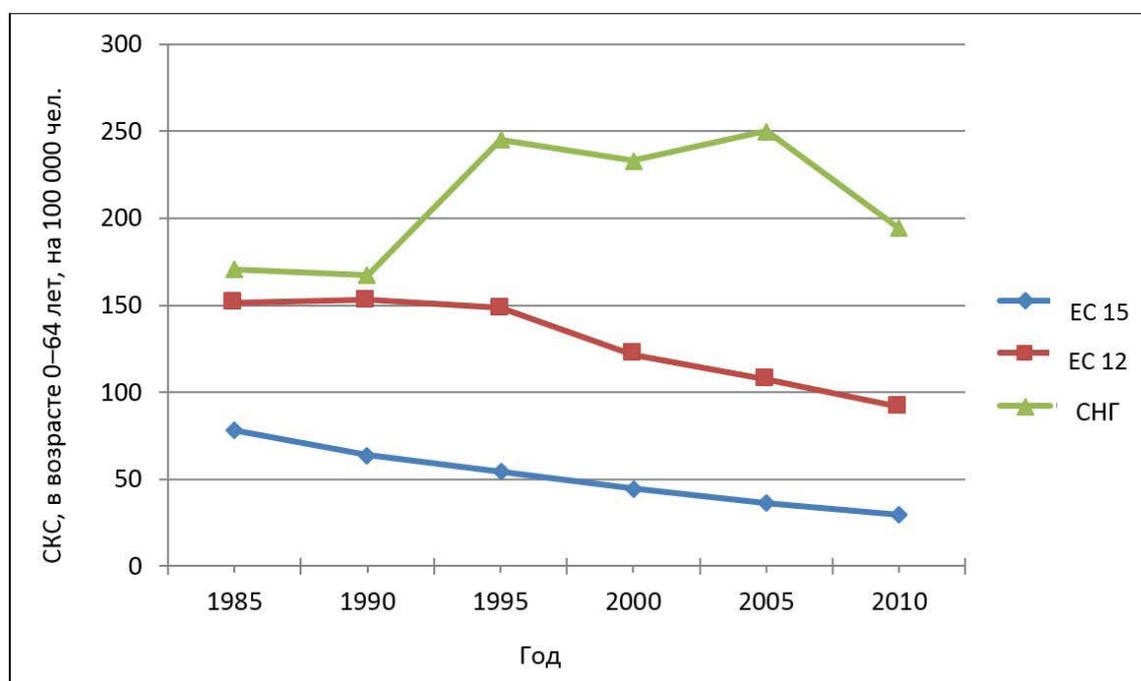
<sup>5</sup>ВОЗ (2011). Ситуация в области НИЗ в странах: Таджикистан 2011. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/publications3/ncd-country-profile-2011-tajikistan>, по состоянию на 11-сентября 2014 г.).

# 1. Показатели по неинфекционным заболеваниям (НИЗ)

В данном разделе представлена информация о показателях по неинфекционным заболеваниям (НИЗ) с акцентом на смертность среди населения в целом, а также среди населения трудоспособного возраста. Приведенный ниже анализ показывает, что в регионе Европейского регионального бюро ВОЗ, в том числе в странах СНГ и некоторых странах ЕС (ЕС12<sup>1</sup> и ЕС15<sup>2</sup>) наблюдается снижение уровня смертности от НИЗ, однако в Таджикистане уровень смертности остается неизменным, или даже несколько возрастает. В результате, Таджикистану будет сложно достичь цели «к 25-му на 25»<sup>3</sup> по снижению смертности от НИЗ, если существенно не расширить охват основными услугами, используя комплексный подход к укреплению систем здравоохранения.

По данным международных исследований, сердечно-сосудистые заболевания, включая ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярные болезни и т.д. стали ведущей причиной смертности и заболеваемости во многих странах с низким и средним уровнем дохода (ВОЗ, 1999г.). Однако в Европейском регионе ВОЗ отмечается положительная динамика, в том числе в странах СНГ с заметным снижением смертности от ССЗ среди населения трудоспособного возраста (Рис. 1).

**Рис. 1. Стандартизированный коэффициент смертности (СКС), заболевания кровеносной системы в возрасте от 0- до 64 лет, 1985–2010 гг.**



Источник: База данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014

НИЗ являются основной причиной смертности во многих странах; в Таджикистане, на НИЗ приходится 59% всех случаев смерти, включая сердечно-сосудистые заболевания (39%) (ВОЗ, 2011, Смит и Нгуен, 2013). Однако, в отличие от динамики в странах ЕС, показанной

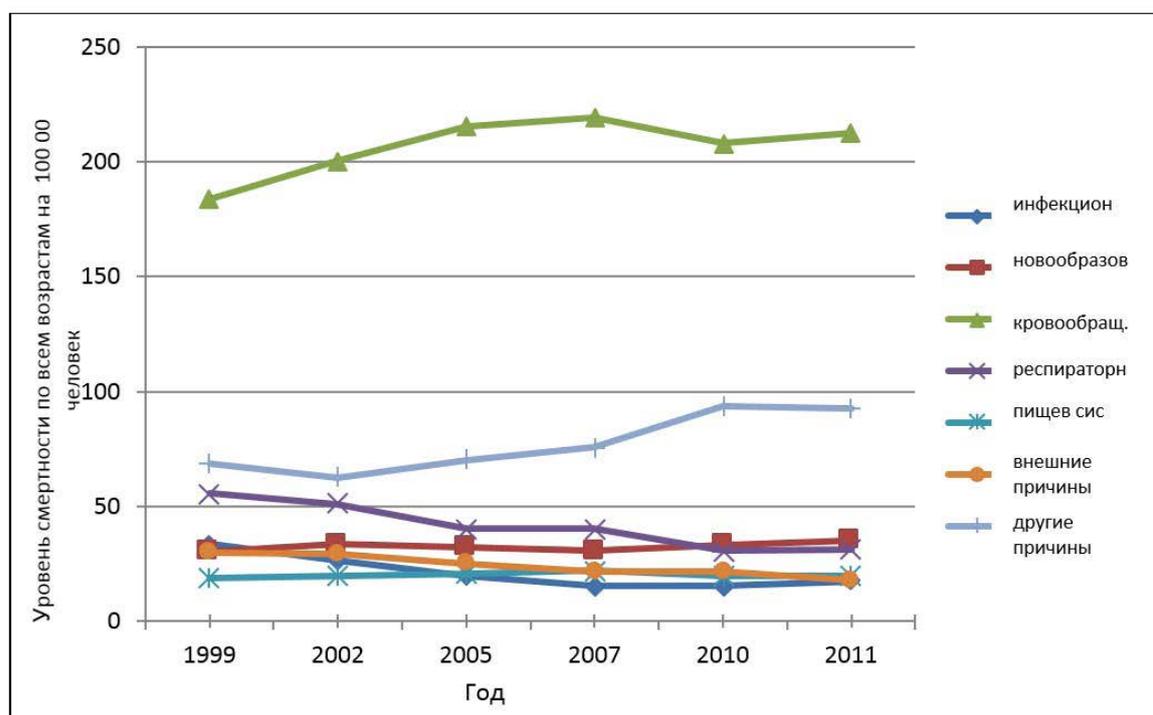
<sup>1</sup> В страны ЕС12 входит Болгария, Кипр, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словения и Словакия.

<sup>2</sup> Группа стран ЕС15 включает Австрию, Бельгию, Данию, Финляндию, Францию, Германию, Грецию, Ирландию, Италию, Люксембург, Нидерланды, Португалию, Испанию, Швецию и Великобританию.

<sup>3</sup> В резолюции WHO 65.8 Всемирная Ассамблея Здравоохранения одобрила глобальную цель снижения преждевременной смертности от НИЗ на 25% к 2025 году.

на Рис.1, анализ тенденций показывает, что смертность в Таджикистане от НИЗ остается на том же уровне или даже возрастает. По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации за период с 1999- по 2011 гг., смертность от болезней системы кровообращения возросла с 184 до 213 случаев на 100 000 населения, что составляет около 50% от общего уровня смертности (Рис. 2). Отмечается рост смертности от новообразований, тогда как смертность от инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания и внешних причин снижается. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Таджикистане снизилась на 4,5%, то есть с 215,2 до 206,0 на 100 000 населения в период с 2005 года по 2010 год. Между тем, уровень заболеваемости коронарной болезнью сердца на 100 000 человек возрос с 127,2 в 2007 году до 165,5 в 2010 году, то есть на 6,6% (РЦМСИИ, 2013; Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013). Данные по смертности от ССЗ могут быть занижены или завышены; если причина смерти не определена, то ее зачастую относят к ССЗ (см. «Барьер – 13»).

**Рис. 2. Структура причин смертности, все возрастные категории, 1999–2011 гг.**



Источник: РЦМСИИ, 2013; Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013.

С 2005 года в Таджикистане к трудоспособному населению относятся мужчины в возрасте 15 - 62 года и женщины в возрасте 15- 57 лет. В период с 2005 – 2011 гг. наблюдается достаточно стабильный уровень смертности среди населения трудоспособного возраста, причем отмечается одинаковая динамика в структуре причин смертности среди всех слоев населения (Рис. 3). Примечательно, что в течение рассматриваемого периода смертность от болезней системы кровообращения возросла с 63 до 67 случаев на 100 000 населения, то есть составила около 46,8% - 48,82% от общего уровня смертности (РЦМСИИ, 2013).

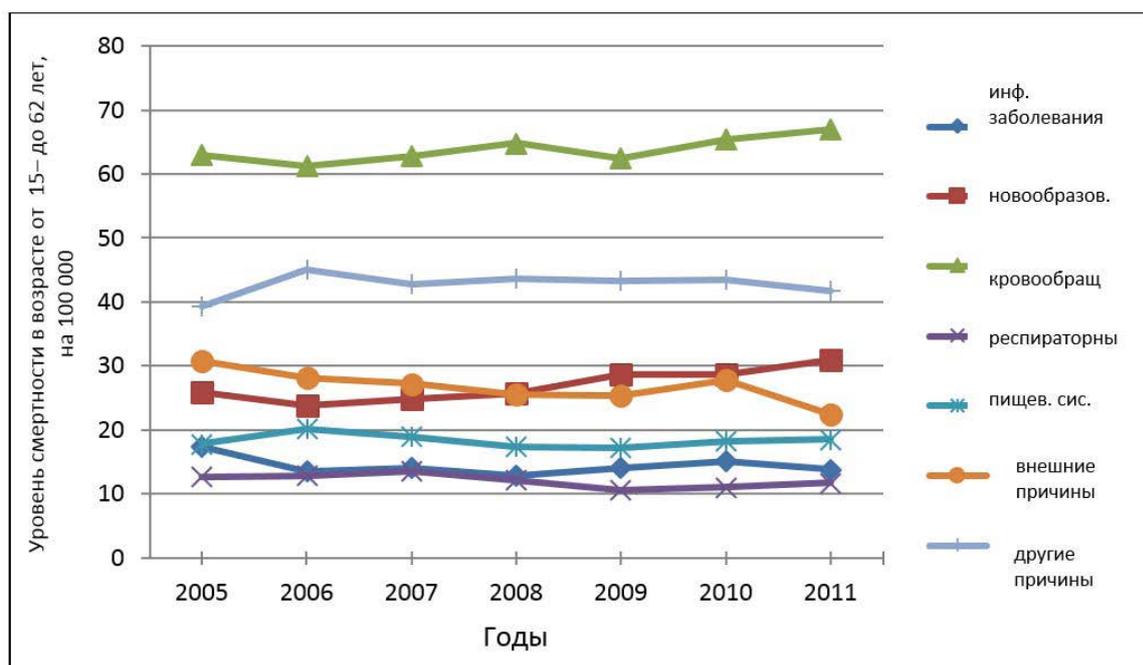
Тем не менее, согласно данным национальной медицинской статистики, уровень смертности от болезней системы кровообращения среди населения старше трудоспособного возраста составляет около 70% от общего числа смертей в Таджикистане (РЦМСИИ, 2013). Это, вероятно, связано с тем, что ССЗ указываются как причина смерти в свидетельствах о смерти пожилых людей, умерших без видимой причины и которым не проводилось вскрытие.

В период с 2005 по 2011 гг. уровень смертности среди мужчин был на 20% выше, чем среди женщин. Самая большая разница (в три раза) отмечается в отношении смертности,

обусловленной внешними причинами, и самая незначительная в отношении болезней сердечнососудистой системы, уровень смертности от которых все еще на 10% выше среди мужчин (Таблица 1). Основными факторами риска НИЗ, которые способствуют увеличению показателей смертности среди мужчин, являются нездоровый образ жизни, включая курение, питание с высоким содержанием жиров и крайне низким содержанием антиоксидантов, а также отсутствие физической активности (раздел 2). Кроме того, слабое выявление и лечение ГБ может также привести к более высоким показателям смертности среди мужчин. Отсутствуют официальные данные по использованию медицинских услуг с разбивкой по полу. Однако международный опыт показывает, что мужчины, в сравнении с женщинами, реже обращаются в медицинские учреждения (Фолкингам, Акказиева и Басчиери, 2010 г.).

В период с 2005 по 2011 год, официально зарегистрированный уровень смертности среди городского населения был на 24% выше. Только уровень смертности от респираторных заболеваний был намного выше среди сельского населения, а смертность от инфекционных болезней была практически на одном и том же уровне в обеих группах. Смертность от болезней системы кровообращения и новообразований была на 30% выше среди городского населения, нежели среди сельского (РЦМСИИ, 2013 г.). Это может объясняться тем, что довольно большая доля людей направляется в город для получения качественного медицинского обслуживания в городских медучреждениях; и если пациент умирает в городском учреждении здравоохранения, то его смерть регистрируется в этом же учреждении, что и приводит к повышенным показателям смертности в городе по сравнению с селом.

**Рис. 3. Уровень смертности среди населения в возрасте от 15 до 62 лет, 2005–2011 гг.**



Источник: РЦМСИИ, 2013 г; Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013 г.

Сравнение показателей смертности от НИЗ в разрезе регионов демонстрирует, что этот показатель выше в Центрально-азиатском регионе, чем в промышленно-развитых странах.

В частности, смертность от ССЗ в странах Центральной Азии примерно в пять раз выше, чем в странах Западной Европы (Макки и Шене, 2002; Фигуерас и др., 2004). Это можно объяснить образом жизни, в частности такими факторами как курение и питание с высоким содержанием жира и очень низким содержанием антиоксидантов, а также слабой диагностикой и лечением артериальной гипертензии.

Каждый год регистрируется примерно 3000 новых случаев онкологических заболеваний, причем с 2005 по 2010 год, число новых диагностированных случаев онкологических заболеваний увеличилось с 27,8 до 37,8 на 100 000 населения. Следует признать, что в течение последнего десятилетия отмечается рост появления новых случаев онкологических заболеваний среди женщин. В 2010 году заболеваемость раком достигла 37,5 случаев на 100 000 человек, причем среди женщин отмечается более высокий уровень распространенности онкологических заболеваний (43,1 на 100 000 женщин); основные виды онкологических заболеваний – это злокачественная опухоль молочной железы и рак шейки матки. В 2012 году общая заболеваемость раком увеличилась до 57,4 на 100 000 населения.

Каждый год регистрируется более 200 новых случаев рака молочной железы и 170 новых случаев рака шейки матки, причем 60% из этих случаев выявляются на II или III стадии. Деформация ранее созданных механизмов контроля и профилактики онкологических заболеваний привела к позднему обращению пациентов за медицинской помощью (РЦМСИИ, 2013). В настоящее время, около 60-70% вновь выявленных злокачественных опухолей диагностируется на поздних стадиях, что сильно снижает вероятность эффективного лечения. Большая часть вновь выявленных случаев онкологических заболеваний отмечается в сельской местности (70% всех случаев в 2012 г.).

В период с 2000 по 2009 гг. отмечается стремительный рост уровня заболеваемости астмой, начиная с 138 случаев среди мужчин и 140 случаев среди женщин до 3375 случаев среди мужчин и 3391 случаев среди женщин, без определенных статистически значимых различий по полу. Те же тенденции наблюдаются в отношении бронхоэктазы и хронических обструктивных заболеваний легких; в 2012 году общий уровень заболеваемости составил 85,5 случаев на 100 000 населения (всего случаев: 6753, мужчин: 3404, женщин: 3349). Число вновь зарегистрированных случаев в 2012 достигло 2007 (мужчин: 1019, женщин: 988) (РЦМСИИ, 2013).

Другие неинфекционные заболевания включают в себя диабет, йодо-дефицитные заболевания, онкологические и респираторные заболевания, а также астму и хронический бронхит. Уровень заболеваемости онкологией достиг 37,5 случаев на 100 000 населения в 2010 году с более высокой распространенностью (43,1) среди женщин (РЦМСИИ, 2013); самыми распространенными видами рака являются злокачественная опухоль молочной железы и рак шейки матки. Отмечаются негативные тенденции в динамике онкологических заболеваний: рак «молодеет», выявляются более агрессивные его формы и выявляются более тяжелые случаи. Большая часть вновь выявленных случаев онкологии приходится на лиц, проживающих в сельской местности (65.4%).

В целом, имеющиеся данные показывают, что уровень заболеваемости системы кровообращения возрос в период с 2000 по 2011 гг. (РЦМСИИ, 2013). В данный период отмечается высокий уровень распространенности ГБ среди мужчин ( $21,2 \pm 0,4\%$ ) и женщин ( $24,8 \pm 0,6\%$ ). В целом, гипертоническая болезнь была выявлена у более, чем 22% взрослого населения (РЦМСИИ, 2013 г.).

Таблица 1. Структура смертности по полу и причинам, 2005–2011 гг.

Причина смерти (заболевание)	Уровень смертности (на 100 000 населения)													
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Болезни системы кровообращения	223.4	206.9	210.5	194.6	226.1	212.3	226.3	202.8	219.1	192.7	219.4	196.8	222.6	202.6
Другие причины	77.3	61.0	89.8	72.9	83.4	68.2	95.6	71.8	101.9	81.7	105.6	81.7	101.8	83.6
Новообразования	35.0	29.2	33.3	28.5	32.7	28.2	33.5	30.7	34.6	32.8	34.9	31.6	37.1	33.4
Респираторные заболевания	40.4	39.7	42.1	33.7	42.6	37.8	38.0	32.0	30.5	27.4	32.3	29.0	34.4	27.7
Внешние причины	37.2	13.2	34.4	11.3	32.7	10.6	31.7	9.0	29.7	10.2	32.9	9.8	26.1	8.9
Болезни пищеварительной системы	24.3	17.1	30.5	25.1	24.6	19.4	24.4	17.8	21.7	17.0	22.5	16.6	22.7	16.6
Инфекционные заболевания	23.0	16.1	19.1	13.9	18.0	12.8	16.7	12.2	17.6	12.1	18.8	11.6	19.5	15.6
<b>Всего</b>	<b>460.6</b>	<b>383.3</b>	<b>459.6</b>	<b>380.1</b>	<b>460.1</b>	<b>389.3</b>	<b>466.3</b>	<b>376.3</b>	<b>455.1</b>	<b>373.8</b>	<b>466.4</b>	<b>377.2</b>	<b>464.0</b>	<b>388.4</b>

Источник: РЦМСИИ, 2013; Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013.

Данная эпидемиологическая ситуация показывает, что ССЗ являются ведущей причиной смертности в Таджикистане (39% в сравнении с 7% - онкология, 3% - респираторные заболевания, 2% - диабет и 8% - другие НИЗ) (ВОЗ, 2011). В период с 1990 по 2010 гг. отмечается рост бремени неинфекционных заболеваний, особенно ишемической болезни сердца, инсультов и цирроза печени, параллельно с уменьшением распространенности болезней детского возраста, таких как инфекции нижних дыхательных путей и осложнений, связанных с преждевременными родами. Смертность от ССЗ в странах Центральной Азии в целом выше, чем в остальной части Европейского региона. Риски, связанные с неправильным питанием, высокое артериальное давление и загрязнение воздуха в жилых помещениях являются основными факторами риска, способствующими увеличению бремени НИЗ, в частности, сердечно-сосудистых заболеваний и болезни системы кровообращения. Кроме того, по оценкам, около 40% от общей численности населения имеет избыточный вес, а 9% страдает ожирением, что вызывает необходимость обратить внимание, в частности, на уровень физической активности и характер питания (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и ICF International, 2013 г.). В этом контексте, оценка ситуации в Таджикистане для улучшения показателей по НИЗ проводится с фокусом на гипертоническую болезнь и неправильное питание, как факторы риска развития ССЗ, характерные для страны. Выводы данного отчета могут быть также применимы к диабету и другим факторам риска.



## 2. Охват основными вмешательствами и услугами в области ССЗ

В данном разделе представлена оценка охвата основными услугами и вмешательствами для улучшения показателей по НИЗ. **Основные услуги** определяются как основанные на доказательствах, действенные, экономически эффективные и доступные услуги, которые можно реализовать в различных системах здравоохранения. Основные вмешательства и услуги включают **вмешательства, проводимые на уровне населения, и индивидуальные услуги**. Мероприятия, проводимые на уровне населения, предполагают применение дифференцированного подхода к борьбе с табакокурением, злоупотреблением алкоголем, пропаганде правильного питания и физической активности.

**Таблица 2. Основные вмешательства на уровне населения и индивидуальные услуги для улучшения показателей по НИЗ**

Основные вмешательства на уровне населения	Основные индивидуальные услуги
<p><b>Вмешательства по борьбе с курением</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение налогов на табачную продукцию, чтобы ограничить ее доступность</li> <li>• Создание зон, свободных от курения</li> <li>• Предупреждение об опасности табака и табачного дыма</li> <li>• Запрет на рекламу, продвижение и спонсорство табачной продукции</li> <li>• Создание программ по прекращению курения и никотино-заместительная терапия (НЗТ)<sup>a</sup></li> </ul>	<p><b>ССЗ и диабет</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стратификация риска на уровне ПМСП</li> <li>• Эффективное выявление и лечение ГБ</li> <li>• Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска</li> <li>• Эффективная вторичная профилактика после острого инфаркта миокарда (ОИМ), включая назначение ацетилсалициловой кислоты</li> <li>• Экстренная помощь и госпитализация при ОИМ и инсульте<sup>a</sup></li> </ul>
<p><b>Вмешательства по профилактике злоупотребления алкоголем</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Использование политики ценообразования на алкогольную продукцию, включая налоги</li> <li>• Ограничения или запрет на рекламу и продвижение табачной продукции</li> <li>• Ограничения на наличие алкоголя, продаваемого в розницу</li> <li>• Принятие и соблюдение законодательства, регулирующего минимальный возраст, с которого разрешается приобретение алкоголя<sup>a</sup></li> <li>• Установление допустимого уровня алкоголя в крови для управления транспортным средством<sup>a</sup></li> </ul>	<p><b>Диабет</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эффективное выявление и последующее общее наблюдение<sup>a</sup></li> <li>• Обучение пациентов правильному питанию и физической активности; контроль уровня сахара в крови</li> <li>• Лечение ГБ у больных диабетом</li> <li>• Скрининг и лечение осложнений</li> </ul>
<p><b>Вмешательства по улучшению рациона питания и повышению физической активности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания</li> <li>• Замена транс-жиров на ненасыщенные жиры</li> <li>• Снижение потребления свободных сахаров<sup>a</sup></li> <li>• Повышение количества потребляемых в пищу овощей и фруктов*</li> <li>• Снижение влияния рекламы продуктов питания и неалкогольных напитков на детей<sup>a</sup></li> <li>• Реализация программ по повышению осведомленности о правильном питании и физической активности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Рак – услуги первого ряда</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Профилактика рака печени путем иммунизации против гепатита В</li> <li>– Скрининг на наличие рака шейки матки и лечение предопухоловых состояний</li> </ul> </li> <li>• <b>Рак – услуги второго ряда</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Вакцинация против вируса папилломы человека по мере необходимости, с учетом экономической целесообразности, в соответствии с национальной политикой</li> <li>– Выявление рака молочной железы на ранних этапах и своевременное лечение онкологии на всех этапах</li> <li>– Скрининг всего населения в возрасте старше 50 лет на наличие рака толстой и прямой кишок и своевременное лечение</li> <li>– Скрининг на наличие рака полости рта в группах риска и своевременное лечение</li> </ul> </li> </ul>

Источник: выдержки из «Глобального плана действий по профилактике и контролю НИЗ на 2013 – 2020» гг, (ВОЗ, 2013).

<sup>a</sup> Вмешательства и услуги, вошедшие в «Глобальный план действий по профилактике и контролю НИЗ на 2013 – 2020» для более комплексной оценки.

Индивидуальные услуги направлены на раннее выявление факторов риска, постоянный контроль факторов риска и заболеваний, а также своевременное направление к специалистам. В Таблице 2 перечислены основные услуги, определенные в рамках данного исследования, на основе Руководства по проведению оценки ситуации в стране (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013а).

Оценка эффективности услуг и вмешательств, предоставляемых на уровне населения и индивидуально пациентам со стороны государства, включая Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (далее Министерство) за последнее десятилетие осуществлялась на основе Руководства по проведению оценки ситуации в стране (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013а). Охват основными услугами оценивался следующим образом:

- **Широкий охват** является доказательством всесторонней приверженности, что демонстрируется через разработку и реализацию стратегий, программ и мероприятий, соответствующих международному передовому опыту, и появляющихся результатов изменения поведения в отношении здоровья, а также показателей здоровья.
- **Умеренный охват** представляет собой стратегии, программы, мероприятия, отражающие взятые на себя обязательства, однако, либо их формат не дотягивает до международных передовых методов, либо они не реализуются в полном объеме. Результатом становится незначительное изменение поведения людей в вопросах здоровья.
- **Ограниченный охват** предполагает ограниченное количество мероприятий и взятых обязательств для реального изменения ситуации. Инициативы остаются нереализованными, нет фактов, свидетельствующих о том, что у населения меняется поведение в отношении ключевых факторов риска.

## 2.1 Вмешательства на уровне населения

Оценка эффективности реализуемых вмешательств на уровне населения была проведена по основным поведенческим индикаторам здоровья, по таким аспектам как контроль потребления табака, алкоголя, правильное питание и физическая активность. Эти индикаторы вошли в «Глобальный план действий по борьбе и профилактике НИЗ на 2013-2020 гг.» (ВОЗ, 2013 г). В Таблице 3 представлена Карта балльной оценки основных вмешательств на уровне населения.

**Таблица 3. Карта балльной оценки основных вмешательств на уровне населения**

Вариант политики	Оценка охвата
<b>Вмешательства по борьбе с курением<sup>а</sup></b>	
Повышение налогов на табачную продукцию	<b>Ограниченный.</b> Акцизный налог на сигареты составляет €5 за 1000 сигарет без фильтра и €1 за 1000 сигарет с фильтром. Общий налог (акцизный + НДС) составляет 20% от цены.
Создание зон, свободных от курения	<b>Умеренный.</b> Зоны, свободные от курения, созданы в больницах, школах, университетах, общественном транспорте, НО, не на рабочих местах
Предупреждения об опасности табака и табакокурения	<b>Ограниченный.</b> Этикетки с предупреждением о вреде курения должны присутствовать на всей табачной продукции на таджикском языке; однако, они очень мелкие, и на них отсутствуют изображения
Запрет на рекламу, продвижение и спонсорство табачной продукции	<b>Умеренный.</b> Запрет на прямую и косвенную рекламу существует, вместе с тем, в некоторых точках реализации можно увидеть рекламу табачной продукции
Создание программ по прекращению курения и НЗТ <sup>б</sup>	<b>Ограниченный.</b> НЗТ не запрещена, но отсутствует, также не оказывается помощь в прекращении курения

Вариант политики	Оценка охвата
<b>Вмешательства по предупреждению злоупотребления алкоголем</b>	
Повышение налогов на алкогольную продукцию	<b>Ограниченный.</b> Акцизный налог составляет всего 6% от розничной цены. Общий налог (акциз + НДС) - 23%.
Ограничения или полный запрет на рекламу/ продвижение алкогольной продукции	<b>Широкий.</b> Существует полный запрет на рекламу алкогольной продукции, вместе с тем, ее можно увидеть в точках сбыта
Ограничения на наличие алкоголя, реализуемого в розницу	<b>Ограниченный.</b> Имеется нормативно-правовая база, регулирующая продажу и употребление алкоголя в государственных и образовательных учреждениях
Принятие законодательства, определяющего возрастные ограничения при покупке алкоголя и его исполнение	<b>Ограниченный.</b> Установлен запрет на отпуск алкогольной продукции лицам, не достигшим 18 лет, однако он плохо исполняется.
Установление ограничений по содержанию алкоголя в крови при управлении транспортным средством	<b>Широкий.</b> Нулевой уровень содержания алкоголя в крови при управлении транспортным средством.
Разработка межсекторальной политики	<b>Ограниченный.</b> Имеются разработанные стратегии и концепции, однако они ограничиваются медицинскими вмешательствами. Органы, отвечающие за межсекторальную работу – не достаточно эффективны, а сектор неправительственных организаций не достаточно развит.
<b>Вмешательства, направленные на улучшение питания и повышение физической активности</b>	
Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания	<b>Ограниченный.</b> В период проведения данного исследования отсутствовали данные по уровню ежедневного потребления соли населением. Планируется проведение оценки содержания соли в хлебе в 2014 – 2015 гг., которая должна послужить основой для разработки политики по снижению потребления соли и соответствующих мер.
Замена <i>транс-жиров</i> -ненасыщенными жирами	<b>Ограниченный.</b> Для оценки этого показателя отсутствуют данные; вследствие чего невозможно оценить, снижается ли уровень потребления <i>транс-жировых кислот</i> в рационе питания.
Снижение потребления свободных сахаров <sup>b</sup>	<b>Ограниченный.</b> В 2010 г. Правительством Республики Таджикистан были разработаны и утверждены временные нормы по потреблению питательных веществ и калорий (включая свободные сахара) для различных групп населения. Однако пока эти нормы еще не применяются, и, соответственно, нет возможности отследить данный индикатор.
Повышение уровня потребления в пищу овощей и фруктов <sup>b</sup>	<b>Умеренный.</b> Программы в этой области реализуются национальными и международными партнерами, но не на национальном уровне. Для изменения поведения населения, необходима реализация таких программ/вмешательств на уровне страны.
Снижение влияния рекламы продуктов питания и неалкогольных напитков на детей <sup>b</sup>	<b>Ограниченный.</b> В национальном законодательстве имеются законы и нормативно-правовые акты в отношении общей рекламы, однако не все аспекты питания, имеющие отношение к детям учтены. Реализация и мониторинг нормативно-правовых актов слабые.
Повышение информированности населения в вопросах питания и физической активности	<b>Умеренный.</b> Разработана национальная программа по продвижению физической активности. Однако программу следует усилить, поскольку она не охватывает все группы населения. Следует учесть необходимость использования гендерного подхода в реализации программ продвижения физической культуры.

<sup>a</sup> Вмешательства из РКБТ ВОЗ (ВОЗ, 2003).

<sup>b</sup> Дополнительные вмешательства, которые не вошли в Глобальный план действий (ВОЗ, 2013)

### 2.1.1 Табак

**Таджикистан добился прогресса в борьбе с табакокурением путем внесения изменений в Закон «Об ограничении использования табачных изделий» в начале 2013 года и ратификации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) с вступлением ее в силу 19 сентября 2013 года (Правительство Республики Таджикистан, 2011 и 2013а; ВОЗ, 2003). План действий по борьбе с табакокурением был интегрирован в Национальный план действий по снижению бремени НИЗ, утвержденный Правительством в 2014 году.** Несмотря на принятые поправки, закон по борьбе с табакокурением, по-прежнему, нуждается в совершенствовании, в свете ратификации РКБТ ВОЗ, и тщательном мониторинге. В частности, необходимо сделать уточнения и дать объяснения терминологии, связанной с тем, что входит в табачные изделия.

В целом, распространенность курения сигарет кажется невысокой, но доля людей, использующих жевательный табак (насвай) возрастает. В стране имеется законодательство по борьбе с табакокурением, однако оно либо не достаточно эффективно, либо не реализуется должным образом.

Последним национальным исследованием по употреблению табака среди молодежи, проведенным в Таджикистане в 2004 году, был Глобальный опрос молодежи о табаке (GYTS) – меж-страновое исследование, проведенное в странах Центральной Азии (Центр контроля и профилактики заболеваний, 2004 г.). Это исследование показало, что в Таджикистане только 5,9 % студентов употребляли любые табачные изделия (юноши = 6,8 % , девушки = 2,8 %), тогда как результаты в других странах были выше (7,9%). Например, в Кыргызстане этот показатель был 7,2 % (юноши = 10,8 % , девушки = 4,8 %) и в Казахстане - 11,3% (юноши = 13,8 % , девушки = 9,0 %). Чтобы получить более последние данные, Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан планирует включить вопросы по употреблению табака в обследование домашних хозяйств в 2014 г. Кроме того, в рамках мониторинга и оценки (МиО) Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 (НСЗН) Министерством здравоохранения был включен индикатор, связанный с распространенностью курения, поскольку снижение уровня смертности от НИЗ является одним из главных приоритетов Правительства РТ (Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, Правительство Республики Таджикистан, 2010 г).

Согласно недавно проведенного опроса сельского населения (2009-2010), распространенность табакокурения в возрастной группе от 15 до 59 лет составила среди мужчин - 8,7 %, а среди женщин - 0%, причем в возрастной группе от 25 до 54 лет распространенность табакокурения составляет 12-14 %, а среди группы населения в возрасте от 15-до 25 лет - только 2,7 %. Тем не менее, результаты этого исследования выявили другую тенденцию – популярность жевательного табака (насвая). Около 40% мужчин и 3% женщин, проживающих в сельской местности, сообщили, что они употребляют насвай. Это явление больше распространено среди женщин более старшего возраста (45-59 лет) - 7-8%, чем среди женщин молодого возраста. Только 9% опрошенных мужчин самого молодого возраста (15-24 лет) употребляют насвай, в то время как, в возрастной группе от 45 до 54 лет - 60% опрошенных мужчин сказали, что употребляют его (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2011а). Это можно объяснить тем, что насвай стоит очень дешево (50 гр. - 50 дирам или \$0,1) по сравнению с одной пачкой сигарет (3-6 сомони или \$0,6 – 1,3). Аналогичный опрос проводился среди городского населения той же самой возрастной группы (от 15 до 59 лет) в 1998-2003 годах. Данный опрос показал, что среди всех опрошенных – 30,1% мужчин и 2,5% женщин курят сигареты, в то время как 23,4% мужчин и 1,2% женщин употребляют насвай (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2011б).

Несмотря на принятие «Закона об ограничении использования табачных изделий» в 2010г., можно отметить, что он исполняется не в полной мере. Правительством не было определено ответственное лицо для осуществления контроля и мониторинга за исполнением данного закона. Сигареты продаются во всех супермаркетах пачками, а уличные торговцы продают сигареты поштучно. В общественных местах, например ресторанах, отсутствуют зоны, свободные от курения, а в некоторых гостиницах отсутствуют номера для некурящих. Акцизный налог на сигареты не пересматривался с 2010 года, несмотря на принятие нового Налогового кодекса в 2013 году. В 2013 году минимальный акциз на 1000 сигарет с фильтром был 0,85 евро, тогда как в Кыргызстане - 2,6 евро, а в Украине - 20,7 евро (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013).

### 2.1.2 Алкоголь

**Уровень употребления алкоголя в Таджикистане выглядит довольно низким (Смит и Нгуен; 2013). Однако все же существующее в стране законодательство не способствует усиленному контролю за употреблением алкоголя.**

Согласно недавно проведенному опросу населения сельской местности, лишь 12,2% мужчин и 0,1% женщин употребляют алкоголь. Для городского населения данная картина выглядит следующим образом: 39% мужчин и 6,7% женщин (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2011а). Имеющиеся информация из базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» указывает на низкую смертность от отравления алкоголем и цирроза печени в Таджикистане (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014).

Реклама алкоголя и спонсорство запрещены в Таджикистане, хотя ее можно увидеть в точках реализации. Содержание алкоголя в крови при управлении транспортным средством должно быть равно нулю; тем не менее, это ограничение не соблюдается.

Цены на алкоголь довольно низкие, что может способствовать повышенному потреблению алкоголя. Например, в декабре 2011 года цена одной бутылки водки (0,5 л) была около 17 сомони в г. Душанбе, в то время как в г. Бишкеке (Кыргызстан) - около 26,55 сомони, а в г. Астана (Казахстан) - около 49,11 сомони (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013). Таким образом, было отмечено, что за последние семь лет (2005-2012 гг.) индекс потребительских цен на алкогольные напитки составил 130%, а индекс потребительских цен по всем пунктам был 217%.

### 2.1.3 Питание и физическая активность

**Таджикистан добился прогресса в пропаганде здорового питания и физической активности. В 2011 году была создана межсекторальная рабочая группа по разработке и реализации стратегии улучшения питания и повышения физической активности, в том числе плана действий на 2013-2020 годы на основе стратегий ВОЗ (ВОЗ, 2013). Эта работа стала набирать темп после подписания Таджикистаном 5 июля 2013 г. Венской декларации о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики «Здоровье 2020» (ЕБР ВОЗ, 2013b). К концу 2013 года, проект стратегии был передан соответствующим заинтересованным сторонам, и, предполагается, что в 2014 г. он будет утвержден Правительством.** Стратегия определяет приоритетные направления работы, такие как снижение потребления соли, транс-жиров и сахара; и пропагандирует исключительно грудное вскармливание, своевременное и соответствующее дополнительное питание, а также здоровое питание и физическую активность.

В последнее время, *здоровое питание и физическая активность* стали важными темами на повестке дня Министерства здравоохранения в связи с ростом распространенности избыточной массы тела и ожирения среди населения; и, в частности, среди детей в возрасте до пяти лет (6% детей) и городского населения (12% в Согдийской области), в соответствии

с данными медико-демографического обследования, проведенного в Таджикистане (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и ICF International, 2013).

По данным различных оценок, проводимых в Таджикистане, традиционный рацион питания населения в Таджикистане состоит из жирной пищи, крайне бедной содержанием антиоксидантов. Обеспечение здоровым питанием населения лимитировано из-за имеющихся у них ограничений в доступе к земельным ресурсам и рынкам, включая высокие цены на продукты питания (Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН, Международный фонд сельскохозяйственного развития и Всемирная продовольственная программа, 2013). Кроме того, низкое качество питания обусловлено тем, что традиционно население предпочитает жирную пищу и продукты животного происхождения, а не фрукты и овощи. В переходный период, после 90-х годов, после обретения независимости от бывшего Советского Союза, ситуация в отношении здорового образа жизни ухудшилась.

Удвоенное бремя нарушения питания, которое включает в себя как недостаточное питание, так и избыточный вес, также задокументированы в различных оценках, проведенных партнерами по развитию. В Таджикистане отмечается высокий уровень распространенности недостаточного веса (10%) и лишнего веса (28%) среди населения (Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2010). Количество ослабленных детей, с задержкой роста и лишним весом в возрасте до пяти лет остается неизменным за последние несколько лет. Согласно данным медико-демографического обследования за 2012 г., 10% детей считается ослабленными, 26% страдает задержкой роста и 6% имеют лишний вес. Высока распространенность избыточной массы тела среди женщин репродуктивного возраста (28,2%); данный показатель выше в городской местности (Душанбе - 42,2%), чем в сельской местности (Горно-Бадахшанская автономная область - 18,1%) (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и ICF International, 2013).

Физическая активность, в целом, не особенно популярна среди таджикского населения. Одной из причин является ограниченное число спортивных центров/центров отдыха, которые сосредоточены в основном в городской местности. Кроме того, цены в спортивных центрах или центрах отдыха довольно высоки и не доступны для широких слоев населения, причем посещение таких центров считается роскошью. Другие виды физической активности, например, велоспорт, не пропагандируются. Состояние дорог также не способствует развитию велоспорта, поскольку там нет места для велосипедных дорожек, обеспечивающих безопасную езду, причем женщинам не принято ездить на велосипеде.

## 2.2 Индивидуальные услуги

**Предоставление индивидуальных основных услуг по ведению ССЗ в Таджикистане направлено в первую очередь, на лечение болезней и, во-вторую, на профилактику. Услуги предоставляются, преимущественно, пациентам с высоким риском заболеваний сердца и кровеносных сосудов (например, при коронарной болезни сердца, цереброваскулярных заболеваниях и т.д.). Тем не менее, предоставление основных индивидуальных услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи ограничивается некоторыми факторами системы здравоохранения, описанными в разделе 3 и, следовательно, охват этими услугами оценивается, в целом, как умеренный.**

В ходе миссии по оценке укрепления систем здравоохранения (УСЗ) с целью решения проблемы возрастающего бремени НИЗ<sup>4</sup>, было отмечено низкое число официально зарегистрированных пациентов с ГБ. Выезды на места показали, что семейный врач с 1200 прикрепленного населения в возрасте старше 15 лет, имеет только 8-9 больных с ГБ (0,94%). Это соответствует данным медицинской статистики по стране, согласно

<sup>4</sup>здесь приведена информация, полученная на встречах и интервью, проведенных в ходе "миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ".

которой распространенность ГБ составляет в среднем 1,6% (в пределах 1,1 - 2,6%) среди взрослого населения старше 20 лет. Предыдущие исследования показывают, что 22% взрослого населения в Таджикистане страдает ГБ, что указывает на то, что в Таджикистане выявлено и зарегистрировано менее 10% больных ГБ (Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005).

Основным фактором, ограничивающим качество медицинской помощи, является позднее обращение пациентов за своевременной медицинской помощью. Пациенты, как правило, обращаются за медицинской помощью уже на стадии прогрессирующего заболевания, и их лечение и выздоровление осложняется. Те пациенты, которые могут себе позволить заплатить за стандартные услуги вторичной медицинской помощи непосредственно в стационарах, зачастую прибегают к этим услугам.

Служба скорой медицинской помощи при центральных районных больницах работает круглосуточно, 7 дней в неделю, однако, небольшое количество пациентов обращается за услугами скорой помощи. В районе, где проводился опрос в ходе миссии по УСЗ, работали две машины скорой помощи, которые обслуживали 430 000 человек. Машины скорой помощи, зачастую, не оснащены электрокардиографом, причем в Таджикистане не практикуется тромболитическая терапия на до-госпитальном уровне. Стационары, как правило, делают электрокардиограммы и рентгенограммы круглосуточно, но лабораторные исследования - только в течение рабочего дня. Кардиомониторы устаревшие, и имеются в ограниченном количестве.

В таблице 4 приведена информация по предоставлению услуг первого и второго ряда при ССЗ.

**Таблица 4. Карта балльной оценки основных вмешательств на уровне населения**

Вариант политики	Оценка охвата
Стратификация риска на уровне ПМСП	<b>Ограниченный.</b> Категория риска, как правило, присваивается пациентам с ГБ. Некоторые факторы риска документируются, но, к сожалению, не все. Такие факторы как, курение, семейный анамнез, ИМТ, как правило, не фиксируются. Систематический метод расчета 10-летнего риска ССЗ не применяется. Четкая связь между указанным риском ССЗ и решениями по схемам лечения больного не наблюдается.
Эффективное выявление и лечение ГБ	<b>Ограниченный.</b> Уровень выявлений и регистрации случаев ГБ является низким. Назначение анти-гипертензивных препаратов, в целом, соответствует клиническим руководствам. Отмечается низкий уровень постоянного применения анти-гипертензивных средств, и не наблюдаются усилия по обеспечению приверженности пациента лечению.
Эффективная первичная профилактика среди групп высокого риска	<b>Ограниченный.</b> Врачи, делающие назначение, не достаточно знакомы с показаниями к первичной профилактике. Пациентам с высоким риском не назначаются статины. Аспирин назначается всем пациентам с ГБ без разбора.
Эффективная вторичная профилактика после ОИМ, включая назначение ацетилсалициловой кислоты	<b>Широкий.</b> В плановом порядке проводится эффективная вторичная профилактика.
Экстренное реагирование и вторичная медицинская помощь после ОИМ и инсульта <sup>а</sup>	<b>Ограниченный.</b> При ОИМ, отмечается ограниченный доступ/ обращение к услугам скорой медицинской помощи. Некоторые, наиболее важные услуги предоставляются на уровне центральной районной больницы (назначение аспирина, бета-блокаторов, и ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента АМІ, гепарина), однако доступность к тромболитической терапии ограничена. Для лечения инсульта применяются устаревшие методы.

<sup>а</sup> Здесь указываются дополнительные вмешательства, не вошедшие в Глобальный план действий (ВОЗ, 2013).

Пациентам с ГБ присваивается категория риска по стандартной методике, и поставщики ПМСП, опрошенные в ходе миссии по оценке УСЗ с акцентом на НИЗ, имеют хорошее понимание факторов риска (уровень артериального давления, вес, диета), связанных с ССЗ. Поставщики услуг также понимают, что пациенты с высоким риском нуждаются в тщательном наблюдении и регулярном мониторинге состояния здоровья, включая контроль артериального давления. Тем не менее, выявление ГБ остаётся все еще на низком уровне. Поставщики ПМСП не могли четко сформулировать метод оценки ССЗ и то, как они связывают факторы риска развития ССЗ с решением о назначении ЛС для контроля ССЗ. Анализ диспансерных карт<sup>5</sup> пациентов с артериальной гипертензией показали, что артериальное давление обычно измеряется и фиксируется при каждом посещении, регулярно делаются и документируются соответствующие анализы, включая ежегодные ЭКГ, исследования уровня глюкозы в крови и общего холестерина. Другие факторы риска, в том числе ИМТ, семейный анамнез преждевременного ССЗ и то, курит ли пациент или нет, документируется реже или не в полном объеме.

Врачи ПМСП и кардиологи, как правило, назначают аспирин всем пациентам с артериальной гипертензией, независимо от их категории риска развития ССЗ. Пациентам с ГБ и очень высоким риском ССЗ, как правило, не назначают статины в качестве первичной профилактики. Этим пациентам, обычно назначают препараты для снижения уровня холестерина в крови, независимо от общего риска ССЗ. Как врачи ПМСП, так и кардиологи отмечают, что многие пациенты не принимают регулярно предписанные анти-гипертензивные препараты.

Что касается услуг второго ряда, когда пациенты с острым коронарным синдромом попадают в стационар, их лечат стандартными методами, назначая аспирин, гепарин и бета-блокаторы. Тромболитическая терапия ограничивается семью региональными кардиологическими центрами, и не доступна в остальных стационарах страны из-за ее высокой стоимости (\$75-200), и, она не предоставляется на уровне центральных районных больниц. Кроме того, аспирин, как и бета-блокаторы, назначаются по стандартной схеме (в качестве вторичной профилактики) пациентам, перенесшим сердечные приступы. Среди кардиологов имеется понимание необходимости длительного применения статинов в качестве вторичной профилактики. Тем не менее, таджикские врачи полагают, что только менее одной трети пациентов продолжают длительно принимать статины, что обусловлено их высокой стоимостью.

В стране имеются очень хорошие клинические руководства по лечению ГБ, разработанные в 2008 году, и врачи ПМСП назначают анти-гипертензивные препараты в соответствии с международными стандартами (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2013; ВОЗ, 2012). Тем не менее, в стране отсутствует клиническое руководство по лечению пациентов, перенесших инсульт, основанное на доказательной медицине. Что касается пациентов с острой формой заболеваний сердца, а в частности, пациентов с симптомами острого инсульта, то их, как правило, госпитализируют. Количество машин скорой помощи ограничено. Стандартная методика лечения этого состояния включает в себя много устаревших методов, таких как, снижение повышенного артериального давления на раннем этапе, неизбирательное применение ЛС для снижения внутричерепного давления, необоснованное использование нейропротекторов, поздняя мобилизации и отсутствие профилактики венозных тромбозов.



<sup>5</sup> Для учета и ведения хронических больных используется система диспансеризации в соответствии со стандартным протоколом, который определяет частоту и содержание посещений врача.

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

С 2004 г., в Таджикистане реализуется ряд комплексных мероприятий по реформированию сектора здравоохранения с целью решения проблемы ограниченного доступа к медицинским услугам, приведшей к ухудшению показателей здоровья и неравенству в вопросах здоровья среди населения страны. Реформы предполагают изменение организации и предоставления медицинских услуг путем перехода к модели семейной медицины, а также внедрение соответствующих финансовых механизмов для снижения уровня наличных выплат «из кармана» и обеднения населения, связанного с расходами на медицинские услуги (Правительство Республики Таджикистан, 2005a; 2005b; 2010).

В 2010 г., Министерством была разработана и принята комплексная Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан (Правительство Республики Таджикистан, 2010 г.). Несмотря на последние, четко сформулированные и интенсивные усилия по разработке конкретных стратегий, политик, клинических руководств/протоколов (КР/КП) и обучению медицинского персонала, наряду с другими мероприятиями также расширяется охват услугами на уровне населения и индивидуальными услугами для улучшения показателей по ССЗ, но все же барьеры в системе здравоохранения присутствуют. В частности, четко определена необходимость в расширении охвата основными индивидуальными услугами и усилении борьбы с табакурением, увеличении объемов выделяемых средств со стороны государства, а также в усилении координации поставщиков и повышении качества медицинских услуг на уровне ПМСП.

В данном разделе описаны 15 важных характерных особенностей системы здравоохранения (Рис. 4), которые представляют собой возможности и барьеры для осуществления основных вмешательств на уровне населения и предоставления индивидуальных услуг, приведенных в разделе 2.

**Рис. 4. Пятнадцать барьеров системы здравоохранения и возможностей для улучшения показателей по НИЗ**

Политическая приверженность улучшению показателей по НИЗ	Четкие подходы к определению приоритетов	Межведомственное взаимодействие	Расширение прав и возможностей 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: Робертс и Стивенсон, 2014г. (ожидается)

Все 15 характерных особенностей системы здравоохранения были проанализированы в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ, кроме того, было обсуждено и достигнуто согласованное мнение в отношении их воздействия на основные вмешательства и услуги (Приложения 3 и 4). Каждая характеристика оценивалась по шкале от 1 до 4.

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

## **Барьер 1. Политическая приверженность улучшению показателей по НИЗ**

**Республика Таджикистан имеет неплохую нормативно-правовую базу, отражающую политическую приверженность усилению деятельности по профилактике и контролю НИЗ. Национальная стратегия «Улучшение благосостояния населения Республики Таджикистан на 2013 – 2015 гг.», утвержденная Правительством Таджикистана, включает в себя 4 основных приоритета в области здравоохранения, включая снижение бремени НИЗ и повышение качества, доступность и эффективность медицинских услуг (Правительство Республики Таджикистан, 2013в). Хотя, это и обеспечивает основу для решения проблемы НИЗ, Министерству все же необходимо привлекать другие сектора в реализацию меж-секторальных действий в данной области.**

ССЗ уже были обозначены в качестве приоритетного направления в НСЗН, утвержденной в 2010 г. В частности, приоритетами в НСЗН являются вмешательства по снижению показателей ССЗ (ГБ, ишемическая болезнь сердца); респираторных заболеваний (хроническое обструктивное заболевание легких и астма), а также эндокринных заболеваний (сахарный диабет).

Стратегии и программы, ориентированные на борьбу с определенными заболеваниями, дополняют НСЗН, и служат обоснованием для выделения необходимого финансирования. Примерами могут быть стратегии по профилактике и контролю ишемической болезни сердца, ОИМ, сахарного диабета, астмы, рака, случаев травматизма, и т.д. В рамках «Программы по борьбе с ишемической болезнью сердца на 2006-2015», были введены новые технологии в диагностике ССЗ, такие как коронарография и радиоизотопное сканирование сердца и других органов, магнитно-резонансное исследование и томография (Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, 2005а). Кроме того, внедряются и другие современные технологии лечения ССЗ, включая имплантацию стволовых клеток в поврежденный миокард, аортокоронарное шунтирование без кардиоплегии, и ангиопластика и стентирование коронарных и других артерий. Программа по контролю диабета на 2006-2015 гг. создала возможность для принятия специального «Закона о медицинской помощи и социальной защите пациентов с сахарным диабетом» (Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, 2005b и 2012). В соответствии с данным законом был создан

Государственный реестр для предоставления социальной поддержки и лекарственных средств, таких как бесплатный инсулин для лиц, имеющих право на получение данной помощи. К сожалению, не все положения были переведены в практические действия, из-за отсутствия средств (см. «Барьер-2»).

Впервые, Министерство разработало «*Национальную стратегию по предотвращению и контролю НИЗ и травматизма в Республике Таджикистан на период 2013-2023 гг.*» (Правительство Республики Таджикистан, 2013b). Эта комплексная стратегия направлена на увеличение финансирования и приоритетное направление по профилактике и контролю НИЗ, усиление межведомственного сотрудничества и определение того, как создать эффективную инфраструктуру. В рамках стратегии по НИЗ, в 2013 г. был разработан среднесрочный план реализации на период 2013-2016 гг. и утвержден в 2014 году; причем, предполагается, что план реализации на период с 2017 по 2023 гг. будет разработан в 2015 г. на основе достигнутого прогресса и уроков, извлеченных из первой фазы (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2014). Стратегия по борьбе с НИЗ не имеет целевых средств, что может препятствовать ее эффективной реализации и, следовательно, может повлиять на результаты.

В Стратегии по борьбе с НИЗ были учтены основные приоритеты, определенные в рамках национальных и вертикальных программ для каждого НИЗ (ОИМ, сердечная недостаточность). Для того, чтобы избежать дублирования действий по контролю и лечению НИЗ, было рекомендовано прекратить практику разработки отдельных национальных и вертикальных программ по каждому заболеванию (Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, 2012). На самом деле, опыт показывает, что комплексный подход является наиболее мощным и экономически эффективным способом борьбы с каким-либо заболеванием (Балабанова и др., 2013 г.).

“Закон об ограничении использования табачных изделий” был утвержден в Таджикистане в 2011 году, после чего была ратифицирована конвенция РКБТ ВОЗ в 2013 году, однако, многое еще предстоит сделать, и следует стремиться к реализации данного закона в полной мере. Проект стратегии по питанию и безопасности пищевых продуктов, разработанный в 2013 году, который, предположительно должен быть утвержден в 2014 году, является еще одним важным элементом нормативно-правовой базы.

Анализируя данную законодательную базу, можно сделать вывод о том, что все разработанные стратегии по борьбе с НИЗ являются относительно новыми и, следовательно, их реализация ограничена, особенно учитывая тот факт, что на решение проблемы НИЗ не выделяются специальные средства из бюджета здравоохранения.

## **Барьер 2. Четкие подходы к определению приоритетов**

**Для достижения справедливости и эффективности при выделении государственных средств на систему здравоохранения, в 2008г. в Таджикистане была внедрена Среднесрочная программа государственных расходов (СПГР) в секторе здравоохранения. Тем не менее, формирование бюджета здравоохранения основано больше на исходных ресурсах, чем на потребностях и приоритетах системы здравоохранения. При этом не учитывается распределение факторов риска развития ССЗ и показатели по различным социально-экономическим группам. В последние годы, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения и Министерством финансов обсуждаются новые механизмы формирования бюджета, такие как подушевое финансирование и оплата за пролеченный случай.**

СПГР рассчитывается на трехлетний период и пересматривается ежегодно с целью выявления пробелов между выделенными средствами для сектора здравоохранения и его потребностями, а также для учета изменений в приоритетах сектора здравоохранения. СПГР обычно разрабатывается до формирования годового государственного бюджета, который берется за основу для выделения средств на сектор здравоохранения. В настоящее время, три направления работы обозначены в СПГР: своевременная диагностика и лечение туберкулеза (ТБ) и ВИЧ/СПИДа, улучшение материально-технической базы учреждений здравоохранения и введение подушевого финансирования в качестве нового механизма оплаты поставщиков на уровне ПМСП.

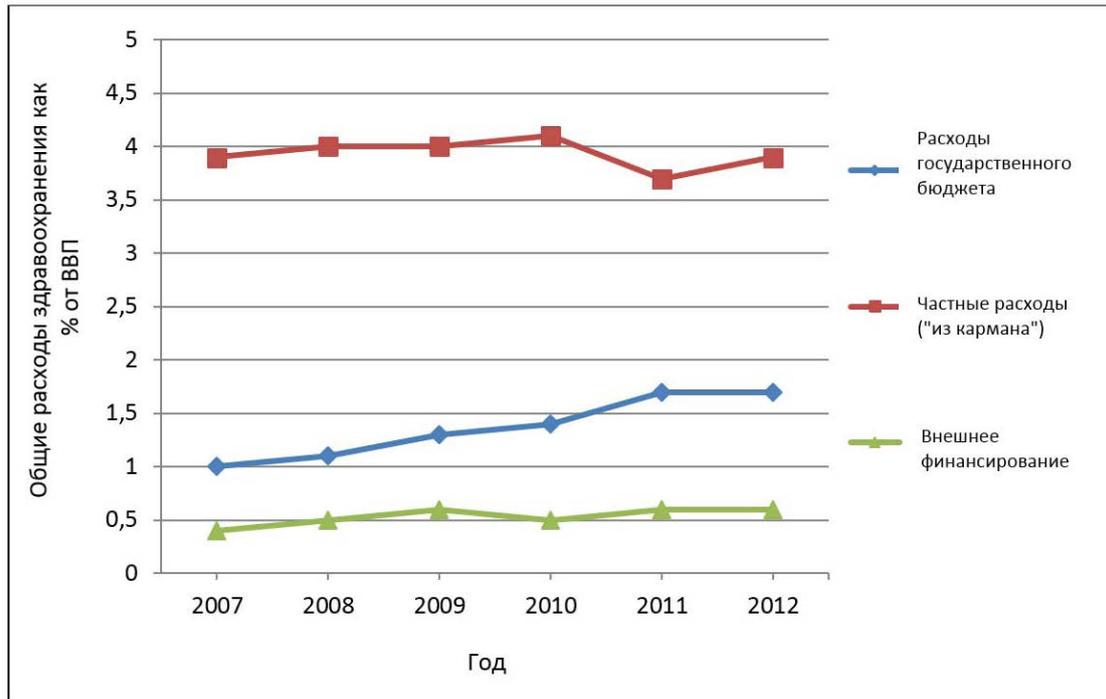
Доля государственных расходов в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) возросла с 1% до 1,7%, а уровень частных расходов снизился на 0,2% в период с 2007 по 2012 гг. (Рис. 5). Однако, по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ, в Таджикистане отмечается самый низкий уровень государственных расходов на здравоохранение. Например, в 2010 доля государственных расходов составила 5,2% от ВВП в Республике Молдова, 4,3% в Беларуси и 3,8% в Кыргызстане (Отдел анализа политики здравоохранения при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения (ОАПЗ), 2013а).

Отмечается изменение в распределении средств здравоохранения между стационарами и учреждениями ПМСП, благодаря совместному приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты населения и Министерства финансов - по структуре управления и финансирования учреждений ПМСП (ОАПЗ, 2013с), принятому в июне 2008 года, согласно которого требуется выделять как минимум 40% средств от городского/районного бюджета на ПМСП. Так, в период с 2007 по 2011 гг., уровень расходов на стационары сократился на 8,9% (с 64,7% до 55,8%), тогда как расходы на ПМСП возросли на 9,5% (с 23,2% до 32,7%) (ОАПЗ, 2013а; 2013П). Несмотря на это, расходы на ПМСП еще не достигают уровня 40% (за исключением некоторых районов). Это, вероятно, связано с общим недофинансированием системы здравоохранения и неэффективным распределением бюджета.

Программа государственных гарантий (ПГГ), направленная на обеспечение гарантированного равного доступа к услугам здравоохранения и снижения уровня неофициальных платежей, пилотируется в Таджикистане с 2004 года и реализуется в 14 районах. По социальному статусу, в рамках ПГГ, льготами пользуются пенсионеры старше 80 лет, ветераны и инвалиды Второй мировой войны, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет и дети до одного года. В настоящее время в рамках ПГГ, по состоянию здоровья, льготные услуги получают также люди с диагнозом «сахарный диабет», однако пациенты с другими НИЗ не входят в льготную категорию. Так, по состоянию здоровья, пациенты могут обращаться за получением льготных услуг в рамках ПГГ, однако, по мнению почти 90% респондентов в Согдийской и Хатлонской областях, опрошенных в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ «эта процедура достаточно сложна и не прозрачна». ПГГ пересматривался три раза на основе результатов проводимых исследований, в ходе которых оценивалось финансовое бремя пациентов при получении услуг в рамках ПГГ.

В этой связи, Министерством была разработана политика освобождения от оплаты уязвимых групп населения и механизм внесения официальной со-оплаты другими группами населения (Постановление Правительства (ПП №600) за лабораторные, диагностические, стоматологические и высокотехнологичные услуги (например, трансплантация почки, диализ и т.п.). Перечень льготных категорий по социальному статусу в соответствии с ПП №600 включает в себя категории, уже охваченные ПГГ, а также больных ОИМ и онкологических больных в терминальной стадии. Больные с другими хроническими заболеваниями, такими как сахарный диабет, туберкулез и ВИЧ/СПИД, освобождаются только от оплаты за диагностические и лечебные услуги (стоматологические и высокотехнологичные услуги не включены в категорию льготных услуг).

Рис. 5. Общие расходы здравоохранения как % от ВВП, 2007–2012 гг.



Источник: воспроизведено с разрешения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, 2014 г.

### Барьер 3. Межведомственное взаимодействие

**При технической рабочей группе (ТРГ) по предоставлению услуг в рамках НСЗН была сформирована техническая подгруппа по НИЗ в декабре 2012 г. Тем не менее, в настоящий момент в Таджикистане отсутствует официальный механизм межведомственного взаимодействия.**

Подгруппа по НИЗ состоит из шести экспертов, включая национальных партнеров и партнеров по развитию, и работает под председательством Заместителя министра, курирующего предоставление услуг. В рамках НСЗН, в 2010 году были созданы ТРГ для координации деятельности по каждому из четырех направлений НСЗН: управление, финансирование, ресурсы и предоставление услуг. Эти ТРГ, координируемые Министерством, состоят из примерно 10-20 технических экспертов из Министерства, национальных представителей и партнеров по развитию. Перекрёстные вопросы НСЗН обсуждаются на совместных заседаниях, созываемых любой из ТРГ.

В целом, за пределами Министерства вопросам НИЗ уделяется незначительное внимание, например, недостаточно работы проводится со стороны представителей гражданского общества, пациентов, активистов, интеллигенции или других лиц, которые могли бы продвигать идею и выступать за необходимость контроля и профилактики НИЗ. Министерством предусматривается создание сектора по НИЗ на базе Национального научно-исследовательского института профилактической медицины для координации и мониторинга политических вмешательств по контролю и лечению НИЗ.

Межведомственный национальный координационный комитет (МНКК) при администрации Президента занимается мобилизацией и контролем за координацией внешней помощи по развитию различных секторов страны. В рамках МНКК, Координационный (под)комитет по сектору здравоохранению (ККСЗ), совместно с

национальными партнерами и партнерами по развитию, работает по приоритетным направлениям здоровья населения и системы здравоохранения (Рис. 6). Совещания МНКК, проходившие в течение 2012 г., были посвящены обзору реализации Программы по борьбе с НИЗ, и рекомендации МНКК были включены в текущую стратегию по борьбе с НИЗ (Правительство Республики Таджикистан, 2013b). Тем не менее, проблема НИЗ пока еще не стояла на повестке дня МНКК. Данный механизм координации создает потенциальную платформу для обсуждения и продвижения осуществления вмешательств на уровне населения, таких, как усиление борьбы с табакокурением, пропаганда здорового образа жизни в школах, а также привлечение других секторов и отраслей, помимо сектора здравоохранения, для совместного решения проблемы НИЗ.

Таджикистан является членом Совета по здравоохранению при Интеграционном Комитете Евразийского экономического сообщества (ЕврАзЭС) в рамках сотрудничества между странами СНГ. Совет по здравоохранению был создан 15 декабря 2005 г. для сотрудничества в области предупреждения и контроля НИЗ между странами СНГ. В 2013 г. в Таджикистане прошло 14-е заседание Совета по здравоохранению, где был рассмотрен вопрос реализации приоритетных действий ЕврАзЭС на 2011-2013 гг., утверждено соглашение о многофакторной профилактике НИЗ и травматизма, и были внесены поправки в соглашение ЕврАзЭС о включении ЛС и медицинского оборудования и приборов как часть их совместной работы. Предполагается, что в долгосрочной перспективе, эффективная реализация соглашения ЕврАзЭС позволит снизить бремя НИЗ и травматизма путем снижения уровня смертности и инвалидности от НИЗ также и в Таджикистане.

**Рис. 6. Координация в секторе здравоохранения в Таджикистане**



## **Барьер 4. Расширение прав и возможностей населения**

**В функции Республиканского центра по формированию здорового образа жизни при Министерстве входит проведение работы по расширению прав и возможностей населения и пациентов, а также их ответственности за собственное здоровье. Центр организует серию учебных, спортивных и культурных мероприятий в тесном сотрудничестве с партнерами по развитию и органами местного самоуправления. Эта роль подкрепляется разработкой Национальной стратегии по НИЗ и проекта Концепции служб общественного здравоохранения, разработанных в 2013 г., что способствует расширению прав и возможностей населения и пациентов, особенно в отношении НИЗ. До недавнего времени, не было выработано четкой политики, определяющей пути, программы или методические руководства, которые повлекут за собой изменения в поведении людей, особенно в отношении факторов риска НИЗ и лечения заболеваний. Все же остается необходимость активизировать усилия по расширению возможностей и прав населения, чтобы люди меняли свое поведение и брали на себя ответственность за собственное здоровье.**

Высокое бремя заболеваний в Таджикистане (раздел 1) и различные исследования свидетельствуют о высоком риске развития НИЗ в связи с восприятием населения того, как надо относиться к определенному нездоровому поведению (Всемирный банк, 2013а; Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство Здоровье & ICF International, 2013). Например, в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ, было выявлено общее мнение населения о том, что если долго принимать какие-либо медикаменты, то они постепенно становятся неэффективными, и необходимо устраивать так называемые «выходные от лекарств». Мало кто из пациентов знает, что ГБ обычно протекает бессимптомно и, следовательно, измеряют у себя артериальное давление только при появлении определенных симптомов (головная боль, головокружение) и принимают антигипертензивные средства, как правило, при проявлении симптомов.

В соответствии со статистикой 2009 г., на одного пациента приходится в среднем 4,2 посещения учреждений ПМСП в год (РЦМСИИ, 2013), причем среди этих пациентов мало мужчин. В ходе первой миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ, прошедшей в апреле 2013 г., менее 2% из случайно выбранных медицинских карточек в учреждениях ПМСП принадлежали мужчинам в возрасте до 30 лет. Та же самая миссия выявила, что среди больных, обратившихся в учреждения ПМСП, среднегодовая частота посещения врачей составляет 8,9 раз и медсестер – 11,4 раза. Можно предположить, что те, кто обращается за медицинской помощью, пользуется услугами здравоохранения часто. Тем не менее, пациенты, как правило, обращаются за медицинской помощью, когда их заболевание начинает прогрессировать, и их лечение и выздоровление осложняется. Данный факт указывает на низкую осведомленность населения о необходимости раннего выявления и лечения заболеваний.

В рамках своих обязанностей медсестры первичного звена периодически посещают всех пациентов, прикрепленных к лечебному учреждению, на дому, но если пациент моложе 40 лет, то артериальное давление ему, как правило, не измеряется.

В некоторых регионах страны в медицинских центрах на уровне ПМСП были открыты так называемые «школы гипертоников». Миссией по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ в 2013 г. было подтверждено, что такие школы функционируют в 45-60% учреждений ПМСП. Пациенты, записанные в эти школы, посещают серию уроков,

проводимых, как правило, кардиологом, который информирует их о необходимости контроля артериального давления, здоровом образе жизни, лечении и важности соблюдения режима лечения. Посещаемость и участие пациентов в этих школах бывают разными. До сих пор, влияние работы этих школ на поведение пациента или на то, как они контролируют свое артериальное давление, не оценивалось. На национальном уровне обсуждается вопрос о том, как сделать, чтобы школы гипертоников стали своеобразной платформой для общего санитарного просвещения.

На сегодняшний день в Таджикистане нет республиканских образовательных программ для населения по вопросам НИЗ или групп поддержки по принципу «равный–равному». Однако, в Национальной политике по здравоохранению (например, НСЗН, «Проект концепции служб общественного здравоохранения») признается важность вовлечения пациентов и рекомендуется их привлекать к участию в процессе планирования, реализации и контроля предоставляемых услуг, а также в формировании путей повышения информированности населения в вопросах здоровья (Ходжамуродов и Речел, 2010). Партнерами по развитию реализуется целый ряд инициатив по повышению информированности населения и участия в решении вопросов здоровья, включая формирование «сообществ» и просвещение общественности через местные комитеты сообществ. Например, Всемирным банком, Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству и Фондом Ага-Хан поддерживается применение подходов к привлечению местного сообщества для расширения возможностей и осведомленности населения в вопросах здоровья в некоторых пилотных областях. Первые результаты оказались положительными, и Министерство рекомендует распространение некоторых из этих инициатив на территории всей страны, например, создание «клубов гипертоников», других групп местных сообществ и комитетов в сельской местности.

## **Барьер 5. Эффективная модель предоставления услуг**

**Министерство активизировало процесс разработки и обновления КР/КП и алгоритмов по оказанию помощи при ССЗ, что стало явным приоритетом в рамках повышения качества медицинской помощи и общих показателей по ССЗ. Несмотря на то, что семейные врачи призваны выполнять роль «привратника», распространенной практикой является обращение больных с ССЗ напрямую к узким специалистам на амбулаторном уровне или в стационары. Одним из возможных объяснений этому может быть отсутствие доверия, как со стороны пациентов, так и со стороны практикующих специалистов, к компетентности семейных врачей не только в вопросах раннего выявления и лечения ГБ, но также и в отношении лечения острых состояний, таких как ОИМ и инсульт.**

Семейная медицина была введена в систему здравоохранения Таджикистана в 1998 году, и нашла свое подтверждение как основная стратегия предоставления медицинских услуг в ряде национальных программных документов (Ходжамуродов и Речел, 2010; Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, 2012). Шестимесячный курс переподготовки по семейной медицине, проводимый в разных регионах, является основным методом, расширяющим охват услугами практикующих врачей. Также были созданы программы интернатуры и ординатуры по семейной медицине. В Таджикистане, население прикрепляется к поставщику ПМСП, но в тоже время люди могут выбрать другого поставщика.

Учреждения здравоохранения обычно работают в будние дни с 08:00 до 17:00, и, как минимум, полдня в субботу. Пациенты приходят к врачу в порядке живой очереди (не по предварительной записи), все посещения врачей в учреждении, как правило, происходят с утра. В соответствии с информацией, полученной в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ (в апреле 2013 г.), подавляющее большинство людей (93%) осматриваются

врачом в тот же день. Несмотря на то, что 25% опрошенных заявили, что могут прийти к врачу только после 18:00 в будние дни или в воскресенье, большинство людей (92%) выразило свою удовлетворенность часами работы учреждений.

В медицинских центрах некоторых районов были введены кабинеты доврачебного осмотра. Посетители должны сначала подойти в регистратуру, взять свою амбулаторную карточку, и затем пройти в кабинет доврачебного осмотра, где медсестра измеряет и записывает все основные физиологические показатели на отдельном листочке, а не в самой карточке больного. В Дангаринском районе некоторые центры отказались от регистратуры и кабинетов доврачебного осмотра, и семейные врачи хранят амбулаторные карточки



своих пациентов в своих кабинетах, что не дает возможность доступа к амбулаторным картам для других поставщиков ПМСП.

Любям старше 40 принято измерять артериальное давление, пульс и частоту сердцебиения, а в некоторых центрах пациента также взвешивают. Пациент затем идет к своему семейному врачу, который направляет его к узкому специалисту, по мере необходимости. В большинстве случаев посещение узкого специалиста можно организовать практически в тот же день, когда была получена консультация

семейного врача. Связь между врачами ПМСП и узкими специалистами, которые расположены в том же учреждении, как правило, хорошая. В действительности, семейные врачи и узкие специалисты совместно документируют результаты посещения пациента в амбулаторной карточке пациента.

Модель ведения пациентов с хроническими заболеваниями, введенная еще в советские времена (диспансерная система), до сих пор существует, и рекомендуется клиническими протоколами для определенных состояний НИЗ (ССЗ и диабет). В соответствии с этой моделью, больные с определенными хроническими состояниями ставятся на диспансерный учет, и регулярно наблюдаются у врача. Министерством



была разработана и утверждена специальная контрольная карточка (диспансерная карта), которая является важнейшим элементом клинического наблюдения пациентов на уровне ПМСП. Это способствует повышению качества медицинских услуг на уровне ПМСП, таких как диагностические, лечебные услуги и диспансерное наблюдение, а также используется для оценки качества медицинской помощи в соответствии с утвержденными



стандартами. В соответствии с клиническими протоколами, карточки анализируются ежемесячно Государственной службой по надзору за медицинской деятельностью и Республиканским центром семейной медицины для оценки качества медицинской помощи в соответствии с индикаторами Министерства здравоохранения. К сожалению, такая оценка не осуществляется регулярно.

Стационарная помощь пациентам с ССЗ предоставляется специализированными

отделениями всех центральных районных и областных больниц, а также специализированными учреждениями третичного уровня, которые расположены в больших городах каждой области.

Как отмечается семейными врачами, рекомендации, полученные больным с ССЗ после выписки из стационара, относительно лечения и контроля ССЗ сильно отличаются от тех, что даются на первичном уровне.

Врачи стационаров рекомендуют [больным] принимать такое огромное количество лекарств после выписки из больницы на основании клинических протоколов, применяемых на стационарном уровне, что совсем не соответствует клиническим протоколам, которыми пользуюсь я... Я не знаю, может быть, они и нужны все, но я обычно сокращаю этот список и даю рекомендации на основе клинических протоколов, которым следуем мы (семейные врачи) на нашем уровне.

Несмотря на то, что бывшие узкие специалисты (в основном педиатры, терапевты) прошли шестимесячные курсы переподготовки по семейной медицине, и большинство из них являются практикующими семейными врачами уже в течение 7-10 лет, бывшие педиатры все еще боятся лечить пациентов с ССЗ, такими как сердечная недостаточность, ОИМ и т.д. «... Мы все еще боимся ошибиться в лечении таких состояний, несмотря на то, что у нас есть клинический протокол; что если, я упущу какой-нибудь важный момент?..». Тогда как бывшие терапевты с полной ответственностью берутся за лечение таких состояний, редко привлекая при этом кардиолога. В ходе шестимесячных курсов переподготовки больше времени посвящается теории, и не так много внимания уделяется практике.

Существует мало доказательств того, что взрослые пациенты регулярно обращаются в медицинские центры для профилактического осмотра. Обычно, медсестры, во время посещения пациентов на дому, рекомендуют им приходиться на осмотр к врачу ПМСП, но такая рекомендация довольно часто игнорируется. Семейные врачи объясняют это тем что: «люди к врачу не идут, пока не дойдут до критической точки».



Хотя все поставщики услуг описывают одну и ту же модель потока пациентов, по оценкам, около 10-30% пациентов обращаются напрямую к узким специалистам, минуя врача ПМСП. Это относится главным образом к тем пациентам, которые нуждаются в срочной консультации узкого специалиста, или, если семейный врач отсутствует во время посещения учреждения больным. Важно отметить, что карты пациентов, хранятся в регистратуре, и, по мнению большинства семейных врачей, «...такая практика

препятствует прямому обращению больного к узкому специалисту». Тем не менее, отмечается, что в целом функция «привратника» слабо выполняется.

Иногда, в диспансерной системе больным назначаются устаревшие схемы лечения, не основанные на доказательной медицине. Например, клинические руководства и протоколы по некоторым ССЗ не обоснованы и не разработаны на основе доказательной медицины. Недавно, Министерством была утверждена методология по разработке и внедрению клинических руководств и протоколов, основанных на принципах доказательной медицины (ДМ), а также была инициирована разработка 500 клинических протоколов.

В целом, несмотря на то, что семейные врачи обучены выявлению и лечению ГБ, все же отмечается чрезмерная зависимость от кардиологов в ходе консультаций по неосложненным случаям. Это особенно относится к бывшим педиатрам, которые прошли переподготовку по семейной медицине. Около 90% опрошенных педиатров сказали, что боятся лечить ССЗ или диабет. «Я боюсь навредить больному, поскольку в ходе

шестимесячного курса по семейной медицине у нас было мало практики, несмотря на то, что уже работаю семейным врачом в течение 6 лет, но у меня все равно есть страх...” (семейный врач, г. Худжанд, Согдийская область).

Медсестер не используют эффективным образом. Примером тому может быть то, что медсестры взвешивают и измеряют рост пациентов, но не рассчитывают индекс массы тела. Поскольку медсестры обычно не ведут записи в основной амбулаторной карточке пациента, то отмечается значительное дублирование в работе. Медсестры не играют активной роли в обучении пациентов во время посещения медицинского учреждения или «школы гипертоников». Мнение населения о медсестрах плохое, и их ожидание в отношении способности медсестер лечить больного очень низкое.

Среди поставщиков услуг нет достаточно четкого понимания требований к проведению консультаций и госпитализации пациентов с ГБ, ишемической болезнью сердца и диабетом. Врачи учреждений разных уровней озвучивали разные требования, причем не было единого мнения в этом отношении даже у врачей одного и того же учреждения. В частности, семейные врачи сказали, что когда больной приносит выписку из стационара с рекомендациями по лечению, то они отличаются от клинических протоколов, которые имеются у семейных врачей. “Это сбивает меня с толку – я не знаю, как лечить дальше этого больного – рекомендовать то, что было предписано в стационаре, или следовать клиническому протоколу, который у меня есть...», - отмечено семейным врачом, Спитаменский район, Согдийская область.

Необходимые лабораторные исследования для диагностики ССЗ, включая уровень глюкозы, холестерина и анализ мочи, как правило, проводятся на уровне районных медицинских центров. ЭКГ также проводится на этом уровне. В сельской местности, доступ к таким лабораторным исследованиям и ЭКГ более ограничен. Поскольку медицинские центры, имеют право официально взимать плату за лабораторные услуги, некоторые учреждения покупают новое лабораторное оборудование в качестве доходо-приносящей инвестиции.

До сих пор практикуется ежегодная «профилактическая» госпитализация пациентов с хроническими заболеваниями. Большинство пациентов, особенно с ССЗ, предпочитают быть госпитализированными в специализированные больницы (центры кардиологии), нежели в больницы общего профиля.

В последние годы, паллиативная помощь стала важным направлением деятельности, и Министерство уделяет больше внимания этому направлению. В результате, паллиативная помощь вошла в одно из приоритетных направлений компонента по предоставлению услуг в рамках НСЗН. Национальная программа по паллиативной помощи находится в процессе разработки. Паллиативная помощь больным с онкологией развита в некоторой степени, хотя и нуждается еще в дальнейшем совершенствовании, тогда как для больных с НИЗ, особенно с ССЗ или диабетом, паллиативная помощь находится все еще в слабом состоянии, либо не развита вообще.

## **Барьер 6. Координация между поставщиками услуг**

**Координация медицинской помощи между поставщиками осуществляется должным образом. Врачи ПМСП считают, как правило, что координация оказания медицинской помощи пациенту – это их роль, а не роль узкого специалиста. Это считается одной из положительных сторон в предоставлении медицинских услуг в Таджикистане. С введением семейной медицины в качестве «привратника» для оказания услуг здравоохранения, в некоторой степени улучшилась система перенаправлений, которая была дополнительно усовершенствована с введением БПУ.**

Как правило, пациенты с впервые выявленной ГБ направляются на осмотр к кардиологу, а затем, в зависимости от стадии гипертонической болезни и риска ССЗ, пациент должен приходиться к нему на осмотр один или два раза в год. Затем, семейные врачи сами пытаются вести таких пациентов, так как они чувствуют ответственность за своих пациентов. «Этот

пациент ... с моего участка..., и в конечном итоге, я несу ответственность за здоровье моего пациента. Узкий специалист только дает рекомендации по лечению ..., а я отвечаю за последующее наблюдение...». Такое мнение выразили 89% опрошенных семейных врачей в Согдийской и Хатлонской областях (миссия по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ). Однако если пациенту ставят диагноз «сахарный диабет» или «астма», семейный врач старается сразу же направить такого больного к узкому специалисту (эндокринологу, пульмонологу, невропатологу, офтальмологу), и потом зачастую узкий специалист осуществляет последующее наблюдение. Но медицинская помощь, оказываемая таким пациентам, все же контролируется семейным врачом, и пациенты должны вернуться к ним с медицинской карточкой.

Взаимодействие между поставщиками ПМСП и узкими специалистами на амбулаторном уровне, как правило, эффективное, так как они работают с той же амбулаторной медицинской документацией, где сохраняются результаты всех исследований. К сожалению, отсутствует организационно закреплённый механизм для того, чтобы поставщики ПМСП предоставляли общую информацию по состоянию здоровья пациента или делали запросы на проведение консультаций узким специалистом на амбулаторном уровне или врачом на стационарном уровне. Стандартные формы направления, в основном, предназначены для записи не столько клинических, сколько биографических данных. Поскольку все записи делаются от руки, то поставщики зачастую не могут прочитать записи друг друга.

Несмотря на то, что пациенты должны получить официальное направление на госпитализацию от врача ПМСП в случаях, не требующих экстренной помощи, специалисты стационаров говорят, что эту систему пациенты часто обходят. Кроме того, пациенты зачастую предпочитают возвращаться к специалисту в стационаре для последующего наблюдения, а не к врачу ПМСП. В районах, где пилотируется ПГГ, пациенты обычно сначала обращаются к врачу ПМСП, чтобы получить направление на госпитализацию, потому что, в этом случае уровень со-платы будет относительно невысоким, тогда как пациенту без направления придется заплатить довольно большую сумму за госпитализацию.

Пациент должен забрать выписку из истории болезни до своего первого контрольного обследования у семейного врача, к которому он приписан. Выписной эпикриз, как правило, содержит в себе основную информацию, окончательный диагноз и рекомендации. Однако, поскольку пациенты должны вернуться в больницу, чтобы забрать выписку, то они часто приходят к врачу ПМСП без нее, или случается так, что врач ПМСП не знает, что больной должен быть под наблюдением после госпитализации. Тем не менее, как было упомянуто многими врачами, в областях, где проводилось исследование «... пациенты могут прийти через неделю, или даже позже после выписки, и часто забывают принести с собой выписку из истории болезни...». Чтобы избежать подобной ситуации, в районном медицинском центре Дангаринского района введена практика проверки и отслеживания пациентов в стационарах, куда госпитализированы больные. Как отмечают менеджеры медицинского центра: «Эта практика позволит нам ... обеспечить эффективную координацию работы между поставщиками и не потерять пациентов после выписки, более того, такая практика демонстрирует ... заботу о пациенте со стороны своего семейного врача ...».

## Барьер 7. Регионализация

**До недавних пор, пока не была разработана Стратегия по НИЗ на 2013-2023 гг., в стране не было четко сформулированной стратегии или плана, определяющего траекторию движения пациентов при лечении всех НИЗ, на всех существующих уровнях предоставления медицинских услуг (Правительство Республики Таджикистан, 2013b).** Поэтому, отмечалось значительное дублирование функций семейных врачей, врачей больниц вторичного и третичного уровня в выявлении, контроле факторов риска и стандартном лечении ССЗ.

В Таджикистане, система предоставления медицинских услуг состоит из четырех уровней, включая сельский, районный и городской, областной и республиканский. На сельском

уровне, услуги ПМСП предоставляются сельскими центрами здоровья с семейным врачом и домами здоровья с одним фельдшером/медсестрой/акушеркой. Стационарные услуги на сельском уровне предоставляются сельскими больницами или номерными больницами, которые ничем, кроме названия, не отличаются между собой. На районном и городском уровне в центрах здоровья есть семейные врачи и узкие специалисты, которые предоставляют амбулаторные услуги. Организационная структура районных/городских центров здоровья может отличаться между районами одной области. Семейные врачи и узкие специалисты могут работать как в разных зданиях, так и в одном здании. Стационарные услуги на районном уровне предоставляются центральными/городскими районными больницами. На областном уровне, областные больницы оказывают общепрофильную стационарную помощь, а также медицинскую помощь пациентам с более осложненными случаями. Кроме того, население может получить специализированную стационарную помощь на областном уровне, а также в специализированных больницах, например, в областном центре кардиологии. На национальном уровне, республиканские больницы оказывают более специализированную медицинскую помощь третичного уровня.

Финансовые потоки государственного бюджета имеют два уровня: республиканский и местный бюджет. Средства республиканского бюджета покрывают расходы учреждений здравоохранения, подчиненных Министерству, такие как, республиканские медицинские учреждения (третичный уровень здравоохранения), специализированные больницы, центры и другие учреждения (противотуберкулезные центры, СПИД-центры и т.д.), санитарно-эпидемиологические службы, профилактические службы и лечебные учреждения, и т.д. Из средств местного бюджета финансируются медицинские учреждения, оказывающие услуги на областном и районном/городском уровнях, включая учреждения ПМСП, стационары, центры охраны здоровья и другие медицинские учреждения.

Областные управления здравоохранения в составе областной администрации осуществляют координацию предоставления услуг областными лечебно-профилактическими учреждениями, мониторинг результатов их работы и отчитываются перед республиканским уровнем (Министерством). До 2012 г, районные управления здравоохранения выполняли подобную функцию на районном и городском уровне и отчитывались в соответствующие областные управления здравоохранения. Однако эти управления были упразднены Постановлением Правительства в конце 2012 г., что вызвало сложности в управлении системой предоставления услуг и создало другие проблемы, включая подотчетность на районном/городском уровне (см. Барьер 12).

В стране существует служба скорой медицинской помощи, однако у нее очень мало машин (скорой помощи) и они плохо оснащены. Наибольшее количество машин скорой помощи сконцентрировано в крупных городах. Для г. Душанбе было закуплено сорок три новые машины скорой помощи, тогда как в районе Рудаки с населением 430 000 есть только две машины скорой помощи. На национальном уровне не отслеживаются визиты скорой помощи, что осложняет оценку использования услуг данной службы. Опрос поставщиков районного уровня показывает, что население чаще перевозит больных на частном транспорте, даже с такими серьезными состояниями как боль в груди или симптомами инсульта.

В г. Душанбе, служба скорой помощи укомплектована врачами, и пациенты зачастую получают помощь на дому, если позволяет их состояние (например, при неосложненном гипертоническом кризе). В крупных городских поселениях можно сделать ЭКГ на догоспитальном уровне, но в других регионах машины скорой помощи не оснащены электрокардиографом. В настоящий момент, только 5-10% из всех пострадавших от ДТП доставляются в больницы на машинах скорой помощи.

Отсутствует четко обозначенная система регионализации оказания медицинской помощи для пациентов с ССЗ или инсультом. Пациенты, проживающие недалеко от г. Душанбе зачастую самостоятельно обращаются в республиканские (третичные) больницы, минуя свои региональные учреждения. Областные учреждения направляют своих пациентов в республиканские кардиологические центры, если они нуждаются в операции, или если у них есть деньги, чтобы заплатить за высокотехнологичные услуги, например, ангиографию

или стентирование. Тридцать-сорок человек в месяц проходят ангиографию, и примерно 10 человек в месяц проходят стентирование коронарных артерий, и это, в основном, платежеспособные больные.

## Барьер 8. Системы стимулирования

**В настоящее время, финансирование больниц осуществляется по количеству коек, а медработники получают заработную плату по единой ставке, причем надбавки привязаны к уровню образования, стажу и категории, которые присваиваются после аттестации, проводимой Министерством. В рамках реформирования системы здравоохранения, Министерство намерено привести механизмы финансирования в соответствие с услугами и результатами деятельности (например, подушевое финансирование на уровне ПМСП и оплата за пролеченный случай на стационарном уровне).**

Правительством были инициированы реформы системы финансирования здравоохранения в 2005 году с целью возмещения затрат учреждений здравоохранения на основе новых механизмов финансирования (подушевое финансирование на уровне ПМСП и оплата за пролеченный случай на уровне стационаров) для того, чтобы обеспечить равномерное распределение ограниченных ресурсов здравоохранения (аккумулирование средств на областном уровне), повысить эффективность (рационализация сети медицинских учреждений) и улучшить доступ к услугам здравоохранения путем внедрения ПГГ на территории всей страны (ОАПЗ, 2013b). Только немногие из предложенных реформ были реализованы в широких масштабах.

Частичное подушевое финансирование на уровне ПМСП было повсеместно внедрено в Таджикистане в 2010 г. Механизм подушевого финансирования применяется к медицинским и не медицинским расходам, но не к заработной плате (так называемые «незащищенные» статьи бюджета), которые составляют 10-12% от общего бюджета медицинских учреждений.<sup>6</sup> В 2013 году, началось пилотное внедрение полного подушевого финансирования (включая все статьи бюджета) в Согдийской области. Планируется, в ближайшие несколько лет, внедрить систему полного подушевого финансирования на уровне ПМСП, включая узких специалистов. Вопрос внедрения оплаты за пролеченный случай стоит на повестке дня здравоохранения с 2005 года, однако пока никакого прогресса не было достигнуто; и поэтому, стационары так и продолжают финансироваться по количеству коек.

Семейные врачи в Таджикистане получают заработную плату на основе утвержденных ставок (базовой ставки), причем оплата не зависит от количества человек, которые прикреплены к врачу, и которых он лечит. Базовая ставка составляет около 465 сомони (примерно \$ 97). Поставщики ПМСП не получают никакого материального поощрения ни за объемы оказанных профилактических услуг, ни за их качество услуг.

Таким образом, большинство семейных врачей берут дополнительную нагрузку, до 1,5 ставки, чтобы повысить уровень оплаты труда. «... Я обслуживаю 1600 человек, а мой коллега - 1400, но мы получаем одинаковую зарплату. Я думаю, что это не справедливо ...» - отметил один семейный врач в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ. Кроме того, поставщики услуг не имеют достаточных стимулов для проведения профилактических услуг, на которые требуется много времени, например, подворовое измерение артериального давления среди прикрепленных к ним пациентов. Также, не предусмотрено никакой дополнительной оплаты поставщикам за санитарно-просветительскую работу с пациентами.

Следует подчеркнуть, что узкие специалисты на амбулаторном уровне получают более высокую зарплату, потому что в дополнение к базовой ставке заработной платы они получают надбавку за уровень образования и квалификацию (профессиональную категорию). По этой причине, большинство студентов, предпочитают быть узкими специалистами на амбулаторном или стационарном уровнях, и делают соответствующий

<sup>6</sup> Как было упомянуто в "Барьере 2", основные расходы лечебных учреждения связаны с заработной платой персонала, из которых 88-90% считаются "защищенной бюджетной статьей"

выбор специализации на последнем курсе обучения. Этот факт был выявлен в ходе недавно проведенного исследования (ОАПЗ, 2013с).

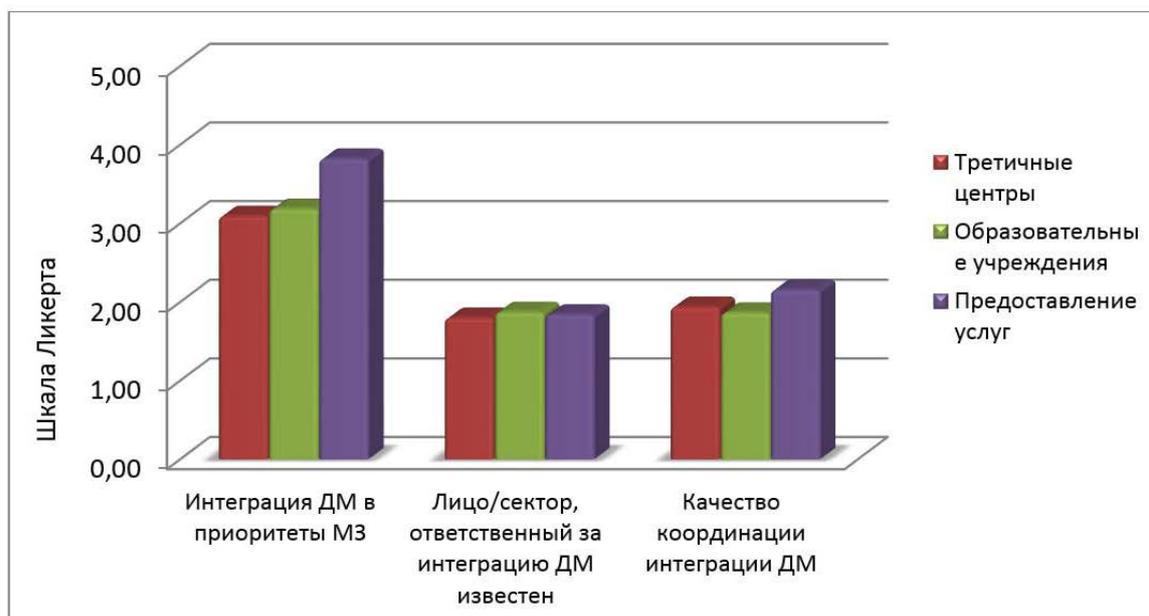
В 2014 году, Минздравом было запланировано пилотное внедрение *финансирования на основе результатов* при технической поддержке Всемирного банка. Данная инициатива будет вначале пропилотирована в одном районе путем предоставления финансовых стимулов поставщикам ПМСП. Набор из 14 индикаторов будет применяться для оценки результатов, привязанных к материальному поощрению, которое будет выплачиваться ежеквартально. Индикаторы включают, в основном, целевые показатели по здоровью матери и ребенка, а также несколько показателей по НИЗ, например, выявление ГБ путем измерения артериального давления пациентам, посещающим учреждения ПМСП. Данный механизм далее будет внедряться дополнительно в восьми районах в течение последующих пяти лет, и позднее на территории всей страны, если результаты окажут положительное воздействие на здоровье населения.

## Барьер 9. Интеграция доказательств в клиническую практику

Министерством здравоохранения в 2008 г. была принята методология разработки клинических руководств и протоколов (КР/КП), включая определение приоритетных направлений для КР/КП, создание рабочих групп по разработке КР/КП, координацию экспертной оценки и утверждение руководств. Методология разработки КР/КП основана на международном инструменте оценки клинических руководств для исследований и оценки (AGREE) (Брауэрз и др, 2010). При Таджикском государственном медицинском институте был создан Центр доказательной медицины (ДМ). Несмотря на все эти положительные наработки, применение КР/КП врачами остается проблематичным, что препятствует расширению осуществляемых вмешательств и улучшению конечных показателей.

В 2013 г. Проектом Агентства США по международному развитию «Качественное здравоохранение» было проведено исследование, в рамках которого была проведена оценка координации ДМ и разработки КР/КП на уровне управления здравоохранением (системы здравоохранения), а также интеграции ДМ в медицинские учебные программы,

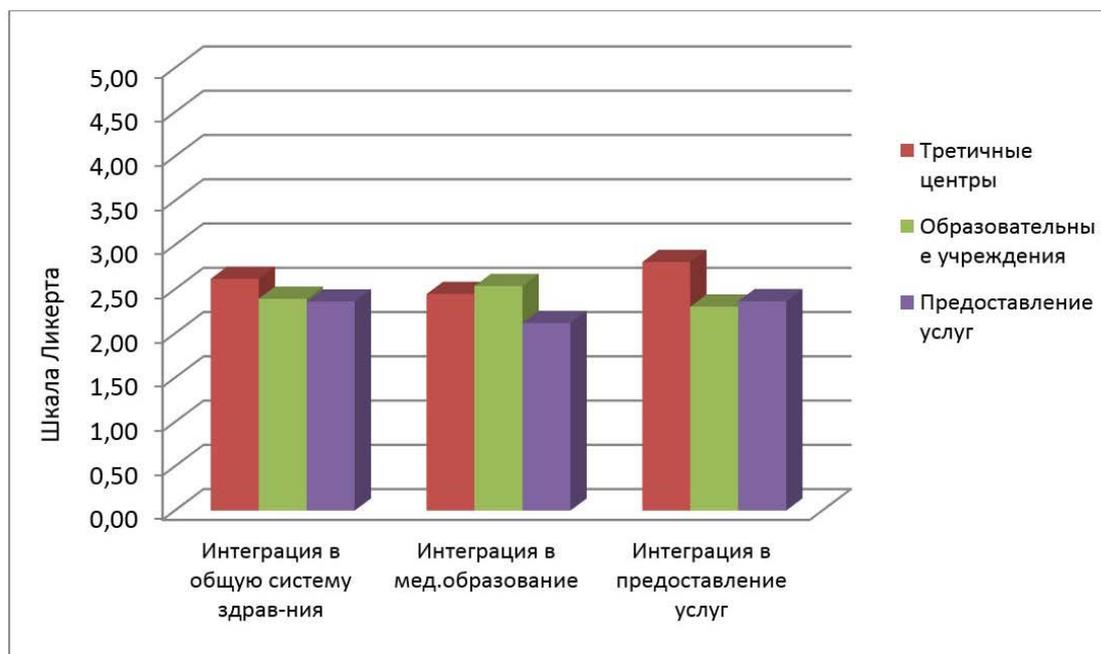
Рис.7. Оценка интеграции ДМ, 2013 г.



Источник: перепечатано с разрешения ЮСАИД и ОАПЗ, 2013.

и на уровне предоставления услуг (места оказания медицинской помощи) (ЮСАИД и ОАПЗ, 2013). В рамках данного исследования было опрошено около 100 врачей из Таджикского медицинского университета, центров третичного уровня и учреждений ПМСП (Рис.7 и Рис.8).

**Рис. 8. Оценка интеграции ДМ по типу учреждений, 2013 г.**

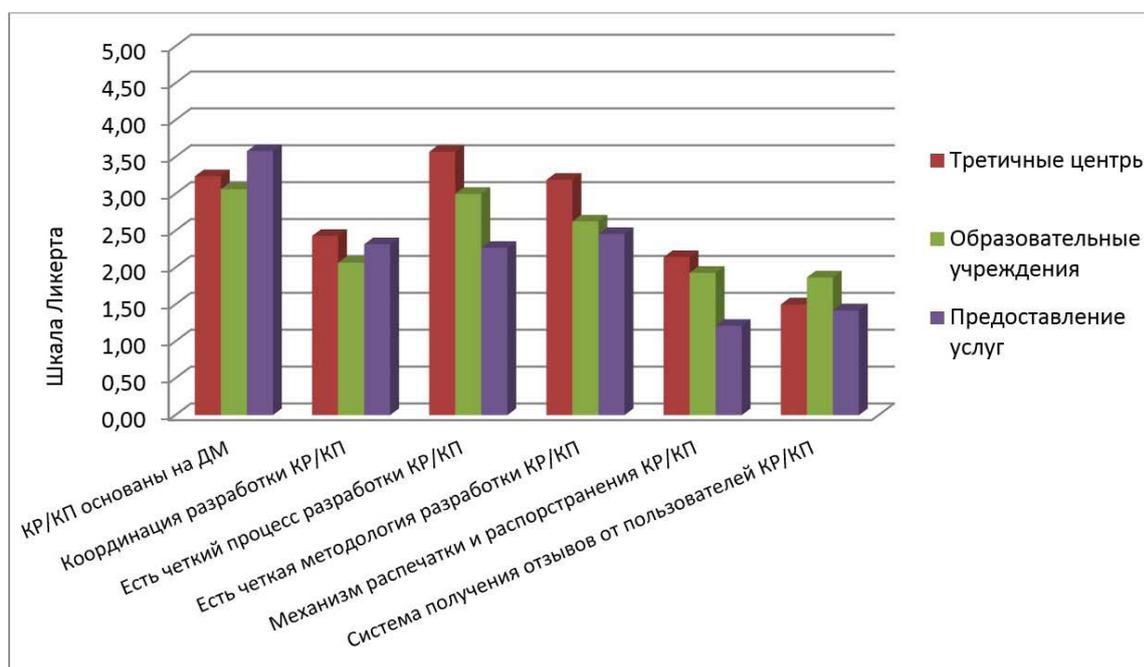


Источник: перепечатано с разрешения ЮСАИД и ОАПЗ, 2013.

По пятибалльной шкале Ликерта, респонденты оценили общую интеграцию ДМ на уровне системы (например, общую координацию внедрения и развития ДМ со стороны Министерства) - на 2,4 балла, интеграцию в систему медицинского образования на - 2,3 балла, а в систему предоставления услуг - на 2,5 балла.

Большинство респондентов согласилось с тем, что ДМ является одним из приоритетов Министерства здравоохранения, но они не считают, что координация внедрения ДМ - хорошая, и большинство респондентов не знают, кто, или какое подразделение несет ответственность за интеграцию ДМ. Координация разработки КР/КП была оценена на 2,3 балла, а процесс распечатки и распространения КР/КП получил самый низкий балл - 1,5 (Рис.9).

**Рис. 9. Оценка разработки КР/КП, 2013 г.**



Источник: перепечатано с разрешения ЮСАИД и ОАПЗ, 2013.

Считается, что выпускники медицинских учебных заведений не имеют базового понимания биостатистики, дизайна исследований или иерархии доказательств. Большинство медицинских работников не имеют доступа к Интернету.

Несмотря на то, что Министерство поручило разработать 500 новых клинических протоколов, была разработана только небольшая часть в соответствии с утвержденной методологией (Брауэрз и др, 2010). Например, в лечебных учреждениях нет клинических протоколов по сахарному диабету, разработанных в 2010 г., что связано с недостаточным количеством распечатанных экземпляров. Все опрошенные семейные врачи подчеркнули, что рекомендации по вторичной профилактике ССЗ отличаются между уровнем ПМСП и госпитальным уровнем, что вводит семейных врачей в заблуждение и создает им затруднения в последующем лечении на уровне ПМСП (см. «Барьер-5»).

Заметными исключениями являются руководство по ГБ (2008 ) и последняя серия протоколов по болезням органов дыхания как часть инициативы Практического подхода к легочному здоровью (2012) (Министерство здравоохранения Республики Таджикистан 2012, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2013). Центр доказательной медицины при Таджикском государственном медицинском университете, активно преподает основополагающие принципы доказательной медицины студентам-медикам, но не наделен полномочиями по координации процесса разработки КР/КП.

В ноябре 2013 года, Министерством была создана экспертная группа для разработки клинических протоколов и руководств с использованием подхода ДМ. Группа состоит из шести экспертов с переходящим руководством и отчитывается перед Заместителем министра, курирующим вопросы организации мед.помощи. Группа проводит регулярные совещания несколько раз в месяц в соответствии с приказом о ее формировании.

Что касается предоставления услуг по ССЗ, следует отметить, что некоторые обязательные профосмотры не основаны на доказательной медицине, что указывает на то, что в настоящий момент программы разрабатываются без четкой связи с клиническими руководствами или протоколами, основанными на доказательной медицине. Например, артериальное давление, ЭКГ, и уровень глюкозы в крови проверяются в ходе каждого посещения пациента старше 40 лет. На самом деле, проверку артериального давления нужно начинать в гораздо более раннем возрасте, и нет никаких данных, подтверждающих то, что необходимо проверять уровень глюкозы в крови или делать ЭКГ в ходе каждого визита пациента или, даже ежегодно для всех пациентов старше 40 лет, не имеющих факторов риска.

В 2013 г., Министерством был внедрен Комплекс ключевых мер (ПЭН/PEN), направленных на снижение бремени неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов, рекомендованный ВОЗ (ВОЗ, 2010). Несколько протоколов ПЭН/PEN были адаптированы и переведены на русский и таджикский языки: (I) профилактика инфарктов, инсультов и заболеваний почек посредством интегрированного ведения диабета и ГБ; (II) санитарное просвещение и консультирование по вопросам здорового образа жизни, и (III) ведение астмы и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). Планируется распространить применение протоколов ПЭН/PEN по всей стране к 2015 году. Обучение, в основном, охватывает семейных врачей, врачей общей практики и других врачей, работающих на уровне ПМСП. Таким образом, по состоянию на сентябрь 2014 года, 120- поставщиков первичной медико-санитарной помощи прошли обучение по протоколам ПЭН/PEN и начали применять его в семи пилотных районах при поддержке ВОЗ через проект, финансируемый ЕС. Всемирный банк планирует применение протоколов ПЭН/PEN в тех районах, где пилотируется метод финансирования по результатам деятельности (см. Барьер

8). Кроме того, Министерство планирует официально интегрировать ПЭН/PEN в учебные программы до- и последипломного медицинского образования, включая учебную программу по семейной медицине. Важно отметить, что клинические протоколы на уровне больниц подтверждают протоколы ПЭН/PEN; схемы лечения, описанные в протоколах PEN, такие же, как и в таджикских клинических протоколах на уровне стационара. Клинические протоколы, применяемые на уровне больниц, содержат более подробную информацию и дают возможность проведения более комплексного лечения.

## **Барьер 10. Распределение и состав кадровых ресурсов**

**Кадровый вопрос занимает важное место в повестке дня системы здравоохранения Таджикистана в связи с дисбалансом между сельской и городской местностью и высоким уровнем миграции квалифицированного медперсонала в соседние страны. Таким образом, главной целью кадровой политики в Таджикистане является достижение оптимального соотношения между врачами и медсестрами, а также искоренение расхождений в укомплектовании персоналом на всех уровнях системы здравоохранения по всей стране.**

Текущее кадровое планирование по-прежнему базируется на старых стандартах, разработанных в советское время (ОАПЗ, из неопубликованных наблюдений, 2014). В 2010 году Министерство инициировало пересмотр этих стандартов, чтобы сделать их применимыми к текущей реальности и условиям страны. На сегодняшний день, работа все еще продолжается, но некоторые проекты стандартов уже разработаны. В 2013 году Министерством было инициировано исследование, чтобы понять текущую ситуацию в сфере человеческих ресурсов (ЧР) в Таджикистане и определить основные пробелы, а также завершить начатую работу в 2010 г и разработать комплексную политику в этой области. Предварительные результаты оценки Министерства показали, что в период с 2009 по 2011 гг., количество врачебных должностей на уровне больницы возросло на 4,6%, тогда как количество сестринских позиций только на 1,4%. Тем не менее, фактическое количество медперсонала, работающего в лечебных учреждениях, – ниже – поскольку один человек может работать, к примеру, на 1,75 ставок или даже больше. В целом, отмечается нехватка квалифицированного мед.персонала как на амбулаторном, так и на стационарном уровнях. Большая часть медработников сосредоточена в городской местности. Молодые специалисты, недавно закончившие медицинские ВУЗы, как правило, не имеют хороших знаний и практических навыков, они предпочитают оставаться в городах, что приводит к неравномерному распределению медицинских кадров в стране.

Все проблемы, упомянутые выше, относятся также к медицинским работникам, работающим в области НИЗ, например кардиологам. Неравномерность в распределении кардиологов по стране – существенная – например, в г. Душанбе на 10 000 населения приходится 1,3 кардиолога, тогда как в районах, расположенных неподалеку от Душанбе, в сельской местности – на 10 000 населения только 0,09 кардиологов.

Несмотря на то, что семейная медицина была внедрена в 1998 году, в Таджикистане не хватает семейных врачей. Исследование, инициированное Министерством в 2012 г., было направлено на то, чтобы понять, насколько выпускники желают выбрать семейную медицину в качестве своей специализации. Результаты опроса показывают, что большинство выпускников предпочитают узкую специализацию и работу в больничном секторе, а также предпочтительно в городе; и это связано с низкой заработной платой семейных врачей, несоответствующими условиями их труда и плохими знаниями принципов семейной медицины. В действительности, выпускники считают, что курс по семейной медицине для студентов, который преподается на пятом или шестом курсе в ВУЗе - недостаточный,

а клиническая база для демонстрации работы семейного врача – не соответствует требованиям. Кроме того, в соответствии с данными этого исследования, кафедра семейной медицины Таджикского государственного медицинского университета не имеет в достаточном количестве квалифицированных преподавателей. Эти выводы соответствуют результатам оценки, сделанной в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ. По данным этого исследования, большинство семейных врачей не чувствуют себя уверенно в лечении НИЗ, в частности, сердечной недостаточности и сахарного диабета (см. Барьер 5).

Для решения вышеупомянутой проблемы, Министерством был разработан ряд стратегий, предусматривающих финансовые и нефинансовые стимулы. С 2010 года ежегодная заработная плата медицинского персонала, включая врачей и медсестер, существенно возросла (с 20% до 40%). Например, в апреле 2007 г. средняя заработная плата врача была 58,24 сомони, в 2008 году - 122,3 сомони, а в 2012 - 651 сомони. Что касается нефинансовых стимулов, то Министерство заключило договор с местными органами власти (хукуматами) по предоставлению определенных льгот молодым специалистам, например, выделение земельных участков и т.д., которые хотят переехать в сельскую местность. Кроме того, Министерством здравоохранения совместно с Таджикским медицинским университетом были разработаны новые правила, которые предусматривают, что выпускник медицинского ВУЗа по специальности «семейная медицина» должен отработать 3 года в сельской местности, прежде чем ему будет выдан на руки диплом об окончании ВУЗа. На самом деле, как показывают последние данные, такая политика привела к значительному увеличению количества молодых медицинских специалистов в сельской местности.

Министерство разработало политику для решения проблемы нехватки медсестер в стране. Образовательные программы по сестринскому уходу проводятся на уровне стационаров в областях с целью обеспечения квалифицированными медсестрами на местном уровне.

## **Барьер 11. Доступ к качественным лекарственным средствам**

**В Таджикистане применяется Перечень жизненно-важных лекарственных средств (ПЖВЛС) и лекарственный формуляр, который в целом, соответствует «Типовому перечню жизненно-важных ЛС ВОЗ» (ВОЗ, 2014). Доступ к качественным лекарственным средствам, в частности, на амбулаторном уровне и для лечения хронических заболеваний, все еще ограничен, и это является основной причиной наличных выплат «из кармана» домохозяйств (Ильза Айзилниес, Европейское региональное бюро ВОЗ, из неопубликованных данных, 2013).**

В соответствии со стратегией НСЗН, основным приоритетом в области ЛС является рациональное использование ЛС, включая рациональный выбор, укрепление нормативно-правовой базы, регулирующей гуманитарную помощь, поскольку 47% всех ЛС в Таджикистане обеспечиваются за счет гуманитарной помощи, и укрепление нормативно-правовой базы по обеспечению качества ЛС.

ПГГ и Постановление Правительства № 600 предусматривает обеспечение ЛС при оказании неотложной помощи, ЛС на уровне стационара и для диагностики, а также в очень ограниченных объемах для некоторых категорий населения на амбулаторном уровне (например, ветеранам II Мировой войны, инвалидам I и II группы, детям до 5 лет, и т.д.). В реальности, единственное, что охвачено полностью – это неотложная помощь. Больным в стационарах, в большинстве случаев, приходится покупать лекарства, поскольку большинству больниц не удается покрыть даже часть ЛС из ПГГ. Это обусловлено ограниченным уровнем бюджетного финансирования и отсутствием прозрачности при закупках. Кроме того, во время исследования по

уровню использования услуг ПМСП, около 94 % опрошенных пациентов сообщили, что они сами полностью платили за ЛС, покупая их в аптеках, несмотря на то, что они относятся к льготной категории в соответствии с ПГГ или ПП№600. Только 6% опрошенных пациентов сообщили, что они купили ЛС в центральной городской аптеке по «бесплатному рецепту», выписанному их семейным врачом.

В ходе исследования по обращаемости в ПМСП семейные врачи отмечали, что местные органы власти (хукуматы) переводят небольшую сумму средств в центральную городскую аптеку, где льготные категории могут приобрести бесплатно определенные ЛС, однако эти средства настолько ограничены, что семейные врачи не могут выписывать бесплатные рецепты льготникам. Кроме того, несколько семейных врачей отметили, что бывают случаи, когда руководители медицинских центров выписывают «бесплатный рецепт» лицам, которые не имеют права на получение льгот в рамках ПГГ или ПП№600, по социально-экономическим характеристикам.

Уровень НВКД за ЛС возрастает, и, в настоящий момент, составляет 94% всех наличных выплат, связанных с медицинской помощью в Таджикистане (ВОЗ, 2011). С 2012 года был введен НДС на ЛС (в среднем 29%). В настоящий момент, с Министерством финансов ведутся интенсивные переговоры об освобождении жизненно-важных лекарственных средств (ЖВЛС) от уплаты НДС. Несмотря на некоторые расхождения в кодировке лекарств в национальных регистрах (в соответствии с Анатомо-терапевтическо-химической классификацией, рекомендованной ВОЗ, которая применяется всеми национальными органами, ответственными за регулирование ЛС (Центр сотрудничества ВОЗ по методологии статистики лекарственных средств)) и в регистре для международной торговли, страна все же смогла добиться некоторого прогресса. Результаты исследования (ВОЗ/Международное исследование по вопросам здоровья (HAI)), в ходе которого изучаются физическая и финансовая доступность ЛС, цены и компоненты цен, и которое проводится в настоящий момент, могут быть использованы для переговоров с Министерством финансов в отношении освобождения ЖВЛС от НДС.

Несмотря на то, что Министерство здравоохранения и социальной защиты населения регулярно проводит мониторинг цен на ЛС, эти данные, повсей видимости, используются больше в коммерческих целях дистрибьюторов фармацевтических компаний, а не для установления цен на внутреннем рынке. Полное отсутствие общедоступной информации о розничных и оптовых ценах представляет собой проблему для пациентов и дистрибьюторов.

Закупка лекарств и изделий медицинского назначения осуществляется децентрализованно, но большинство больниц осуществляют закупки ЛС через Государственное агентство по закупкам, которое занимается закупкой не только медикаментов, но и всех других товаров для других секторов, не только для здравоохранения. Данный механизм закупок на самом деле не является единым механизмом проведения закупок, поэтому он не улучшает доступ к ЛС. Также существует механизм проведения Централизованных государственных закупок, который применяется только для хранения и отпуска лекарственных средств в рамках различных гуманитарных программ. Это Агентство создавалось для осуществления централизованных закупок, чтобы получить более выгодные цены на ЛС, однако отсутствие необходимой нормативно-правовой базы и лекарственной политики ограничивает выполнение его функций.

Существует последовательный порядок разработки и обновления Перечня жизненно важных лекарственных средств (ПЖЛВС), который создается на основе МНН (генерических наименований) и регулярно обновляется в качестве основы для проведения закупок на госпитальном уровне. Тем не менее, в настоящее время, оказывается большое давление в целях включения в данный перечень ЛС под торговыми наименованиями, что является следствием активной рекламной деятельности производителей. Центр

ДМ при Таджикском государственном медицинском университете играет ключевую роль в рабочей группе по обновлению ПЖВЛС. К сожалению, данный процесс не связан с разработкой и обновлением клинических руководств и протоколов, которые, в основном, разрабатывались в рамках различных проектов. (Н. Саутенкова, Европейское региональное бюро ВОЗ и С. Исупов, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, неопубликованные наблюдения, 2013).

У поставщиков нет стимула выписывать лекарства из национального ПЖВЛС; в реальности, большинство поставщиков не имеют копии ПЖВЛС и не знакомы с его содержанием. Пациенты с определенными заболеваниями или категориями инвалидности (например, ССЗ, диабет) имеют право на бесплатные ЛС из ограниченного формуляра, но даже этим пациентам зачастую приходится оплачивать либо частично, либо полностью за свои лекарства. Миссия по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ показала, что только 5-6% пациентов, пролечившихся на уровне Республиканского центра эндокринологии, получили гипогликемические средства бесплатно; аналогично, только 0,5-0,6 % пациентов с сахарным диабетом 1-го типа смогли бесплатно получить инсулин. Пациенты, которые покупают инсулин и другие сахаро-понижающие препараты, тратят ежедневно около \$0,68 и \$0,35 соответственно. Ежемесячно, они расходуют 167% (на инсулин) или 105% (на препараты, понижающие уровень сахара) от минимальной заработной платы на эти лекарства. Таким образом, предоставление инсулина и других сахаро-понижающих препаратов для больных сахарным диабетом зависит от гуманитарной помощи со стороны международных организаций-партнеров. Пациенты с ССЗ должны платить сами за антигипертензивные препараты, статины и т.д., поскольку эти препараты не финансируются из государственного бюджета.

Что касается положительной динамики, исследование практики назначения ЛС на уровне ПМСП показывает, что генерические наименования ЛС назначаются в 68-70% случаев, что связано с последовательным продвижением назначения генериков в программах до-дипломной подготовки и непрерывного медицинского образования (Н. Саутенкова, Европейское региональное бюро ВОЗ, и С. Исупов, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, неопубликованные наблюдения, 2013). Это также отражает тот факт, что большинство ЛС в Таджикистане - генерики. В стране имеются обновленные протоколы по лечению ГБ, которые не соответствуют передовой международной практике и не включают ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента в качестве терапии первого ряда (Хил и Смит, 2005). Терапия первого ряда представлена амлодипином, который стоит дорого, что соответственно влияет на доступность препарата.

## **Барьер 12. Эффективное управление**

**Министерство здравоохранения добилось определенного прогресса в обеспечении управленческой и финансовой автономии учреждений здравоохранения. Однако, после упразднения районных управлений здравоохранения в конце 2012 года, отсутствие ясности в отношении подотчетности между ПМСП и больницами создает дополнительный барьер в координации работы системы здравоохранения на уровне района.**

В то время как Министерство несет ответственность за регулирование и управление работой поставщиков медицинских услуг, включая определение условий работы медицинских работников и уровень их заработной платы, местные органы власти (хукуматы) также участвует в управлении работой районных/городских лечебно-профилактических учреждений, определяя кандидатуры руководителей учреждений здравоохранения, которые затем утверждаются Министерством. Медицинские

учреждения регулярно отчитываются как перед Министерством, так и перед хукуматами, в то время как медицинские учреждения третичного уровня работают под непосредственным руководством Министерства.

Появилась возможность добиться определенного прогресса в получении управленческой и финансовой автономии теми медицинскими учреждениями, которые оказались способны к получению собственного дохода в соответствии с ПП№600. Однако, в ходе внедрения реформ в области финансирования здравоохранения, то есть при переходе к новым механизмам финансирования поставщиков и аккумулярованию средств на областном уровне, они сталкиваются с сопротивлением в последние годы.

Координация работы медицинских учреждений на областном уровне осуществляется областными управлениями здравоохранения, которые отчитываются перед Министерством по показателям эффективности работы, в том числе показатели здоровья, и подают финансовую отчетность в областные управления финансов. До 2012 года, деятельность медицинских учреждений на районном и сельском уровнях координировалась районными управлениями здравоохранения, которые подчинялись Министерству и районной администрации (хукуматам). В конце 2012 года, районные управления здравоохранения были упразднены по решению Правительства Республики Таджикистан, что привело к проблемам в координации деятельности районных медицинских учреждений (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2013). Чтобы решить данную проблему, в 2013 году Министерством было разработано несколько сценариев координации работы поставщиков на районном уровне. Например, было предложено, чтобы координация осуществлялась руководителем учреждения ПМСП на районном уровне или центральной районной больницы, однако окончательное решение пока не принято.

В целом, общие управленческие навыки на уровне медицинских учреждений нуждаются в усовершенствовании. Стратегия НСЗН призывает к усовершенствованию управления на уровне лечебных учреждений, в том числе мониторинг и оценка (МиО) результатов их деятельности. С целью улучшения планирования работы в медицинских учреждениях, а также для повышения управленческого потенциала руководителей учреждений ПМСП, с 2005 г. Министерством и партнерами по развитию на пилотной основе внедряется инструмент бизнес-планирования. Данный инструмент уже используется учреждениями ПМСП в шести районах страны. После получения результатов оценки работы этого инструмента в шести пилотных районах, Министерство намерено постепенно распространить процесс бизнес-планирования на остальную часть страны (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2013).

## **Барьер 13. Соответствующие информационные системы**

**Медико-информационная система, унаследованная от Советского Союза, характеризуется избыточным количеством данных, которые невозможно использовать для лечения пациентов или организации услуг, а также для разработки политики, за исключением последних нескольких лет.** НСЗН обеспечивает общее руководство с конкретными задачами в области мониторинга состояния здоровья населения, качества медицинской помощи, показателей здоровья и справедливости в показателях здравоохранения; повседневную помощь медицинским работникам в ведении медицинской документации и другой клинической отчетности; и своевременное предоставление информации по эпидемическим вспышкам и другим мероприятиям дозорного эпиднадзора, и т.д.

Республиканский центр медицинской статистики и информации (РЦМСИИ) отвечает за координацию сбора медицинских данных, составление и выпуск ежегодного

издания по медицинской статистике. Медицинская информация собирается на уровне поставщиков медицинской помощи с помощью стандартного набора форм. Поставщики первичной медицинской помощи, включая узких специалистов на сельском уровне (сельские медицинские центры) и районных медицинских центров, заполняют эти формы вручную и представляют их в отдел медицинской информации на уровне районной больницы, и на этом этапе формы вводятся в компьютер вместе с другими формами, собранными больницами. После этого все формы в электронном виде передаются в областной медико-информационный отдел при областном управлении здравоохранения. Поставщики ПМСП, включая узких специалистов на городском уровне (городские поликлиники), предоставляют свои формы, заполненные вручную, непосредственно в областные (региональные) медико-информационные отделы при областном управлении здравоохранения. Областное управление здравоохранения объединяет все эти формы в один документ и подает в областной отдел РЦМСИИ. Областные отделы РЦМСИИ осуществляют проверку качества заполнения форм, однако это делается нерегулярно, и качество этой работы оставляет желать лучшего (отсутствуют стандартные процедуры по проверке качества статистических данных) (Жан-Ричард; 2010).

Признается тот факт, что медицинские работники перегружены заполнением различных форм отчетности (42 формы), и довольно часто собранные данные не используются надлежащим образом. Например, несмотря на то, что медработники регулярно собирают всю необходимую информацию, данные по причинам смертности по типам ССЗ, таким как ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные или гипертонические заболевания, не доступны в ежегодном издании по медицинской статистике. В ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ было замечено, что состояние пациента, включая факторы риска ССЗ, не регулярно фиксируется в амбулаторной карточке больного на уровне ПМСП.

Структура мониторинга и оценки НСЗН включает в себя несколько индикаторов по ССЗ и другим НИЗ (диабет, онкология, дорожно-транспортный травматизм и т.д.); эти индикаторы недавно вошли в структуру МиО, пересмотренную в 2013 г. (см. «Барьер-14»). Кроме того, в настоящее время, РЦМСИИ пересмотрены формы отчетности, обязательные для заполнения поставщиками медицинских услуг; а для снижения загруженности отчетностью и обеспечения большей функциональности сбора данных их число было сокращено до 28 форм.

Контроль качества данных осуществляется РЦМСИИ один раз в год вместе с областным отделом медицинской статистики, однако данная работа нуждается в совершенствовании. Несколько работников ПМСП подчеркнули тот факт, что если старый человек умер дома, довольно часто он/она регистрируются как умершие от ишемической болезни сердца, а поскольку родственники не разрешают делать вскрытие в силу сложившихся традиций, то уровень смертности от ишемической болезни сердца может быть завышен. В Таджикистане, до настоящего времени, не проводились рутинные опросы населения по факторам риска НИЗ, уровню использования медицинской помощи и показателям.

## **Барьер 14. Управление переменами**

**Правительство Республики Таджикистан и Министерство здравоохранения решительно настроены на осуществление преобразований в системе здравоохранения Таджикистана, что очень четко отображается в различных официальных документах, таких как «Стратегия сокращения бедности в Республике Таджикистан на 2009-2012 годы», после которой была принята еще одна «Стратегия улучшения благосостояния населения Республики Таджикистан на 2013-2015 годы», «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010 – 2020» и т.д. (Правительство Республики Таджикистан, 2010; 2013c; 2013d).**

С 2002 года Министерством начато проведение ряда комплексных реформ в секторе здравоохранения, поскольку доступ к услугам здравоохранения был ограничен, и это привело к ухудшению показателей здоровья населения. Кроме того, необходимость внедрения изменений в секторе здравоохранения была обусловлена резким снижением объема финансирования сектора после распада Советского Союза и гражданской войны. В 2010 году, Министерством здравоохранения в сотрудничестве с другими министерствами и ведомствами, партнерами по развитию и гражданским сообществом впервые была разработана и принята комплексная стратегия НСЗН, основанная на приоритетах «*Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период 2005 – 2015 гг.*» (Правительство Республики Таджикистан; 2005а) и «*Стратегии сокращения бедности в Республике Таджикистан на 2009-2012 годы*» (Правительство Республики Таджикистан; 2013d). НСЗН определяет основные приоритеты развития сектора здравоохранения по четырем компонентам: управление, финансирование здравоохранения, ресурсы и предоставление услуг, причем профилактика НИЗ является одним из приоритетов этой стратегии. Затем, в 2013 году была разработана и утверждена «*Стратегия по профилактике и борьбе с НИЗ в Республике Таджикистан на 2013-2023 гг.*» (Правительство Республики Таджикистан; 2013b).

Неотъемлемой частью НСЗН является разработанная структура МиО, позволяющая отслеживать прогресс и оценивать воздействие мероприятий, направленных на достижение целей НСЗН. Совместный ежегодный обзор позволяет проводить анализ достижений и проблем, с которыми пришлось столкнуться в ходе реализации НСЗН, и завершается проведением саммита по здравоохранению, где предлагаются и обсуждаются корректирующие действия. Совместный ежегодный обзор и саммит по здравоохранению проходят с участием ключевых заинтересованных сторон, включая представителей Аппарата Премьер-министра и Администрации Президента; отраслевых министерств, таких как Министерство финансов и Министерство труда; руководителей областных управлений здравоохранения и руководителей медицинских учреждений; партнеров по развитию и организаций гражданского общества.

Набор индикаторов служит доказательством эффективного принятия решений. Ежегодно осуществляется сбор и анализ данных. В 2013 году был пересмотрен пакет индикаторов, и их количество было сокращено с 218 до 99, включая 11 индикаторов влияния, 14 индикаторов следствия и 74 индикаторов результата, с помощью которых отслеживается реализация мероприятий по каждому компоненту (ОАПЗ, 2013d). Партнеры по развитию признали, что Министерство здравоохранения и социальной защиты населения, постепенно наращивает использование доказательств в принятии решений, которые служат информационной основой для разработки политики. С целью укрепления потенциала по формированию политики на основе доказательств внутри Министерства и консультирования по вопросам политики здравоохранения в целях реализации реформ здравоохранения, в Министерстве, при поддержке партнеров по развитию, был сформирован Отдел анализа политики здравоохранения (ОАПЗ) в 2007 году.

Местные органы власти (областные управления здравоохранения и хукуматы) и поставщики медицинских услуг на областном уровне принимают активное участие в реализации НСЗН и процессе МиО. Мероприятия по повышению потенциала и обсуждение вопросов реформирования системы здравоохранения в стране или за рубежом также способствуют прогрессу в реформировании системы здравоохранения в Таджикистане.

## **Барьер 15. Обеспечение доступа к медицинской помощи и финансовая защита**

**В целом, доступ к услугам здравоохранения, по-прежнему, ограничен, несмотря на усилия, предпринимаемые Министерством в последние десятилетия** (Всемирный банк, 2013b; ОАПЗ, 2013а; Всемирный банк, 2011).

Государственные расходы на здравоохранение как доля от общих расходов на здравоохранение немного возросли за период с 2007- по 2011 гг. Однако их доля остается достаточно низкой в абсолютном и относительном выражении. На частные расходы приходится самая большая доля общих расходов здравоохранения; в 2012 г. доля НВКД составила 62,5% (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2013 г). Расходы на ЛС составляют около одной трети (28%) НВКД (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2013). В ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ, пациенты сообщили, что одной из причин, по которой они не были госпитализированы является отсутствие денег: «... если Вы находитесь в больнице, вам нужно платить почти за всё - врачам, за медикаменты, за диагностические и лабораторные анализы, поэтому я предпочитаю оставаться дома и платить только за лекарства».

В целях обеспечения равного доступа к услугам здравоохранения и формализации неофициальных платежей, Министерством здравоохранения были инициированы две стратегии: ПГГ и Постановление правительства № 600 для уязвимых групп и введения официальной со-оплаты для других групп населения (см. «Барьер-2»). Обе стратегии направлены на улучшение доступа к медицинским услугам для уязвимых групп населения.

В период с 2007 по 2013 гг., Министерством было проведено четыре исследования по оценке финансового бремени пациентов, обращающихся за медицинскими услугами. Полученные результаты оценки воздействия ПГГ на финансовое бремя пациентов на уровне стационаров носят достаточно противоречивый характер. После внедрения ПГГ, доля пациентов, производящих выплаты за медицинские услуги, несколько снизилась в пилотных районах, где внедряется ПГГ, по сравнению с контрольными районами. Тем не менее, средняя сумма выплат, произведенных пациентами, возросла более чем в два раза за тот же самый период времени. Несмотря на положительную динамику, внедрение ПГГ не совсем достигло одной из главных своих целей – снижения финансового бремени пациентов на госпитальном уровне. Это связано с тем, что схема со-оплаты заменила лишь некоторые элементы расходов, а не всю сумму неофициальных платежей (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 2013).

Высоко-специализированные услуги в государственных медицинских учреждениях, таких как Республиканский центр кардиологии и Городская клиническая больница г. Душанбе, предоставляются на основании Постановления правительства № 600, которое регулирует официальные платные услуги. Например, официальная стоимость имплантации стента составляет около 5 000 сомони (около \$1 000). Такая сумма не по карману большинству населения, поскольку средняя зарплата в Таджикистане в 2013 составляла 621,26 сомони, что эквивалентно примерно \$129 (Государственное агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013). При этом, пациенты с низким социально-экономическим статусом могут бесплатно имплантировать стент, при условии получения предварительного разрешения Министерства здравоохранения. Узкоспециализированные услуги по лечению ССЗ оказывают также в частном секторе. Есть несколько частных клиник, но только в ирано-таджикской больнице “Сино” в г. Душанбе имеется специализированное кардиологическое отделение, и которая оказывает общие стационарные услуги по лечению ССЗ, а также высокоспециализированные услуги, такие как стентирование. Государственное агентство по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства отвечает за регулирование цен в частных лечебных учреждениях. По мнению большинства пациентов, высказанному в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ, «... цены в частных клиниках примерно в два раза выше, чем в государственных учреждениях. Например, в частных клиниках в Таджикистане стоимость стента колеблется от \$2 500–до \$5 000». Кроме того, узкие специалисты в частных амбулаторных клиниках предоставляют амбулаторное лечение ССЗ как один из видов их стандартных услуг.

## 4. Инновации и передовой опыт

В данном разделе описывается передовой опыт и инновации в системе здравоохранения с подтверждением их влияния на основные услуги и показатели, связанные с НИЗ. В Таджикистане, отличительным и документально подтвержденным передовым опытом является система **непрерывного повышения качества** (НПК), которая впервые была пилотирована в г. Душанбе в 2009 г. для решения проблем в выявлении и лечении ГБ.

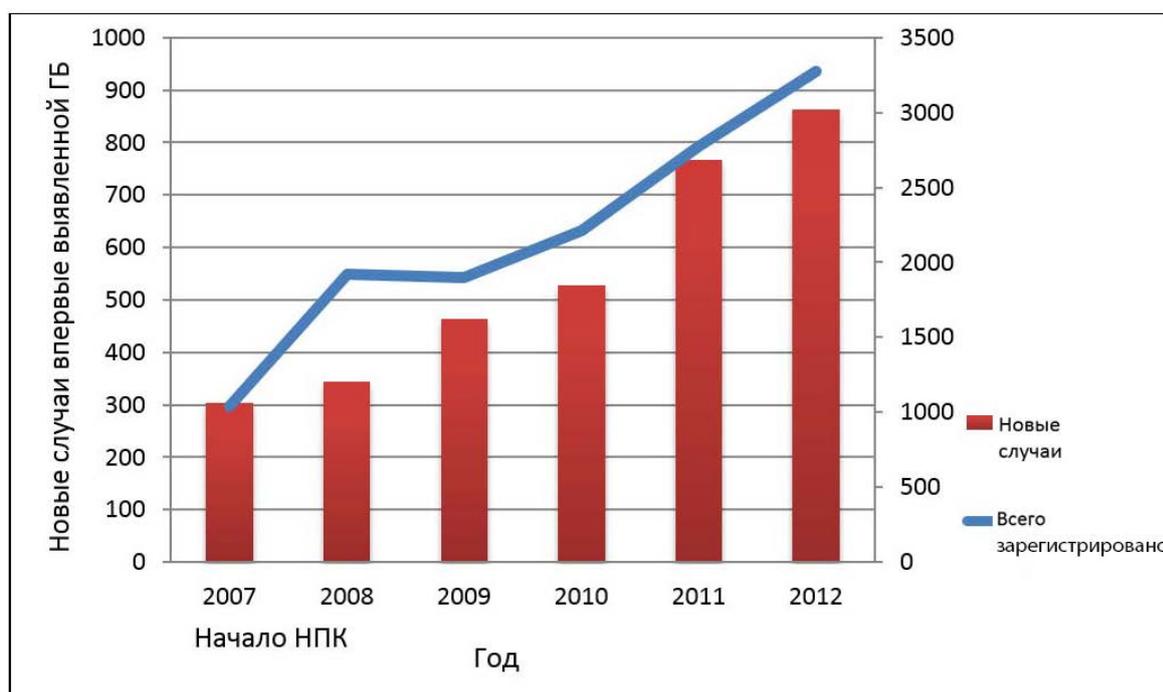
В 2011 году, менеджеры из Городского центра семейной медицины прошли подготовку по непрерывному повышению качества при поддержке Проекта ЮСАИД «Качественное здравоохранение». Эта группа, в свою очередь, провела обучение для координаторов по повышению качества в каждом из семи городских центров здоровья. Команды по повышению качества в каждом центре ежемесячно проводили аудит по 10 индикаторам, связанным с ГБ, а также встречались со всеми работниками учреждений здравоохранения, чтобы обсудить результаты и разработать планы действий. Такой подход привел к улучшениям в ключевых ресурсах, навыках поставщиков, соблюдении врачами стандартов лечения, отраженных в национальном клиническом руководстве по ГБ.

В целом, эти вмешательства привели к повышению числа лиц, поставленных на учет с ГБ на 48% из общего числа зарегистрированных больных за период с 2010 по 2012 гг. (Рис.10).

В период с 2012 по 2013 гг., команды по повышению качества, прошедшие обучение, расширили охват своей работы в семи Центрах семейной медицины г. Душанбе, включая следующее:

- изменение потока пациентов и обязательное для всех посетителей обследование, проводимое медсестрой (в т.ч. измерение артериального давления и индекса массы тела);
- повышение квалификации под руководством врача-офтальмолога для укрепления навыков семейных врачей в проведении обследования глазного дна;
- проведение внутренних аудитов с индивидуальной обратной связью в отношении соблюдения стандартов оказания медицинской помощи.

**Рис. 10. Выявление ГБ, Центр здоровья №2 г. Душанбе, 2007–2012 гг.**



В результате, 91-му проценту посетителей в семи городских центрах здоровья г. Душанбе, было измерено артериальное давление медсестрой перед посещением врача или узкого специалиста (Таблица 5). Для достижения этого результата, был изменен поток пациентов, были созданы кабинеты доврачебного осмотра во всех учреждениях, и все данные тщательно фиксировались. В целом, был улучшена регистрация факторов риска ССЗ. В Приложении 5 демонстрируется улучшение в предоставлении услуг по ранней профилактике ССЗ на уровне ПМСП, таких как, правильное измерение артериального давления и консультирование по изменению образа жизни, а также других мер, которые последовали за введением услуг по НПК в 7 учреждениях ПМСП в г. Душанбе.

Эти вмешательства связаны с положительными тенденциями в раннем выявлении факторов риска ССЗ с помощью измерения артериального давления, ИМТ, проведения ЭКГ, а также других вмешательств, позволяющих семейным врачам своевременно и правильно лечить ССЗ. Хотя факты показывают, что раннее выявление факторов риска ССЗ в конечном итоге приводит к улучшению результатов по НИЗ, все же необходимо провести более глубокий анализ этого передового опыта в Таджикистане, чтобы продемонстрировать воздействие этих положительных результатов на показатели по НИЗ.

**Таблица 5. Инициативы по усовершенствованию работы через НПК на примере ГБ, г. Душанбе**

Проблема	Базовый индикатор	Примеры вмешательств	Индикатор после внедрения
Редко измеряется артериальное давление пациентам	6%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создание кабинетов доврачебного осмотра</li> <li>Изменение потока пациентов, чтобы все больные проходили через смотровой кабинет, прежде чем попасть к врачу ПМСП или узкому специалисту</li> <li>Внесение всех данных пациента в регистрационные журналы в смотровых кабинетах</li> </ul>	91%
Ограниченный учет факторов риска ССЗ у больных ГБ	ИМТ: 19% Офтальмоскопия: 43% Уровень глюкозы в крови: 43% Белок в моче: 66% ЭКГ: 34%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Включение расчета и записи ИМТ во время доврачебного осмотра в должностные обязанности медсестры</li> <li>Повышение квалификации поставщиков ПМСП по офтальмоскопии (под руководством офтальмолога)</li> <li>Закупка биохимического анализатора для улучшения доступа к важнейшим лабораторным исследованиям (уровня глюкозы в крови, холестерина, калия)</li> <li>Оснащение поставщиков на уровне ПМСП базовым медицинским оборудованием (при финансировании Проекта ЮСАИД «Качественное здравоохранение»)</li> </ul>	ИМТ: 65% Офтальмоскопия: 80% Уровень глюкозы в крови: 68% Белок в моче: 87% ЭКГ: 77%
Слабое соблюдение стандартов лечения	25%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проведение ежемесячных аудитов и предоставление замечаний и предложений по работе поставщика с целью усиления соблюдения стандартов</li> </ul>	87%

## 5. Рекомендации по вопросам политики

В Таджикистане происходят важные преобразования в области контроля инфекционных заболеваний (туберкулеза, ВИЧ/СПИДа, вакцино-управляемых инфекций), профилактики и борьбы с НИЗ (введение клинических руководств и стандартов, пропаганда здорового образа жизни); в госпитальном секторе - внедрение высокотехнологичной стационарной помощи; а также в области лекарственной политики, кадрового управления и управления системой здравоохранения. Однако, несмотря на положительную динамику, требуется еще дополнительная работа, где приоритетными задачами необходимо поставить - улучшение показателей здоровья населения, усиление защиты населения от финансового риска, повышение качества и доступности медицинских услуг, сокращение избыточных мощностей в больничном секторе и укрепление ПМСП, повышение уровня государственных расходов на здравоохранение и ускорение темпов реформирования системы финансирования здравоохранения.

По результатам проведенной оценки, представленным в настоящем отчете, и обсуждений на конференции по валидации (проверке) полученных данных, состоявшейся в ноябре 2013 года с участием ключевых заинтересованных сторон, было предложено три рекомендации.

1. Улучшение доступности и качества индивидуальных медицинских услуг с целью улучшения ситуации с НИЗ.
2. Усиление вмешательств, проводимых на уровне населения, особенно в отношении питания, с целью улучшения ситуации с НИЗ.
3. Дальнейшая поддержка и усиление механизмов управления в области НИЗ.

### 5.1 Улучшение доступности и качества индивидуальных услуг с целью улучшения ситуации с НИЗ.

Для улучшения доступности индивидуальных услуг с целью улучшения показателей по НИЗ, рекомендуется выполнение следующих действий:

- Разработать и внедрить клинические протоколы, основанные на доказательной медицине, включая интеграцию важнейших вмешательств, направленных на борьбу с НИЗ (ВОЗ, 2010).
- Усилить институт семейной медицины и координацию между ПМСП, вторичным и третичным уровнем медицинских услуг.
- Обеспечить доступ к недорогостоящим и качественным ЛС.
- Создать сообщества пациентов и наделять их правами и возможностями.

Для разработки и внедрения клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, включая интеграцию Комплекса важнейших мер по НИЗ (ПЭН/PEN), необходимо выполнение определенных действий.

- Проанализировать клинические протоколы по лечению ССЗ и внедрить пересмотренные протоколы на всех уровнях предоставления медицинских услуг в стране. Они должны быть систематизированы и скоординированы между первичным, вторичным и третичным уровнями предоставления услуг.
- Разработать и внедрить четкие методические указания, определяющие уровень учреждения (первичного, вторичного, третичного звена) для перенаправления пациента с установленным диагнозом на лечение.

- Разработать и внедрить траекторию движения пациента для лечения НИЗ на всех уровнях предоставления услуг, включая четкое определение ролей первичного, вторичного и третичного уровней медицинской помощи.
- Продолжить интеграцию и постепенно расширять осуществление комплекса важнейших вмешательств по лечению и профилактике НИЗ, которые уже начаты на уровне ПМСП (ВОЗ, 2010).
- Усилить роль Государственной службы по надзору за медицинской деятельностью в процессе оценки качества предоставляемых услуг на всех уровнях и в соответствии с нормативными требованиями Министерства.

Для усиления института семейной медицины и координации медицинской помощи между первичным, вторичным и третичным уровнем услуг, необходимо выполнение определенных шагов:

- Усилить существующую постдипломную подготовку (Программа переподготовки семейных врачей и курс повышения квалификации для семейных врачей) путем укрепления имеющейся клинической базы, на которой демонстрируется работа семейного врача, а также повысить число практических занятий по семейной медицине. Кроме того, следует расширить курсы обучения, чтобы врачи могли проводить широкий спектр вмешательств.
- Усовершенствовать существующие программы по переподготовке узких специалистов в семейных врачах, включая проведение большего числа практических занятий. Это позволит врачам лечить различные заболевания, включая НИЗ.
- Усилить роль медсестер в предоставлении определенных услуг населению; поскольку они посещают больных на дому, то они имеют больше возможностей, по сравнению с врачом, осуществлять простой осмотр больного (измерять артериальное давление, сделать прививку, и т.д.) и записать жалобы пациента, которые затем будут доводиться до сведения семейного врача.
- Продолжить практику нефинансового стимулирования молодых специалистов (предоставление земельных участков) и рассмотреть, по возможности, другие виды стимулов.
- Обеспечить постепенное расширение ПГГ по всей стране, чтобы повысить роль семейных врачей; то есть пациентам будет необходимо получить направление на госпитализацию от семейного врача, в противном случае им придется выплачивать всю сумму за лечение в стационаре. Существующая практика показывает, что такая политика работает в тех районах, где внедряется ПГГ.
- Улучшение координации между первичным и вторичным уровнями предоставления услуг путем усиления взаимодействия между этими уровнями.

Для обеспечения доступа к ЛС по низкой цене, рекомендуются следующие действия:

- Проводить периодический пересмотр существующего ПЖВЛС, и придать ему большую значимость при разработке клинических протоколов для лечения НИЗ. В этом контексте, следует усилить роль Центра ДМ при Таджикском государственном медицинском университете. Сформировать лекарственно-терапевтический комитет для координации разработки клинических руководств и протоколов и их регулярного обновления.
- Обеспечить централизованные закупки более дорогостоящих и часто назначаемых лекарственных средств для стационарных больных с определенными ССЗ (например, с инфарктом миокарда, инсультом и т.д.).
- Разработать и внедрить регулярный процесс МиО практики назначения ЛС на всех уровнях предоставления услуг.
- Разработать учебный план и другие мероприятия по наращиванию потенциала в таких областях, как контроль качества (лабораторий) и функция проверки ЛС.
- Создание механизмов функциональной системы фармаконадзора и системы сбора жалоб на качество лекарственных средств.
- Совместно с Министерством финансов изучить вопрос освобождения ЛС, вошедших в список ПЖВЛС, от НДС.

Для формирования и расширения возможностей организаций пациентов, рекомендуется выполнение следующих действий:

- Продолжить оказание поддержки и усиление работы существующих «клубов гипертоников», и вовлекать пациентов в работу различных государственных комитетов, принимающих участие в борьбе с НИЗ (см. «Барьер-3»).
- Поддерживать создание ассоциаций для других групп пациентов, таких как больные диабетом, и т.д.
- Привлекать неправительственные организации, активно вовлеченные в борьбу и профилактику НИЗ.

## **5.2 Усиление вмешательств по НИЗ, осуществляемых на уровне населения, в частности, по улучшению питания.**

В Республике Таджикистан имеются возможности для улучшения показателей по НИЗ путем осуществления экономически целесообразных вмешательств на уровне населения.

- Определить масштаб мероприятий (объем, финансирование) по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, реализуемых через индивидуальные услуги.
- Интегрировать надзор за НИЗ, включая надзор за факторами риска в стандартную медико-информационную систему.
- Акцентировать внимание на укреплении здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового питания на уровне населения как на приоритетной задаче, а затем пропагандировать физическую культуру, усилить борьбу с табакокурением и ввести запрет на рекламу алкоголя.
- Охватить группы людей и лица с высоким риском развития неинфекционных заболеваний вмешательствами по профилактике и контролю НИЗ.
- Утвердить, а затем реализовать национальный план действий по борьбе с табакокурением.
- Усилить реализацию «Закона об ограничении использования табачных изделий».
- Назначить координатора для контроля за осуществлением «Закона об ограничении использования табачных изделий».
- Обеспечить соблюдение требований по размещению предупреждений о вреде табака на упаковках и ввести запрет на рекламу табачной продукции. Предупреждения о вреде курения на пачках сигарет очень малы по размеру и трудно читаемые, причем содержат только одно предложение - «Курение вредит вашему здоровью» - на таджикском языке с одной стороны, и на русском языке с другой.
- Создать зоны, свободные от курения, в общественных местах; например, в ресторанах должны быть места для некурящих, и в гостиницах - номера для некурящих.
- Повысить акцизный налог на табачные изделия.

## **5.3 Дальнейшая поддержка и усиление механизмов управления**

Таджикистан имеет прочную основу для политики, отражающей политические обязательства по профилактике и борьбе с НИЗ. Основная задача, которая стоит перед страной, заключается в преобразовании этой законодательной базы в действия по повышению эффективности, особенно, в отношении ССЗ, диабета и онкологии. Для реализации национальных стратегий и планов действий по борьбе и профилактике НИЗ следует изучить эффективные механизмы меж-секторального взаимодействия.

Рекомендуется создать межведомственный координационный механизм для контроля за осуществлением национального плана действий по НИЗ. Данный механизм будет способствовать продвижению, сотрудничеству и координации между различными секторами для достижения улучшения показателей по НИЗ. Недавняя ратификация РКБТ ВОЗ может послужить отправной точкой и наглядным подходом к решению проблемы НИЗ, связанной с социальными детерминантами. Одной из основных проблем устойчивости такого механизма является отсутствие достаточного финансирования на государственном уровне. Следует рассмотреть возможность реализации инновационных и традиционных механизмов финансирования здравоохранения (например, налогообложение, партнерство государственного и частного секторов, микро-вклады, и др.) в качестве варианта решения этой проблемы.

Следует также вовлекать профессиональные медицинские ассоциации, поскольку они играют важную роль в улучшении показателей по НИЗ, пропагандируя важность учета этой проблемы в процессе принятия решений, обеспечивая качество медицинских услуг и развивая кадровые ресурсы системы здравоохранения. Тем не менее, данная оценка показала, что профессиональные медицинские ассоциации не настолько сильны в Таджикистане.

Кроме того, рекомендуется провести анализ индикаторов МиО НСЗН для улучшения мониторинга и оценки показателей по НИЗ (заболеваемости и смертности). Этот обзор должен акцентировать внимание на вопросы справедливости в вопросах здоровья и социальные детерминанты здоровья, включая факторы риска НИЗ и показатели по НИЗ, а также служить ориентиром для разработки и адаптации политических ответных мер.

Кроме того, рекомендуется унифицировать доступ льготных категорий к качественным услугам, в соответствии с положениями ПГГ и Постановления Правительства №600 – в рамках одной программы, используя возможность включения больных ССЗ в ПГГ как одну из льготных категорий.



# Библиография<sup>7</sup>

Балабанова Д, Миллс А, Конте Л, Акказиева Б, Батегра Н, Дэш и др. (2013). «Хорошее здоровье при низких затратах в течение 25 лет: уроки для будущего укрепления систем здравоохранения». Лансет 381: 2118-33. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (12) 62000-5.

Брауэрс М, Хо МЕ, Броумэн Г.П, Бургерз Д, Клузо Ф, ФедерГ и др. (2010). Консорциум по следующим шагам инструмента AGREE (2010). AGREE II: Продолжение разработки методических указаний, отчетности и оценки системы здравоохранения. Can Med Assoc J. 182:E839–42. doi: 10.1503/cmaj.090449.

Всемирный банк (2011). Таблица с данными «Справедливость в вопросах здоровья и финансовая защита»: Таджикистан. Вашингтон: Группа Всемирного банка(<http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/01/17571187/health-equity-financial-protection-datasheet-tajikistan>).

Всемирный банк (2013а). «Исследование по измерению уровня жизни», 2003, 2007, 2009. В: Всемирный банк [веб-сайт]. Вашингтон (округ Колумбия): Группа Всемирного банка ([http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/lsmr#\\_r=1410463673808&collection=&country=&dtype=&from=2003&page=1&ps=&sk=Tajikistan&sort\\_by=nation&sort\\_order=&to=2010&topic=&view=s&vk=](http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/lsmr#_r=1410463673808&collection=&country=&dtype=&from=2003&page=1&ps=&sk=Tajikistan&sort_by=nation&sort_order=&to=2010&topic=&view=s&vk=)).

Всемирный банк (2013b). Таджикистан: «Обзор государственных расходов на здравоохранение». Аналитическая справка по государственным расходам № 2 Отчет № 77607-TJ. Вашингтон: Группа Всемирного банка.

ВОЗ (1999). Доклад о состоянии здравоохранения в мире 1999: Как добиться положительных сдвигов. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/whr/1999/en/>).

ВОЗ (2003). Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>).

ВОЗ (2010). Комплекс важнейших мер по борьбе с неинфекционными заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов. Женева: Всемирная организация здравоохранения ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598996\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598996_eng.pdf)).

ВОЗ (2011). Основные характеристики страны по НИЗ: 2011 Таджикистан. Женева: Всемирная организация здравоохранения.

ВОЗ (2012). Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями: методические указания для первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/nmh/publications/phc2012/en/>).

ВОЗ (2013). Глобальный план действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями 2013-2020. Женева: Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)).

ВОЗ(2014). ВОЗ, Перечень жизненно-важных лекарственных средств. Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>).

Правительство Республики Таджикистан (2005а). Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на 2005-2015 годы. Душанбе: Правительство Республики Таджикистан.

Правительство Республики Таджикистан (2005b). Стратегия финансирования здравоохранения на 2005-2015 годы. Душанбе: Правительство Республики Таджикистан.

Правительство Республики Таджикистан (2010). Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы. Душанбе: Правительство Республики Таджикистан.

<sup>7</sup> Все веб-сайты доступны с 20 ноября 2015 года.

Правительство Республики Таджикистан (2011). "Закон об ограничении использования табачных изделий" Таджикистан. Душанбе: Правительство Республики Таджикистан.

Правительство Республики Таджикистан (2013a). Рамочная конвенция по борьбе против табака (РКБТ). Душанбе: Правительство Республики Таджикистан.

Правительство Республики Таджикистан (2013b). Национальная стратегия по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023. Правительство Республики Таджикистан.

Правительство Республики Таджикистан (2013c). Стратегия сокращения бедности в Республике Таджикистан на 2010-2012 годы. Душанбе: Правительство Республики Таджикистан

Правительство Республики Таджикистан (2013d). Стратегия повышения благосостояния населения Республики Таджикистан на 2013-2015 годы. Душанбе: Правительство Республики Таджикистан.

Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций, Международный фонд сельскохозяйственного развития, Всемирная продовольственная программа (2013). «Состояние продовольственной необеспеченности в мире 2013 г. - различные аспекты продовольственной безопасности». Рим: Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (<http://www.fao.org/docrep/018/i3434e/i3434e.pdf>).

Робертс М.Д., Стивенсон М.А. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: Пятнадцать барьеров и возможностей системы здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014г. (ожидается).

РЦМСИИ (2013). «Здоровье населения и эффективность работы медицинских учреждений в Республике Таджикистан – 2012». Душанбе: Республиканский центр медицинской статистики и информации.

Сотрудничающий центр ВОЗ по методологии статистики лекарственных средств (2012). Руководство по классификации АТС и назначения DDD 2013 Осло: Сотрудничающий центр ВОЗ по методологии статистики лекарственных средств ([http://www.whocc.no/filearchive/publications/1\\_2013guidelines.pdf](http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf)).

Смит О, Нгиен С.Н. (2013). «Улучшение ситуации: Результаты работы системы здравоохранения в Европе и Центральной Азии». Вашингтон: Всемирный Банк (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13832/78185.pdf?sequence=1>).

Фигуерас Д., Макки М, Каин Дж., Лессоф С и др. (редакторы) (2004). Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения по поручению Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (Системы здравоохранения переходного периода: извлеченные уроки) (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/studies/health-systems-in-transition-learning-from-experience>).

Фолкингхам Д, Акказиева Б, Басчиери (2010). «Тенденции в наличных выплатах населения «из кармана» в Кыргызстане, 2001-2007 гг. План политики здравоохранения. 25: 427-36. DOI: 10,1093 /hearpol / czq011.

Ходжамуродов Г., Речел В (2010). Таджикистан: обзор системы здравоохранения. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения по поручению Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (Health Systems in Transition Vol. 12. No. 2; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/119691/E94243.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/119691/E94243.pdf)).

Центры по контролю и профилактике (2004) заболеваний. Данные Глобальной системы надзора за табаком (GTSSData). В: Центрах по контролю и профилактике заболеваний. Центры по контролю и профилактике [веб-сайт] заболеваний. Атланта: Центры по контролю и профилактике заболеваний (<http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>).

ЮСАИД, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан/Отдел анализа политики здравоохранения (2013). Проект «Качественное здравоохранение». Эффективность работы стационаров в организации медицинской помощи: текущая ситуация в Таджикистане». г. Душанбе: Агентство США по международному развитию, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан/ Отдел анализа политики здравоохранения.

# Приложение 1. Критерии оценки охвата вмешательств, осуществляемыми на уровне населения

Вмешательства	Оценка охвата		Широкий
	Ограниченный	Умеренный	
<b>По борьбе с курением</b>			
Повышение налогов на табачную продукцию	Налог ниже 25% от розничной цены	Налог от 25% до 75% от розничной цены	Налог выше 75% от розничной цены
Создание зон, свободных от курения	100% зона, свободная от курения, введена только в школах и больницах	100% зона, свободная от курения, введена в больницах, школах, университетах, общественном транспорте и рабочих местах.	100% зона, свободная от курения, введена во всех общественных местах, включая гостиничный сектор
Предупреждение об опасности табака и табачного дыма	Продукция должна иметь предупреждающие знаки, размер не указывается	Предупреждающие знаки занимают как минимум 30 % от размера упаковки (с передней и задней стороны)	Предупреждающие знаки занимают как минимум 50% от размера упаковки (с передней и задней стороны), и содержит изображение (стандартная упаковка)
Запрет на рекламу, продвижение и спонсорство табачной продукции	Отсутствует запрет на рекламу или запрещается реклама на телевидении, радио и печати	Запрет на прямую и косвенную рекламу и продвижение	Запрет на всю рекламу и продвижение, включая точки реализации продукции, и эффективная реализация запрета
Создание программ по прекращению курения и никотино-заместительной терапии (НЗТ) <sup>a</sup>	Отсутствуют программы или услуги по прекращению курения, финансируемых государством, однако услуги по НЗТ разрешены и могут предоставляться лицам, которые могут полностью оплачивать за них	Имеются программы или услуги по прекращению курения (возможно платные), предоставляется НЗТ, полностью на платной основе	Имеются бесплатные программы по прекращению курения, предоставляются услуги по НЗТ и они доступны (финансируются хотя бы частично)
<b>Профилактика злоупотребления алкоголем</b>			
Повышение налогов на алкогольную продукцию	Налоги на алкогольную продукцию следуют за индексированием цен	Налоги на алкогольную продукцию зависят от индекса цен; специальные налоги на продукцию, привлекающую для молодежи	Налоги на алкогольную продукцию зависят от индекса цен и связаны с уровнем содержания алкоголя, введено специальное налогообложение продукции, привлекающей для молодежи
Ограничение или запрет на рекламу и продвижение алкогольной продукции	Имеется нормативно-правовая база, регулирующая содержание и объем маркетинга алкогольной продукции	Нормативно-правовая база, регулирующая содержание и объемы маркетинга алкогольной продукции, включая прямую и косвенную рекламу, а также спонсорство	Полный запрет на рекламу алкогольной продукции
Ограничение количества алкогольной продукции, продаваемой в розницу	Нормативно-правовая база, регулирующая продажу и употребление алкоголя в государственных учреждениях и учебных заведениях	Нормативно-правовая база, регулирующая продажу и употребление алкоголя в государственных учреждениях, и запрет на продажу алкоголя учебных заведениях	Все государственные учреждения и учебные заведения – являются зоной, свободной от алкоголя
Принятие и реализация положения, запрещающего реализацию алкоголя лицам до определенного возраста <sup>a</sup>	Запрет на продажу любой алкогольной продукции лицам, не достигшим 18 лет	Запрет на продажу любой алкогольной продукции лицам, не достигшим 18 лет, и эффективное исполнение запрета	Запрет на продажу любой алкогольной продукции лицам, не достигшим 18 лет, эффективное исполнение запрета, отзыв лицензии на продажу алкоголя в случае нарушения закона
Установление допустимого уровня содержания алкоголя в крови при управлении транспортным средством	Максимальное содержание алкоголя в крови не должно превышать 0.5 г/л	Максимальное содержание алкоголя в крови не должно превышать 0.5 г/л и 0 для водителей профессионалов и любителей	Максимальное содержание алкоголя в крови не должно превышать 0.2 г/л и 0 для водителей профессионалов и любителей

Вмешательства	Оценка охвата		Широкий
	Ограниченный	Умеренный	
<b>Улучшение рациона питания и повышение физической активности</b>			
Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания	Снижение потребления соли за последние 10 лет менее, чем на 10%	Снижение потребления соли за последние 10 лет примерно на 10%	Снижение потребления соли за последние 10 лет менее, чем на 10%
Замена транс-жиров ненасыщенными жирами	Нет фактов, подтверждающих существенного снижения потребления транс-жиров в рационе питания	Количество транс-жиров было снижено в некоторых продуктах питания и в продуктах некоторых поставщиков продуктов питания, однако, в целом, ситуация сильно не изменилась	Транс-жиры исключены из пищевой цепочки при помощи государственного или внутреннего регулирования
Снижение потребления свободных сахаров <sup>a</sup>	Цель снижения потребления свободных сахаров упоминается в документах, определяющих политику, однако меры не предпринимаются	Снижение потребления свободных сахаров на 5% упомянуто в политических документах и частично реализовано в определенных видах продуктов питания	Снижение потребления свободных сахаров на 5% контролируется с акцентом на подслащенные напитки
Повышение количества потребляемых в пищу фруктов и овощей <sup>a</sup>	Цель увеличения потребления фруктов и овощей упоминается, однако нет сбора данных для отслеживания и поддержки этого процесса	Цель – повысить уровень потребления фруктов и овощей в соответствии с рекомендациями Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО) – употребляют, по крайней мере, 400 г/ в сутки, и реализуются некоторые инициативы	Цель – повысить уровень потребления фруктов и овощей в соответствии с рекомендациями ВОЗ/ФАО – употреблять, по крайней мере, 400 г/ в сутки, причем введены стимулы для населения и для повышения фактического наличия и доступности
Снижение влияния рекламы продуктов питания и неалкогольных напитков на детей <sup>a</sup>	Реклама продуктов питания и напитков, направленная на детей, обозначена как проблема, однако не переводится в конкретные меры в инициативах правительства	Рекомендации ВОЗ по маркетингу – признаются, и предпринимаются шаги в рамках нормативно-правового регулирования, с целью снижения влияния рекламы на детей	Рекомендации ВОЗ по маркетингу и структура реализации последовательно выполняются, включая механизм по мониторингу
Повышение осведомленности о правильном питании и физической активности	Не проводится обучение персонала по вопросам питания и физической активности; питание и физическая культура не является приоритетными вопросами на уровне ПМСП	Проводится обучение персонала по вопросам питания и физической активности; питание и физическая культура начинают становиться приоритетными вопросами на уровне ПМСП	Проводится обучение персонала по вопросам питания и физической активности; питание и физическая культура – приоритетные вопросы на уровне ПМСП

<sup>a</sup> Дополнительные критерии, не вошедшие в «Глобальный план действий по профилактике и контролю НИЗ на 2013–2020». ВОЗ (2013). Женева: Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/nmh/events/hcd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/hcd_action_plan/en/), доступно с 26 сентября 2014).



# Приложение 2. Критерии оценки охвата индивидуальными услугами по ССЗ и диабету

Услуги	Ограниченный охват	Умеренный охват	Extensive
<b>ССЗ</b>			
Стратификация риска на уровне ПМСП	10—15-летний риск ССЗ документируется в менее, чем 30% мед. карт пациентов в возрасте старше 40 лет, с как минимум одним фактором риска; Не ведется регулярная документация конкретных факторов риска	10-летний риск ССЗ документируется у 30-60% пациентов старше 40, с как минимум одним фактором риска ССЗ. Неполное документирование факторов риска, или не использовано систематических методов	10-летний риск ССЗ регулярно документируется в более, чем 60% мед. карт пациентов старше 40, с как минимум одним фактором риска ССЗ. Используются систематический метод расчета с рутинным документированием определенных факторов риска
Эффективное выявление и ведение ГБ	Менее 30% от расчетного числа случаев с высоким АД выявляются на уровне ПМСП, генерические антигипертензивные препараты (в соответствии с ДМ) назначаются нечасто, не ведется работа с пациентами по соблюдению режима лечения	30%- 60% от расчетного числа случаев с высоким АД выявляются на уровне ПМСП. Генерические антигипертензивные препараты (в соответствии с ДМ) назначаются часто (25–75%), ведется работа с пациентами по приверженности лечению, но не на систематической основе	Более 60% от расчетного числа случаев с высоким АД выявляются на уровне ПМСП, генерические антигипертензивные препараты (в соответствии с ДМ) назначаются постоянно (>75%); государством финансируется проведение систематической работы с пациентами по приверженности лечению
Эффективная первичная профилактика в группах высокого риска	Врачи не знают, какие должны быть показания к проведению первичной профилактики. Менее 10% пациентов с очень высоким (> 30%) 10-летним риском ССЗ выявляются и получает мульти-лекарственную терапию в (антигипертензивные препараты, аспирин, и статины) в качестве первичной профилактики. Ацетилсалициловую кислоту назначают без разбора всем пациентам с ГБ	Врачи знают, какие должны быть показания для первичной профилактики и мульти-лекарственной схемы лечения. Низкий охват (10-25%) пациентов с очень высоким риском первичной профилактики, или назначают соответствующие схемы лечения, но приверженность пациента лечению очень низкая. Ацетилсалициловую кислоту назначают без разбора всем пациентам с ГБ	Регулярное назначение мульти-лекарственной терапии, в том числе статинов пациентам с очень высоким риском ССЗ. Охват пациентов из групп риска превышает 25%. Есть доказательство хорошей длительной приверженности пациентов лечению. Ацетилсалициловую кислоту не назначают больным ГБ с низким или средним риском ССЗ
Эффективная вторичная профилактика после ОИМ, включая назначение ацетилсалициловой кислоты	Менее 25% пациентов, перенесших ОИМ, получают ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы и статины	25-75% больных, перенесших ОИМ, получают ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы, и статины	Более 75% больных, перенесших ОИМ, получают ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы и статины
Экстренная и стационарная помощь после ОИМ и инсульта <sup>a</sup>	Менее чем 25% пациентов с ОИМ и инсультом ставится диагноз и оказывается помощь в течении первых 6 часов проявления первых симптомов	25-50% пациентам с ОИМ и инсультом ставится диагноз и оказывается помощь в течении первых 6 часов проявления первых симптомов	Более чем 50% пациентов с ОИМ и инсультом ставится диагноз и оказывается помощь в течении первых 6 часов проявления первых симптомов

Услуги	Ограниченный охват	Умеренный охват	Extensive
<b>Диабет</b>			
Эффективное выявление и последующее наблюдение <sup>a</sup>	Менее 75% ГСВ создали и поддерживают реестр всех пациентов в возрасте от 17 лет и старше, страдающих диабетом Уровень выявления и постановки на учет взрослых с диабетом 2-го типа составляет менее 25%. Не применяется доказательный метод систематического скрининга пациентов, не имеющих симптомов	25–75% ГСВ создали и поддерживают реестр всех пациентов в возрасте от 17 лет и старше, страдающих диабетом Уровень выявления и постановки на учет взрослых с диабетом 2-го типа составляет 25% - 50%. Доказательный метод систематического скрининга пациентов, не имеющих симптомов, применяется, однако охват ограничен	Более 75% ГСВ создали и поддерживают реестр всех пациентов в возрасте от 17 лет и старше, страдающих диабетом Уровень выявления и постановки на учет взрослых с диабетом 2-го типа составляет выше 50%, по результатам оценки распространённости диабета. Доказательный метод систематического скрининга пациентов, не имеющих симптомов, применяется, причем имеет широкий охват
Обучение пациентов правильному питанию и физической активности; контроль уровня сахара в крови	Менее 25% пациентов с установленным диагнозом «диабет 2 типа» посетили учреждение ПМСП не менее 3 раз за прошедший год Менее 25% пациентов с диабетом, поставленных на учет, получают консультации по вопросам питания Учреждения ПМСП не консультируют пациентов по вопросам физической активности Гликогемоглобин измерялся у менее 25% больных диабетом, поставленных на учет за прошедшие 12 месяцев	25–75% пациентов с диагнозом «диабет 2 типа» посетили учреждение ПМСП не менее 3 раз за прошедший год 25–75% больных диабетом, поставленных на учет, получают консультации по вопросам питания Учреждения ПМСП регулярно консультируют пациентов по вопросам физической активности Гликогемоглобин измерялся у 25–75% больных диабетом, поставленных на учет за прошедшие 12 месяцев	Более 75% пациентов с диагнозом «диабет 2 типа» посетили учреждение ПМСП не менее 3 раз за прошедший год Более 75% больных диабетом, поставленных на учет, получают консультации по вопросам питания Учреждения ПМСП регулярно консультируют пациентов и предлагают различные варианты физической активности через различные партнерства Гликогемоглобин измерялся у более чем 75% больных диабетом, поставленных на учет за прошедшие 12 месяцев
Ведение Гб у больных диабетом	Менее 25% поставленных на учет больных диабетом с Гб добились уровня артериального давления <140/90 мм рт.ст.; ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) не назначаются регулярно в качестве антигипертензивной терапии первого ряда	25–75% поставленных на учет больных диабетом с Гб добились уровня артериального давления <140/90 мм рт.ст.; ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) назначаются регулярно в качестве антигипертензивной терапии первого ряда	Более 75% поставленных на учет больных диабетом с Гб добились уровня артериального давления <140/90 мм рт.ст.; ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) назначаются регулярно в качестве антигипертензивной терапии первого ряда
Профилактика осложнений	Менее 25% поставленных на учет больных диабетом прошли осмотр стопы, глаз (обследование глазного дна) и сдавали анализ на уровень белка в моче за последние 12 месяцев	25–75% поставленных на учет больных диабетом прошли осмотр стопы, глаз (обследование глазного дна) и сдавали анализ на уровень белка в моче за последние 12 месяцев	Более 75% поставленных на учет больных диабетом прошли осмотр стопы, глаз (обследование глазного дна) и сдавали анализ на уровень белка в моче за последние 12 месяцев

<sup>a</sup> Дополнительные критерии, не вошедшие в «Глобальный план действий по профилактике и контролю НИЗ на 2013–2020». ВОЗ (2013). Женева: Всемирная организация здравоохранения ([http://www.who.int/nmh/events/nscd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/nscd_action_plan/en/), доступно с 26 сентября 2014).

# Приложение 3. Карта балльной оценки предоставления основных услуг

Основные вмешательства	Барьер					
	1. Политическая приверженность НИЗ	2. Четкие подходы к определению приоритетов	3. Межведомственное взаимодействие	4. Расширение прав и возможностей населения	5. Эффективная модель предоставления услуг	6. Координация между поставщиками
<b>Оценка барьеров</b> 1. Незначительный 2. Умеренный 3. Серьезный 4. Серьезный и устойчиво сохраняющийся						
<b>Конвенция по борьбе с курением (РКБТ ВОЗ)<sup>a</sup></b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	-
Повышение налогов на табачную продукцию	4	3	3	4	3	-
Создание зон, свободных от курения	4	3	3	3	3	-
Предупреждения об опасности табака и табачного дыма	3	3	3	2	3	-
Запрет на рекламу, продвижение и спонсорство табачных изделий	3	3	3	2	3	-
Создание программ по прекращению курения (Quit-lines) и никотино-заместительной терапии (НЗТ)	3	3	3	3	3	-
<b>Предупреждение злоупотребления алкоголем</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	-
Повышение налогов на алкогольную продукцию	4	3	3	3	3	-
Ограничения или запрет на рекламу и продвижение алкоголя	2	1	2	2	2	-
Ограничение наличия алкогольной продукции в секторе розничной торговли	3	2	2	2	3	-
Принятие и реализация положения, запрещающего реализацию алкоголя лицам до определенного возраста	3	3	3	3	3	-
Установление максимально допустимого уровня содержания алкоголя в крови при управлении транспортным средством	1	1	1	2	1	-
Разработка межсекторальной политики	4	4	4	4	4	-
<b>Улучшение рациона питания и повышение физической активности</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	-
Снижение уровня потребления соли и содержания соли в продуктах питания	2	2	3	4	4	-
Замена транс-жиров на ненасыщенные жиры	2	2	3	4	4	-
Сокращение потребления свободных сахаров	3	3	3	4	4	-
Повышение количества потребляемых овощей и фруктов	2	1	3	1	4	-
Снижение влияния рекламы продуктов питания и без-алкогольных напитков на детей	2	1	3	2	2	-
Повышение осведомленности в вопросах питания и физической активности	2	1	3	1	4	-
<b>Итого</b>	<b>47</b>	<b>39</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>53</b>	-

<sup>a</sup> ВОЗ (2003). Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>, доступно с 8 октября 2014.).

# барьеров в системе здравоохранения для

7. Регионализация	8. Система стимулирования	9. Интеграция доказательств в клиническую практику	10. Распределение и состав кадровых ресурсов	11. Доступ к качественным ЛС	12. Эффективное управление	13. Соответствующие информационные системы	14. Управление переменами	15. Обеспечение доступа и финансовая защита
-	<b>15</b>	-	<b>15</b>	-	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>5</b>
-	4	-	4	-	4	2	2	1
-	3	-	3	-	3	2	2	1
-	3	-	3	-	3	2	2	1
-	2	-	2	-	2	2	2	1
-	3	-	3	-	3	2	2	1
-	<b>12</b>	-	<b>12</b>	-	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	-
-	2	-	3	-	3	2	3	-
-	2	-	2	-	3	3	1	-
-	2	-	3	-	1	1	1	-
-	2	-	1	-	2	1	1	-
-	1	-	1	-	1	2	1	-
-	3	-	2	-	3	3	2	-
-	<b>15</b>	-	<b>6</b>	-	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>16</b>
-	3	-	1	-	4	3	3	2
-	3	-	1	-	4	3	3	3
-	3	-	1	-	4	3	3	3
-	2	-	1	-	4	3	3	3
-	2	-	1	-	2	2	2	2
-	2	-	1	-	4	3	3	3
-	<b>42</b>	-	<b>33</b>	-	<b>50</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>21</b>

# Приложение 4. Сводная информация по основным индивидуальными услугами

Основные вмешательства	Барьер					
	1. Политическая приверженность НИЗ	2. Четкие подходы к определению приоритетов	3. Межведомственное взаимодействие	4. Расширение прав и возможностей населения	5. Эффективная модель предоставления услуг	6. Координация между поставщиками
<b>Оценка барьеров</b> 1. Незначительный 2. Умеренный 3. Серьезный 4. Серьезный и устойчиво сохраняющийся						
<b>ССЗ</b>						
Стратификация риска на уровне ПМСП	-	-	-	1	1	1
Эффективное выявление и лечение ГБ	-	-	-	2	3	1
Эффективная профилактика среди групп высокого риска на уровне ПМСП	-	-	-	1	1	1
Эффективная профилактика после ОИМ, включая назначение ацетилсалициловой кислоты	-	-	-	2	1	2
Неотложная и вторичная помощь после ОИМ и инсульта	-	-	-	2	3	2
<b>Итого</b>	-	-	-	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>7</b>



# барьерам при расширении охвата по НИЗ

7. Регионализация	8. Система стимулирования	9. Интеграция доказательств в клиническую практику	10. Распределение и состав кадровых ресурсов	11. Доступ к качественным ЛС	12. Эффективное управление	13. Соответствующие информационные системы	14. Управление переменами	15. Обеспечение доступа и финансовая защита
-	2	2	3	-	1	2	-	-
-	3	1	3	1	2	2	-	-
-	2	2	3	2	2	2	-	-
-	2	2	3	2	2	2	1	-
-	2	2	3	2	2	2	1	-
-	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	-



## Приложение 5. Сводные данные по семи городским центрам здоровья, предоставленные городским центром семейной медицины г. Душанбе

После внедрения услуг по непрерывному повышению качества в семи учреждениях ПМСП г. Душанбе, были очевидны улучшения в предоставлении услуг по ранней профилактике ССЗ, такие как правильное использование техники измерения артериального давления, а также консультирование по вопросам здорового образа жизни и др. (Рис. 11–16). Все данные этого приложения были получены в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ.

Рис. 11. Измерение артериального давления в учреждениях ПМСП г. Душанбе

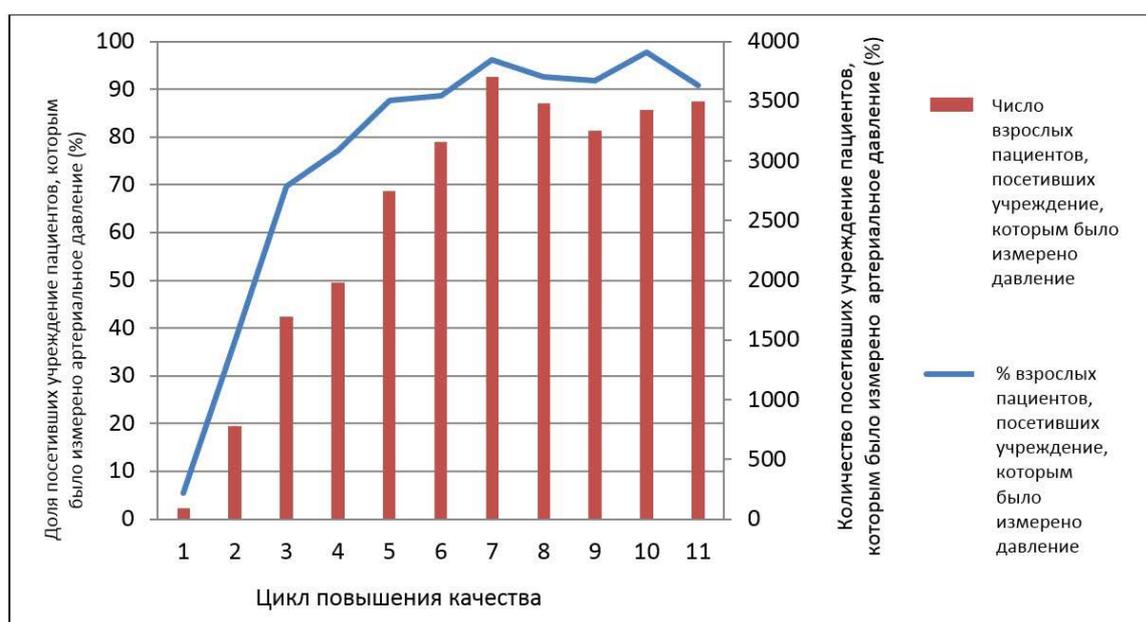
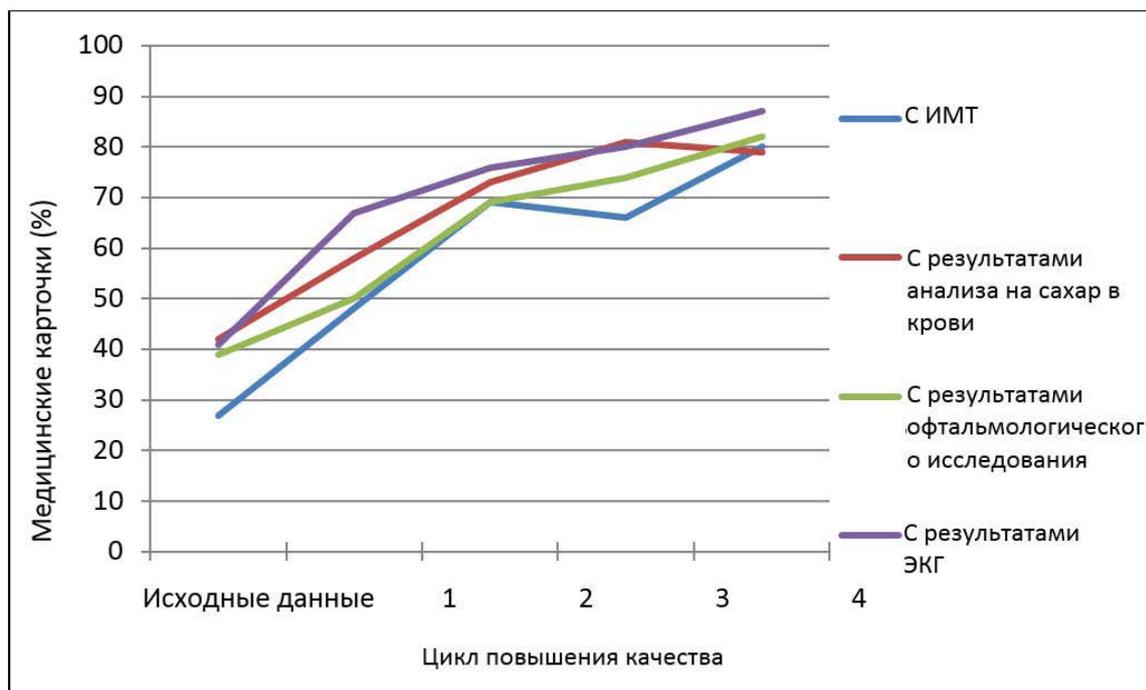


Рис. 12. Факторы риска развития ССЗ



**Рис. 13. Доля медработников, продемонстрировавших правильную технику измерения артериального давления**



**Рис. 14. Доля больных ГБ с 10-летним риском ССЗ, зафиксированным в их амбулаторных медицинских карточках**



**Рис. 15. Доля больных ГБ, которым было назначено лечение в соответствии с клиническими руководствами/протоколами**



**Рис. 16. Доля пациентов, с которыми были проведены консультации по необходимости изменения образа жизни**



## Европейское региональное бюро ВОЗ

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

### Государства-члены

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



### Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)