



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения

Страновая оценка

БЕМАРУСЬ



Мария Скарпединсдоттир
Фредерик Мантинг
Арнольдас Юргутис

Энн Штайер Йохансен
Татьяна Элманова
Егор Зайцев



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО
НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ:
БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Страновая оценка: Беларусь

Мария Скарпединсдоттир

Фредерик Мантинг

Арнольдас Юргутис

Энн Штайер Йохансен

Татьяна Элманова

Егор Зайцев

РЕФЕРАТ

Беларусь, как и многие другие страны, столкнулась с растущим бременем неинфекционных заболеваний (НИЗ). В настоящем отчете анализируются возможности и вызовы в связи с целью улучшения результатов в области борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями и диабетом. Правительство Беларуси уделяет приоритетное внимание здравоохранению, о чем свидетельствует относительно высокий уровень государственных ассигнований на здравоохранение; кроме того, в стране обеспечен хороший уровень финансовой защиты граждан. Учитывая, что НИЗ обуславливает основное бремя заболеваний и рост финансовой нагрузки, существует потребность в повышении эффективности, поиске путей для рационализации оказываемых услуг и повышении их качества. Беларусь достигла хороших результатов в расширении медицинской помощи на третичном уровне и лечении НИЗ. Имеются значительные возможности для расширения наиболее экономически эффективных мер вмешательства для контроля НИЗ и диабета, в том числе для контроля факторов риска, таких как курение, чрезмерное потребление алкоголя, нездоровое питание и низкая физическая активность. По-прежнему недостаточным остается уровень выявления и лечения при гипертензии и гиперлипидемии. Осуществление таких ключевых мер вмешательства должно дополняться использованием комплексных и эффективных моделей оказания первичной медицинской помощи и более активным вовлечением пациентов и расширением их информирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

CHRONIC DISEASE
HEALTH CARE SYSTEM
UNIVERSAL HEALTH COVERAGE
HEALTH PROMOTION
PRIMARY HEALTH CARE
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, 2016 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.

Текст отредактировала: Патриша Батлер

Дизайн брошюры и обложки: Кристоф Лану, Париж, Франция

Содержание

Список таблиц	4
Список рисунков	5
Акронимы, используемые в настоящем отчете	6
Выражение благодарности.....	7
Введение и обоснование	8
1. Результаты контроля неинфекционных заболеваний.....	10
1.1 Смертность.....	10
1.2. Факторы неравенства и социальные детерминанты НИЗ	12
2. Охват профильными вмешательствами и услугами в связи с НИЗ.....	14
2.1 Профильные вмешательства на популяционном уровне	15
Борьба с курением	15
Алкоголь.....	18
Питание и физическая активность.....	21
2.2 Индивидуальные услуги.....	25
Сердечнососудистые заболевания и диабет	25
Острые состояния – инфаркт миокарда и инсульт.....	26
3. Вызовы и возможности, возникающие перед системами здравоохранения при расширении масштабов профильных вмешательств и услуг в связи с НИЗ	29
Вызов 1. Формирование политической приверженности для улучшения профилактики и контроля НИЗ	30
Вызов 2. Формирование конкретных процессов для определения приоритетов и ограничений	31
Вызов 3. Укрепление межведомственного сотрудничества.....	33
Вызов 4. Расширение возможностей для активного участия населения	35
Вызов 5. Формирование эффективных моделей предоставления услуг.....	36
Вызов 6. Улучшение координации деятельности поставщиков услуг	39
Вызов 7. Использование преимуществ регионализации и факторов экономии, обусловленных масштабом и специализацией	41
Вызов 8. Создание надлежащей системы материального стимулирования	43
Вызов 9. Внедрение доказательной базы в практику.....	45
Вызов 10. Решение проблем в области кадровых ресурсов	46
Вызов 11. Улучшение доступа к качественным лекарственным средствам для лечения НИЗ ...	50
Вызов 12. Совершенствование управления системами здравоохранения.....	54
Вызов 13. Формирование обоснованных информационных решений.....	55
Вызов 14. Преодоление сопротивления изменениям	56
Вызов 15. Обеспечение доступа к медицинской помощи и снижение финансового бремени ..	57
4. Инновации и надлежащая практика	59
5. Рекомендации по вопросам политики	60
Приложение 1. Критерии оценки охвата вмешательствами на уровне популяции.....	68
Приложение 2. Критерии оценки охвата вмешательствами на индивидуальном уровне	70
Приложение 3. Источники данных и методы	72

Список таблиц

Таблица 1. Показатели смертности от основных НИЗ.....	12
Таблица 2. Показатель смертности от ОИМ на 100 000 населения.....	13
Таблица 3. Профильные вмешательства на популяционном уровне и индивидуальные услуги в связи с НИЗ.....	14
Таблица 4. Карта оценки основных вмешательств на уровне популяции.....	24
Таблица 5. Число инвазивных вмешательств при остром инфаркте миокарда, 2009 и 2013 гг.	27
Таблица 6. Карта оценки основных вмешательств на индивидуальном уровне.....	27
Таблица 7. Примеры межведомственного сотрудничества по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний в Беларуси.....	35



Список рисунков

Рисунок 1. Динамика смертности от НИЗ в Беларуси, СНГ, ЕС-15 и ЕС-12	11
Рисунок 2. Доля заядлых курильщиков среди населения в возрасте 15 лет и старше..	15
Рисунок 3. Распространенность курения в Беларуси, 2000-2011 гг.	16
Рисунок 4. Общий усредненный уровень потребления алкоголя на душу населения, учтенного и неучтенного, 2008-2010 гг., мужчины и женщины	19
Рисунок 5. Учтенный алкоголь на душу населения (+15), 1990-2010 гг.	19
Рисунок 6. ИМТ >30 среди лиц старше 18 лет	22
Рисунок 7. Число амбулаторных посещений на человека в год, 2011 год	25
Рисунок 8. Пятнадцать вызовов и возможностей систем здравоохранения, связанных с улучшением результатов контроля НИЗ	29
Рисунок 9. Доля расходов государственного сектора в общих расходах на здравоохранение	32
Рисунок 10. Количество врачей, ВОП (включая врачей общей практики, районных терапевтов и врачей-педиатров) и медсестер на 100 000 жителей, по странам и регионам	47
Рисунок 11. Среднемесячная зарплата медработников в Беларуси и Российской Федерации, в долларах США	48
Рисунок 12. Заполнение вакансий медработников	48
Рисунок 13. Число новых студентов и число выпускников медуниверситетов.	49
Рисунок 14. Государственные расходы на лекарственные препараты в виде процента от совокупных расходов на лекарства	50
Рисунок 15. Источники лекарственных препаратов с разбивкой по объему, в различных странах	51
Рисунок 16. Общие расходы на здравоохранение в виде процента ВВП оценочные данные ВОЗ, 2012 г.....	58
Рисунок 17. Распределение расходов на здравоохранение по источникам финансирования, оценочные данные ВОЗ, 2012 г.....	58



Акронимы, используемые в настоящем отчете

БСС	бывший Советский Союз
ВВП	валовой внутренний продукт
ВОП	врач общей практики
ДИ	доверительный интервал
ЕС	Европейский союз
ИМТ	индекс массы тела
ИТ	информационные технологии
КАК	концентрация алкоголя в крови
МФД	международная федерация диабета
НДС	налог на добавленную стоимость
НЗТ	никотиновая заместительная терапия
НИЗ	неинфекционное заболевание
НПО	неправительственная организация
НПП	надлежащая производственная практика
НСЗ	национальные счета здравоохранения
ОИМ	острый инфаркт миокарда
ОРЗ	общие расходы на здравоохранение
ПГЖ	потерянный год жизни
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
РКБТ	Рамочная конвенция по борьбе против табака
СЗПП	системы здравоохранения в переходный период
СКС	стандартизированный коэффициент смертности
СНГ	Содружество Независимых Государств
ССЗ	сердечно-сосудистое заболевание
УСЗ	укрепление систем здравоохранения
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Организации Объединённых Наций
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
ЮНДАФ	Рамочная программа Организации Объединённых Наций по оказанию помощи в целях развития
BYR	белорусский рубль
PEN	пакет основных вмешательств в отношении неинфекционных заболеваний

Выражение благодарности

Настоящий отчет был составлен благодаря приверженности и активному участию Министерства здравоохранения Беларуси. Авторы выражают искреннюю благодарность сотрудникам Министерства здравоохранения за их активное участие и техническое содействие в ходе подготовки данной оценки. Настоящий отчет был составлен под общим руководством Ханса Ключе, директора отдела систем здравоохранения и общественного здоровья, и Годена Галеа, директора отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ, и Мелитты Якаб, старшего аналитика по вопросам финансирования здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ. Мы выражаем глубокую благодарность Алтынай Сатылгановой за экспертную оценку, Патрише Батлер за языковое редактирование текста и Кристофу Лану за дизайн и набор брошюры.



Введение и обоснование

Беларусь, как и многие другие страны, Беларусь столкнулась с растущим бременем неинфекционных заболеваний (НИЗ), где основной причиной смертности являются сердечнососудистые заболевания (ССЗ). В то время как в Беларуси за последние 10 лет наблюдается тенденция к снижению показателя смертности от ССЗ, показатель общей смертности в стране по-прежнему намного выше среднеевропейского. Данное расхождение в основном объясняется более высоким показателем смертности от ССЗ и растущими показателями смертности от других НИЗ. Решение проблем, связанных с ССЗ и диабетом, является задачей первостепенной важности для Министерства здравоохранения Беларуси.

Приведенная здесь оценка представляет одно из мероприятий по оценке достижений и проблем систем здравоохранения в области контроля НИЗ, проводимых в разных странах. Оценка основывается на Операционном подходе Европейского регионального бюро ВОЗ к усилению систем здравоохранения (УСЗ) и концептуальной структуре проведения оценки в странах, разработанной Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья и Отделом неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни. Первые страновые оценки были проведены в 2013 году; на данный момент оценку провели в 8 странах, включая Беларусь, Венгрию, Кыргызстан, Республику Молдова, Таджикистан, Турцию, Хорватию и Эстонию; планируется проведение последующих оценок.

Цели данной страновой оценки имеют два аспекта. Во-первых, оценка направлена на разработку практичных, увязанных с ситуацией и применимых рекомендаций по вопросам национальной политики в сфере усиления системы здравоохранения, направленных на поддержку и ускорение процесса улучшения результатов контроля НИЗ. Предполагается, что отчет по результатам оценки и рекомендации в области политики будут использованы для диалога по вопросам разработки национальной политики усиления системы здравоохранения, а также послужат основой для дальнейших действий в области НИЗ. Таким образом, данная страновая оценка внесет вклад в разработку «Государственной программы профилактики, борьбы и контроля НИЗ в Республике Беларусь на 2015 – 2020 гг.». Во-вторых, будучи частью регионального проекта, данная оценка послужит исходным материалом для региональной площадки по обмену опытом и знаниями об общих вызовах для систем здравоохранения и положительными примерами их решения. И последнее, предполагается, что оценка будет способствовать наращиванию потенциала экспертов в области анализа политики на национальном и региональном уровне, а также разработке и реализации политики посредством диалога по вопросам политики в отношении укрепления систем здравоохранения в целях борьбы с НИЗ.

Данная страновая оценка проводилась междисциплинарной командой региональных экспертов и сотрудников ВОЗ. Оценка была выполнена на основе структурированного руководства с учетом специфических особенностей Беларуси. Совещания в режиме онлайн с местными представителями команды по оценке способствовали определению приоритетных направлений оценки и адаптации руководствующих принципов к контексту системы здравоохранения Беларуси. Каждому члену команды были даны задания по сбору данных и выполнению анализа. Междисциплинарная команда посетила страну в период с 27 мая по 3 июня 2014 года. Миссия сопровождалась интенсивной последующей работой. Данная оценка отражает точки зрения экспертов, принимавших участие в обзоре.

Команда по проведению оценки в стране также подготовила документ по предварительным результатам миссии по УСЗ НИЗ в Беларуси с целью предоставления информации для миссии межведомственной целевой группы ООН по НИЗ, проводимой в период с 14 по 18 июля 2014 года.

Структура отчета представлена следующим образом:

- Раздел 1 включает обзор тенденций по ключевым показателям здоровья в области НИЗ (преимущественно индикаторы на основе показателя смертности) и факторам неравенства;
- Раздел 2 включает оценку охвата профильными вмешательствами в связи с НИЗ на уровне популяции и на индивидуальном уровне в Беларуси;
- Раздел 3 представляет достижения системы здравоохранения и препятствия при осуществлении профильных вмешательств и услуг в связи с НИЗ;
- Раздел 4 представляет некоторые нововведения и примеры передовой практики в Беларуси;
- Раздел 5 включает рекомендации по вопросам политики.



1. Результаты контроля неинфекционных заболеваний

Настоящий раздел включает информацию о текущем состоянии и динамике относящихся к НИЗ показателей здоровья в Беларуси, в частности, данные о смертности и данные о существующих факторах неравенства, имеющих отношение к НИЗ, на основе показателей Глобальной рамочной системы мониторинга за НИЗ.¹

1.1 Смертность

Во многих странах бывшего Советского Союза приобретение независимости сопровождалось резким снижением показателей здравоохранения. В начале 1990-х годов во многих из этих стран отмечался рост смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как сердечнососудистые заболевания (ССЗ); причем эти показатели оставались высокими примерно до 2005 года, после чего они начали снижаться (рис. 1).

Несмотря на тенденцию к снижению основных причин смертности в последнее время, сохраняется значительный разрыв в показателях средней продолжительности жизни между странами Содружества Независимых Государств (СНГ) и странами ЕС-15. Более половины такого разрыва обусловлено смертностью от сердечнососудистых заболеваний. В то же время улучшение показателей здравоохранения в странах ЕС-15 в последние десятилетия объясняются улучшением результатов лечения при сердечнососудистых заболеваниях.²

На НИЗ приходится основной процент (89%) смертности в Беларуси: на первом месте идут ССЗ (63%), далее следуют раковые заболевания (14%). Другие основные причины смертности включают травматизм (9%) и другие НИЗ (9%), респираторные заболевания (2%) и инфекционные заболевания, болезни матери и ребенка и проблемы, обусловленные питанием (3%).³

Колебания показателей здоровья после приобретения независимости в Беларуси не носили столь драматичный характер, как во многих других странах СНГ, напр., в соседних странах – Российской Федерации и Украине. В отсутствие мер общее бремя НИЗ в Беларуси в ближайшие десятилетия скорее всего будет нарастать. В стране отмечается постепенное старение населения в результате низкой рождаемости и увеличения ожидаемой продолжительности жизни: 23% населения Беларуси старше пенсионного возраста (60 лет для мужчин и 55 лет для женщин). Как и в других европейских странах, это ведет к увеличению заболеваемости и смертности вследствие НИЗ и усилению финансовой и социальной нагрузки на систему здравоохранения в стране. Ожидается, что эти проблемы будут нарастать, если система здравоохранения не будет своевременно адаптироваться к новым вызовам.

После 2005 года ССЗ, основная причина преждевременной смертности в Беларуси, имеет явную тенденцию к снижению. За исключением некоторых видов раковых заболеваний, в стране наблюдается общее снижение преждевременной смертности от основных НИЗ. Конкретная динамика смертности кратко представлена ниже (см. также таблицу 1).

¹ http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/

² Smith O, Nguyen SN. Getting better: improving health system outcomes in Europe and Central Asia. Europe and Central Asia report. Washington, DC: WorldBank; 2013

³ Всемирная организация здравоохранения. Профиль страны в сфере неинфекционных заболеваний (НИЗ) 2014. Беларусь.

Рисунок 1. Динамика смертности от НИЗ в Беларуси, СНГ, ЕС-15 и ЕС-12.⁴



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB).

- **Сердечнососудистые заболевания:** Тенденция к снижению смертности отмечалась в течение последних лет: с 171,7 на 100 000 населения в 2009 г. до 148,4 на 100 000 населения в 2013 г.
- **Острый инфаркт миокарда (ИОМ):** Показатель снизился с 6,1 на 100 000 населения в 2009 г. до 4,8 на 100 000 населения в 2013 г.
- **Инсульт:** Смертность от инсультов снизилась с 33,9 на 100 000 населения в 2009 г. до 26,0 на 100 000 населения в 2013 г.
- **Диабет:** Смертность от диабета также имеет тенденцию к снижению в последние годы – показатель смертности снизился с 1,5 на 100 000 населения в 2009 г. до 1,2 на 100 000 населения в 2013 году. Тем не менее наблюдается постепенный рост заболеваемости диабетом.
- **Онкологические заболевания:** Отмечается снижение общего показателя смертности от онкологических заболеваний, соответственно с 84,7 до 80,7 на 100 000 населения в 2009 г. и 2013 г. В то же время наблюдается рост показателя смертности от рака шейки матки с 5,0 в 2009 г. до 5,9 в 2013 г., что может быть связано с поздним выявлением заболевания.

⁴ См. приложение 3

Таблица 1. Показатели смертности от основных НИЗ.

Показатель смертности на 100 000 среди населения трудоспособного возраста		2009	2010	2011	2012	2013
1. Сердечнососудистые заболевания	Всего	171.7	175.4	182.2	153.5	148.4
	мужчины	285.8	291.3	302.0	255.5	245.3
	женщины	50.3	51.6	53.7	43.6	43.6
1.1 ОИМ	Всего	6.1	6.6	5.6	5.7	4.8
	мужчины	11.2	12.0	10.2	10	8.8
	женщины	0.8	0.8	0.6	1.1	0.4
1.2 Инсульты	Всего	33.9	32.3	33.8	27.6	26.0
	мужчины	50.9	47.7	50.5	41.5	38.2
	женщины	15.8	15.9	16	12.8	12.8
2. Диабет	Всего	1.5	1.5	1.3	1.2	1.2
	мужчины	2.1	2.2	1.7	1.5	1.6
	женщины	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8
3. Онкологические заболевания	Всего	84.7	84.1	85.2	83.4	80.7
	мужчины	119.7	115.9	117.1	115.4	110.9
	женщины	47.4	50.1	51	49	48.0

Источник: Национальный статистический комитет Беларуси, 2014 г.⁵

В свете существующих тенденций достижение добровольных целей Глобальной рамочной системы мониторинга за НИЗ по некоторым направлениям, включая снижение преждевременной смертности от НИЗ на 25% к 2025 году⁶, кажется возможным.

1.2. Факторы неравенства и социальные детерминанты НИЗ

Большинство случаев преждевременной смертности от НИЗ в Беларуси, приходится на мужчин. Показатели смертности от НИЗ значительно отличаются в зависимости от половой принадлежности: стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от всех причин среди мужчин в два раза выше, чем среди женщин: соответственно 1728,3 на 100 000 и 790,1 на 100 000 в 2009 г.⁷ Согласно данным Национального статистического комитета Беларуси показатель преждевременной смертности от ССЗ в 6 раз выше среди мужчин по сравнению с женщинами (соответственно 245,3 и 43,6). Тем не менее с 2009 по 2013 годы наблюдалась тенденция к снижению смертности как среди женщин (с 50,3 до 43,6), так и среди мужчин (с 285,8 до 245,3). Наиболее существенное отличие по половому признаку в структуре смертности отмечается в показателе смертности от ОИМ – 8,8 на 100 000 населения среди мужчин и 0,4 на 100 000 населения среди женщин в 2013 году, т.е., показатель смертности среди мужчин выше в 20 раз (таблица 2). Это отчасти связано с более высокой подверженностью мужского населения факторам риска НИЗ, в частности, потреблению табака и злоупотреблению алкоголем (см. раздел 2).

⁵ Сводные данные из национальной формы С51 «Смертность в разбивке по причинам и возрастным группам»; данные предоставлены Республиканским научно-практическим центром медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения Беларуси (РНПЦ МТ).

⁶ По сравнению с исходными данными за 2010 г.

⁷ Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB) [онлайн]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://data.euro.who.int/hfad/>), по состоянию на 17 августа 2014 г.).

Таблица 2. Показатель смертности от ОИМ на 100 000 населения.⁸

	2009	2010	2011	2012	2013
Мужчины	11.2	12	10.2	10	8.8
Женщины	0.8	0.8	0.6	1.1	0.4

В Беларуси показатели смертности от НИЗ намного хуже среди сельского населения, что говорит о более тяжелом бремени НИЗ. Последствия НИЗ имеют географический градиент, согласно которому среди сельского населения Беларуси более короткая продолжительность жизни и более высокие показатели преждевременной смертности, чем среди населения, проживающего в городской местности. Преждевременная смертность среди городского населения в 2009 году составляла 11% в сравнении с 24,2% среди сельского населения (3, 6). Кроме того, показатели смертности имеют географические [региональные] различия: Минск – 9,8%, Минский регион – 16% и Витебский регион – 16,2%.⁹



⁸ Совокупные данные из национальных форм С51, cit bit с. 11.

⁹ Там же.

2. Охват профильными вмешательствами и услугами в связи с НИЗ

В данном разделе рассматривается охват определенными профильными вмешательствами на популяционном уровне, имеющими отношение к потреблению табака и алкоголя, питанию и физической активности, а также индивидуальными услугами в связи с ССЗ и диабетом (таблица 3). Профильные вмешательства и услуги имеют доказательную основу и высокую эффективность, а также являются экономически эффективными, доступными по стоимости и физически осуществимыми в целом ряде систем здравоохранения. Они представляют собой ориентиры для целесообразных и эффективных мероприятий по профилактике и контролю НИЗ и сопряжены с Глобальным планом действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 годы. При проведении данной страновой оценки использовался тот же стандарт профильных вмешательств и услуг, что и в других страновых оценках. Каждая мера вмешательства и услуга оценивалась группой экспертов по оценке по трехбалльной шкале со следующими обозначениями степени выполнения: "ограниченное", "умеренное" и "широкое". Точные критерии начисления баллов были разработаны ВОЗ и представлены в Руководстве по проведению оценки. Полная оценка в баллах не была выполнена для индивидуальных услуг, поскольку данные для полной оценки получить не удалось.

Таблица 3. Основные вмешательства на уровне населения и индивидуальные услуги в связи с НИЗ.

Основные вмешательства в связи с НИЗ на уровне населения	Основные индивидуальные услуги в связи с НИЗ
<ul style="list-style-type: none"> • Спектр вмешательств по борьбе с курением^a <ul style="list-style-type: none"> – Повышение налогов на табачные изделия – Создание среды, свободной от табачного дыма – Предупреждения об опасности табака и табачного дыма – Запрет на рекламу, стимулирование продаж, спонсорство – Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотиновая заместительная терапия (НЗТ)* 	<ul style="list-style-type: none"> • ССЗ и диабет <ul style="list-style-type: none"> – Стратификация рисков на уровне первичной медико-санитарной помощи – Эффективное выявление и ведение больных с гипертонией – Эффективная первичная профилактика в группах повышенного риска – Эффективная вторичная профилактика после ОИМ, в том числе применение аспирина – Экстренная и специализированная помощь после ОИМ и инсульта^b
<ul style="list-style-type: none"> • Вмешательства, направленные на профилактику злоупотребления алкоголем <ul style="list-style-type: none"> – Повышение налогов на алкоголь^b – Ограничения, запрет на рекламу и стимулирование продаж – Ограничение наличия алкоголя в розничной торговле – Установление минимального возраста, дающего право на покупку алкоголя, и обеспечение его соблюдения^b – Установление уровня алкоголя в крови, при котором допускается управление транспортным средством^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Диабет <ul style="list-style-type: none"> – Эффективное выявление и общее последующее наблюдение^b – Просвещение пациентов по вопросам питания, физической активности и контроля глюкозы в крови – Контроль гипертонии у больных диабетом – Скрининг на выявление и профилактику осложнений
<ul style="list-style-type: none"> • Вмешательства, направленные на улучшение режима питания и повышение физической активности <ul style="list-style-type: none"> – Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания – Фактическое исключение из рациона питания трансжирных кислот – Снижение потребления свободных сахаров^b – Увеличение потребления фруктов и овощей^b – Снижение воздействия рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей^b – Повышение уровня осведомленности в отношении питания и физической активности 	

^a Как указано в Рамочной конвенции по борьбе против табака (РКБТ).

^b Обозначает вмешательства и услуги дополнительно к тем, которые указаны в Глобальном плане действий по профилактике и контролю НИЗ, в целях обеспечения комплексной оценки.

2.1 Профильные вмешательства на популяционном уровне

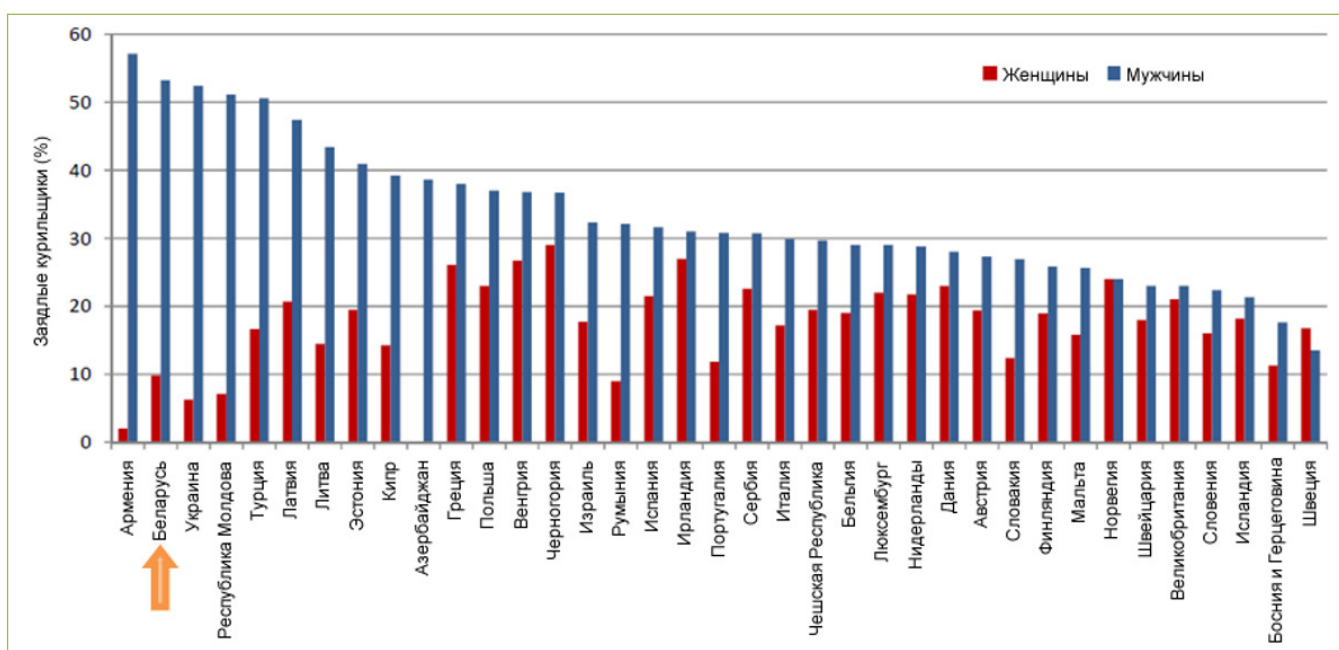
Потенциал по увеличению масштабов мероприятий на популяционном уровне представляет собой огромную возможность для усиления профилактики и контроля ССЗ и диабета в Беларуси.

Бремя ведущих заболеваний, таких как ССЗ и диабет, в значительной мере обусловлено основными категориями факторов риска, устранение которых требует определенных действий как на уровне всей популяции, так и на уровне индивидуальных услуг. Вмешательства на популяционном уровне группируются по трем основным направлениям: борьба с курением, профилактика злоупотребления алкоголем, улучшение рациона питания и физической активности. Несмотря на то что за последние десятилетия Беларусь добилась определенного успеха в сфере контроля потребления табака и алкоголя, в частности, посредством регулирования условий продаж и использования, реализация и обеспечение соблюдения этих нормативных положений остаются серьезной проблемой.

Борьба с курением

Несмотря на то что за последнее десятилетие Беларусь добилась определенных успехов в области борьбы с курением, необходимо сохранить устойчивость и полномасштабное исполнение предпринятых мер. Потребление табака остается серьезной проблемой здравоохранения в Беларуси, страна имеет крайне высокий уровень курения среди мужчин в Европейском регионе ВОЗ (рисунок 2).

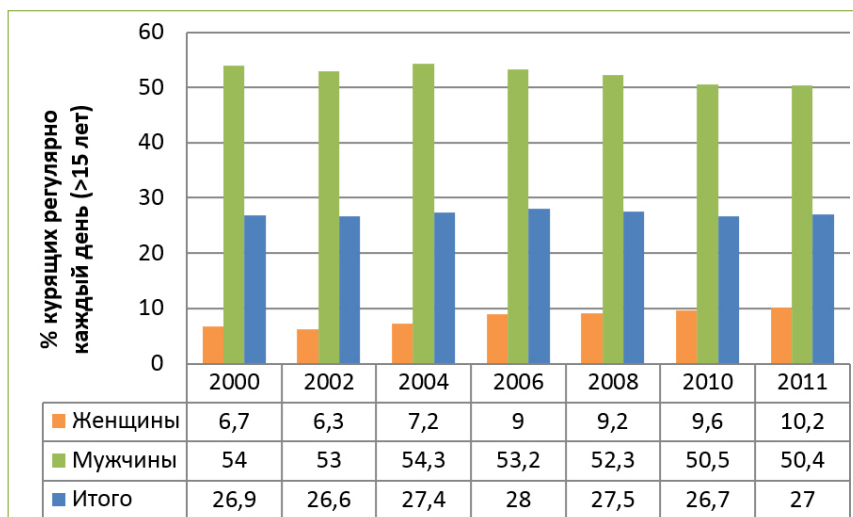
Рисунок 2. Доля регулярных курильщиков среди населения в возрасте 15 лет и старше.



Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г.

В целом показатель распространенности курения в Беларуси остается стабильным; отчасти объясняется тем, что сокращение численности курящих мужчин в течение последних десяти лет осталось незамеченным из-за растущей численности курящих женщин. Данный феномен был замечен и в других странах. Уровень курения среди мужчин снизился с 54,9% в 1998 г. до 50,4% в 2011 г., тогда как среди женщин уровень курения, наоборот, вырос с 3,6% в 1995 г. до 10,2% в 2011 г. (рисунок 3).

Рисунок 3. Распространенность курения в Беларуси, 2000-2011 гг.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех».

Высокая степень распространенности курения среди мужчин остается основной причиной высокого показателя преждевременной смертности от НИЗ среди мужчин в сравнении с женщинами: ССЗ среди мужчин в 5,5 раз выше, ОИМ – в 20 раз выше и онкологические заболевания – в 2,5 раза выше, чем у женщин. Серьезную проблему представляет распространенность курения среди детей и подростков: согласно национальному статистическому обзору 3,4% учеников 1-4 классов и 18,5% учеников 5-9 классов пробовали курить.¹⁰

В сентябре 2005 года Беларусь ратифицировала Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ), которая вступила в силу в декабре того же года. В Беларуси имеется нормативно-правовая база по борьбе с курением; однако существующие принципы применения не полностью соответствуют правовым обязательствам страны, обозначенными в РКБТ ВОЗ. Рекомендованный комплекс мер MPOWER ВОЗ по борьбе с курением не был реализован в полной мере. Основной законодательный акт, регулирующий вопросы борьбы с курением и оборот табачной продукции, вступил в силу в 2002 году (*Декрет Президента «О государственном регулировании производства, оборота, рекламы и потребления табачного сырья и табачных изделий»*). Ниже перечислены основные нормативные и политические документы по борьбе с табаком:

- Декрет Президента Республики Беларусь от 17 декабря 2002 г. №28 «О государственном регулировании производства, оборота, рекламы и потребления табачного сырья и табачных изделий», налагающий запрет на курение в ряде общественных учреждений и мест общественного пользования, продажу табака и табачных изделий гражданам в возрасте до 18 лет и обязывающий указывать сведения о вреде курения на упаковках табачных изделий.
- Закон «О рекламе», принятый 10 мая 2007 г., налагающий запрет на рекламу и стимулирование продаж табачных изделий.
- «Государственная стратегия по борьбе с курением на 2011-2015 гг.» и «Перспективный план действий по борьбе с курением на 2011-2015 гг.», содержащие в себе мероприятия по борьбе с курением, рассматриваемые в рамках данной оценки.
- Административный штраф за нарушение нормативно-правовых положений по борьбе с курением был введен в 2010 г.
- Будучи членом Таможенного союза (наряду с Российской Федерацией и Казахстаном), Беларусь входит в состав рабочей группы по разработке технических регламентов по унификации предупредительных надписей и упаковки табачных изделий, а также других актуальных вопросов.¹¹

¹⁰ Поведенческие факторы риска среди населения Республики Беларусь. Республиканское социологическое исследование. Минск: Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья совместно с Институтом социологии Национальной академии наук Беларуси; 2012 г.

¹¹ Решение №526 Комиссии Таможенного союза от 28 января 2011 г. и Решение №102 Высшего Евразийского экономического совета от 23 ноября 2012 г.

В то же время оценка указывает на наличие значительных возможностей для усиления мер контроля за табаком в Беларуси, в том числе за счет адекватного применения имеющихся мер контроля.

Повышение налогов на табачные изделия

В настоящее время налог на табачные изделия составляет 42,5% от розничной цены, из которых 25,8% приходится на акцизный налог и 16,7% на налог на добавленную стоимость.¹² Согласно рекомендациям ВОЗ общая сумма налога за каждую упаковку должна составлять как минимум 75% от розничной цены, и Беларуси есть к чему стремиться в отношении данной меры контроля. Согласно концепции оценки, степень выполнения этого вмешательства на уровне населения было оценено как **умеренное**.

Окружающая среда, свободная от табачного дыма

Необходимо усилить политику и процесс реализации действующих положений по обеспечению окружающей среды, свободной от табачного дыма, и снизить уровень воздействия пассивного курения. Незадолго до проведения настоящей оценки Беларусь принимала чемпионат мира по хоккею на льду, состоявшийся в городе Минске. Это мероприятие послужило платформой для пропаганды пользы соблюдения среды свободной от табачного дыма для здоровья. В октябре 2013 года был предложен новый законопроект под названием «О защите здоровья населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма». Он предлагает всесторонний запрет на курение внутри помещений во всех общественных учреждениях, запрет на рекламу и стимулирование продаж табачных изделий, повышение налогов и внедрение пиктограмм на упаковках табачных изделий в соответствии с требованиями РКБТ ВОЗ.¹³ Табачная отрасль активно противодействовала принятию закона. Более того, этот процесс затормозился вследствие отсутствия политической приверженности в принятии закона. Отсутствие правовой основы для исполнения требования по обеспечению свободной от курения среды ведет к высокому уровню пассивного курения для населения. Согласно результатам проведенного в 2012 году¹⁴ национального статистического обзора, 60% семей в Беларуси подвержено воздействию окружающего табачного дыма (пассивному курению). При этом 36,4% опрошенного населения подвергалось пассивному курению на остановках общественного транспорта и в других местах общественного пользования. Данная проблема сохраняется в сфере сектора услуг гостеприимства с большой распространенностью курения внутри помещений в ресторанах, барах и общественных заведениях. По данным Министерства внутренних дел Беларуси, в 2013 году за курение в общественных местах было оштрафовано три тысячи человек, а максимальный размер штрафа за данное правонарушение составляет 600 000 белорусских рублей (примерно 60 долларов США). Следует отметить, что в соответствии с действующим законодательством штраф налагается только на курильщика, тогда как для владельца заведения штраф не предусмотрен. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Предупреждения о вреде курения

Предупредительные надписи на пачках сигарет имеются, но они занимают только 30% от размера упаковки на передней и задней сторонах упаковки. Согласно недавнему Докладу ВОЗ о глобальной табачной эпидемии¹⁵, предупреждения о вреде для здоровья на упаковках табачных изделий написаны на основном языке страны, однако они не содержат фотографий или графических элементов. Предупреждения о вреде для здоровья содержат информацию

¹² Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2013. Профиль страны по борьбе с табаком: Беларусь. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/).

¹³ Новая антитабачная политика, предложенная в Беларуси [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 <http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/news/news/2013/10/new-anti-tobacco-policy-proposed-in-belarus>, по состоянию на 19 августа 2014 г.).

¹⁴ Поведенческие факторы риска среди населения Республики Беларусь, *op. cit.* с. 15.

¹⁵ Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2015. Профиль страны по борьбе с табаком: Беларусь. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/).

о вредном воздействии табака (законом утверждены шесть видов предупреждений о вреде для здоровья) и следуют положению, согласно которого запрещено использование вводящих в заблуждение терминов, таких как «легкие» или «мягкие». Тем не менее эти термины часто используются на сигаретных пачках и вводят население в заблуждение: половина респондентов в исследовании НИТТ-СНГ¹⁶ посчитали, что слово «легкие» означает менее вредные. Небольшие размеры предупредительных надписей на пачках сигарет в Беларуси (по сравнению с 65%-м покрытием пачкис обеих сторон в ЕС), а также отсутствие графических изображений с предупреждениями указывают на то, что выполнение данного вмешательства на уровне популяции можно оценить как **ограниченное**.

Запреты на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство

Принятие Закона «О рекламе» в 2007 году способствовало достижению больших успехов в области запрета рекламы табачной продукции в средствах массовой информации. По данным недавнего отчета ВОЗ по Борьбе против табака в Беларуси, в стране действует запрет на прямую рекламу табачных изделий во всех средствах массовой информации и прессе, но при этом реклама разрешена в местах продаж. Кроме того, имеются косвенные запреты на бесплатное распространение табачных изделий и предоставление скидок для стимулирования сбыта. Несмотря на запрет торговых автоматов для продажи табачных изделий, такие автоматы и табачные киоски были установлены на автобусных остановках в некоторых областях страны. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотин-заместительная терапия (НЗТ)

Проблемами для более эффективного осуществления лечения от табачной зависимости являются наличие и ценовая доступность программ по прекращению курения. Никотин-заместительная терапия доступна в пределах страны, и препараты для НЗТ продаются в аптеках без рецепта. Однако такая терапия не субсидируется государством, и полностью оплачивается за свой счет. Бесплатной телефонной службы помощи в прекращении курения нет¹⁷. Число желающих бросить курить могло бы быть больше, если бы НЗТ субсидировалась за счет государственного финансирования и в распоряжении населения были бы телефонные службы помощи. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Для решения некоторых из вышеперечисленных проблем в Беларуси разработан новый закон по борьбе против табака, согласующийся с РКБТ ВОЗ и ее Руководящими принципами. Однако данный закон все еще находится на рассмотрении в Парламенте страны, и складывается впечатление, что конкретного плана в отношении его принятия в ближайшее время нет. Для достижения поставленных целей необходимо улучшить реализацию существующих мер в области политики. Уроки, извлеченные из процесса реализации этих политических мер, необходимо принять во внимание при осуществлении «Государственной программы профилактики, борьбы и контроля НИЗ в Республике Беларусь на 2015–2020 гг.».

Алкоголь

Потребление алкоголя в Беларуси представляет собой серьезную проблему для здоровья, масштабы которой возросли за последние годы. Уровни распространенности алкогольной зависимости и связанных с избыточным потреблением алкоголя состояний сильно отличаются между мужчинами и женщинами – среди мужчин они встречаются в пять раз чаще. Среднегодовое потребление алкоголя в Беларуси является критически высоким. В период с 2008 по 2010 годы средний уровень потребления алкоголя на душу населения составлял 17,5 литра чистого алкоголя в то время как в Европейском регионе ВОЗ этот

¹⁶ Здравоохранение в эпоху перемен: Тенденции в состоянии здоровья населения и политики здравоохранения в странах СНГ. Аналитическая записка: Табак. Усиление борьбы против табака в Беларуси (www.hit-cis.net, по состоянию на 10 июня 2014 г.).

¹⁷ Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, op. citc. 13.

уровень составлял 10,9 литра.¹⁸ Из указанного объема 14,4 литра составляет учтенный алкоголь и 3,2 литра оцениваются как неучтенный. Крепкие спиртные напитки являются самым потребляемым видом алкоголя в Беларуси, и уровень их потребления растет. В период с 2005 по 2011 годы потребление крепких спиртных напитков значительно возросло (с 37,4% от общего потребления алкоголя до 47%). Ценовая доступность алкоголя способствует росту потребления и дальнейшему росту числа лиц, страдающих от алкогольной зависимости и обильного эпизодического употребления алкоголя. По последним статистическим данным в 2014 году число официально зарегистрированных лиц, страдающих от алкогольной зависимости, составляло 174 080 человек.¹⁹ В 2012 году Беларусь была отнесена к категории стран, где большая доля потерянных лет жизни (ПЛЖ) связана с алкоголем.²⁰

Рисунок 4. Общий усредненный уровень потребления алкоголя на душу населения, учтенный и неучтенный, 2008-2010 гг., мужчины и женщины.

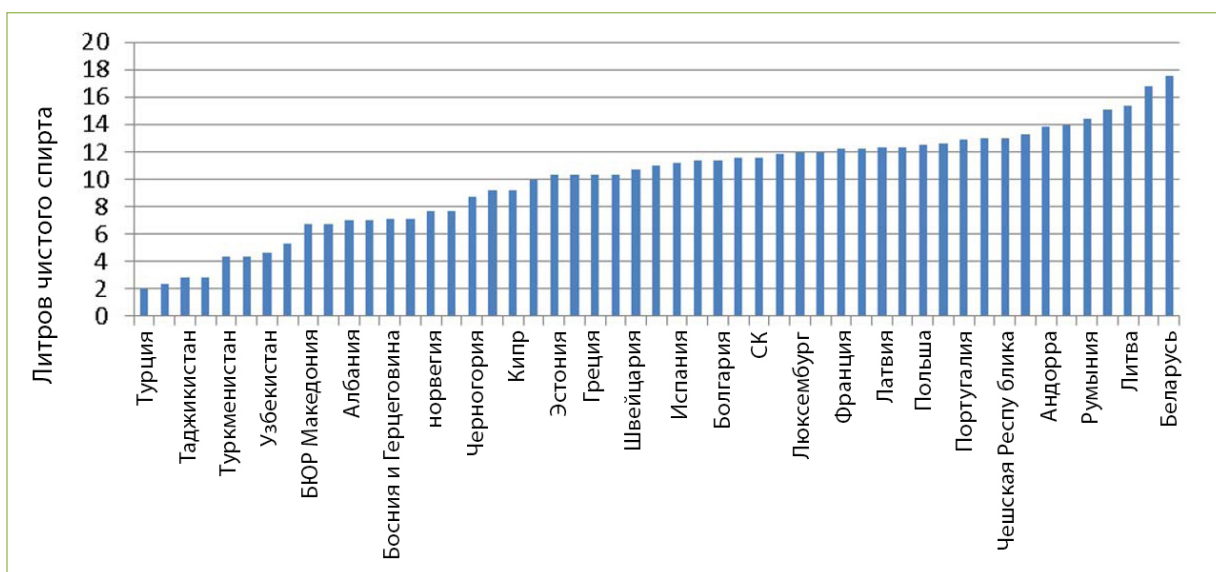
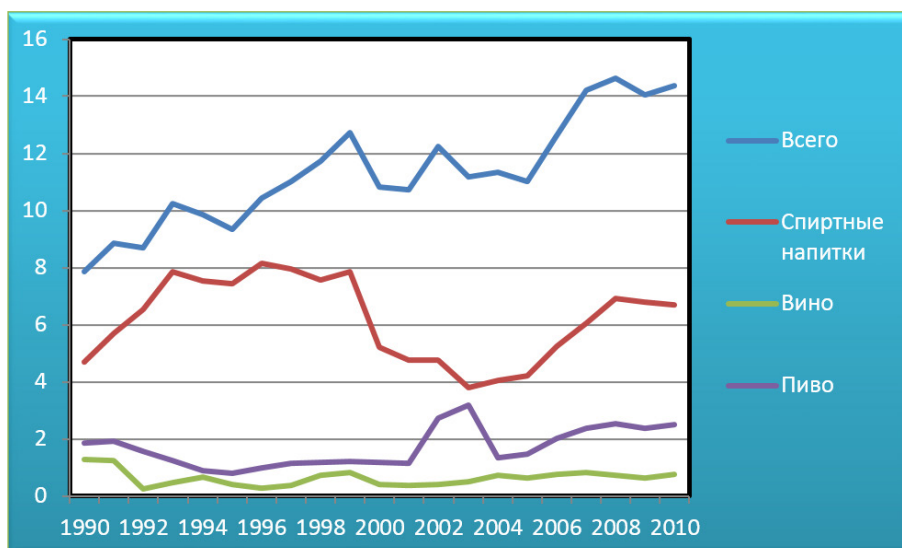


Рисунок 5. Учтенный алкоголь на душу населения (+15), 1990-2010 гг.

Данные указывают литры чистого спирта на душу населения (+15)



Источник: Глобальный доклад о положении в области алкоголя и здоровья.

¹⁸ Глобальный доклад о положении в области алкоголя и здоровья 2014. Страновой профиль: Беларусь. Женева: ВОЗ.

¹⁹ Разводовский Ю. Комплексный анализ алкогольной ситуации в Беларуси 2005-2010. Организация и информатизация здравоохранения 2013 г.; 2:43.

²⁰ Глобальный доклад о положении в области алкоголя и здоровья 2014. Op cit с. 17.

В Беларуси существуют положения, регулирующие производство и продажу алкоголя. В 2011 году страна пересмотрела национальную политику в отношении алкоголя и разработала план действий (13). Была принята межотраслевая государственная программа с целью осуществления мер по профилактике и борьбе с пьянством и алкогольной зависимостью на 2011-2015 годы,²¹ в которой задействованы 12 министерств, три комитета, Национальная академия наук и исполнительные учреждения. Под программу выделяется целевое финансирование, и в настоящее время ведутся работы по подготовке следующей фазы на 2016-2020 гг. К 2016 году планируется достижение следующих целей:

- годовое снижение уровня распространенности хронической алкогольной зависимости от 2% до 3%;
- годовое снижение числа случаев употребления алкоголя несовершеннолетними и связанного с этим вреда от 3% до 5%;
- годовое снижение числа случаев смерти от отравления алкоголем от 5% до 7%;
- годовое снижение заболеваемости психозами, связанными с алкоголем, от 7% до 8%;
- годовое снижение числа правонарушений и преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, от 1% до 5%;
- годовое снижение числа дорожно-транспортных происшествий, произошедших под воздействием алкоголя, от 4% до 5%;
- годовое снижение числа несчастных случаев на производстве, произошедших под воздействием алкоголя, от 5% до 6%.

Министерство здравоохранения проводит ежегодный мониторинг реализации программы по согласованным ключевым показателям.

Повышение налогов на алкоголь

Обложение налогами алкогольной продукции остается одной из наиболее экономически эффективных мер профилактики. Несмотря на положительную тенденцию и повышение налогов на алкоголь в 2014 году в два раза, существуют возможности для дальнейшего усиления мер в этой сфере. Акцизный налог, налагаемый на пиво, вино и спиртные напитки, привязан к индексу потребительских цен, но не зависит от содержания алкоголя. Также нет специальных налогов на продукцию, привлекательную для молодежи, такую как слабоалкогольные газированные напитки. Начиная с 2014 года в рамках гармонизации акцизного налогообложения государствами-членами Евразийского экономического союза и Таможенного союза, были приняты следующие меры для повышения акцизного налога:²²

- В первой половине 2014 г. – повышение с 14,5% до 36,1% на спиртные напитки, с 14,5% до 15,4% – на слабоалкогольные напитки и на 13,8% – на пиво;
- Во второй половине 2014 г. – повышение с 5,6% до 28,7% на спиртные напитки, с 4,8% до 11,1% – на слабоалкогольные напитки и на 6,1% на пиво.

Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Ограничения, запреты на рекламу/стимулирование продаж

Законодательство Беларуси налагает запрет на прямую рекламу алкоголя, но обеспечение исполнения данного законодательства остается неудовлетворительным. Закон «О рекламе»²³ запрещает рекламу алкоголя на телевидении и радио, а также наружную рекламу алкоголя на территории образовательных, медицинских, культурных и спортивных зданий/учреждений, аэропортов и вокзалов, остановок общественного транспорта и станций метро. Несмотря на запрет рекламы алкоголя, на телевидении идет реклама пива в промежутке с 22.00 до 07.00 часов. Реклама также запрещена на первой и последней страницах печатных изданий и журналов, а также в других средствах массовой информации, предназначенных для лиц в возрасте до 18 лет. Там, где реклама разрешена,

²¹ Постановление Совета министров Республики Беларусь №27 от 11 января 2011 г. (редакция 11.01.2013 г.)

²² Закон Республики Беларусь № 96-3 «О внесении изменений и дополнений в некоторые законы Республики Беларусь о предпринимательстве и налогообложении» от 31 декабря 2013 г.

²³ Постановление Совета министров Республики Беларусь №27 от 11 января 2011 г. (редакция 11.01.2013 г.)

рекламные объявления в разрешенном формате должны содержать предупредительные надписи и наклейки о вреде для здоровья. Следует отметить, что Президент Беларуси обладает особым правом налагать дополнительные меры регулирования на рекламу алкоголя.²⁴ Спонсорство и стимулирование продаж алкогольной продукции регулируется государством, но компании-производители алкоголя зачастую применяют методы косвенного маркетинга для продвижения своей продукции. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Ограничения на розничную продажу алкоголя

Существуют нормативно-правовые меры, регулирующие наличие алкоголя в секторе розничной торговли и в учреждениях образования с особым акцентом на молодежь, однако обеспечение их исполнения недостаточное. В 2008 году было введено ограничение на розничную продажу алкоголя в государственных учреждениях, таких как школы, больницы, театры, общежития, столовые, детские кафе и магазины для детей, однако практическое применение такой нормы не обеспечено. В обязанности местных муниципалитетов и органов управления входит организация мероприятий по популяризации здорового образа жизни, к числу которых относятся профилактика и борьба с алкоголизмом и пьянством. Они также имеют полномочия на ограничение продажи алкогольной продукции на своей территории в определенные дни (такие как школьный выпускной вечер). Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Положение о возрастном ограничении и его исполнение

Законом установлено возрастное ограничение на покупку алкогольных напитков (пиво/ вино/ спиртные напитки) (минимальный возраст составляет 18 лет), и это ограничение эффективно соблюдается. Однако нарушение закона не грозит оператору розничной торговли потерей лицензии. Рассматривается вопрос об ограничении часов продажи алкоголя и увеличении минимального возраста до 21 года.²⁵ Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **умеренное**.

Допустимый уровень алкоголя в крови при управлении транспортным средством

Беларусь добилась больших успехов в решении проблемы управления транспортным средством в нетрезвом виде путем снижения максимально допустимой концентрации алкоголя в крови (КАК) при управлении транспортным средством до 0,03%. Однако при этом нет отдельных жестких мер в отношении начинающих и/или профессиональных водителей, когда концентрация должна быть равна нулю. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **умеренное**.

Питание и физическая активность

В Беларуси процент людей с избыточным весом и ожирением постоянно растет, а реализация профильных вмешательств, направленных на решение проблем с питанием и увеличением физической активности, остается на низком уровне. Оценочные данные за 2008 год показывают, что 57,4% взрослого населения (в возрасте > 20 лет) в Беларуси имели избыточный вес и 24,3% – ожирение.²⁶ Уровень распространенности избыточного веса среди мужчин несколько ниже, чем среди женщин (57,2% против 57,5%). Однако половое различие ярко выражено в количественном соотношении мужчин и женщин,

²³ Постановление Совета министров Республики Беларусь №27 от 11 января 2011 г. (редакция 11.01.2013 г.).

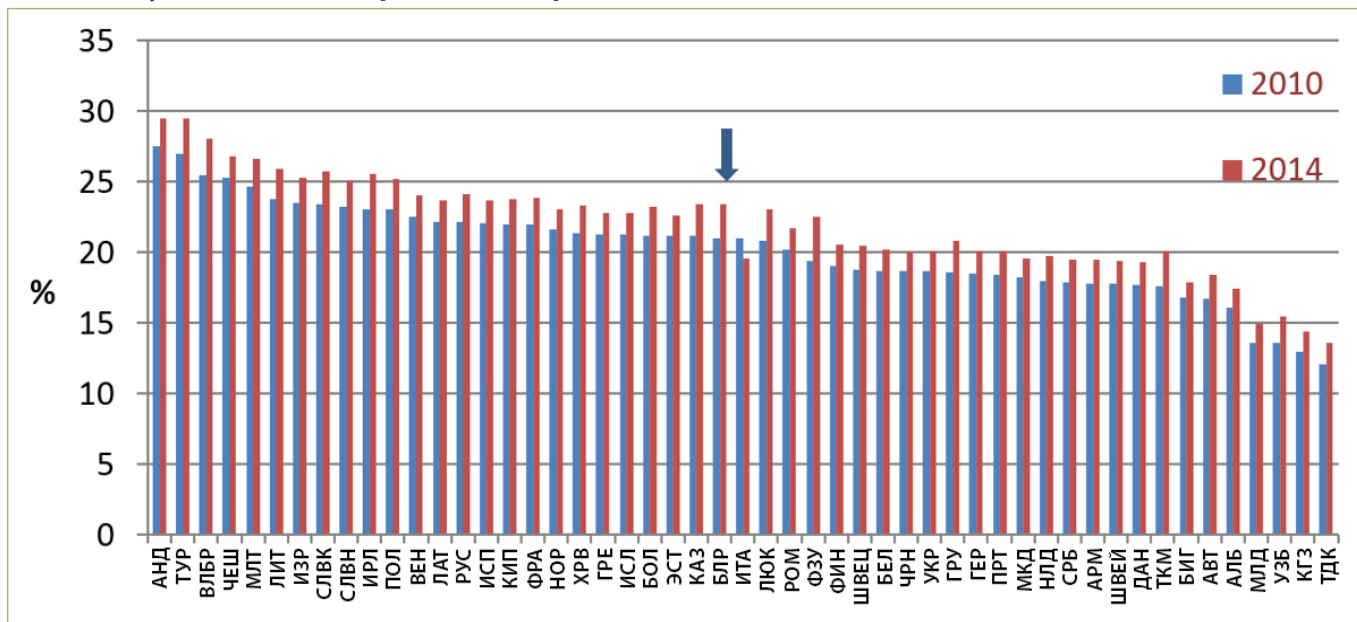
²⁴ Закон Республики Беларусь №225 “О рекламе” от 10 мая 2007 г.

²⁵ Хартия’97. В Беларуси запретят продажу спиртного до 21 года [статья онлайн].

²⁶ Питание, физическая активность и ожирение. Профиль страны. Беларусь. Копенгаген: Европейскоерегиональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/243287/Belarus-WHO-Country-Profile.pdf, accessed 25 August 2014).

страдающих ожирением, – соответственно 19,7% и 26,4% (рисунок 6). Согласно прогнозам, в 2020 году 17% мужчин и 30% женщин будут страдать ожирением, а к 2030 году этот процент составит 22% среди мужчин и 40% среди женщин. В 2009 году Министерство здравоохранения Беларуси издало Протоколы диагностики, лечения и медицинской реабилитации взрослого населения с избыточной массой тела и ожирением, признав тем самым масштабы растущей проблемы. Таким образом, устранение факторов, ведущих к росту распространенности избыточного веса и ожирения, является важным, но недостаточно применяемым на практике направлением деятельности.

Рисунок 6. ИМТ>30 среди лиц старше 18 лет.



Источник: Банк данных ВОЗ, 2008 г.²⁸

Правительство Беларуси делает первые шаги в попытке решить проблему нездорового рациона питания и низкой физической активности.

- В 2010 году был создан Межведомственный координационный совет по вопросам формирования здорового образа жизни.
- В 2011 году в Беларуси была принята государственная стратегия общественного здравоохранения, направленная на развитие культуры здорового образа жизни среди населения и усиление общественной и личной ответственности за укрепление здоровья на национальном, региональном и индивидуальном уровнях.
- В 2014 году был сформирован Межведомственный координационный совет по вопросам питания (26), в состав которого вошли представители Министерства здравоохранения, Национальной академии наук и пищевой промышленности под председательством Президента Национальной академии наук. При этом принятый межведомственный план по укреплению здоровья и пропаганде здорового образа жизни рассчитан только на 2011-2015 годы.

Несмотря на то что в Беларуси эффективность реализации профильных вмешательств на уровне популяции можно определить с помощью оценки динамики изменений конкретных показателей, возможности системы мониторинга в этой области ограничены. Данных обследований «Поведение в отношении здоровья среди детей школьного возраста» (HBSC)²⁹ или Европейской инициативы по наблюдению за детским ожирением (COSI)³⁰ по рациону питания и физической активности в Беларуси нет. Также нет данных из Банка данных Глобальной обсерватории здравоохранения или Европейской базы данных ВОЗ по питанию, ожирению и физической активности (NOPA)³¹ по профилю страны в отношении неадекватной физической активности в Беларуси.

²⁸ Global Health Observatory Data Repository. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.2450A?lang=en>, по состоянию на 1 мая 2015г.).

²⁹ Поведение в отношении здоровья среди детей школьного возраста (HBSC).

³⁰ Европейская инициатива по наблюдению за детским ожирением (COSI).

³¹ Европейская база данных ВОЗ по питанию, ожирению и физической активности (NOPA).

Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания

Информация о тенденциях в потреблении соли населением, серьезного фактора риска для развития ССЗ, отсутствует. Более того, на данный момент нет конкретных мер в области политики, направленных на снижение потребления соли населением Беларуси. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Фактическое исключение из рациона трансжирных кислот

Национальное нормативно-правовое регулирование предписывает маркировку продуктов, которые содержат трансжиры и насыщенные жиры с указанием процента от общего содержания жиров. Особое внимание уделяется контролю содержания трансжиров в продуктах питания, предназначенных для детей. Существует технический регламент, согласно которому необходимо снизить содержание трансжиров в масложировой продукции в 4-10 раз к 2018³², но до сих пор нет доказательств сокращения использования трансжиров в рационе питания. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Снижение потребления свободных сахаров

В крупных супермаркетах имеются специально выделенные отделы для продукции с низким содержанием сахара; при этом отсутствует система, позволяющая отслеживать потребление содержащегося в газированных напитках сахара. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Потребление фруктов и овощей

В 2009 году оценочный показатель наличия фруктов и овощей составлял 587 грамм на душу населения. Это меньше >600 грамм/день, рекомендованных ВОЗ и Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Организации Объединенных Наций (ФАО), но больше, чем во многих странах СНГ. Опросы населения (2012 г.) показали, что среднесуточное потребление фруктов и овощей населением Беларуси составляет 350-450 грамм (27). Исследование STEPS³³ будет иметь большое значение для расширения доказательной базы и общей картины в этой области. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **умеренное**.

Снижение воздействия рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей

Меры регулирования оказываются недостаточными, когда дело касается рекламы пищевых продуктов и газированных напитков и ее воздействия на детей. Однако следует отметить, что с 2007 года действует нормативный запрет на рекламу смесей для детского питания в средствах массовой информации и фармацевтических печатных изданиях. Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **ограниченное**.

Повышение уровня осведомленности в отношении питания и физической активности

В профилях питания и физической активности населения Беларуси есть положительные элементы. В частности, в период с 2005 по 2012 годы процент младенцев, находящихся исключительно на грудном вскармливании в течение первых шести месяцев жизни, увеличился с 9% до 19%.³⁴ Несмотря на заявленное наличие условий для занятия физической активностью и спортом во всех регионах Беларуси, уровень физической активности среди населения остается низким. Доля населения, регулярно занимающаяся физической активностью, составляет лишь 10,8% от общего населения. В начальной и средней школе полтора часа физкультуры являются обязательными, а учебные планы учителя включают в себя физическую активность. Кроме того, имеется специально выделенный канал "Беларусь5", целью которого является повышение осведомленности населения о здоровом питании и физической активности. Помимо прочего, принят и

³² Взято из презентации Федоренко Е. Ситуационный анализ о определенных составляющих питания у населения Республики Беларусь, Научно-практический центр гигиены (Беларусь).

³³ <http://www.who.int/chp/steps/reports/en/>

³⁴ ВОЗ, банк данных Глобальной обсерватории здравоохранения [онлайн-база данных]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 ([http:// apps.who.int/gho/data/view.main](http://apps.who.int/gho/data/view.main), посостояниюна 19 августа 2014 г.).

частично реализован программный документ по консультированию по вопросам питания и физической активности.³⁵ Выполнение данного вмешательства на уровне популяции было оценено как **умеренное**.

Таблица 4: Карта оценки основных вмешательств на уровне популяции.

Оценочная карта Беларуси	Оценочная карта выполнения с комментариями
Спектр вмешательств по борьбе с курением	
Повышение налогов на табачные изделия	Умеренное. Налог на табачные изделия составляет 42,5% от розничной цены, из которых 25,8% приходится на акцизный налог и 16,7% – на НДС.
Окружающая среда, свободная от курения	Ограниченное. Законы в поддержку окружающей среды, свободной от курения, имеются, но обеспечение их исполнения крайне низкое. Больницы, школы, общественный транспорт и рабочие места являются зонами, свободными от курения, но в секторе оказания услуг (кафе, бары) курение внутри помещений разрешено.
Предупреждения об опасности табака и курения	Умеренное. Предупредительные надписи о вреде для здоровья покрывают 30% на передней и задней сторонах упаковки, но нет графических изображений.
Запреты на рекламу, стимулирование продаж, спонсорство	Умеренное. Запреты на рекламу табачных изделий, стимулирование продаж и спонсорство имеются, а уровень их исполнения умеренный.
Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотинзаместительная терапия (НЗТ)	Ограниченное. НЗТ рекомендована Минздравом, но не субсидируется и полностью покрывается за собственный счет.
Вмешательства по предупреждению злоупотребления алкоголем	
Повышение налогов на алкоголь	Ограниченное. Налоги на алкоголь привязаны к индексу потребительских цен, однако нет специальных налогов, которые сделали бы алкогольную продукцию менее привлекательной для молодежи.
Ограничения, запреты на рекламу/стимулирование продаж	Ограниченное. С 2007 года введены ограничения на рекламу алкоголя, которая запрещена с 7:00 утра до 8:00 вечера, а также введен запрет на рекламу алкоголя на первой и последней страницах печатных изданий. Тем не менее косвенная реклама все еще остается проблемой.
Ограничения на розничную продажу алкоголя	Ограниченное. Существует запрет на розничную продажу алкоголя в государственных и образовательных учреждениях, но обеспечение его исполнения недостаточное.
Регламентирование и соблюдение возрастных ограничений на покупку спиртных напитков	Умеренное. Возрастное ограничение на покупку алкогольной продукции с 18 лет эффективно исполняется. Нарушение закона не ведет к потере лицензии.
Допустимый уровень алкоголя в крови для управления транспортным средством	Умеренное. Максимальная концентрация алкоголя в крови (КАК) при управлении транспортным средством не должна превышать 0,03%, однако при этом нет дополнительных жестких мер в отношении начинающих и/или профессиональных водителей, когда концентрация должна быть равна нулю.
Вмешательства, направленные на улучшение рациона питания и физической активности	
Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания	Ограниченное. Вмешательства по снижению потребления соли на уровне популяции не проводятся, мониторинг потребления соли населением не ведется.
Фактическое исключение из рациона трансжирных кислот	Ограниченное. Нет нормативно-правовой базы, подкрепляющей исключение трансжиров из рациона, как нет и фактических данных по снижению потребления трансжиров.
Снижение потребления свободных сахаров	Умеренное. В крупных супермаркетах имеются специально выделенные отделы для продукции с низким содержанием сахара; при этом отсутствует система, позволяющая отслеживать потребление содержащегося в газированных напитках сахара.
Увеличение потребления фруктов и овощей	Широкое. Цель – увеличить потребление фруктов и овощей как минимум до 400 грамм/день в соответствии с рекомендациями ВОЗ и Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН. Опросы населения в 2012 году (27) показали, что среднесуточное потребление фруктов и овощей составляет 350-450 грамм.
Снижение воздействия рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей	Ограниченное. Рекомендации ВОЗ в отношении рекламы для детей приняты к сведению, но не подкреплены конкретными действиями. Единственным прогрессивным шагом является запрет на рекламу молочных смесей и других заменителей грудного молока во всех средствах массовой информации (за исключением медицинских журналов).
Повышение уровня осведомленности в отношении питания и физической активности	Умеренное. Консультирование по вопросам питания и физической активности постепенно признается важной составляющей первичной медицинской помощи. Принят и частично реализован программный документ по консультированию по вопросам питания и физической активности на уровне первичной медико-санитарной помощи.

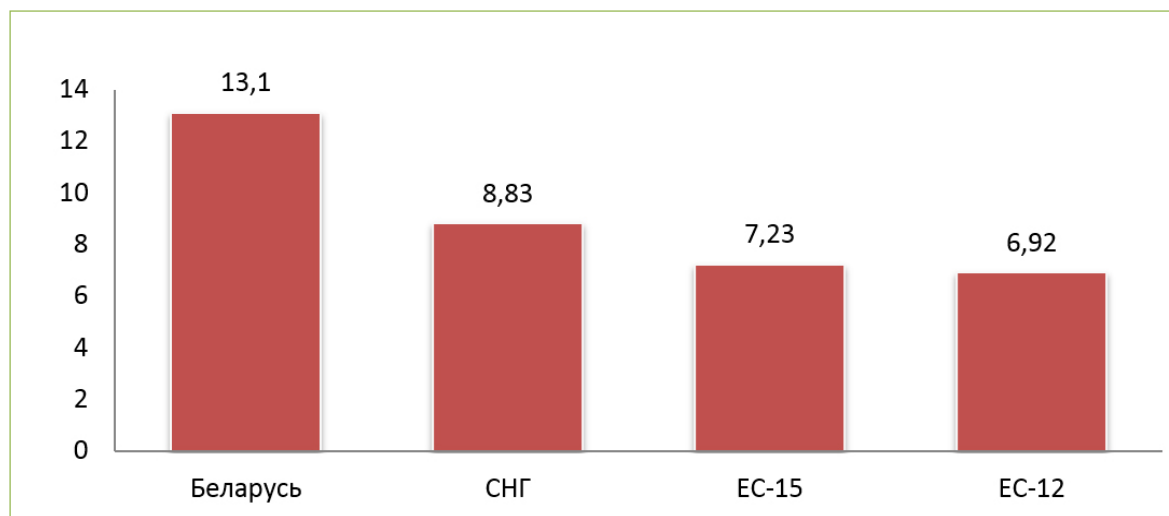
2.2 Индивидуальные услуги

В последние годы в Беларуси приоритетное внимание уделялось развитию высокоспециализированной помощи и лечения при ССЗ, что, вероятнее всего, повлияло на улучшение результатов лечения при острых нарушениях, таких как ОИМ. Принимая во внимание доминирующую роль НИЗ и ССЗ в бремени болезней, необходимо усиливать первичную и вторичную профилактику на уровне индивидуальных услуг. Для этого необходимо оптимизировать модель ПМСП, особенно в городской местности.

Сердечнососудистые заболевания и диабет

Выявление гипертонии и стратификация рисков развития ССЗ выполняются на уровне первичной медико-санитарной помощи через широкую сеть поликлиник и врачей общей практики (ВОП) и посредством процедуры диспансеризации.³⁶ В то же время как выявление, так и последующее наблюдение должны быть усилены. В Беларуси наблюдается один из самых высоких в регионе уровней амбулаторных посещений на человека в год (рисунок 7). Данные, полученные во время работы миссии, свидетельствуют о том, что значительная часть населения наблюдается у участкового/семейного врача в течение года; в то же время уровень выявления гипертонии остается низким (8-10%)³⁷, если учитывать распространенность гипертонии среди населения, составляющей 41,8%³⁸. Участковые врачи практики ВОП обязаны измерять и фиксировать кровяное давление, уровень холестерина, уровень глюкозы в крови и подверженность факторам риска. Однако на практике диспансеризация зачастую выполняет номинальную функцию, что отчасти связано с высокой рабочей нагрузкой на уровне ПМСП, а выявление и дальнейшее наблюдение в группах риска нуждаются в усилении.

Рисунок 7. Число амбулаторных посещений на человека в год, 2011 год.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех».

Очевидное ограниченное участие первичного звена медико-санитарной помощи в ведении пациентов с повышенным риском сердечнососудистой патологии подтверждается результатами опроса на местах, согласно которым четыре опрошенных пациента с инфарктом миокарда из отделения интенсивной терапии не наблюдались врачом и/или медсестрой ПМСП в течение последних 2–4 лет. Пациенты, как правило, обращаются с жалобами напрямую к специалистам, которые занимаются лечением

³⁶ Термин «система диспансеризации» означает один из основных подходов к охране здоровья и профилактики НИЗ в Беларуси. Это включает деление населения на три основных группы: 1) люди, у которых подтвержден фактор риска НИЗ, 2) люди, имеющие один или несколько факторов риска НИЗ, и 3) люди с Низ. Для каждой из трех категорий устанавливается перечень услуг, включая частоту посещения и уровень специалистов, а также право на возмещение затрат.

³⁷ Данные собраны при посещении поликлиник и сельских центров семейной медицины.

³⁸ Страновой профиль по неинфекционным заболеваниям (НИЗ), 2014 г., Беларусь, op.cit с. 9.

конкретного заболевания, но не всегда проводят комплексную оценку факторов риска или не выявляют другие сопутствующие заболевания.

Стоимость лекарственных препаратов от гипертонии, назначаемых в качестве превентивной меры, не возмещается на регулярной основе, что ведет к упущенным возможностям для проведения первичной профилактики ССЗ, в том числе среди лиц с диабетом. Лекарственные препараты от гипертонии предоставляются бесплатно в случае острого нарушения, напр., до шести месяцев после инфаркта миокарда, или в случае наступления инвалидности. Больные с гипертонией или ишемической болезнью сердца, если они не имеют группы инвалидности, вынуждены приобретать лекарственные средства по полной стоимости. Эффективное лечение гипертонии является одним из вмешательств первого ряда на индивидуальном уровне с доказанной результативностью и экономической эффективностью. Рекомендуется рассмотреть возможность частичного или полного возмещения стоимости предоставления гипотензивного лечения в качестве приоритетного направления. При этом стоимость инсулина и других лекарственных препаратов для лечения диабета полностью возмещается после постановки диагноза диабет. Ведение больных, имеющих ССЗ и диабет, требует значительных изменений в поведении и приверженности длительному лечению. Необходимо повысить степень участия пациента и использовать подход, ориентированный на пациента. Команда по оценке услышала мнение о том, что пациенты не чувствуют ответственности за собственное здоровье; скорее, они считают это ответственностью врачей. Низкая степень приверженности лечению ведет к высокому уровню распространенности осложнений и инвалидизации. Необходимо изменить данную парадигму, поскольку профилактика и лечение НИЗ и диабета не могут существовать в патерналистской системе оказания помощи. Врачи и все другие работники здравоохранения должны быть обучены и снабжены инструментарием, который позволит повысить степень участия пациента и оказывать помощь, ориентированную на пациента. Стандартизированная по возрасту заболеваемость диабетом среди взрослого населения в возрасте 18 лет и старше по расчетам составляет 8,2 (при доверительном интервале (ДИ) 4,7-11,6%)³⁹. Школы для больных диабетом 2 типа существуют в стране с 1987 года; в настоящее время работает 227 школ. Это была важная инициатива, которая отчасти объясняет снижение показателей вызванной диабетом комы и вытекающей из этого смертности, а также случаев перинатальной смертности, ампутаций, потери зрения и почечной недостаточности.⁴⁰ Тем не менее сохраняется потребность⁴¹ в улучшении методов обучения в отношении диабета, в частности, в развитии профессиональных навыков медицинских работников. В Беларуси (см. раздел 4) более эффективная координация помощи при диабете обеспечивается за счет использования регистра заболевания с охватом всего населения, куда входят результаты лечения и показатели качества. Лечение при диабете аналогично лечению при различных НИЗ и предусматривает многократные посещения разных уровней оказания помощи в системе здравоохранения, а база данных помогает избежать дублирования процедур, что ведет к более рациональному использованию ресурсов.

Острые состояния – инфаркт миокарда и инсульт

В Беларуси имеются четко определенные стратегии, обеспечивающие оптимальный доступ к высокоспециализированным кардиологическим центрам по всей стране. Посещения учреждений позволили установить наличие оптимального доступа к медицинским учреждениям третичного уровня для лечения острых сердечнососудистых состояний. Судя по всему, больничные койки сердечнососудистого профиля открыты для доступа во всех регионах Беларуси – в среднем 7,1 на 10 000 жителей (от 7,9 на 10 000 в Минской области до 5,5 в Витебской области). Во всех областных центрах имеются учреждения, оказывающие

³⁹ Доклад оситуации в области НИЗ в мире за 2014 г., Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014 г. На основе расчетных данных по стране и с использованием широкого доверительного интервала.

⁴⁰ Холадав А., Бурко И. (2014). Обучение системе самостоятельного контроля в эндокринологии. Представлено на 16-м Европейском Конгрессе по эндокринологии, Вроцлав, Польша. *Endocrine Abstracts* 35 P485.

⁴¹ Европейская коалиция по диабету. Диабет в Европе 2014. Политическая загадка – состояние, в котором мы пребываем; доклад по Беларуси http://www.idf.org/sites/default/files/youngleaders/ECD-PP4finalweb_march2015.pdf

услуги по ангиографии, которые доступны круглосуточно, а в Минске таких центров 5. Высокие и растущие темпы применения инвазивных вмешательств при остром инфаркте миокарда в Беларуси способствовали снижению смертности от ССЗ (таблица 7). В стране имеется 6 областных стационаров и республиканская больница, которые предоставляют инвазивное лечение при ОИМ.

Таблица 5: Число инвазивных вмешательств при остром инфаркте миокарда, 2009 и 2013 гг.

Вмешательство	2009	2013
Хирургическая реваскуляризация	319	2556
Тромболиз	4249	4066
Отсутствие вмешательства	5976	3518

Источник: Министерство здравоохранения.

В Беларуси имеется развернутая система скорой экстренной помощи, включающая 24 станции, 29 подстанций, 117 отделений и 90 пунктов экстренной помощи. В эту систему вложены немалые инвестиции и проведена ее модернизация; все машины скорой помощи оснащены дефибрилляторами, а некоторые даже специальным оборудованием, позволяющим проводить тромболитическую терапию. По имеющимся сведениям, среднее время ожидания с момента вызова скорой помощи пациентом составляет 30 минут по стране и 15-20 минут в Минске. Имеются специализированные машины «неотложной» скорой помощи при заболеваниях сердца в стадии крайнего обострения и две машины, приспособленные для экстренных неврологических вызовов. В некоторых машинах имеется оборудование для проведения дистанционного анализа ЭКГ, и в следующем году планируется увеличить число таких машин. Сортировка звонков осуществляется в центре обработки вызовов с разбивкой по категориям – красный, зеленый и низкий. Тем не менее имеются определенные трудности, связанные, в частности, с чрезмерным использованием услуг скорой помощи населением.

Таблица 6. Карта оценки основных вмешательств на индивидуальном уровне.

Беларусь	Профильные индивидуальные услуги при ССЗ и диабете
ССЗ и диабет	
Стратификация рисков на уровне первичной медико-санитарной помощи	Стратификацию рисков на уровне первичной медико-санитарной помощи можно оценить как умеренную – врачи общей практики и/или участковые врачи и/или фельдшера проводят стратификацию рисков с использованием оценочных карт и указывают гипертонию, высокий уровень холестерина, диабет, курение и другие факторы риска ССЗ в индивидуальной карте пациента.
Эффективное выявление и ведение больных с гипертонией	Наблюдается очень низкий уровень выявления гипертонии; низкая степень доступности комбинированного лекарственного лечения; распространенность гипертонии согласно данным из поликлиник и сельских врачебных практик составляла 8-10 процентов, т.е., ниже, чем расчетные 30%. Стоимость гипотензивных препаратов возмещается не на регулярной основе, а только при осложнениях, таких как ИОМ – и только на непродолжительный период (до шести месяцев после ИМ) и/или в случае инвалидности (до 100 процентов).
Эффективная первичная профилактика в группах повышенного риска	Врачи, назначающие препараты, недостаточно осведомлены о показаниях к первичной профилактике в группах высокого риска. Пациентам с повышенным риском не назначаются статины. Аспирин назначается всем без исключения больным с гипертонией.
Эффективная вторичная профилактика после ОИМ, в том числе применение аспирина	До шести месяцев после ОИМ больные получают возмещение стоимости лечения за бета-блокаторы и статины. Но по истечении шести месяцев возмещение не предоставляется. Существует риск прекращения лечения больными сразу после прекращения возмещения.
Экстренная и специализированная помощь после ОИМ	Экстренная помощь при ОИМ хорошо развита, при этом акцент делается на обеспечение быстрого доступа к необходимым вмешательствам. Развита мощная сеть скорой и экстренной помощи, включая оборудование для проведения догоспитального тромболитического лечения. Данные о том, какое время проходит между вызовом и приездом врача, не анализировались.

Беларусь	Профильные индивидуальные услуги при ССЗ и диабете
Диабет	
Эффективное выявление и общее последующее наблюдение*	Предполагаемый стандартизированный по возрасту уровень заболеваемости диабетом составляет 8,2% (ДИ 4,7-11,6%) ⁴² . Было трудно найти сопоставимые данные по зарегистрированным случаям диабета в возрасте старше 18 лет для расчета уровня выявления. Результаты исследования указывают на то, что имеющаяся система по обнаружению новых случаев заболеваемости диабетом (диспансеризация), нуждается в углубленной оценке для определения ее эффективности.
Просвещение пациентов по вопросам питания, физической активности и контроля глюкозы в крови	Школы для больных диабетом действуют уже много лет и отчасти именно они способствовали снижению уровня осложнений. Обученные терапевтические медсестры, преподающие в этих школах, играют определенную роль в просвещении больных. Тем не менее есть проблемы в отношении компетенции персонала и использования контрольно-измерительных приборов, а также есть сведения о проблемах с доступом. Согласно отчетным данным из регистра по диабету, 25% стоящих на учете больных находятся под должным наблюдением (т.е., с уровнем HbA1c < 7%), что означает, что ежегодно у более высокого процента пациентов замеряется гликированный гемоглобин.
Контроль гипертонии у больных диабетом	Не оценивалось
Профилактика осложнений	Не оценивалось. Однако национальный регистр по диабету включает сведения по осложнениям. Данные используются для совершенствования ведения при диабете, что, отчасти, способствует снижению уровня осложнений. Несмотря на это, требуются меры для улучшения, так как по результатам интервью только 25% лиц с диагнозом диабет держат болезнь под контролем (т.е., с уровнем HbA1c < 7%).

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



3. Вызовы и возможности, возникающие перед системами здравоохранения при расширении масштабов профильных вмешательств и услуг в связи с НИЗ

Многие страны испытывают трудности при расширении масштабов профильных вмешательств и услуг в связи с НИЗ, представленных в разделе 2, несмотря на неопровержимые доказательства их экономической эффективности и существенного воздействия на здоровье населения. В то же время появляется обнадеживающий положительный опыт, который дает возможность наладить обмен знаниями между странами после надлежащей адаптации успешных инициатив. В данном разделе рассматриваются вызовы системы здравоохранения, которые могут негативно сказаться на предоставлении профильных вмешательств и услуг и препятствовать прогрессу в достижении целевых показателей Глобальной рамочной системы мониторинга за НИЗ. Здесь также продемонстрированы возможности расширения масштабов определенных вмешательств и услуг. На рисунке 8 перечислены 15 аспектов системы здравоохранения, которые могут представлять собой вызов или возможность для улучшения предоставления профильных вмешательств и услуг в связи с НИЗ. Сопроводительный справочный документ⁴³ содержит более подробные рекомендации относительно содержания каждого вызова/возможности системы здравоохранения.

Рисунок 8. Пятнадцать вызовов и возможностей систем здравоохранения, связанных с улучшением результатов контроля НИЗ.

Политическая приверженность улучшению показателей по НИЗ	Четкие подходы к определению приоритетов	Межведомственное взаимодействие	Расширение прав и возможностей граждан
Эффективная модель предоставления услуг	Координация между поставщиками услуг	Регионализация	Системы стимулирования
Интеграция доказательств в клиническую практику	Распределение и состав кадровых ресурсов	Доступ к качественным лекарственным средствам	Эффективное управление
Соответствующие информационные системы	Управление переменами	Обеспечение доступа к помощи и финансовая защита	

Источник: Roberts MJ, Stevenson MA. Better Noncommunicable Disease Outcomes: Fifteen Challenges and Opportunities for Health Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014 (готовится к печати).

⁴³ Робертс М. Дж., Стивенсон М. А. Облегчение последствий неинфекционных заболеваний: Пятнадцать вызовов и возможностей систем здравоохранения. Копенгаген: Европейское бюро ВОЗ, 2014 (готовится к печати).

Вызов 1. Формирование политической приверженности для улучшения профилактики и контроля НИЗ

Политическая приверженность и поддержка курса действий в области НИЗ оказывают существенное влияние на контроль НИЗ. Критическое значение имеет преобразование этой приверженности в действие, с тем чтобы НИЗ оставались важным пунктом повестки дня с целью реализации сложных с политической точки зрения реформ (напр., стратегии по борьбе против табака, реформа медицинского образования).

Высокий уровень государственных ассигнований в здравоохранение в процентах от государственного бюджета подтверждают политическую приверженность делу охраны здоровья. В Беларуси обеспечен бесплатный всеобщий и всеобъемлющий охват населения услугами здравоохранения на месте их предоставления. Проводимые в стране после приобретения независимости поэтапные изменения в системе здравоохранения способствовали росту физической и территориальной доступности высокотехнологичной помощи и основных лекарственных средств. Однако политика, направленная на поддержку специализированной помощи, привела к созданию системы, отличительным признаком которой является переизбыток мощностей стационарного уровня. Кроме того, эта система в большей степени ориентирована на оказание неотложной помощи и лечение при осложнениях, а не на первичную профилактику, раннее выявление и надлежащее ведение НИЗ.⁴⁴

В целом, в Беларуси имеется политическая приверженность вопросам профилактики и контроля НИЗ, но поэтапные изменения и затянувшиеся политические обсуждения критически важных реформ системы здравоохранения расцениваются как серьезное препятствие для дальнейшей реализации необходимых вмешательств в сфере контроля НИЗ. Многие НИЗ, в том числе ССЗ и диабет, являются хроническими по своей природе и требуют непрерывного участия и наблюдения. Растет число множественных сопутствующих заболеваний, что требует создания экономически эффективных, комплексных моделей оказания помощи и изменения системы в сторону модели, которая обеспечит более высокую степень вовлечения и расширения возможностей со стороны пациентов. Предлагаемые изменения и реформы иногда долго обсуждаются на центральном уровне, в результате зачастую теряется «импульс», необходимый для осуществления изменений.⁴⁵ В других случаях согласованные изменения не выполняются в полном объеме.

Беларусь продемонстрировала политическую приверженность внедрению профильных вмешательств в области профилактики и контроля НИЗ, но в целом прогресс продвигается медленно, главным образом из-за низкого уровня реализации вмешательств. Беларусь одной из первых среди стран Европейского региона ратифицировала Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака. В стране был принят ряд положений в отношении табака и алкоголя, включая налогообложение, запреты на рекламу и возрастные ограничения в торговых точках. Политическую приверженность еще одному направлению профильных вмешательств в связи с НИЗ на уровне популяции – ограничения на алкоголь – можно отследить через реализацию «Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 гг.»⁴⁶. Однако, несмотря на некоторые успехи, общая реализация вмешательств остается неудовлетворительной, главным образом, из-за низкой степени исполнения и контроля соответствующими органами.

⁴⁴ Ричардсон Е., Малахова И., Новик И., Фоменко А. Беларусь: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходный период. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013; 15(5):1-118.

⁴⁵ Там же.

⁴⁶ Министерство здравоохранения Республики Беларусь [веб-сайт]. Государственные программы. Минск: Министерство здравоохранения Республики Беларусь; 2014 г. (http://minzdrav.gov.by/ru/static/activities/gosudarstvennye_programmy, по состоянию на 10 сентября 2014 г.).

Профильные индивидуальные услуги, такие как раннее выявление и контроль факторов риска ССЗ и диабета, реализуются в рамках «Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2011-2015 гг.». Система диспансеризации направлена на обеспечение широкого охвата населения с целью профилактики и раннего выявления НИЗ. Например, оппортунистический скрининг на гипертонию и рак молочной железы является обязательным в рамках стандартного медосмотра всеми врачами ПМСП, независимо от причины обращения в медучреждение.⁴⁷ Неотложные задачи включают повышение эффективности этих действий, поскольку выявление и контроль факторов риска ССЗ все еще остаются на низком уровне. Улучшение доступа к высокотехнологичным центрам для лечения при ОИМ и инсульте способствовало снижению смертности от ССЗ.

В настоящее время Беларусь разрабатывает новую «Государственную программу профилактики, борьбы и контроля НИЗ В Республике Беларусь на 2015-2020 гг.». В данной программе и в «Концепции реализации государственной политики по пропаганде здорового образа жизни на период до 2020 года» НИЗ признаются основной угрозой социально-экономическому благосостоянию населения. Планируется синхронизировать эти и другие меры политики в отношении профильных вмешательств на уровне популяции и индивидуальных услуг по профилактике и контролю НИЗ с Европейскими стратегиями Здоровье-2020, с применением единых общегосударственных подходов, а также увязать их с деятельностью других действующих в стране организаций ООН через Рамочную программу ООН по оказанию помощи в целях развития (ЮНДАФ).

Вызов 2. Формирование конкретных процессов для определения приоритетов и ограничений

В любой системе здравоохранения необходимо определить приоритеты для того, чтобы распределить ограниченные ресурсы. Формирование данного процесса, включая степень прозрачности и критерии определения приоритетов, является важным элементом системы здравоохранения, который влияет на контроль НИЗ.

Сектор здравоохранения является одним из приоритетных секторов для правительства Беларуси и обеспечивает универсальное покрытие минимальным объемом медицинской помощи, гарантированным Законом «О государственных минимальных социальных стандартах». В последние годы объемы государственных расходов сокращаются, однако сектор здравоохранения остается почти полностью защищенным от попыток финансовой консолидации.⁴⁸ Несмотря на то что уровень общих расходов на здравоохранение в виде процента валового внутреннего продукта (ВВП) снизился с 6,9% в 2005 году до 5,7% в 2013 году,⁴⁹ уровень государственных расходов на здравоохранение в виде процента государственного бюджета вырос с 10,5% в 2005 году до 13,2% в 2012 году.⁵⁰ Общественное здравоохранение финансируется преимущественно за счет налогообложения, а доля государственного сектора в общих расходах на здравоохранение составляет самый высокий процент в субрегионе – 77,2% (рисунок 9).

⁴⁷ Ричардсон и др., *op.cit.* с. 29.

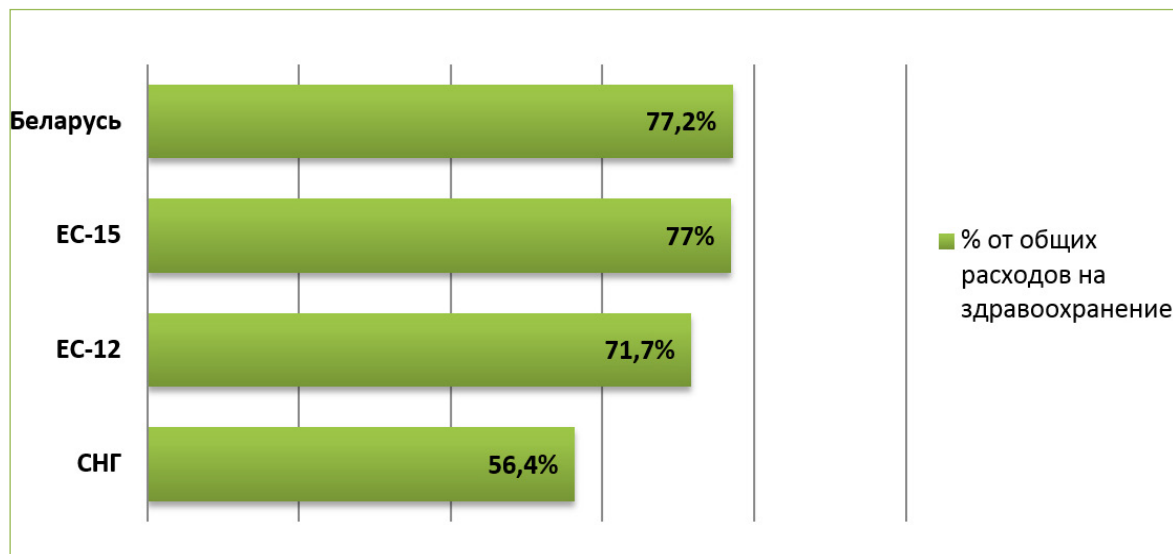
⁴⁸ Всемирный банк, 2013. Обзор государственных расходов в Беларуси; усиление государственных услуг в режиме строгой экономии.

⁴⁹ Ричардсон и др., *op. cit.* с. 29.

⁵⁰ Показатели мирового развития.

<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&country=BLR&series=&period>

Рисунок 9. Доля расходов государственного сектора в общих расходах на здравоохранение.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех».

Местные органы власти выступают в качестве основных сборщиков налогов с имеющихся в регионе предприятий и отвечают за аккумулирование средств на предоставление медицинских услуг в определенном регионе. Ресурсы для здравоохранения аккумулируются на национальном уровне и перераспределяются с учетом численности населения по областям. В то же время система формирования бюджета, платежей и бухучета организаций здравоохранения основана на учете бюджетных статей за предыдущие периоды. Беларусь обладает самыми большими в регионе мощностями больниц и иных стационарных лечебных учреждений, тем не менее наблюдается постепенное смещение в сторону увеличения ассигнований на амбулаторную и первичную медико-санитарную помощь. Поликлиники являются основными учреждениями, оказывающими амбулаторную помощь, при слабо развитой семейной медицине, представленной в основном в сельской местности. Несмотря на отсутствие серьезных реформ в системе здравоохранения с момента приобретения независимости произошел сдвиг структурной нагрузки и потоков финансирования в сторону услуг на уровне ПМСП.⁵¹ Доля расходов на здравоохранение, выделяемых на первичную медицинскую помощь (включая поликлиники), выросла с 31,4% в 2008 году до 38% в 2011 году. Доля затрат на медицинское обслуживание в стационаре в структуре общих расходов на здравоохранение снизилась с 60% в 2000 году до 43% в 2011 году.⁵² При этом существование исторически сложившихся особенностей предоставления услуг, таких как ежегодный медосмотр населения (диспансеризация), с недоказанной эффективностью затрат и высокой рабочей нагрузкой⁵³ представляют собой серьезное препятствие для эффективного применения общепринятой практики по профилактике и контролю НИЗ. Кроме того, введенные на определенный период функции фильтрации на уровне первичной медико-санитарной помощи были скорее номинальными и не прижились на практике, особенно в городской местности. Команде по оценке не удалось понять, как выстроен процесс принятия решений относительно распределения бюджетных ассигнований на здравоохранение между вмешательствами на уровне популяции и индивидуальными услугами. Расходы на профилактические услуги, включая общественное здравоохранение, в Беларуси составляли 2,5% от общих расходов на здравоохранение, а это ниже среднего показателя по странам-членам Организации экономического сотрудничества и развития,

⁵¹ Rusovich V, Richardson E. Belarus: developments in primary care. Eurohealth 2009; 15(2):15-16.

⁵² Ричардсон и др., *op. cit.* с. 29.

⁵³ Шмаргун А. и Ткачева Е. Анализ финансирования системы здравоохранения в Беларуси в 2012-2013 гг. Вопросы организации и информации здравоохранения 2014; 2:16-24.

составляющего 3,2%.⁵⁴ Значительная часть этих расходов идет на иммунизацию, планирование семьи и услуги по репродуктивному здоровью. Средства на первичную и вторичную медицинскую помощь выделяются из местных бюджетов, тогда как услуги общественного здравоохранения и третичной помощи финансируются за счет государственных бюджетных ассигнований на здравоохранение. Несмотря на то что Конституция Беларуси не включает конкретного перечня услуг и в государственном секторе отсутствует явное нормирование услуг, затраты на медицинское обслуживание первичного, вторичного и третичного уровней де факто покрываются государством.⁵⁵ Изменение демографической и эпидемиологической картины населения Беларуси порождает новые приоритеты для правительства. Население Беларуси стареет, что сопровождается ростом спроса на медицинское обслуживание. В Беларуси сектор здравоохранения финансируется главным образом за счет общего налогообложения, а не за счет налога с фонда заработной платы. Это может смягчить последствия сокращения трудовых ресурсов, но спрос на услуги возрастет. Есть потребность в разработке более эффективных моделей медицинского обслуживания, сокращении стационарных мощностей, консолидации моделей предоставления помощи на первичном уровне и усилении систем направления к специалистам. Стареющее население и широкое распространение сопутствующих заболеваний требуют формирования более индивидуализированных и ориентированных на пациента услуг, включая модели паллиативной помощи. В 2013 году уровень финансирования учреждений для лечения хронических больных и паллиативной помощи был увеличен в 2,5 раза.⁵⁶ Бюджетные ассигнования в данный сектор медицинского обслуживания поступают в рамках софинансирования из Министерства труда и социальной защиты. С 2008 года было открыто несколько учреждений, предоставляющих реабилитационные услуги и стационарные койки для социальной и долговременной помощи. Тем не менее данный сектор нуждается в большем количестве учреждений такого типа, а также учреждений с сестринским уходом, содержание которых обходится дешевле.

Вызов 3. Укрепление межведомственного сотрудничества

Достижение успеха в области контроля НИЗ сильно зависит от уровня приверженности правительства вопросам охраны здоровья в целом, а также от успешного преобразования этой приверженности в межотраслевые меры в отношении табака, алкоголя, питания и здорового образа жизни.

В сфере контроля НИЗ есть много направлений, где межотраслевое сотрудничество имеет принципиальное значение. Наиболее очевидное направление включает контроль факторов риска, таких как потребление табака, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание и образ жизни. Однако сотрудничество между организациями и ведомствами также имеет решающее значение для координации действий и инициатив по охране здоровья между индивидуальными услугами и услугами на уровне популяции, напр., при ССЗ и диабете. Кроме того, тесное сотрудничество большого числа участников необходимо для усиления роли базовых услуг на уровне ПМСП в сфере раннего выявления и ведения при ССЗ и диабете.

В целом, факторы, способствующие эффективному сотрудничеству между секторами, включают: национальное руководство на высшем уровне (премьер-министр или заместитель премьер-министра или аналогичная должность); четко сформулированный, совместно подготовленный план действий с разделением обязанностей и контрольными

⁵⁴ Всемирный банк, 2013. Обзор государственных расходов в Беларуси, *op. cit.* с. 29.

⁵⁵ Ричардсон и др., *op. cit.* с. 27.

⁵⁶ Шмаргун В. *op. cit.* 31.

индикаторами или индикаторами прогресса; четкие механизмы координации и обзорного анализа для обсуждения прогресса; и в идеальном случае совместные или общие ресурсы. При этом необходимо обеспечить баланс между количеством межотраслевых механизмов или комитетов и имеющимися ресурсами. При отсутствии одного или нескольких из вышеперечисленных факторов обязательства и планы сталкиваются с трудностями реализации. В Беларуси имеется три уровня межведомственного сотрудничества в государственном секторе:

1. государственное сотрудничество (межведомственные комиссии);
2. сотрудничество между министерствами;
3. сотрудничество между различными государственными учреждениями, находящимися на одной территории.

Беларусь одной из первых ратифицировала Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) в 2005 году, приняв на себя правовые обязательства по исполнению статей конвенции и регулярному предоставлению отчетности о проделанной работе. В статье 5 данной конвенции особо подчеркивается необходимость разработки и реализации комплексных межотраслевых стратегий и планов по борьбе против табака с соответствующими национальными межотраслевыми координационными механизмами.

«Государственная политика противодействия потреблению табака на 2011-2015 годы» осуществляется в рамках межотраслевого сотрудничества с участием различных министерств, в том числе Министерства здравоохранения, Министерства образования, Министерства торговли, Министерства по чрезвычайным ситуациям, Министерства финансов, Министерства внутренних дел, Налоговой службы и т.п., гражданского общества и частного сектора (не имеющего отношения к табачным компаниям).

Реализация и исполнение нормативных актов по профилактике и контролю потребления табака обеспечиваются в рамках межотраслевого сотрудничества. То же самое относится к реализации Декрета *«О государственном регулировании производства, оборота, рекламы и потребления табачного сырья и табачных изделий»* (2002), ратификации РКБТ ВОЗ (2005) и принятию Закона *«О рекламе»* (2007). В это сотрудничество вовлечены частный сектор (за исключением табачной промышленности), а также средства массовой информации, государственные органы и гражданское общество.

«Межведомственный совет»⁵⁷ является инструментом межотраслевого взаимодействия, основной упор деятельности которого направлен на профилактику пьянства и алкоголизма.

В обязанности совета входит следующее:

- координация деятельности республиканских органов государственного управления, облисполкомов и общественных объединений, направленной на создание единой государственной политики по вопросам профилактики и контроля пьянства;
- определение приоритетных направлений деятельности правительства в этой области;
- разработка действий, направленных на усиление практических и регуляторных мер в области профилактики и контроля потребления алкоголя, наркотиков и табака;
- оценка планов и проектных предложений по целевым программам.

Заседания Межведомственного совета проводятся по мере необходимости, но не реже двух раз в год. Исполнительный орган совета формируется исполнительным аппаратом Министерства здравоохранения. Этот исполнительный орган отвечает за межотраслевое взаимодействие и исполнение рекомендаций совета. Решения совета являются обязательными для выполнения всеми соответствующими государственными органами и организациями. Некоторые неправительственные организации (НПО) тоже принимают участие в деятельности, например, по профилактике пагубного употребления алкоголя (напр., НПО «Позитивное действие» и «Трезвенность-Оптималист»). Межведомственный совет является саморегулирующим органом при осуществлении собственных рекомендаций.

⁵⁷ Постановление Совета министров Республики Беларусь № 1691 от 26.12.2003 (редакция от 30.06.2012 #603).

«Межведомственный план действий по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний в Беларуси на 2011-2015 гг.» предусматривает межотраслевое сотрудничество в сфере НИЗ, включая вопросы питания и здорового образа жизни. Примеры тематических разделов сотрудничества приведены в таблице 7.

Таблица 7. Примеры межведомственного сотрудничества по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний в Беларуси.

Направление деятельности	Задействованные ведомства	Результат
Радио “Здоровая волна”	– Министерство здравоохранения – Министерство образования – Национальная государственная телерадиокомпания	Медиа-продукты по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний
Телепрограммы по вопросам укрепления здоровья	– Государственный канал “Беларусь-5” – Министерство здравоохранения – Министерство образования	Медиа-продукты (социальная реклама) по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний; научно-образовательные телевизионные программы на тему здорового образа жизни
Государственные рекомендации по правильному питанию	– Министерство здравоохранения – Научно-практический центр при Академии аграрных наук Беларуси	Рекомендации по правильному здоровому питанию для разных групп населения

Вызов 4. Расширение возможностей для активного участия населения

Многие НИЗ являются хроническими по своей природе, а это означает, что расширение возможностей граждан и активное участие самих пациентов в наблюдении за их состоянием представляют собой важнейшую составляющую контроля НИЗ.

Патерналистский подход и низкий уровень участия населения характеризуют систему Семашко, которая все еще присутствует в некоторой степени в системе здравоохранения Беларуси. Система здравоохранения демонстрирует много характерных особенностей модели Семашко с иерархическим и патерналистским подходом к охране здоровья наряду с превалирующей психологической установкой о том, что только медицинские работники несут ответственность за охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинские работники зачастую строят общение с пациентами в директивной, патерналистской манере при ограниченном участии пациентов в принятии решений и разработке плана медицинской помощи. Как следствие, наблюдается низкая приверженность предписанным планам лечения. Полученные в ходе интервью комментарии говорят о том, что как минимум 20% больных с повышенным кровяным давлением не придерживаются схемы назначенного долгосрочного лечения. Ни один из опрошенных сотрудников медицинских учреждений не сообщил о том, что знает и применяет методы коммуникации, ориентированные на пациента и/или на изменение поведения. При этом некоторые медицинские работники отметили, что у пациентов должен быть какой-то стимул для соблюдения режима лечения, тогда как другие предложили использовать отрицательные стимулы/наказание. Более того, в смотровых кабинетах районных терапевтов и врачей общей практики зачастую не соблюдается принцип конфиденциальности – присутствие в кабинете приема медсестер, временами занятых другими делами во время консультации пациента с врачом.

В сельской местности недавно введенная кадровая единица помощника врача обеспечивает возможности для улучшения просвещения пациентов на уровне учреждений ПМСП, целью которого является изменение поведения пациентов и повышение умений

для самостоятельного оказания помощи. В сфере контроля НИЗ их роль заключается в консультировании пациентов по вопросам НИЗ без участия врачей, а также в посещении пациентов преклонного возраста на дому. В целях обеспечения качества работы помощник врача, наряду с биомедицинскими знаниями о болезнях, должен обладать компетенцией в области коммуникаций по изменению поведения и оказания ориентированной на пациента помощи. Задачу санитарного просвещения выполняют в основном санитарно-эпидемиологические центры, в ответственность которых входит курирование санитарно-просветительской работы в медицинских учреждениях и предоставление информации по вопросам здоровья отдельным лицам и общественности. Информационные листки и плакаты по санитарному просвещению пациентов, а также школы пациентов (для больных диабетом и гипертонией) доступны во многих центрах ПМСП. В стране действуют более 227 школ для диабетиков, где медсестры учат пациентов управлять ходом своим состоянием. Патерналистский подход оказывает влияние на контроль НИЗ на всех уровнях, от населения до тех, кто оказывает услуги, и определения политики. Со стороны населения, в дополнение к вышеуказанной слабой приверженности, практикуется необоснованное использование системы, например, чрезмерное использование системы скорой помощи и специализированных услуг, что влияет на эффективность. Отчасти это обусловлено установленным порядком, согласно которому людям необходимо получать подписанный врачом больничный лист с первого дня болезни. Министерство здравоохранения предложило Совету министров изменить правила с целью урегулирования данного вопроса, но встретило сопротивление со стороны других министерств. Клинические руководства по НИЗ, используемые на уровне ПМСП, разработаны специалистами с ориентацией на диагноз и не уделяют должного внимания роли пациентов в контроле за своим состоянием. Нет тренингов и стимулов, которые могут помочь врачам общей практики в решении данного вопроса.

Низкая информированность населения Беларуси по вопросам охраны здоровья отражается в слабой осведомленности о потенциальных рисках для здоровья, таких как курение, потребление алкоголя, нездоровое питание и слабая физическая активность. Результаты исследования НИТТ-СНГ,⁵⁸ проведенного в Беларуси в 2013 году, показали низкий уровень общей осведомленности о пагубном воздействии табака и связанных с ним заболеваниями. Растущая роль государственных интернет-порталов с качественной информацией по вопросам здоровья может послужить площадкой для возможного улучшения просветительской работы с населением. Также важно адаптировать деятельность по укреплению здоровья и санитарному просвещению к потребностям определенных групп. Оценка школ для больных диабетом и гипертонией может помочь в налаживании обмена опытом и передовой практикой. Это направление деятельности также можно включать в обследования для определения уровня удовлетворенности пациентов.

Население и гражданское общество не принимают активного участия в определении приоритетов и формировании политики здравоохранения. В Беларуси имеется ограниченное число организаций пациентов по конкретным группам заболеваний, и лишь некоторые из них связаны с профессиональными ассоциациями специалистов. Вряд ли найдутся организации, которые занимаются защитой прав пациентов независимо от тех, кто оказывает услуги; практически отсутствует традиция создания активных инициативных групп пациентов по заболеванию, которые занимаются обучением по принципу «равный равному» и оказывают поддержку.

Вызов 5. Формирование эффективных моделей предоставления услуг

Организация предоставления услуг остается одним из наиболее серьезных вызовов системы здравоохранения для обеспечения контроля НИЗ. Несмотря на годы усилий, системы здравоохранения во многих странах остаются сосредоточенными на

⁵⁸ НИТТ- Проект «Системы здравоохранения в переходный период» (2013). Концептуальная записка: Борьба с курением в Беларуси, op.cit. с. 15.)

стационарном секторе и ориентированными на специализированную медицинскую помощь. Однако предоставление профильных услуг в сфере контроля НИЗ требует наличия сильного первичного звена медицинской помощи с широким профилем задач. В идеальном случае именно первичное звено медицинской помощи должно предоставлять профильные услуги лицам с ССЗ и диабетом, передавая на уровень специализированной помощи острые и сложные состояния и предусмотрительно направляя на уровень первичной медико-санитарной помощи для последующего ведения болезни. Эффективная первичная медико-санитарная помощь также имеет центральное значение для санитарно-просветительных программ, построенных по принципу «равный равному», групп поддержки и информационно-разъяснительной деятельности по вопросам укрепления здоровья. Первичная медико-санитарная помощь должна стать ядром помощи, включая в первую очередь расширение возможностей пациентов и использование информационных технологий, обеспечивающих координацию и передачу информации.

Беларусь является страной с высокой степенью урбанизации, где более 70% населения проживает в городах. Модель обслуживания особенно в городской местности расценивается как серьезное препятствие для первичной и вторичной профилактики ССЗ и диабета. Имеется заметное различие в организации помощи на первичном уровне между сельской и городской регионами страны. В городской местности преобладает традиционная система поликлиник (укомплектованных участковыми терапевтами и узкими специалистами), тогда как в сельской местности главными поставщиками помощи на первичном уровне являются амбулаторные клиники (амбулатории) и ФАПы, укомплектованные ВОП или семейными врачами. К тому же в городской местности есть принципиальное различие между врачами, обслуживающими взрослое и детское население. Выбор поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи определяется, главным образом, местом проживания пациентов и основывается на территориальном принципе обслуживаемого района. Согласно установленным на центральном уровне нормам, каждый сельский ВОП обслуживает 1300 человек приписанного смешанного населения (взрослых и детей), участковый педиатр обслуживает 800 детей в возрасте до 18 лет и участковый терапевт обслуживает 1800 единиц взрослого населения. Однако, по причине постоянной нехватки персонала на уровне ПМСП, количество обслуживаемого приписанного населения, как правило, выше нормы. Кроме того, текущая практика заключается в том, чтобы делить полагающуюся на недостающую должность зарплату между остальными, тем самым стимулируя сохранение вакансии. В поликлиниках и сельских амбулаториях участковая медсестра по традиции работает вместе с врачом во время приема пациентов. Такое несоблюдение принципа конфиденциальности во время консультаций можно рассматривать как препятствие для оптимального сотрудничества с пациентом и эффективного общения в процессе консультирования. Большинство поликлиник работают с 08:00 до 18:00 с понедельника по субботу. Охват медицинской помощью в нерабочее время обеспечивается услугами скорой помощи.

Специалисты системы первичной медико-санитарной помощи используют систему «диспансеризации» для распределения населения по трем основным группам: 1) известные факторы риска НИЗ отсутствуют; 2) лица с одним и более факторами риска НИЗ; и 3) лица с НИЗ. К оценке эффективности системы диспансеризации как профильного вмешательства по укреплению здоровья и профилактике на уровне популяции следует подходить с осторожностью. Имеющиеся руководства по диспансеризации ориентированы на диагноз и не содержат инструкций о том, как персоналу ПМСП следует оценивать показатели риска НИЗ у граждан и применять ориентированные на пациента методы лечения. Такой уход должен согласовываться с пациентом и учитывать в первую очередь потребности каждого пациента и конкретные индивидуальные потребности или факторы риска НИЗ. Более того, действующие руководства вынуждают пользоваться специализированными услугами, заранее предписывая, каких специалистов надо посещать и с какой периодичностью при конкретном диагнозе. Несмотря на то что диспансеризация делает упор на меры профилактики и определение так называемых «групп диспансеризации», на практике у врача попросту не хватает времени для консультирования по вопросам укрепления здоровья и

здорового образа жизни во время первого посещения. Если у пациента не диагностировали никакого заболевания, то у него не будет мотивации возвращаться в медучреждение для прослушивания курса по вопросам укрепления здоровья или изменения поведения, даже если у него имеются факторы риска (напр., курение). Тем не менее Министерство здравоохранения предпринимает некоторые действия для решения вышеуказанных проблем, и в рамках этой деятельности недавно были пересмотрены руководства, новая редакция которых будет одобрена в ближайшие месяцы. В новых руководствах не будет строгих правил в отношении направления пациентов с НИЗ к специалистам. ВОП и участковые терапевты смогут самостоятельно принимать решения о частоте направления пациентов к специалистам.

Одним из основных вызовов для ранней диагностики и ведения ССЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи в Беларуси является преобладание специализированных амбулаторных услуг. Специалисты в поликлиниках и диспансерах выступают в качестве первой точки контакта с пациентом, а доля поставщиков первичной медико-санитарной помощи слишком мала. Более того, страна имеет один из самых высоких уровней госпитализации в регионе, который вырос с 28,39 до 31,2 выписанных из больницы пациентов на 100 человек в период с 2006 по 2012 годы.⁵⁹ Стратегии по внедрению врачей общей практики в городской местности не принесли результатов; в Минске имеется только одно учреждение, где услуги первичной медицинской помощи предоставляют четыре врача общей практики. Система отчетности слишком громоздкая, что создает дополнительную нагрузку по оформлению документов для участковых врачей и врачей общей практики. Однако отчетные сведения почти не используются или используются очень ограничено и практически не имеют отношения к мониторингу качества работы. Введенные к фиксированной зарплате надбавки составляют до 50% обычного оклада, но они не зависят от качества работы. Профиль задач типового поставщика первичной медико-санитарной помощи включает оказание профилактических услуг, таких как диспансеризация, в том числе ежегодные медосмотры, санитарное просвещение пациентов и укрепление здоровья, внеплановые скрининги по нескольким группам НИЗ, и большое число административных задач, которые забирают время, отводимое для клинической деятельности. Недавние реформы по реорганизации уровня ПМСП привели к некоторым изменениям, направленным на упрощение алгоритма перемещения пациента и сокращение времени ожидания. На уровне поликлиник введена система интерактивного бронирования онлайн и улучшена система телефонной связи и механизмов заполнения рецептурных бланков при хронических заболеваниях (срок действия рецепта был продлен с трех до шести месяцев, что помогло в некоторой степени сократить число пациентов, посещающих медучреждение только для получения рецепта). Врачам ПМСП не хватает автономности в принятии решения относительно лечения пациентов с НИЗ, а клинические руководства разработаны специалистами и не совсем актуальны для практического применения на первичном уровне медицинской помощи.

Большие перспективы кроются в усилении роли медсестер и работников среднего звена в деятельности по укреплению здоровья и профилактики для обеспечения контроля НИЗ и диабета. Медицинские сестры играют ограниченную роль и выступают в качестве ассистента врача, выполняя его указания. Роль медсестер ПМСП в процессе оказания помощи пациентам с НИЗ на уровне местного сообщества крайне мала. Им не хватает навыков и умений, необходимых для руководства и командной работы, они не могут координировать процесс лечения пациента с привлечением специалистов вне сектора здравоохранения и/или членов семьи и сообщества. В рамках действий по реализации Сент-Винсентской Декларации 1989 года по лечению и изучению диабета была создана особая категория медсестер – так называемых преподавателей *“терапевтического обучения больных”* – для работы непосредственно с больными диабетом в ведении их болезни. По непонятным причинам программа обучения медсестер была прекращена, однако полученный опыт может послужить хорошим примером оптимального использования человеческих ресурсов и оказаться полезным при обсуждении дальнейших усилий по улучшению результатов контроля НИЗ в Беларуси.

⁵⁹ База данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Службы экстренной и скорой помощи считаются частью первичной медико-санитарной помощи, но пациенты слишком часто пользуются этими службами, увеличивая затраты на предоставление услуг. Иногда услуги скорой помощи необоснованно используются в качестве бесплатного транспорта до пункта получения помощи, например, в случае незначительного перелома или неосложненной раны. Фактический уровень госпитализации с учетом всех вызовов скорой помощи составляет примерно 16% при довольно высокой заявленной стоимости системы вызовов скорой помощи. Изменение отношения населения к услугам бесплатной скорой помощи и замена их услугами на уровне ПМСП должно стать приоритетом. Министерство здравоохранения вынесло на обсуждение другими органами правительства предложение о внесении изменений в действующую политику скорой помощи, но пока что они вызывают сопротивление.

Имеющиеся данные указывают на то, что продолжительное и эффективное общение между врачом и пациентом на уровне первого контакта является одним из важнейших определяющих факторов, обуславливающих улучшение показателей первичной медико-санитарной помощи, а именно: сокращение числа осложнений, улучшение контроля кровяного давления и уровня сахара в крови, улучшение эмоционального состояния пациентов и повышение уровня удовлетворенности медицинской помощью.⁶⁰ Число ВОП возросло с 36 в 1996 году до 640 в 2012 году, главным образом за счет переобучения практикующих сельских участковых терапевтов и участковых педиатров на врачей общей практики. Национальное обследование установило, что ВОП тратят больше времени на консультирование, чем участковые врачи, и что они в большей степени вовлечены в процесс лечения и дальнейшего наблюдения за заболеванием.^{61,62} При этом, результаты того же обследования показали, что пациенты в целом удовлетворены доступностью услуг первичной медико-санитарной помощи и врачами ПМСП – независимо от того, были это участковые терапевты или ВОП. Степень удовлетворенности услугами первичной медико-санитарной помощи была на порядок выше в сельской местности в сравнении с городской, и сельские жители более положительно отзывались об обслуживающих их на уровне ПМСП врачах и медсестрах, чем городские респонденты.⁶³

В последнее время в Беларуси предпочтение отдавалось финансированию и развитию высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи в связи с ССЗ. Это в свою очередь способствовало улучшению показателей по соответствующим острым состояниям, таким как ОИМ, и снижению смертности от ССЗ. Однако если планируется поддерживать и укреплять эти и другие достижения, критически важно обеспечить подвижки в сторону усиления первичной и вторичной профилактики ССЗ и диабета через укрепление ПМСП и контроль факторов риска на уровне населения.

Вызов 6. Улучшение координации деятельности поставщиков услуг

Уход за лицами с ССЗ и диабетом, как правило, подразумевает координацию между многочисленными поставщиками медицинских услуг. Врачи первичного звена медицинской помощи, лечащие хронических пациентов, должны уметь направлять их к специалистам в случае развития осложнений. Они также должны сотрудничать с партнерами неврачебного профиля (напр., преподавателями санитарного просвещения, диетологами, физиотерапевтами), если они намерены предоставить оптимальную помощь, будь то до или после обострения.

Как изложено выше, серьезными препятствиями к обеспечению координации между поставщиками медицинской помощи при ведении НИЗ являются действующий в настоящее время свободный доступ к специалистам, фрагментация и большой объем

⁶¹ Ричардсон и др., *op cit.* с. 29.

⁶² Rusovich V and Richardson E. (2009). Belarus: developments in primary care. *Eurohealth*, 15(2): 15-16.

⁶³ Egorov K, Boerma W, Rusovich V, Schellevis F, Abrahamse H. (2006). How do Belarusian citizens see primary care? Results from a national survey in 2005. Utrecht: NIVEL.

специализированных услуг. Система здравоохранения Беларуси имеет долгую историю широко развитой специализированной амбулаторной помощи. При появлении проблем пациенты традиционно предпочитают обращаться напрямую к специалисту. Семейные врачи как врачи первого контакта могли бы не только помочь пациенту лучше ориентироваться в системе, но и предоставлять более обстоятельные консультации, принимать меры в отношении факторов риска НИЗ и выявлять НИЗ на ранних этапах развития. Потребность в высококвалифицированных семейных врачах, которые могут предоставить комплексное, ориентированное на пациента медицинское обслуживание, еще более актуальна для пациентов с множественными хроническими заболеваниями. В городской местности такие пациенты не имеют возможности получить консультацию у врачей общей практики, обладающих соответствующими знаниями, которые будут отвечать потребностям больного.

Поток пациентов не координируется по уровню медицинской помощи. В теории уровень ПМСП должен выступать в качестве фильтрующего механизма для пациентов, однако на практике существует свободный доступ к вторичной и специализированной помощи. Роль врачей общей практики и участковых терапевтов в координации медицинской помощи весьма ограничена, и они не выполняют функцию фильтрации. В 2007 году предпринимались попытки по внедрению функции фильтрации в рамках новой программы развития ПМСП, но полученный в результате возросший поток пациентов на уровне участковых врачей (до 60 консультаций в день) намного превышал ограниченные возможности службы участковых врачей, которая вскоре трансформировалась в службу, направляющую больных напрямую к специалистам. В связи с ростом неудовлетворенности со стороны населения и медицинского сообщества функция фильтрации была упразднена в 2012 году.

Команда по оценке узнала, что примерно 20% пациентов, принимаемых в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи в Минске, пришли туда по собственному решению без направления (еще 50% были транспортированы машинами скорой помощи и 30% имели направления из поликлиник). Около 40% пациентов, осматриваемых в приемном отделении каждый день, не госпитализируется. Была разработана система электронной почты для передачи обратной информации на первичный уровень оказания медицинской помощи. Во многих медучреждениях нет электронной системы здравоохранения и баз данных, а широко распространенный бумажный формат медицинских карт только усложняет координацию услуг. Это отчасти также приводит к дублированию лабораторных и диагностических процедур на каждом уровне медицинской помощи, а, следовательно, к напрасной трате финансовых ресурсов и делает наблюдение после обострения неоптимальным.

Координация между различными участниками, задействованными в профилактической деятельности, нуждается в оптимизации. В настоящее время нет четкого определения ролей медицинских работников и инструкций в отношении того, как следует выстраивать сотрудничество друг с другом и/или привлекать других специалистов, напр., специалистов из общественного здравоохранения. Например, в клинических протоколах по диагностике и лечению гипертонии указано, какие и с какой частотой клинические диагностические процедуры и/или лабораторные тесты следует выполнить и как часто надо посещать различных специалистов. В них ничего не говорится о том, какова роль медсестры в консультировании пациентов с гипертонией; групп пациентов; школ для гипертоников и тех, кто за них отвечает; участников, не относящихся к сектору здравоохранения, а также роль самих пациентов в определении болезни и лечении. Имеются примеры успешного усиления ПМСП, ориентированной на население. В некоторых службах ПМСП, как в Гомельской области,⁶⁴ медсестры, врачи и социальные работники прошли обучение методам взаимодействия в команде, целью которого была разработка совместных планов по оказанию помощи на дому и удовлетворению комплексных потребностей пациентов с НИЗ. При поддержке местных властей это

⁶⁴ В рамках проекта ImPrim, реализованного в рамках Программы ЕС для региона Балтийского моря.

начинание привело к повышению качества помощи, оказываемой пациентам с НИЗ на дому, в привычной социальной среде, под руководством медсестер ПМСП, и к усилению сотрудничества и взаимодействия с социальными работниками. За год существования данного пилотного проекта органы здравоохранения отметили снижение числа вызовов скорой помощи на 12,4 %, уровня госпитализации на 22,4% и посещений пациентов врачом на дому на 14,8%.

В сети поликлиник⁶⁵ имеются примеры использования комплексной системы электронных медицинских карт пациентов, предназначенной для улучшения координации внутри учреждения. Вся информация о посещениях любого врача в поликлинике вводится в электронную карту пациента. Участковые врачи и/или медсестры могут проверить, какие услуги были предоставлены их пациентам с НИЗ разными специалистами в поликлинике, и назначить пациенту визит к врачу ПМСП в случае необходимости. Эта система также позволяет извлекать электронные данные для пациента или других поставщиков медицинской помощи, если возникает потребность в направлении на другой уровень медицинской помощи.

Координация острых состояний, таких как ОИМ, проводится на хорошем уровне, с четко обозначенными ролями на разных уровнях оказания помощи, тогда как координация первичной и вторичной профилактики оказалась малоэффективной, что ведет к низкому уровню предупреждения эпизодов обострений и осложнений. Алгоритм оказания медицинской помощи при лечении инсульта четко определен. Имеются планы создания неврологических отделений (в Минске имеется 6 отделений с общим числом коек – 298 и с палатами интенсивной терапии), реабилитационных отделений (на 977 коек), формирования специализированных бригад скорой помощи для оказания помощи при инсультах в городах с населением свыше 200 000 человек (в Минске таких бригад две) и в целом наращивания потенциала бригад скорой помощи в оказании экстренной помощи при инсультах. В то же самое время Белорусская медицинская академия последипломного образования запустила программы обучения психотерапевтов и логопедов для реабилитации пациентов после инсульта.

Вызов 7. Использование преимуществ регионализации и факторов экономии, обусловленных масштабом и специализацией

Когда дело касается ведения острых состояний при хронических НИЗ или ухода при онкологических заболеваниях, некоторые системы здравоохранения распыляют ресурсы на поддержку слишком большого числа учреждений, выполняющих весьма сложные процедуры. И в этом есть два неудобства. Одно из них связано с тем, что экономисты называют «эффектом масштаба», согласно которому крупные предприятия имеют более низкую себестоимость продукции по сравнению с мелкими предприятиями. Второй аспект связан с ярко выраженной зависимостью между объемом и результатом; центры, обслуживающие большое количество случаев, демонстрируют лучшие результаты, чем центры с меньшим количеством.

Система здравоохранения Беларуси организована по шести регионам и городу Минску, имеющему особый статус. В каждом регионе определены разные уровни: уровень первичной медико-санитарной помощи (участковые поликлиники, амбулатории и ФАПы), вторичный уровень медицинской помощи (специалисты амбулаторной и стационарной помощи) и высокоспециализированные стационары третичного уровня. Существует два вида стационарных учреждений, которые подразделяются на районные больницы и областные больницы. Больницы включают больницы районного

⁶⁵ Посещение поликлиники № 29.

или межрайонного уровня, городские больницы, областные больницы и научно-практические центры, оказывающие медицинские услуги самого высокого уровня. В «Протоколах» определено, какие услуги должны предоставляться на каждом уровне. Было принято более 4000 клинических «алгоритмов», в которых предписываются основные принципы лечения для разных групп заболеваний и состояний. Как правило, при принятии решений о централизации или децентрализации медицинских услуг в связи с НИЗ необходимо обращать внимание на множество факторов, включая исходный эпидемиологический профиль и плотность населения, а также объем предлагаемых услуг (напр., большой объем услуг при скрининге на рак шейки матки и меньший объем при лечении ОИМ), стоимость и профессиональную компетентность (напр., лечение тромболитическими препаратами не требует технически сложных навыков или высоких затрат в отличие от коронарной ангиографии и стентирования), наличие человеческих ресурсов и возможности транспортировки пациентов в учреждения более высокого уровня с необходимой профессиональной компетентностью. Во время визита команда по оценке не смогла определить, были ли протоколы разработаны на основе анализа эпидемиологических потребностей и как определялись стандарты качества для минимального объема процедур для разных видов операций.

Существует возможность снизить затраты и повысить качество посредством более четкого разделения задач, в том числе, например, в случае с дублированием ролей при оказании специализированных амбулаторных услуг. Как отмечалось, экстренная помощь при ОИМ и инсультах довольно хорошо развита. В каждом крупном городе имеются больницы для оказания инвазивного лечения при ОИМ. Однако команде по оценке предоставили информацию о том, что есть необходимость в принятии на доклиническом уровне дополнительных мер по улучшению профилактики и контроля факторов риска, укреплению здоровья и повышению осведомленности о симптомах обострения, так как зачастую скорую помощь вызывают слишком поздно. В городских поликлиниках задействовано большое число специалистов (напр., хирурги, невропатологи, эндокринологи, ЛОР) в параллельных системах предоставления услуг для взрослых и детей. Такие же специалисты задействованы в других амбулаторных клиниках, как самостоятельных, так и при стационарах. Неэффективность усугубляется недостаточной коммуникацией и отсутствием доверия между поставщиками услуг на разных уровнях; в результате большое количество проводимых на первичном уровне диагностических процедур повторно выполняется на уровне стационаров.

В Беларуси имеется развернутая система скорой экстренной помощи, состоящая из 24 станций, 29 подстанций, 117 отделений и 90 пунктов экстренной помощи. Эта система получала значительные инвестиции на модернизацию за последние несколько лет; многие подстанции/станции имеют машины скорой помощи с высокотехнологичным современным оборудованием, укомплектованные специализированными бригадами под руководством врача. Все машины скорой помощи оснащены дефибрилляторами, а некоторые даже специальным оборудованием, позволяющим проводить тромболитическую терапию при ОИМ. Имеются специализированные машины «неотложной» скорой помощи для заболеваний сердца в стадии крайнего обострения и две машины, приспособленные для экстренных неврологических вызовов. В некоторых машинах имеется оборудование для проведения дистанционного анализа ЭКГ, и в следующем году планируется увеличить число таких машин. Сортировка звонков осуществляется в центре обработки вызовов с разбивкой по категориям – красный, зеленый или низкий. У команды по оценке не было возможности перепроверить данные, но по имеющимся сведениям, среднее время ожидания с момента вызова скорой помощи пациентом составляет 30 минут по стране и 15-20 минут в Минске. Согласно полученной информации, время с момента поступления больного с подозрением на ОИМ в приемное отделение до вмешательства (от двери до иглы) составляет 15 минут. Тем не менее имеются определенные трудности. Многие здания и транспортные средства не отвечают требованиям стандарта, особенно в бедных сельских районах, где достаточно трудно обеспечить соответствие социальным стандартам из-за несоответствия

налогооблагаемой базы. Служба скорой помощи считается пунктом первого контакта пациента в нерабочее время поликлиник и ВОП и, соответственно, частью первичной медико-санитарной помощи. Пациенты часто пользуются данной службой, причем зачастую это не связано с неотложным состоянием. Имеются сведения о чрезмерно частом использовании услуг скорой помощи, например, бесплатная транспортировка лиц с отравлениями, что дает очень высокий коэффициент использования (339 вызовов на 1000 населения в год).

Вызов 8. Создание надлежащей системы материального стимулирования

Для обеспечения предоставления профильных вмешательств и услуг при ССЗ и диабете необходимо синхронизировать все уровни оказания помощи в системе здравоохранения, вне системы здравоохранения и на уровне спроса.

В 2012 году общие расходы на здравоохранение в Беларуси составляли 5% ВВП, а доля расходов на здравоохранение от совокупных государственных затрат составляла 13,2%.⁶⁶ Более 77% всех расходов на здравоохранение поступают из государственного бюджета, а фактические платежи за свой счет, составляющие 23%, в основном представлены в виде доплаты за лекарственные препараты на амбулаторном уровне.⁶⁷ Относительно низкий уровень фактических наличных расходов, намного ниже в сравнении с большинством стран СНГ, говорит о довольно хорошей финансовой защите.

В Беларуси система здравоохранения находится преимущественно в государственной собственности и не совсем приспособлена к профилактике, диагностике и лечению ССЗ и диабета.

Стимулы на уровне спроса и общественного здравоохранения

В стране нет «налога на пороки» или других средств, целенаправленно выделяемых на профилактику или другие виды связанных со здоровьем услуг, а весь объем государственного финансирования, выделяемого на здравоохранение, поступает из подоходного и корпоративного налогообложения или напрямую из государственных предприятий и поступлений от арендной платы. По имеющимся данным около 2,5% бюджета здравоохранения тратится в общей сложности на мероприятия и программы общественного здравоохранения.⁶⁸ Финансирование мероприятий по профилактике НИЗ на уровне популяции осуществляется на основе бюджетных ассигнований на специализированные вертикальные программы и учреждения общественного здравоохранения, которые были созданы в советский период в рамках системы общественного здравоохранения Семашко, ориентированной на профилактику инфекционных заболеваний и обеспечение соответствующих мер гигиены. Прямых стимулов, направленных на развитие здорового образа жизни, включая отказ от курения и алкоголя и улучшение питания, на уровне общественного здравоохранения и на уровне спроса нет.

Стимулы на уровне первичной медико-санитарной помощи

Доступ к профильным вмешательствам и услугам в связи с ССЗ и диабетом обеспечивается через систему поликлиник в городской и ВОП в сельской местности и является бесплатным в пунктах обслуживания. Финансирование первичной медицинской помощи формируется с учетом численности населения в областях, в то же время система формирования бюджета, платежей и бухучета организаций здравоохранения основана на основе бюджетных статей за предыдущие периоды. Согласно недавно принятой инструкции, 40% всех государственных расходов выделяется на ПМСП. Однако такое целевое финансирование

⁶⁶ Показатели мирового развития. <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&country=BLR&series=&period=>

⁶⁷ Там же.

⁶⁸ Всемирный банк 2013 г. Обзор государственных расходов, op cit с. 30.

первичной помощи в Беларуси включает услуги специалистов, задействованных в поликлиниках и в службе скорой помощи, что усложняет процесс определения точного размера ассигнований на услуги первичной и специализированной помощи.

Персонал и руководители не получают денежного вознаграждения за показатели деятельности, связанные с НИЗ. Действующая система практически не дает гибкости и не создает стимулов для ранней диагностики и ведения пациентов с НИЗ на уровне организаций. Точно так же штатные врачи и медсестры, чьи потенциальные бонусы не зависят от показателей производительности связи с НИЗ, не имеют финансовых стимулов, которые заставят их делать упор на раннем выявлении и хорошем контроле НИЗ, даже несмотря на огромное число протоколов, предусматривающих обязательное тестирование и информационно-разъяснительную работу с пациентами с НИЗ. В системе первичной медицинской помощи была введена должность помощника врача с высшим образованием с тем, чтобы, помимо прочего, помочь контролировать и вести наблюдение за приоритетными состояниями, включая пациентов с НИЗ. Однако на такую работу дополнительные финансовые средства не выделяются. С учетом перегруженности участковых терапевтов и ВОП пациентами, включая тех, кому нужен листок о временной нетрудоспособности, у них почти не остается времени на проведение затратного по времени консультирования пациентов по вопросам ССЗ и диабета, направленного на мотивирование и стимулирование изменения образа жизни и других аспектов, необходимых для оптимального ведения их заболевания. Положительным моментом является введение в 2008 году интернатуры по направлению «врач общей практики», а размер зарплаты ВОП выше по сравнению с участковыми врачами, хотя эта разница незначительная. Необходимо усилить другие мотивационные стимулы. Отсутствие финансовых стимулов для перегруженных поставщиков медицинской помощи на первичном уровне (ВОП и участковые врачи) в сочетании с необходимостью строго соблюдения протоколов, требующих направления пациентов с НИЗ, чье состояние трудно контролировать, к специалистам, привело к созданию системы, в которой основной упор делается на лечение осложнений на вторичном и третичном уровнях медицинской помощи, а не на профилактике на уровне первичного звена. К проблемам систем стимулирования также относится недостаточная степень гарантированного обеспечения некоторыми медицинскими препаратами, необходимыми для лечения и профилактики ССЗ. Например, статины предоставляются бесплатно только в течение первых шести месяцев после острого инфаркта миокарда, но не для профилактики такового. Это, к сожалению, побуждает пациентов экономить на медикаментах и средствах, необходимых для оптимального лечения имеющегося заболевания.

Стимулы на уровне стационарной помощи

Доля затрат на стационарные услуги от общего бюджета на здравоохранения постепенно уменьшилась, с 60% в 2000-2001 годах до 43% в 2011 году, как следствие специальных мер по укреплению первичного уровня медицинской помощи.^{69,70} Распределение бюджетных средств на услуги стационарной помощи основывается на постатейном бюджете, который формируется по результатам анализа затрат за предыдущий год. Постатейный бюджет не позволяет перераспределять финансовые средства на другие статьи расходов по необходимости. В 2000 году была введена оплата по подушевому нормативу, которая позволяет проводить расчет себестоимости (в рамках национальных счетов здравоохранения(НСЗ)). Этот шаг считается переходным шагом в направлении введения системы оплаты поставщиков на основе клинико-затратных групп (КЗГ).⁷¹ В настоящее время некоторые учреждения апробируют систему использования глобальных бюджетов (без статей расходов), однако руководителям больниц необходимо развивать потенциал в осуществлении такого метода бюджетирования. Кроме того, необходимо разработать и внедрить систему индикаторов, направленных на обеспечение качества.

⁶⁹ ВПМСП входят за траты на поликлиники и услуги скорой помощи.

⁷⁰ Ричардсон и др., *op cit.* с. 29.

⁷¹ Ричардсон и др., *op cit.* с. 29.

Вызов 9. Внедрение доказательной базы в практику

Результаты целого ряда исследований указывают на существенные различия во врачебной практике за последние 30 лет. Многие врачи не выполняют предписаний руководств по клинической практике, основанных на доказательных данных, в том числе по основным НИЗ. Таким образом, усиление доказательной медицины является серьезным вызовом системы здравоохранения в сфере контроля НИЗ.

Усиление систем доказательной практики является одним из приоритетов, заявленных в документах по национальной политике Беларуси, наряду с мониторингом соблюдения клинических руководств и/или алгоритмов. Как уже отмечалось, протоколы определяют комплекс услуг, которые должны предоставляться на каждом уровне медицинской помощи, причем более 4000 клинических алгоритмов содержат стандарты лечения для разных видов заболеваний и состояний, включая НИЗ.

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения является государственным учреждением, отвечающим за разработку клинических алгоритмов и пересмотр алгоритмов каждые пять лет.

Процесс разработки клинических алгоритмов определяется постановлением министерства и подразумевает создание рабочей группы, в состав которой входят 5-6 специалистов из двух институтов – Республиканского научно-практического центра «Кардиология» и БелМАПО (Белорусской медицинской академии последипломного образования). По традиции семейные врачи и медсестры в этот процесс не включаются. Клинические протоколы по артериальной гипертензии ограничиваются описанием процедур биометрической диагностики и рекомендованных медицинских препаратов для лечения разных клинических форм. Там же даются рекомендации с указанием того, когда требуется плановая и/или экстренная госпитализация. С другой стороны, в протоколах ничего не говорится о том, каковы роли и обязанности различных поставщиков медицинской помощи в лечении артериальной гипертензии (напр., пациентов, медсестер ПМСП, врачей общей практики, специалистов на уровне поликлиник, специалистов в диспансерах и т.п.). Некоторые клинические протоколы по лечению сердечнососудистых заболеваний содержат информацию такого рода с подробным распределением ролей и обязанностей на разных уровнях оказания помощи.

Помимо клинических протоколов по гипертензии имеются клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению гипертензии, разработанные научно-практическим центром «Кардиология» в сотрудничестве с научным обществом кардиологов Беларуси. Они были разработаны в 2010 году на основе (1) предыдущей (за 2007 г.) версии рекомендаций Европейского общества гипертензии, (2) национальных рекомендаций в области гипертензии Российской Федерации (2008 г.) и обновленной редакции европейского руководства по гипертензии (2009 г.). Эти рекомендации приведены в соответствии с общепринятым международным руководством по артериальной гипертензии.

Существуют возможности для усовершенствования рекомендаций по диагностике и лечению гипертензии в Беларуси. Необходимо включить последние изменения в недавних (2013 г.) руководствах по лечению гипертензии, разработанных Европейским обществом гипертензии, или в протоколах по лечению гипертензии, представленных в Комплексе основных вмешательств при неинфекционных заболеваниях ВОЗ (PEN) на уровне ПМСП в условиях ограниченности ресурсов.⁷²

- Необходимо более четко определить роли и инструкции для пациентов для самоконтроля гипертензии.

⁷² http://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf.

- Необходимо определить роль медсестер ПМСП, и разработать инструменты для обучения пациентов и консультирования по вопросам здорового поведения (ВОЗ, Протокол PEN 2).⁷³
- Необходимо определить роль групп взаимопомощи (равный равному), и уделить больше внимания школам для больных гипертонией.
- Необходимо представить методику оценки риска. Необходимо особо подчеркнуть важность немедицинского лечения (дать конкретные рекомендации относительно курения, алкоголя, питания и физической активности).
- Необходимо уделить больше внимания рекомендациям для пациентов старше 60 лет с сопутствующими заболеваниями (напр., с диабетом, нарушением мозгового кровообращения, почечной недостаточностью).
- Необходимы четкие рекомендации относительно показаний к назначению монотерапии и комбинированного лекарственного лечения.

Имеются возможности для усиления системы с обеспечением доказательной основы санитарно-просветительной работы с населением, напр., в школах для гипертоников, и координации действий разных участников, задействованных в распространении информации о необходимости профилактики и укрепления здоровья на уровне населения.

Вызов 10. Решение проблем в области кадровых ресурсов

Управление кадровыми ресурсами, включая комплектование и закрепление медицинских работников на местах, их обучение, географическое распределение и профессиональную структуру, является важной особенностью системы здравоохранения, которая оказывает влияние на контроль ССЗ и диабета.

Количество врачей и медсестер в Беларуси одно из самых высоких среди постсоветских стран (рисунок 10).⁷⁴ В 2012 году более 70% всех врачей работало в государственных больницах Министерства здравоохранения. В том же году 6010 врачей работало в первичной системе медицинской помощи, включая 640 врачей общей практики (10,6%), 3376 участковых терапевтов (56,2%) и 1994 участковых педиатров (33,2%). Врачи ПМСП составляли лишь 14% от общей численности врачей (43288 врачей в 2012 году).⁷⁵ Планирование кадровых ресурсов в секторе здравоохранения строго регулируется и координируется Отделом кадров Министерства здравоохранения. Руководители медицинских учреждений районного и городского уровней сообщают о своих потребностях в медицинских специалистах (в соответствии с нормативами, установленными Министерством здравоохранения) в региональные управления здравоохранения, которые в свою очередь передают сведения Министерству здравоохранения. Отдел кадров Министерства здравоохранения передает информацию о вакансиях на должности разных специалистов в учебные заведения.

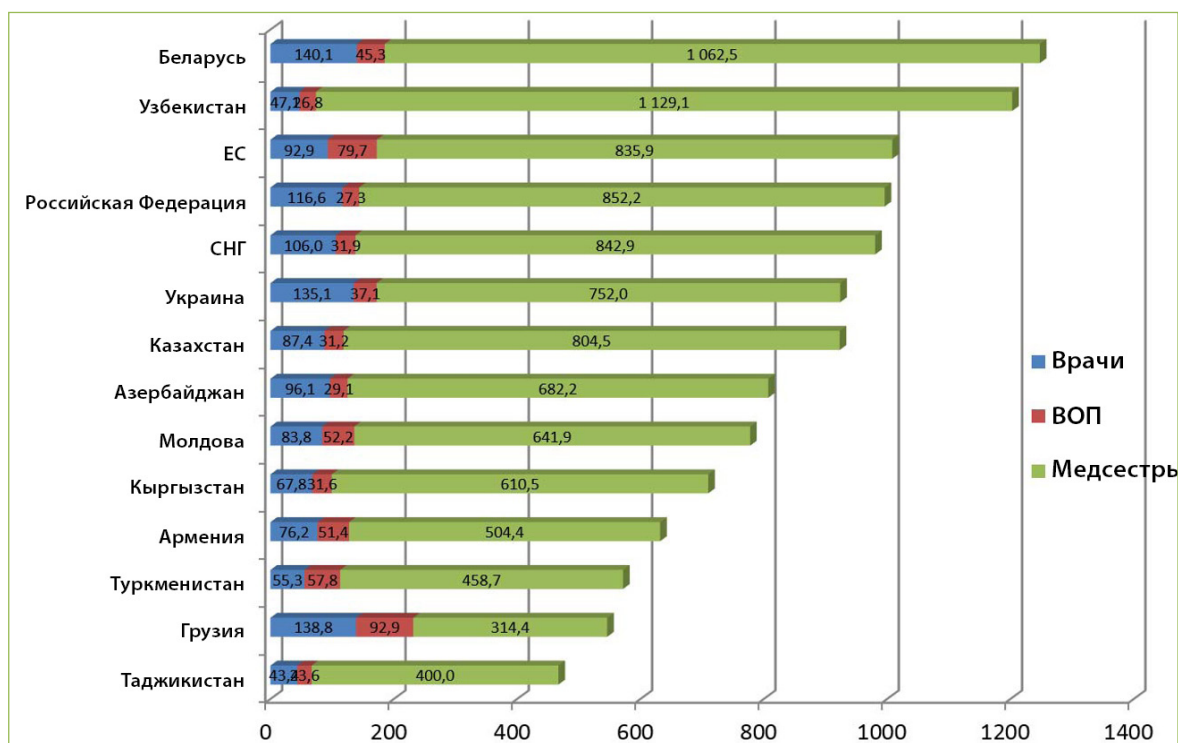
Несмотря на большое количество работников в системе здравоохранения, в стране наблюдается неравномерное распределение кадровых ресурсов – как географическое, так и профессиональное. В сельской местности действует модель ПМСП на основе семейной медицины, тогда как в городской местности основным поставщиком медицинской помощи на первичном уровне остается система поликлиник. Персонал первичного звена медицинской помощи (врачи общей практики и участковые терапевты) составляет небольшую долю трудовых ресурсов, которые востребованы как в сельской, так и в городской местностях. Обеспокоенность вызывает внутренняя миграция персонала из

⁷³ Там же.

⁷⁴ Б. Рехелидр.; Тенденции в системах здравоохранения в странах бывшего Советского Союза. Европейская обсерватория систем и политики здравоохранения.

⁷⁵ Общественное здравоохранение в Республике Беларусь. Официальные статистические данные, 2012. Минск, Министерство здравоохранения Республики Беларусь, управление методологии и медицинской статистики, 2013.

Рисунок 10. Количество врачей, ВОП (включая врачей общей практики, районных терапевтов и врачей-педиатров) и медсестер на 100 000 жителей, по странам и регионам.



Источник: База данных ВОЗ «Здоровье для всех», 2012 год и далее.

сельской местности в города. Существуют заметные различия в кадровых ресурсах между районами. Например, в Минске укомплектованность кадрами в первичной системе составляет почти 96-97%, в то время как в областных учреждениях этот показатель составляет лишь 50%. В районах, расположенных вблизи загрязненных территорий после Чернобыльской аварии, т.е. в сельских районах Гомельской и Могилевской областей, проблема нехватки врачей более заметна.⁷⁶

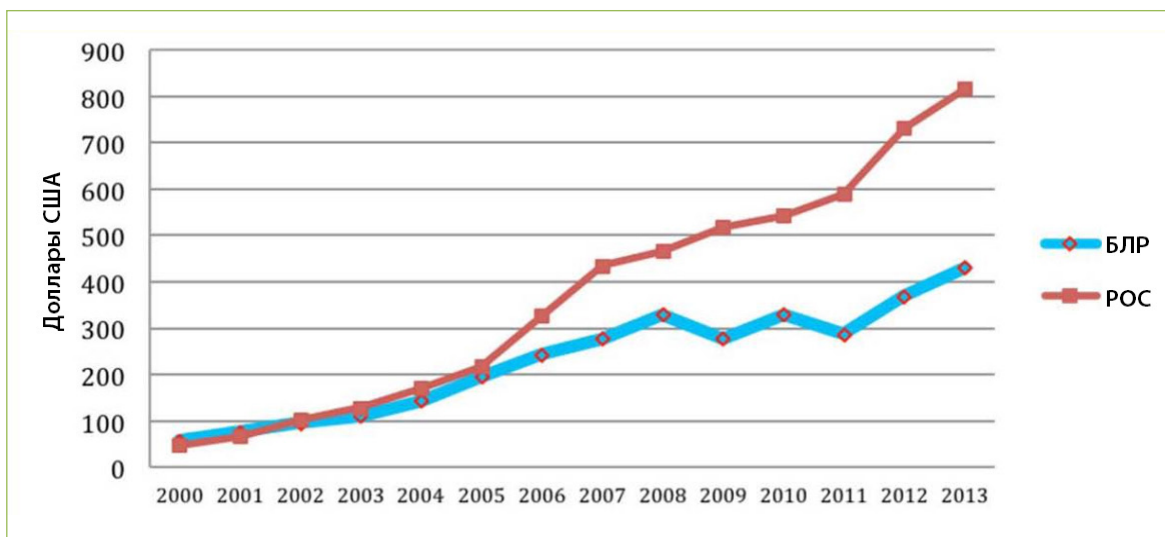
В 2014 году средний уровень оплаты труда медицинских работников в Беларуси составлял примерно 77,5% от среднестатистической общей зарплаты в стране.⁷⁷ Это ниже уровня оплаты труда в других странах, где зарплата высококвалифицированных медицинских работников зачастую превышает среднестатистический уровень зарплат. По-видимому, это является одним из факторов сохранения финансовой доступности системы, учитывая признанную потребность в повышении эффективности услуг. К тому же это благоприятствует росту миграции, особенно в условиях легкого доступа к рынкам труда в других странах, напр., в Российской Федерации.

Повысить зарплаты, скорее всего, будет сложно ввиду сложившегося экономического климата, что еще раз подчеркивает необходимость в рационализации рабочей силы посредством реформирования системы предоставления услуг. Разница в зарплате между Беларусью и Российской Федерацией увеличивается; в настоящее время медработник в Беларуси получает примерно в два раза меньше, чем в Российской Федерации (рисунок 11).

⁷⁶ Б. Рехел и др.; *op cit* с. 83.

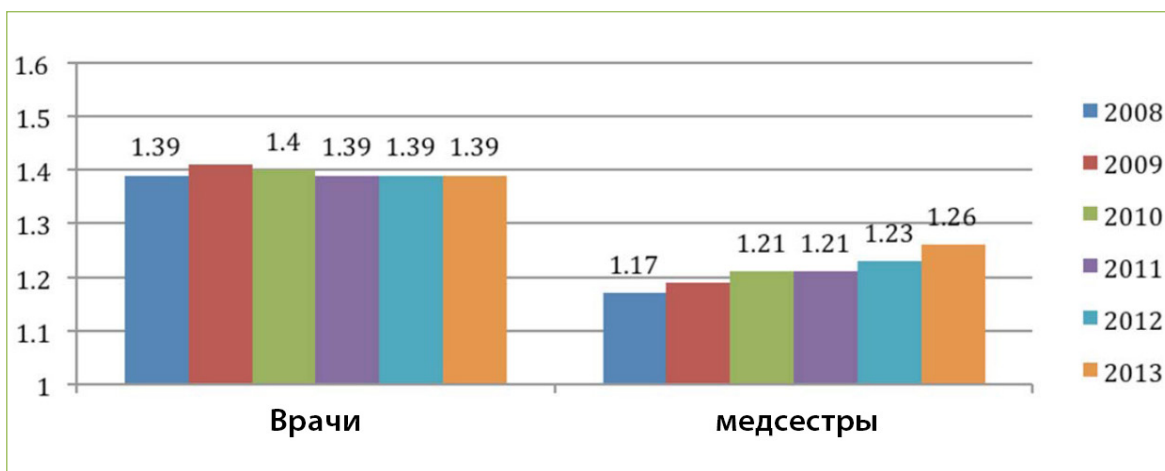
⁷⁷ Белорусский профсоюз работников здравоохранения, неопубликованные данные.

Рисунок 11. Среднемесячная зарплата медработников в Беларуси и Российской Федерации, в долларах США.



Источник: Гранков В.⁷⁸

Рисунок 12. Коэффициент совместительства медработников.



Источник: Данные Министерства здравоохранения.

Относительно низкий уровень зарплаты способствует сохранению существующей практики, когда вакансии распределяются среди медработников, в результате чего коэффициент совместительства во многих случаях превышает 100%, что в свою очередь сказывается на качестве услуг. Такая практика является обычной для врачей и медсестер, причем в последние годы она становится более распространенной среди медсестер (рисунок 12).

Для решения проблемы нехватки врачей Министерство здравоохранения значительно увеличило прием студентов в медицинские университеты – почти в два раза в период с 2006 по 2010 годы (рисунок 13). В то же время нет данных о том, куда идут работать новые выпускники и какое число из них уезжает в другие страны, например в Российскую Федерацию. Необходимо проанализировать политику и, возможно, внести изменения в действующую систему регистрации врачей.

⁷⁸ Гранков В. Социальное партнерство как фактор сохранения и развития кадровых ресурсов в здравоохранении. Белорусский профсоюз работников здравоохранения, презентация.

Рисунок 13. Число новых студентов и число выпускников медуниверситетов.



Источник: Данные Министерства здравоохранения.

Помимо увеличения числа выпускников медуниверситетов в Беларуси существует две политики, направленные на решение проблемы равномерного распределения и нехватки кадровых ресурсов в системе первичной медицинской помощи: обязательная отработка в течение двух лет после выпуска и так называемое «целевое обучение» врачей. Первая мера позволяет ослабить, но не решить эту проблему: более трети врачей покидают свое рабочее место после отработки в течение двух лет. Вторая мера нацелена на выпускников средних школ в сельских районах, которые имеют право на поступление и бесплатное обучение в вузах при условии, что после выпуска они отработают 5 лет в сельских медицинских учреждениях. Изменения в законодательстве, внесенные в 2014 году (декрет Президента № 130 от 20 марта 2014 года), дали возможность организациям, имеющим проблему нехватки персонала – независимо от местонахождения (сельским и городским) – заключать договор о целевом трудоустройстве врачей и медсестер. Это позволило увеличить долю желающих пройти целевое обучение до 40% от общего числа абитуриентов.

Хорошим шагом на пути к развитию общей врачебной практики было введение в 2012 году одногодичной интернатуры в медицинских ВУЗах. Однако специальность «врач общей практики» пока еще не очень популярна среди студентов и преподавателей медицинских ВУЗов, и, как следствие, студенты не заинтересованы в том, чтобы проходить одногодичную интернатуру и становиться специалистом по общей практике/ семейной медицине.

Помимо описанной выше политики, направленной на увеличение численности сотрудников в системе первичной медицинской помощи, существует более простой путь стать специалистом общей практики: можно пройти трехмесячный курс общей практики в Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО). С 2012 года действуют строгие правила, запрещающие медицинским учреждениям нанимать специалистов вторичного звена на вакантные рабочие места специалистов (районных терапевтов или врачей общей практики). Запрещается передавать ресурсы из системы ПМСП на более высокие уровни. Строгое регулирование перемещения и подготовки персонала имеет преимущества и недостатки. Положительным аспектом является то, что вакантные рабочие места и позиции ВОП в удаленных районах заполняются, обеспечивая тем самым определенную минимальную комплектацию. С другой стороны, отмечается почти полное отсутствие мотивационных факторов для того, чтобы врачи продолжали работать в отдаленной местности по завершении нескольких лет обязательной отработки, и высокая степень текучести специалистов в сельской местности.

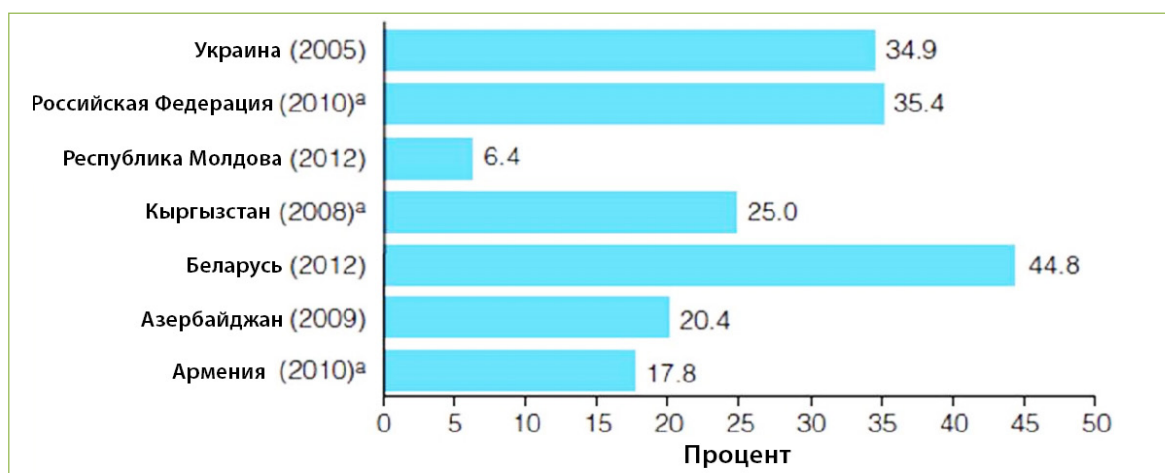
Кроме того, Министерство здравоохранения также ввело позицию помощника врача в сельской местности с тем, чтобы укрепить потенциал ВОП и усилить контроль НИЗ. Сохраняется потребность в пересмотре функциональных обязанностей врачей и медсестер в сторону расширения круга обязанностей медсестер и помощников врача, а именно, в сфере профилактики ССЗ и диабета. Существует потребность в кадровых ресурсах в области популяризации здорового питания и физической активности. В 2009 году в стране была введена подготовка специалистов-диетологов, которые проходят обучение в интернатуре в течение 48 недель. Однако большинство диетологов занято в частном секторе. Обучение и переобучение специалистов по питанию и пищевому производству осуществляется Научным центром по продовольствию при Академии наук Беларуси.⁷⁹ Численность кадровых ресурсов, занимающихся профилактикой и лечением алкогольной зависимости и наркологией, снизилась на 16% в период с 2012 по 2013 год (со 189 до 159 человек), а численность специалистов, оказывающих анонимные услуги при алкогольной зависимости, снизилась на 27%. Степень укомплектованности специалистами по наркологии составляет 60% от плана.

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

Важной особенностью системы здравоохранения, необходимой для контроля НИЗ, является обеспечение доступа к качественным лекарственным средствам. Пациенты с хроническими заболеваниями вынуждены принимать необходимые лекарственные средства на регулярной основе, зачастую на протяжении всей жизни. Для этого требуется наличие хорошо функционирующих систем здравоохранения и снабжения, рационального подбора, назначения, отпуска и применения лекарственных препаратов, доступных цен и устойчивого финансирования.

В Беларуси совокупные расходы на лекарственные препараты на душу населения относительно высоки по сравнению с другими странами бывшего Советского Союза.⁸⁰ Почти половина этих расходов обеспечивается за счет государственных источников (44,8%) (рис. 14).

Рисунок 14. Государственные расходы на лекарственные препараты в виде процента от совокупных расходов на лекарства.



Источник: Б. Рехел и др. 2014.⁸¹

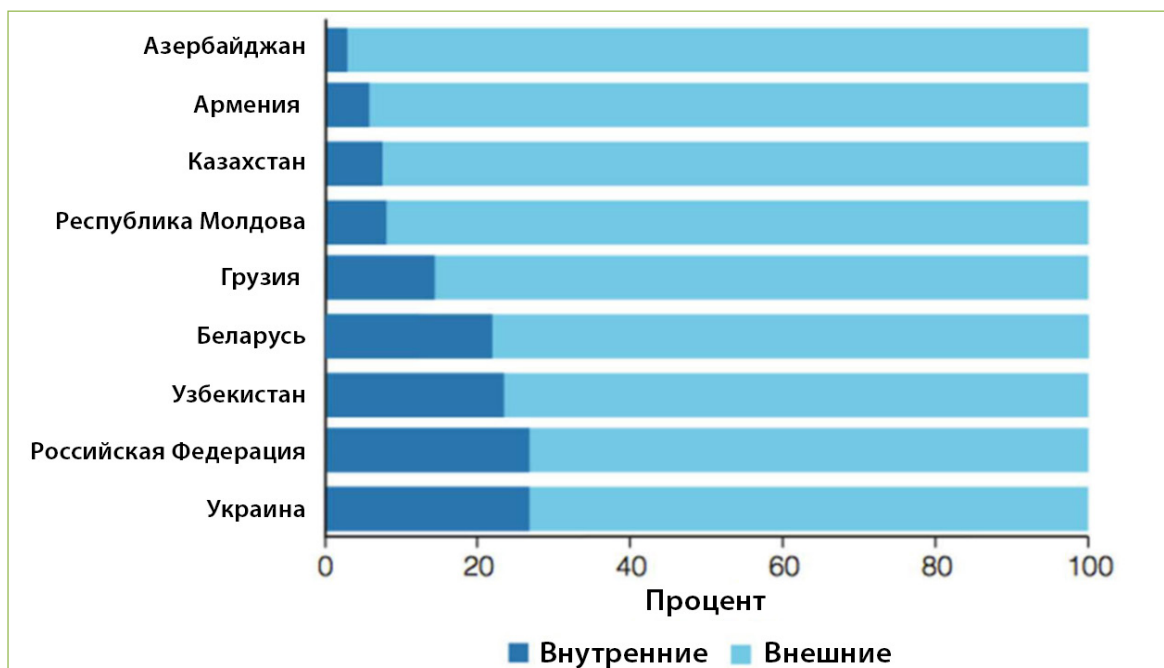
⁷⁹ Создан по Указу Президента а№ 242 от 18.04.2006.

⁸⁰ Б. Рехел и др., 2014 op.cit с. 44.

⁸¹ Там же.

По сравнению с большинством стран Восточной части Европы Беларусь сама производит значительную долю лекарственных препаратов (см. рисунок 15). Большую часть составляют генерики (непатентованные лекарственные препараты), что объясняет относительно низкую стоимость местного производства. В сфере фармацевтического производства были проведены серьезные реформы, направленные на обеспечение соблюдения стандартов надлежащей производственной практики (НПП) и конкурентоспособности произведенных в стране медикаментов. Белфармация – это государственное предприятие, которое отвечает за координацию закупок и распределение лекарственных препаратов в секторе здравоохранения, тогда как Министерство торговли руководит тендерными процессами. Каждый год план закупок готовится и размещается на веб-сайте Министерства. Местное производство имеет преференции в тендерном процессе, выражающиеся в правиле 15% (если цена местного производителя на 15 процентов выше цены, предложенной международными компаниями, он все равно выигрывает тендер). Произведенные в Беларуси лекарственные препараты составляют около 50% лекарственных препаратов, закупленных за счет централизованного бюджета, 40% - за счет местного бюджета и 30% лекарственных препаратов, продаваемых в аптеках. Предприятие Белфармация имеет головной офис в Минске и 6 центров в областях. Кроме того, у предприятия имеется семь испытательных лабораторий. Все лекарственные препараты подлежат строгому контролю при подтвержденном отсутствии фальсифицированной продукции на рынке с 2004 года.

Рисунок 15. Источники лекарственных препаратов с разбивкой по объему, в различных странах.



Источник: Ричардсон и др., 2014.⁸²

В Беларуси Перечень основных лекарственных средств, включающий примерно 200 наименований, был утвержден Министерством здравоохранения в 2007 году (Приказ N65 от 16 июля 2007 г.) и ежегодно обновляется специальной комиссией под председательством руководителя управления организации лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения. Ежегодно добавляется или исключается в среднем 10-15 наименований. В комиссии представлены разные клинические специальности, включая ВОП, но нет ассоциаций пациентов. После завершения тендера готовится окончательный перечень лекарственных средств (так

⁸² Б. Рехел и др.; opcit, с. 44.

называемый формуляр), который утверждается Министерством здравоохранения. Самый последний перечень лекарственных средств был утвержден 22 января 2014 года. В перечень входят 70 наименований лекарственных средств для лечения сердечнососудистых заболеваний, в том числе симвастатин, аторвастатин, эналаприл, лизиноприл, метопролол, нифедипин и лоратадин.

Наличие препаратов

В Беларуси имеется развитая аптечная сеть, включающая 2900 аптек, в том числе 1600 государственных и 1300 частных. Предприятие «Белфармация» имеет наиболее разветвленную сеть аптек. Только государственные аптеки имеют право на возмещение стоимости лекарств для покупателя. Аптеки обязаны гарантировать наличие основных лекарственных средств и обеспечивать поставку лекарственных средств как минимум один раз в две недели в каждый аптечный пункт. В целях увеличения доступности лекарственных средств в сельской местности фельдшерам было разрешено продавать лекарственные средства в фельдшерско-акушерских пунктах. Они проходят специальную подготовку, не сопровождающуюся формальными требованиями к получению формального образования в качестве продавца лекарственных средств. Это исключение распространяется только на сельские районы. Все остальные продавцы лекарственных средств, работающие в аптеках, обязаны иметь образование по специальности фармацевт.

В некоторых аптеках Белфармации установлены новейшие системы ИТ. Посетители этих аптек могут получить сведения об имеющихся в наличии лекарственных препаратах с непатентованными и/или торговыми наименованиями в данной аптеке или в ближайших аптеках. Пациенты могут посмотреть все торговые наименования отдельного непатентованного лекарственного средства с указанием цены в данной аптеке и в других аптеках.

В больницах все медикаменты предоставляются пациентам бесплатно по закону. В случае потребности в специальном препарате, не включенном в формуляр, больнице разрешается инициировать процедуру дополнительной закупки. Бюджет на возмещаемые лекарственные средства входит в бюджет учреждения ПМСП. Например, в апреле одна из аптек продала лекарственных средств для лечения сердечнососудистых заболеваний (код АТХ С01 – С10) на сумму 265,8 миллиона белорусских рублей. Из этой стоимости 133,4 миллиона белорусских рублей было возмещено учреждением ПМСП.

Ценовая доступность

У Беларуси есть успешный опыт прямого регулирования цен на лекарственные препараты⁸³, когда уровень фактических наличных расходов оставался относительно низким и составлял около 20%. Фактические наличные расходы отражают главным образом расходы на медикаменты на амбулаторном уровне, в том числе на гипотензивные препараты, препараты, понижающие уровень холестерина в крови, и антибиотики.⁸⁴

Основные лекарственные препараты, необходимые для эффективной профилактики и контроля ССЗ, широкодоступны, но возмещение стоимости этих препаратов в большинстве случаев осуществляется частично или не осуществляется вообще. Пациентам с ССЗ выписывается рецепт с медикаментами, которые оплачиваются по полной стоимости, если пациенты не относятся к льготной категории. К льготным категориям относятся ветераны, пенсионеры и пациенты с ограниченной дееспособностью, т.е., входящие в так называемые группы инвалидности. Пациенты с

⁸³ Там же.

⁸⁴ Там же.

тяжелой формой инвалидности (группы I и II) оплачивают 10% стоимости медикаментов, а инвалиды III группы платят 50% стоимости. Компенсация стоимости медикаментов для работающего населения с гипертензией или ишемической болезнью сердца не предусмотрена. Выплата компенсаций начинается только после развития у пациентов осложнений. Кроме того, компенсация за медикаменты предоставляется пациентам после ОИМ (коды МКБ10:I21 и I22) в течение первых шести месяцев после эпизода, а также после инсульта или другого нарушения мозгового кровообращения (коды МКБ 10: I60 – I64). В течение этого периода пациенты получают компенсацию за все необходимые медикаменты, которые включены в формуляр. Однако по истечении этого периода они не получают никакой компенсации в случае полного выздоровления и отсутствия функциональной недееспособности.

Пациенты с диабетом (коды МКБ 10: E10 – E14, P70, 2, O24, E89, 1) имеют лучшие условия для компенсации – они могут получить любое лекарственное средство для лечения от диабета бесплатно. Пациенты получают возмещение только за препараты с торговыми наименованиями, входящие в формуляр, т.е., препараты, произведенные компаниями, выигравшими тендер. Таким образом, большинство подлежащих компенсации лекарственных препаратов произведено в Беларуси.

Расширение охвата для включения некоторых видов лекарственных препаратов на амбулаторном уровне может способствовать не только увеличению охвата лечением, но и укрепить медикаментозное лечение на основе рецептурного отпуска, а также повысить эффективность затрат. Некоторые страны, где пациенты на пилотной основе получали возмещение за гипотензивные препараты, имели следствием повышение степень приверженности лечению и увеличение количества консультаций.⁸⁵

Рациональное использование лекарственных средств

В Беларуси некоторые лекарственные средства отпускаются по рецепту, другие – в том числе многие препараты против гипертензии и антибиотики – можно приобрести без рецепта. Необходимо усилить контроль за исполнением требований в отношении отпуска лекарственных средств, поскольку отпуск препаратов без рецепта ведет к нерациональному использованию лекарственных средств, в том числе препаратов для лечения НИЗ.

Из бесед с семейными врачами стало понятно, что избыточное назначение лекарственных средств является проблемой, вызывающей серьезную обеспокоенность в Беларуси. Это объясняется моделью предоставления помощи, при которой пациенты обращаются со своими проблемами напрямую к специалистам. В случае наличия нескольких сопутствующих заболеваний пациенту может назначаться большое количество медикаментов без всякого контроля побочных эффектов и проверки совместимости препаратов. В Беларуси имеется система учета отрицательных реакций на препараты, однако семейные врачи по традиции стараются не менять рекомендаций специалистов и выписывают все назначенные ими препараты. Также имеется заметная разница между городской и сельской местностью, т.е. уровень потребления медикаментов на душу населения в городской местности в 10 раз выше по сравнению с сельской местностью.⁸⁶ Более того, были получены сведения о том, что на практику назначения препаратов оказывает некоторое влияние предпочтение врача указывать торговые наименования, поскольку именно они упоминаются в учебных программах.⁸⁷

⁸⁵ Там же.

⁸⁶ Там же.

⁸⁷ Там же.

Вызов 12. Совершенствование управления системами здравоохранения

Ряд имеющихся в системах здравоохранения проблем (проблемы со снабжением медикаментами, слабые информационные системы, отсутствие координации между поставщиками услуг) указывает на то, что многие системы здравоохранения нуждаются в лучшем управлении как на институциональном, так и на системном уровне.

В Беларуси за формирование политики отвечают Президент и Кабинет министров. Роль Министерства здравоохранения заключается в реализации политики; при этом оно отвечает за деятельность системы здравоохранения. Больницы и поликлиники на областном и районном уровнях административно подчиняются местным органам управления, например, областным исполкомам, а также обязаны отчитываться перед Министерством по вопросам регулирования, выполнения нормативов и т.д.

Точные определения могут отличаться друг от друга, но здесь под управлением подразумевается упор на качество и эффективность деятельности, а администрирование подразумевает особое внимание соблюдению норм, стандартов и правил. Во многих системах здравоохранения, включая Беларусь, баланс между этими двумя аспектами тяготеет к последнему, что требует усиления аспекта управления как инструмента, направленного на повышение качества и улучшение результатов, а также обеспечение достаточного времени на контроль качества при соблюдении административных требований. Эффективность контроля качества, как правило, зависит от готовности разных поставщиков открыто говорить о недостатках, а прозрачность в свою очередь должна обеспечиваться за счет нахождения и исправления недостатков системы в отличие от возложения вины на отдельных лиц.

С 2001 года все медицинские учреждения должны проходить официальную процедуру аттестации, которая проводится специальным аттестационным комитетом при Министерстве здравоохранения, в целях обеспечения соблюдения установленных стандартов качества.⁸⁸ Санитарно-эпидемиологическая служба занимается проверкой охраны здоровья и безопасности, обеспечивая соблюдение установленных стандартов, напр., гигиены.

Обязанности руководителя больницы воспринимаются как административные обязанности, а не лидерство и принятие решений. В Беларуси практически все учреждения здравоохранения (фельдшерские пункты, центры общей врачебной практики, поликлиники и стационары) находятся в управлении государства и финансируются государством. Учреждения находятся в иерархическом управлении с сильным вертикальным контролем. Часть полномочий по принятию решений (напр., ресурсы, число диспансеров) передана на региональный (областной) или районный уровень. Численность врачей и медсестер и перечень предлагаемых услуг определяются в соответствии с установленными на центральном уровне нормами и стандартами (так называемыми нормами «демографической и территориальной безопасности»), уровень оплаты также определяется централизованно. Как результат, управленческие полномочия на уровне учреждения предельно ограничены за некоторыми исключениями. Отдельные стационары, поликлиники, амбулаторные клиники и ФАПы не обладают значимым правом голоса в принятии решений относительно финансовых ресурсов, кадровой комплектации, оплаты или видов оказываемых услуг. Численность специалистов на уровне поликлиники продиктована численностью населения в зоне обслуживания (согласно вышеупомянутым нормам), однако главный врач может с определенной степенью гибкости подходить к изменению состава (но не численности) специалистов с тем, чтобы наилучшим образом удовлетворять потребности населения. Если, например, на территории обслуживания много пациентов с диабетом, главврач может увеличить число эндокринологов в штате, сократив при этом число специалистов другого профиля.

⁸⁸ Е.Ричардсон и др., *op cit* с. 29.

Главный врач также отвечает за распределение бонусов по результатам деятельности между сотрудниками. Главный врач также распоряжается «внекассовыми» доходами, полученными от продажи услуг и товаров, не входящих в гарантированный пакет, напр., диагностические услуги, предметы личной гигиены, отпускаемые без рецепта медикаменты, плановые хирургические вмешательства, такие как косметическая операция. Эти доходы могут использоваться для выплаты дополнительных бонусов персоналу, найма дополнительных врачей или закупки мелкого оборудования и расходных материалов.

Вызов 13. Формирование обоснованных информационных решений

Во многих странах системы здравоохранения имеют слабые информационные системы, что является и причиной и следствием управленческой несостоятельности. Это препятствует контролю и мониторингу эффективности на всех уровнях. Информационная потребность включает в себя информацию по качеству и стоимости услуг.

Системе здравоохранения Беларуси свойственна громоздкая система отчетности, которая используется для мониторинга различных параметров с вытекающей отсюда большой рабочей нагрузкой на уровне учреждения. Данные собираются на уровне учреждения и сводятся в региональные и статистические отчеты с целью обеспечения выполнения государственных программ и соблюдения минимальных социальных стандартов. Системы статистической отчетности полностью автоматизированы, тогда как системы электронных медицинских карт пациентов еще не разработаны, но этот вопрос включен в повестку дня Министерства здравоохранения. Система отчетности фрагментирована, так как у каждой специальности есть собственная система отчетности, координация между ними ограничена, что ведет к высокой нагрузке на уровне учреждения. Это уменьшает время, отводимое на клиническую работу. Респонденты указали на высокую рабочую нагрузку в связи с решением различных рабочих вопросов, а также по диспансеризации; кроме того, вся система ведет документацию на бумажном носителе на уровне учреждений. Есть примеры того, как в поликлиниках предпринимаются попытки оптимизировать информационные потоки на уровне учреждения, напр., использовать комплексные электронные медицинские карты пациентов (так называемые электронные карты пациента), с целью координации деятельности внутри учреждения. Вся информация о посещениях любого из врачей в поликлинике вводится в электронную карту пациента. Участковые терапевты и медсестры могут проверить, какое лечение получал пациент с НИЗ у разных специалистов в поликлинике, и записать пациента на прием к врачам ПМСП в случае необходимости. Данная система также позволяет извлекать электронные сведения для пациентов и/или других поставщиков медицинской помощи в случае необходимости перенаправления на другой уровень помощи. Однако остается неясным, насколько эта практика систематизирована.

Имеется несколько централизованных медицинских регистров по разным заболеваниям, включая онкологию и диабет. Регистр по диабету заслуживает особого внимания, поскольку в нем содержатся сведения о клинических результатах, таких как уровень гликированного гемоглобина и осложнения (напр., ретинопатия, абсолютная почечная недостаточность, ампутация), с охватом 96% пациентов с диагнозом диабет. Данные из этого электронного регистра активно используются для анализа и обсуждения с поставщиками услуг на ежегодной основе, результаты которых формируют основу для рекомендаций Министерству здравоохранения относительно необходимости внесения изменений, например, в действующие протоколы лечения. Для дальнейшего совершенствования может понадобиться анализ деятельности поставщиков услуг и факторов, способствующих достижению лучших результатов,

чтобы улучшить деятельность поставщиков с менее благоприятными результатами. Рационально построенная информационная система может послужить движущей силой для успешной реализации других сфер реформы здравоохранения. Есть основания полагать, что регистр по диабету послужил тем самым важным фактором, который способствовал достижению довольно хороших показателей по диабету в Беларуси. Необходимо уделять приоритетное внимание сбору и анализу информации с целью повышения качества и эффективности услуг и прекратить сбор данных, которые нигде не используются и не носят стратегического характера. Беларусь имеет примеры передовой практики, такие как регистр по диабету. Информационная система должна способствовать расширению охвата и стратегическому использованию такого инструментария, как оценка кардиометаболического риска. Система также должна способствовать проведению анализа потребления разных медикаментов, сопряженных с эпидемиологическими профилями, что послужит основой для принятия мер по повышению качества и эффективности. Страна завершила работу над Национальными счетами здравоохранения (НСЗ), сделав тем самым важный шаг в сторону усиления информационных систем по финансированию здравоохранения. Беларусь перешла на методы оплаты по подушевому нормативу и запустила в тестовом режиме глобальные бюджеты на региональном уровне. Для сохранения наработок и поддержания дальнейшей деятельности необходимо развивать информационную систему с включением надлежащих показателей качества.

Вызов 14. Преодоление сопротивления изменениям

Во всех проявлениях преодоление препятствий подразумевает изменения в методах работы организаций здравоохранения. Все организации сопротивляются переменам, и, следовательно, управление изменениями является серьезным вызовом для системы здравоохранения в области контроля и профилактики НИЗ.

В системе здравоохранения Беларуси наблюдается сильное сопротивление изменениям. В то время как многие страны провели серьезные реформы, система здравоохранения Беларуси остается верна своим корням на основе модели Семашко. Претерпев незначительные поступательные изменения, система остается иерархической, где любые изменения диктуются высшим уровнем Министерства здравоохранения, Советом министров или Президентом. Сильная система мониторинга и оценки обеспечивает соблюдение клинических руководств. Поставщики медицинской помощи воспринимают соблюдение клинических руководств как одну из ключевых ролей, не уделяя, возможно, должного внимания обеспечению доказательной основы руководств и достижению удовлетворительных клинических результатов.

Хотя лица, определяющие политику, в Беларуси остаются преданными принципам бесплатного всеобщего доступа медицинской помощи для всех граждан, они признают, что изменения необходимы для повышения эффективности системы предоставления услуг. Сопротивление изменениям в системе здравоохранения не ограничивается сектором здравоохранения. Министерство здравоохранения, например, попыталось изменить нормативные положения, согласно которым работники обязаны получать справку о болезни в первый день заболевания в медучреждении, но встретило сопротивление на уровне Кабинета министров. Требуется эффективная пропаганда на высшем уровне правительства и других секторов. Некоторые попытки в прошлом, например, провести рационализацию использования службы скорой помощи были встречены серьезным сопротивлением со стороны населения, рассчитывающего на бесплатный и частый доступ к врачам первичной медико-санитарной помощи и специалистам службы скорой помощи, которые считаются частью системы ПМСП. Поставщики медицинской помощи и чиновники Министерства здравоохранения прекрасно осознают, что населению следует изменить отношение к собственному здоровью и медицинской помощи и изыскать способы соблюдения режима приема назначенных медикаментов и рекомендаций по профилактике и укреплению здоровья.

В целях уменьшения бремени НИЗ в Беларуси для основных аспектов системы здравоохранения требуется изменение парадигмы. Для этого потребуются трудные изменения со стороны тех, кто определяет политику, обеспечивает оказание медицинской помощи, пациентов и населения в целом. Необходимо пропагандировать здоровый образ жизни и повышать медицинскую грамотность населения, наряду с более активным участием населения в контроле НИЗ и принятии на себя ответственности за собственное здоровье. Поставщикам услуг следует развивать новые навыки и адаптироваться к изменениям, а это значит, что в большинстве случаев их роль будет заключаться в том, чтобы помочь пациенту контролировать заболевание/множественные сопутствующие заболевания в течение длительного периода. Лица, устанавливающие политику, должны определять, курировать, содействовать и стимулировать изменения, а также укреплять экономически эффективные модели комплексной помощи и понимать, что нельзя требовать желаемого изменения поведения от поставщиков медицинской помощи, пациентов и населения.

Вызов 15. Обеспечение доступа к медицинской помощи и снижение финансового бремени

Общие расходы на здравоохранение в 2012 году составляли 5% ВВП, что немного выше среднего показателя в странах СНГ и значительно ниже среднего показателя в странах ЕС. Большая часть расходов на здравоохранение в Беларуси покрывается государством. Уровень фактических наличных расходов домохозяйств на здравоохранение низкий и составляет около 23% от общих расходов на здравоохранение. Это составляет 1,1% ВВП и около 1,8% всех расходов домохозяйств.⁸⁹ В 2010 году около 11% домохозяйств понесли расходы на здравоохранение, которые превышали 5% от потребления домохозяйства. При этом менее 1% домохозяйств столкнулось с катастрофическими расходами на здравоохранение, превышающими 15% от потребления домохозяйства. Случаи катастрофических затрат чаще всего наблюдались в домохозяйствах, принадлежащих к низшему слою среднего класса. Такой уровень финансовой защиты сопоставим с уровнем, имеющимся в странах ЕС с высоким уровнем дохода.

Лекарственные препараты являются основным фактором наличных расходов, составляя более 70% от наличных затрат.⁹⁰ Фактические наличные расходы не являются значимым препятствием для получения к медицинской помощи. В большинстве случаев люди, отказывающиеся от медицинской помощи, понимая, что она им требуется, делают выбор в пользу самолечения (52,9%, ДИ 47,6–58,1%).⁹¹ Только 0,3% (ДИ 0,0–0,8%) посчитали, что услуги были недоступны по средствам; и 2,9% отметили, что не покупка лекарств оказалась им не по карману (ДИ 1,1–4,6%).

Число ежегодных амбулаторных контактов составило 12,9 на одного человека в 2012 году наряду с высоким коэффициентом госпитализаций на человека – 31 на 100 человек в 2012 году⁹², а это самые высокие показатели во всем Европейском регионе ВОЗ. Поликлиники выступают основными поставщиками услуг первичной медико-санитарной помощи, а семейная медицина широко представлена только в сельской местности, где проживает около 30% населения. Однако при высоком коэффициенте использования, не переходящего в эффективную профилактику ССЗ, сохраняется низкий уровень выявления и контроля гипертонии, высокая степень распространенности курения и употребления алкоголя и отсутствие систематического выявления и ведения лиц с повышенным риском развития ССЗ. Компенсация за гипотензивные препараты, как уже говорилось, предоставляется только в период обострения болезни, а статины и тест-полоски для определения глюкозы для взрослых не компенсируются.

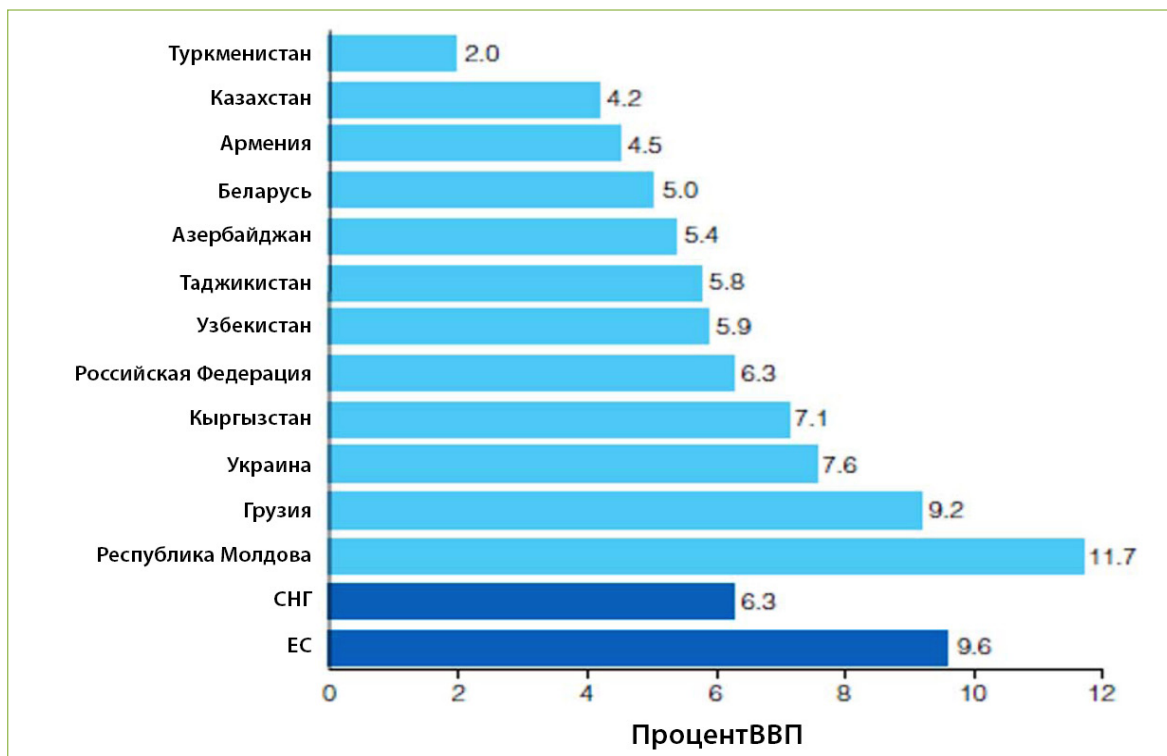
⁸⁹ Всемирный банк 2013 г. Обзор государственных расходов в Беларуси; *op cit* с. 30;

⁹⁰ Всемирный банк 2013 г. Обзор государственных расходов в Беларуси; *op cit* с. 30.

⁹¹ Балабанова Д и др. (2012). Реформа здравоохранения в странах бывшего Советского Союза: данные по восьми странам. *Health Services Research*, 39(6):1927-1950, 2012, 47(2):840-864.

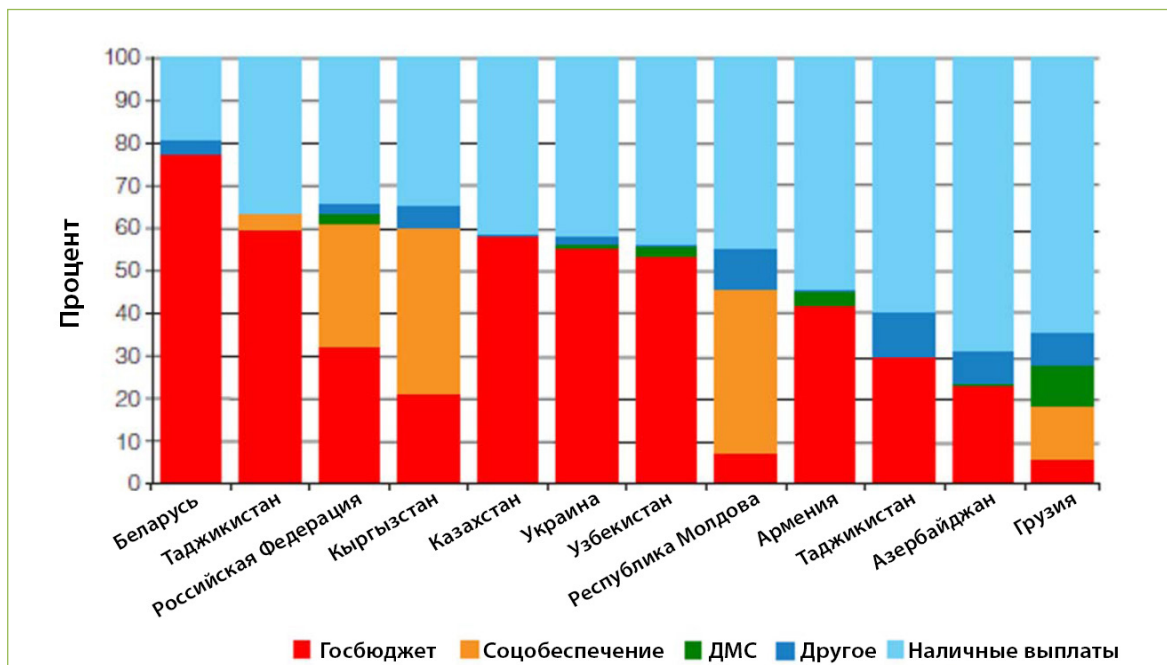
⁹² Базаданных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рисунок 16. Общие расходы на здравоохранение в виде процента ВВП оценочные данные ВОЗ, 2012 г.



Источник: Б. Рехел и др.; 2014.⁹³

Рисунок 17. Распределение расходов на здравоохранение по источникам финансирования, оценочные данные ВОЗ, 2012 г.



Источник: Б. Рехел и др.; 2014.⁹⁴

⁹³ Б. Рехел и др.; op cit с. 44.

⁹⁴ Там же.

4 Инновации и надлежащая практика

Беларусь, как и другие страны СНГ, претерпевает изменения в образе жизни и питания, сопровождающиеся ростом показателей заболеваемости ожирением и диабетом. Заболеваемость диабетом в Беларуси увеличилась более чем в два раза за последнее десятилетие и продолжает расти. По результатам недавней оценки риска,⁹⁵ 26% населения страдало ожирением и 44% имело избыточный вес. Примерно 15,5% жителей имели высокий риск развития диабета в последующие 10 лет, и у 3% обследованного населения был невыявленный диабет.⁹⁶ Это говорит о необходимости активизации мер, направленных на выявление лиц с повышенным риском и совершенствование имеющихся методов выявления.

Более 15 лет в Беларуси собирают данные о результатах лечения диабета, включая данные о частоте осложнений. Внедрение электронного Национального регистра по диабету в 2008 году облегчил сбор и агрегирование эпидемиологических и статистических данных о больных диабетом и использование услуг на региональном уровне. Это позволило распределять ресурсы исходя из фактического спроса (а не на основе статей расходов) и помогло улучшить планирование, организацию и оказание медицинской помощи. Электронный регистр охватывает более 96% пациентов с диагнозом диабет и используется ежегодно для выработки рекомендаций для Министерства здравоохранения о внесении изменений в процесс ведения больных диабетом. Размещается регистр в Республиканском центре эндокринологии. В регистр требуется вводить информацию о типе диабета, назначении медикаментозного лечения и осложнениях. Полезной характеристикой регистра по диабету является то, что работники здравоохранения из всех регионов могут получить отчеты, подготовленные на основе данных из регистра.

В Беларуси в пакет помощи включены инсулин и другие лекарственные препараты, назначаемые при диабете (по сравнению с другими группами заболеваний). Инсулин, гипогликемические препараты, шприцы и глюкометры предоставляются бесплатно. Лечение диабета подразумевает активное участие различных профессиональных НПО и НПО пациентов, которые представляют диабетическое сообщество внутри страны и за ее пределами. Белорусская гуманитарная организация “Детский диабет” (БДД) была создана в 1992 году и является членом Международной федерации диабета (IDF) с 2003 года. Активное участие этой организации в диалоге по разработке политики и реформе здравоохранения, представительство Белорусского Диабетического союза на международной научно-исследовательской арене, а также активное участие в процессе самоконтроля болезни подают хороший пример взаимодействия между заинтересованными сторонами, направленного на улучшение ситуации в области НИЗ в Беларуси. В сфере лечения диабета пилотировались такие важные инициативы, как терапевтические медсестры, целью которых было повышение качества обучения и вовлечение пациентов.

Эти усилия способствуют снижению уровня осложнений и служат хорошим фундаментом для дальнейшего повышения качества обслуживания и увеличения количества больных диабетом, чье состояние находится под хорошим контролем (т.е., с уровнем гликированного гемоглобина менее 7%).

⁹⁵ Шелпелкевич Алла и др., (2013). Оценка распространенности ожирения и избыточного веса в Беларуси в рамках Национальной кампании Раннее выявление и профилактика сахарного диабета 2 типа. Представлена на заседании Европейского общества эндокринологии, Копенгаген, Дания, 2013. *Endocrine Abstracts* (2013) 32 P765. DOI:10.1530/endoabs.32.P765.

⁹⁶ Личное сообщение А. Шелпелкевич.

5 Рекомендации по вопросам политики

Правительство Беларуси уделяет приоритетное внимание здравоохранению, что видно из довольно высокого уровня государственных ассигнований на здравоохранение в виде процента совокупных государственных расходов. Сектор также был серьезным образом защищен от последствий недавних усилий по консолидации государственного финансирования. Большинство жителей Беларуси проживают в городской местности (>70%), где все еще превалирует система поликлиник. В сельской местности внедрена модель ПМСМ на базе семейной медицины. В отличие от большинства стран бывшего Советского Союза в Беларуси имели место лишь постепенные изменения в унаследованной от советских времен системе здравоохранения. Страна смогла обеспечить хорошую степень финансовой защиты при относительно низком уровне фактических наличных расходов и, согласно полученным сведениям, сравнительно высоком уровне удовлетворенности пользователей системой здравоохранения.⁹⁷

Общая смертность в Беларуси все еще остается высокой (1137,7 на 100.000 в 2011 году) по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ, однако начала снижаться. При относительно высоком уровне государственного финансирования здравоохранения одним из приоритетов является эффективное использование средств с целью улучшения положения.

Ощутимая часть лекарственных препаратов производится в стране, что способствует более высокому уровню использования непатентованных средств. Имеются успехи в области контроля цен на медикаменты. В то же время в стране число коек на 100 000 жителей в стране выше, чем в других странах Европейского региона ВОЗ, а удельное число медработников является одним из самых высоких в мире.

Наблюдаются некоторые признаки того, что финансовая устойчивость⁹⁸ сектора здравоохранения может оказаться под давлением. Этому способствуют различные факторы, в том числе рост стоимости факторов производства (включая зарплату), рост национального дохода и сопутствующий рост расходов на здравоохранение, а также старение населения, что ведет к росту спроса на услуги.

Хотя избирательный путь реформирования политики обеспечил стабильность, высокий уровень финансовой защиты и гарантированный доступ, он оказался менее успешным в сокращении мощностей стационарного сектора, развитии первичного уровня медицинской помощи, профилактике неинфекционных заболеваний, представляющих собой основное бремя болезней, и повышении качества медицинской помощи. Доминирование НИЗ в бремени болезней и нарастающее финансовое давление указывают на очевидную потребность в повышении эффективности, нахождении путей оптимизации предоставления услуг и повышении качества услуг, в особенности, при ССЗ и диабете.

ССЗ являются причиной 63% всех смертей в Беларуси. Несмотря на то, что уровень преждевременной смертности от сердечнососудистых заболеваний в Беларуси снижается, он все еще намного выше уровня в обеих группах стран Европейского союза (рисунки 1.) Таким образом, ССЗ обуславливают практически 80% разницы в продолжительности жизни между Беларусью и странами Западной Европы. НИЗ,⁹⁹ как правило, носят хронический характер и требуют активного участия самих пациентов для обеспечения эффективного лечения, а также принятия ответственности за контроль своего заболевания, включая изменение образа жизни. По мере старения населения

⁹⁷ Ричардсон и др. *op.cit* с. 27.

⁹⁸ Всемирный банк. Обзор государственных расходов в Беларуси; Усиление его государственных услуг в режиме строгой экономии; 2013.

⁹⁹ Там же.

в стране растет численность сопутствующих заболеваний, подчеркивая важность использования комплексной модели первичной медико-санитарной помощи с эффективными системами направления на более специализированные уровни помощи.

Беларусь добилась хороших результатов в расширении масштабов третичной помощи и лечения ССЗ. Тем не менее существует масса возможностей для расширения наиболее экономически выгодных вмешательств по контролю ССЗ и диабета, таких как контроль факторов риска – курения, злоупотребления алкоголем, неправильного питания и низкой физической активности. То же самое можно сказать в отношении гипертонии и гиперлипидемии, уровень выявления и контроля которых оставляет желать лучшего. Имеются существенные возможности на уровне популяции и на индивидуальном уровне по расширению масштабов профильных вмешательств, которые могут облегчить последствия от ССЗ и диабета. Реализация этих профильных вмешательств должна быть неразрывно связана с изменением системы в сторону модели, обеспечивающей более высокую степень вовлечения и участия пациентов.

Рекомендация №1: Ускорить меры по контролю потребления табака и алкоголя, питания и образа жизни как факторов риска ССЗ и диабета

Самая большая возможность для улучшения лечения ССЗ в Беларуси заключается в увеличении масштабов вмешательств на уровне популяции, направленных на снижение распространенности курения и злоупотребления алкоголем, а также на пропаганду здорового образа жизни. Беларусь занимает второе место по уровню курения среди мужчин в Европейском регионе ВОЗ¹⁰⁰, а незначительное снижение этого показателя компенсируется растущим уровнем курения среди женщин. Беларусь одной из первых подписала РКБТ, которая включает исчерпывающий комплекс мер по снижению распространенности курения с доказанной эффективностью. Оценка статуса охвата профильными вмешательствами по контролю курения указывает на широкий диапазон возможностей по расширению этих мер.

Потребление алкоголя на душу населения в Беларуси самое высокое в Европейском регионе ВОЗ. Существует множество возможностей для увеличения охвата профильными вмешательствами по контролю потребления алкоголя, в том числе обеспечение исполнения действующего законодательства. Началась работа по решению проблемы, связанной с нездоровым питанием, ожирением и низкой физической активностью. Необходимо усилить контроль для определения эффективности проводимых работ, но принятие законодательных актов, регулирующих снижение уровня потребления соли и сахара, и мер по сокращению рекламы вредных для здоровья пищевых продуктов и напитков для детей служит важной отправной точкой.

Рекомендация №2: Оптимизировать предоставление услуг и усилить первичную медико-санитарную помощь, особенно в городской местности, с упором на первичную и вторичную профилактику и контроль ССЗ и диабета

В сфере индивидуальных услуг есть возможности улучшения результатов лечения ССЗ и диабета посредством целевого расширения профильных вмешательств, направленных на выявление и контроль лиц с повышенным риском развития ССЗ и диабета. Меры необходимо принимать на разных уровнях, но если смотреть через “призму” последствий ССЗ и диабета, то можно определить основные мероприятия, относящиеся к модели предоставления услуг, системам финансирования и стимулирования, информационным системам и кадровым ресурсам.

¹⁰⁰ ВОЗ. Европейский доклад о здравоохранении, 2015.

Модель предоставления услуг

1. Продолжить критическую оценку системы диспансеризации и разработать альтернативные модели для профилактики НИЗ и укрепления здоровья.
2. Разработать альтернативную модель ПМСП на базе семейной медицины для городской местности и апробировать альтернативные модели специализированной амбулаторной помощи (стационар в сравнении с поликлиникой).
3. Продолжить усилия по оптимизации и усилению первичной медико-санитарной помощи в сельской местности.
4. Изыскать возможности для рационализации больничных услуг и улучшения координации перемещений пациентов между уровнями помощи.
5. Продолжить нововведения, такие как введение позиции помощника врача в сельской местности, с целью поддержки первичной и вторичной профилактики НИЗ, и проанализировать полученный опыт.
6. Разработать план действий для укрепления модели ПМСП. Сюда может войти, например, усиление ведущей роли ПМСП в системе здравоохранения, проведение оперативных исследований для подкрепления реформы предоставления услуг, улучшение системы подготовки и учебной программы, мотивационный пакет для развития потенциала первичной медико-санитарной помощи (ВОП и участковые терапевты), адвокация на высшем политическом уровне, план по информированию общественности, тщательное пилотирование новых моделей оказания помощи и разработка материальных и нематериальных стимулов.
7. Рассмотреть возможности для изменения от ношения населения и медработников к более рациональному использованию бесплатной службы скорой помощи, стимулировать больше использовать возможности ПМСП, проведение целевых операционных исследований с этой целью.
8. Изменить роль специалистов от предоставления консультаций пациентам с неосложненным течением заболевания в сторону оказания поддержки медработникам первичной медицинской помощи в соблюдении стандартов (аудит, образование) и консультировании пациентов с осложнениями или с тяжело контролируемые заболеваниями.
9. Выполнить оценку работы школ для больных диабетом и гипертонией с целью обмена опытом и надлежащей практикой, а также включить сюда обследования для определения уровня удовлетворенности пациентов.
10. Сделать регистрацию с сестринским осмотром (замер кровяного давления, веса и т.п.) обязательной для всех клинических пациентов. Стимулировать медсестер принимать более активное участие в скрининге факторов риска путем систематического документирования факторов риска. Усилить и определить роль медсестер, групп взаимопомощи и школ для диабетиков и гипертоников.
11. Пересмотреть распределение ролей (протоколов) для первичной и вторичной профилактики ССЗ и СД с упором на увеличение охвата профильными вмешательствами на уровне индивида и популяции, напр., нахождение лиц с высокими баллами в профиле и оказание им соответствующего лечения.
12. Проанализировать имеющиеся инструменты, такие как комплекс основных вмешательств при неинфекционных заболеваниях (PEN) ВОЗ.
13. Восстановить обучение медсестер для просвещения по вопросам диабета как можно скорее и создать должности на уровне первичного звена медицинской помощи (т.е., в центрах ОП и поликлиниках).

14. Пересмотреть и обновить руководства по раннему выявлению и ведению диабета, чтобы дать врачам первичного звена медицинской помощи (ВОП, терапевтам и эндокринологам) возможность научиться лучше выявлять и лечить людей с диабетом без необходимости направления к специалистам.
15. Предоставить персоналу достаточно времени для консультирования пациентов по вопросам их вовлечения в планы лечения.
16. Улучшить проведение оперативных исследований, необходимых для информирования и поддержания разработки оптимизированных моделей предоставления услуг с акцентом на экономически эффективную комплексную ориентированную на пациента систему предоставления услуг, которая сможет обеспечить эффективную первичную и вторичную профилактику НИЗ.

Системы финансирования здравоохранения и стимулирования

1. Рассмотреть возможность повышения уровня возмещения до полной компенсации стоимости медикаментов при гипертонии с момента постановки диагноза и изучить возможность возмещения стоимости применения статинов в качестве меры профилактики.
2. Рассмотреть возможность полного возмещения стоимости тест-полосок для определения глюкозы для взрослого населения для содействия повышению самоконтроля заболевания со стороны самих пациентов.
3. Рассмотреть возможность включения программ и медикаментов по прекращению курения и потребления алкоголя в гарантированный бесплатный пакет услуг.
4. Рассмотреть способы положительного стимулирования для участия в школах для гипертоников, напр., посредством увеличения льгот.
5. Изучить альтернативы для создания системы электронных медицинских карт пациентов и использовать регистр по диабету как основу для пилотирования оплаты по результатам на уровне ПМСП, целью которой является улучшение результатов лечения диабета. Интегрировать пересмотренные алгоритмы/клинические руководства по диабету с разработкой методов оплаты по результату.
6. Внимательно изучить результаты пилотных методов оплаты по результату, изучить извлеченные уроки и варианты по улучшению контроля СД и применить извлеченные уроки для усиления других составляющих системы контроля НИЗ, напр., ССЗ.

Доказательная медицина/лекарственные средства/информационная система

1. Рассмотреть вопрос о разработке национальной стратегии по доказательной медицине с целью усиления интеграции доказательной медицины во все аспекты системы здравоохранения.
2. Рассмотреть возможность проведения независимой внешней оценки содержания руководств и алгоритмов.
3. Проанализировать процесс разработки клинических руководств и алгоритмов, в том числе роли различных участников, с целью включения, например, врачей и медсестер ПМСП.
4. Проанализировать перечень основных лекарственных средств и обеспечить связь между обновлением перечня и разработкой и обновлением клинических руководств.
5. Рассмотреть возможность для разработки кратких документов по вопросам политики и обмена такими документами с теми, кто оказывает услуги. Можно использовать сильные информационные системы, в частности национальный

регистр по диабету. Для широкого использования регистра по диабету необходимо разработать электронных медицинских карт пациентов с прямой ссылкой на национальный регистр и контурами обратной связи по результатам деятельности и системами с обучением. В конечном итоге расширить систему электронных медицинских карт пациентов и включить в нее контроль остальных НИЗ, таких как гипертония, ССЗ, ХОБЛ, учитывая примеры из других стран, напр., система сбора данных в Дании.

6. Рассмотреть возможность поездок в другие страны, имеющих нововведения в области информационных систем по контролю НИЗ, напр., в Данию.
7. Изучить способы упорядочения регистрации выявления и контроля факторов риска в информационной системе.
8. Проанализировать рабочую нагрузку в учреждениях, обусловленную ведением документации для решения рабочих вопросов и проведения диспансеризации. Изучить возможности для упрощения и сокращения объема бумажной работы с тем, чтобы высвободить больше времени на клиническую работу.
9. Определить приоритетное сокращение сбора информации на уровне учреждения, прежде чем вводить новую систему сбора данных, чтобы обеспечить действующему персоналу время на выполнение клинической работы и сбор и анализ стратегических данных.
10. Интегрировать оценку риска SCORE в клинические алгоритмы в качестве определяющей роли ПМСП (врачей и медсестер) в контроле и профилактике ССЗ и диабета.
11. Проанализировать и обновить учебный план для программ обучения пациентов, включая школы для диабетиков и гипертоников, и включить использование новых технологий, чтобы помочь пациентам контролировать собственное здоровье.
12. Обучить практикующих врачей рациональному применению лекарств назначению и включить рациональное назначение лекарственных средств в курс медицинского обучения.
13. Обеспечить использование непатентованных и неторговых наименований в учебном плане медицинской подготовки.
14. Усилить регулирование в сфере доступности лекарственных средств и обеспечить его исполнение.

Кадровые ресурсы

1. Разработать мотивационный пакет стимулов, чтобы сделать специализацию в общей практике более привлекательной, и разработать стимулы для удержания персонала на уровне ПМСП.
2. Выполнить исследование для определения баланса между увеличением объемов услуг медработников, напр., врачей, и текучестью кадров.
3. Обеспечить систематическое включение обновленных и пересмотренных алгоритмов и протоколов в обучение в интернатуре ПМСП и обучение других специалистов с тем, чтобы предоставить персоналу ПМСП необходимым навыков для независимой диагностики и лечения ССЗ и диабета без осложнений.
4. Усовершенствовать учебные программы додипломной подготовки, ординатуры и непрерывного медицинского образования для семейных врачей с тем, чтобы повысить их уверенность в способности независимо выявлять и лечить людей с неосложненными ССЗ и диабетом.

5. Разработать стратегию по развитию потенциала работающих в медучреждении поставщиков среднего звена (фельдшеров и медсестер) с целью обеспечения их более активного участия в выявлении пациентов с гипертонией или диабетом с низким и средним уровнем риска. В нее должно войти определение объема услуг, указание четких критериев для перенаправления по каждому заболеванию и разработка понятных клинических протоколов, основанных на алгоритмах. Также рекомендуется пересмотреть учебный план медучилищ и модули непрерывного образования с целью обеспечения необходимых основных компетенций у как у вновь прибывших медсестер и фельдшеров, так и практикующих.
6. Усовершенствовать учебные программы додипломной подготовки, ординатуры и непрерывного медицинского образования для сотрудников общественного здравоохранения (включить доказательный подход к охране общественного здоровья, биостатистику, эпидемиологию и факторы риска НИЗ, укрепление здоровья и профилактику заболеваний, разработку политики общественного здравоохранения, мониторинг и оценку).

Рекомендация #3: Укрепить стратегии, направленные на расширение возможностей с помощью подхода, ориентированного на пациента

Если Беларусь намерена снизить бремя ССЗ и диабета, то значительной части системы здравоохранения придется претерпеть существенное изменение. Это потребует серьезных изменений со стороны лиц, определяющих политику, поставщиков медицинской помощи, пациентов и всего населения.

Населению следует выбирать здоровый образ жизни, повышать осведомленность в вопросах охраны здоровья, принимать более активное участие в контроле ССЗ и диабета и брать на себя ответственность за собственное здоровье. Такие изменения должны стимулироваться и поддерживаться не только системой здравоохранения, но также другими секторами и участниками. Улучшение контроля факторов риска, таких как потребления табака и алкоголя и нездорового образа жизни, несет в себе огромный потенциал, в особенности, на популяционном уровне, но при этом необходимо пытаться изменить отношение через вовлечение людей в заботу о собственном здоровье в рамках индивидуальных услуг. Можно усилить организации пациентов и увеличить электронный доступ к информационным ресурсам о здоровье и заболевании. Поставщикам услуг в медучреждениях рекомендуется развить новые навыки и адаптироваться к тому, чтобы играть более активную роль: их обязанностью будет оказание помощи пациенту в контроле заболеваний в течение длительного периода. Для этого потребуются изменение действующей модели первичной медико-санитарной помощи, в частности, в городской местности. Персонал, особенно на уровне первичного звена медицинской помощи, нуждается в усилении и повышении профессионального уровня для того, чтобы независимо контролировать неосложненные ССЗ и диабет. Им необходимы средства и методы управления, предусматривающие более активное вовлечение пациентов, повышение качества и эффективности деятельности, а также наличие связи с адаптированными алгоритмами, протоколами и вспомогательными информационными системами. Стимулы должны помочь мотивировать и удержать персонал, а также помочь пациентам взять на себя инициативную роль и повысить приверженность, например, посредством компенсации медикаментов в качестве меры профилактики с момента постановки диагноза, напр., гипертонии. Необходимо принять меры по повышению ответственности поставщиков услуг за клинические результаты, а не только за соблюдение клинических руководств.

Лицам, определяющим политику, следует курировать, содействовать и стимулировать изменения на уровне популяции и индивидуальных услуг. Невозможно заставить поставщиков медицинской помощи, пациентов и население изменить поведение по мере надобности.

Меры по усилению реализации профильных вмешательств в связи с ССЗ и диабетом должны подкрепляться способностью к проведению оперативного анализа политики и политической приверженностью со стороны других секторов. Последнее можно стимулировать через целевые консультации и пропаганду на высшем уровне, а также через эффективное использование существующих форумов высшего уровня для курирования межотраслевого подхода. К тому же будет полезно проводить рутинный анализ предотвратимых госпитализаций по причине НИЗ, координации и преемственности медицинской помощи с целью количественной оценки деятельности поставщиков медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи. Методика проведения такого анализа была недавно разработана и применена в Эстонии. Для вмешательств на уровне популяции полезными могут оказаться такие действия как подготовка межведомственных планов, определение контрольных показателей по профильным услугам (см. Приложение 1), увеличение целевых ресурсов, а также инструменты и рамочные документы, как РКБТ. Следует предусмотреть сопротивление и возражения против новых или оптимизированных моделей предоставления услуг и включить их в пилотный проект. Пилотные проекты следует подвергать строгой оценке, а модели следует изучать и менять с осторожностью, прежде чем предпринимать шаги по распространению на национальный уровень.



Приложение 1. Критерии оценки охвата вмешательства на уровне популяции.

	Балл страны	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Спектр вмешательства по борьбе с курением				
Повышение налогов на табачные изделия		Налог ниже 25% розничной цены	Размер налога колеблется от 25% до 75% розничной цены	Налог выше 75% розничной цены
Окружающая среда, свободная от курения		Окружающая среда, свободная от курения на 100%, обеспечивается только в школах и больницах	Окружающая среда, свободная от курения на 100%, обеспечивается в больницах, школах, вузах, в общественном транспорте и на рабочем месте	Окружающая среда, свободная от курения на 100%, обеспечивается во всех местах общественного пользования, включая гостиничный сектор
Предупреждения об опасности табака и курения		Обязательное использование этикеток с предупреждением на табачных изделиях, размер не указан	Этикетки с предупреждением занимают не менее 30% размера упаковки (на передней и задней сторонах)	Этикетки с предупреждением занимают более 50% размера упаковки (на передней и задней сторонах), с графическими изображениями (стандартная упаковка)
Запрет на рекламу, стимулирование продаж, спонсорство		Отсутствие запрета или запрет только на национальном ТВ, радио и в печати	Запрет на прямую и косвенную рекламу и стимулирование продаж	Запрет на рекламу и стимулирование продаж, в том числе в торговых точках, при эффективном обеспечении исполнения
<i>Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотинозаместительная терапия (НЗТ)*</i>		Отсутствие телефонных служб помощи или финансируемых государством услуг, стимулирующих отказ от курения, при этом разрешена и доступна НЗТ (при оплате полной стоимости самими пользователями)	Наличие телефонных служб помощи и финансируемых государством услуг, стимулирующих отказ от курения (возможно, на платной основе). Наличие НЗТ при оплате полной стоимости	Наличие бесплатных телефонных служб помощи, стимулирующих отказ от курения услуг и НЗТ в пределах ценовой доступности (частичное покрытие стоимости)
Вмешательства по предупреждению злоупотребления алкоголем				
Повышение налогов на алкоголь		Налоги на алкоголь привязаны к индексу цен	Налоги на алкоголь привязаны к индексу цен; специальные налоги на продукцию, привлекающую для молодежи	Налоги на алкоголь привязаны к индексу цен и зависят от содержания алкоголя; специальные налоги на продукцию, привлекающую для молодежи
Ограничения, запрет на рекламу и стимулирование продаж		Наличие нормативно-правовой базы, регулирующей содержание и объем рекламы алкоголя	Наличие нормативно-правовой базы, регулирующей содержание и объем рекламы алкоголя, в том числе прямой и косвенной рекламы и спонсорства	Полный запрет на все виды рекламы алкоголя
Ограничение на розничную продажу алкоголя		Наличие нормативно-правовой базы, регулирующей продажу/подачу алкоголя в государственных и образовательных учреждениях	Наличие нормативно-правовой базы, регулирующей продажу/подачу алкоголя в государственных и образовательных учреждениях и запрет на продажу/подачу алкоголя в образовательных учреждениях	Полный запрет алкоголя во всех государственных и образовательных учреждениях
<i>Регламентирование и обеспечение исполнения возрастных ограничений на покупку спиртных напитков*</i>		Наличие возрастного ограничения (с 18 лет) на покупку всех видов алкогольной продукции	Наличие возрастного ограничения (с 18 лет) на покупку всех видов алкогольной продукции и его эффективное исполнение	Наличие возрастного ограничения (с 18 лет) на покупку всех видов алкогольной продукции и его эффективное исполнение; отзыв лицензии на продажу алкогольной продукции в случае нарушения закона
<i>Допустимый уровень алкоголя в крови при управлении транспортным средством*</i>		Максимально допустимое содержание алкоголя в крови 0,5 г/л	Максимально допустимое содержание алкоголя в крови 0,5 г/л и ноль для начинающих и профессиональных водителей	Максимально допустимое содержание алкоголя в крови 0,5 г/л и ноль для начинающих и профессиональных водителей

	Балл страны	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Вмешательства, направленные на улучшение рациона питания и физической активности				
Снижение потребления соли и содержания соли в продуктах питания		Снижение потребления соли меньше, чем на 10% за последние 10 лет	Снижение потребления соли примерно на 10% за последние 10 лет	Снижение потребления соли больше, чем на 10% за последние 10 лет
Фактическое исключение из рациона трансжирных кислот		Отсутствие фактических данных о существенном сокращении трансжирных кислот в рационе	Снижение содержания трансжиров в некоторых категориях продуктов питания и у некоторых производителей, но не везде	Исключение трансжиров из системы производства и сбыта продовольственной продукции посредством государственных законодательных мер и/или саморегулирования
Снижение потребления свободных сахаров*		В программных документах отмечается необходимость в снижении потребления свободных сахаров, но действия не предпринимаются	Необходимость в снижении потребления свободных сахаров на 5% отмечается и частично выполняется по некоторым категориям пищевых продуктов	Мониторинг снижения потребления свободных сахаров на 5% с акцентом на напитки с содержанием сахара
Увеличение потребления фруктов и овощей*		Упоминание о необходимости увеличения потребления фруктов и овощей, но отсутствие сбора данных по контролю достижений	Согласованность цели по увеличению потребления фруктов и овощей до 400 г в день с рекомендациями ВОЗ/ФАО и наличие некоторых инициатив	Согласованность цели по увеличению потребления фруктов и овощей до 400 г в день с рекомендациями ВОЗ/ФАО, наличие инициатив со стороны населения, а также стимулов для увеличения наличия и повышения ценовой и физической доступности
Снижение воздействия рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей*		Признание проблемы воздействия рекламы пищевых продуктов и напитков на детей, но отсутствие конкретных действий и инициатив по противодействию со стороны государства	Признание рекомендаций ВОЗ в отношении рекламы, принятие мер по саморегулированию, направленных на снижение воздействия рекламы на детей	Систематическое соблюдение рекомендаций ВОЗ в отношении рекламы и основных положений по осуществлению рекламы, в том числе наличие механизма мониторинга
Повышение уровня осведомленности в отношении питания и физической активности*		Отсутствие подготовки кадров в области питания и физической активности; рацион питания и физической активности не являются приоритетными составляющими для первичного звена медико-санитарной помощи	Наличие определенного уровня подготовки кадров в области питания и физической активности; рацион питания и физической активности постепенно признаются в качестве приоритетных составляющих для первичного звена медико-санитарной помощи	Наличие подготовки кадров в области питания и физической активности; рацион питания и физической активности являются приоритетными составляющими для первичного звена медико-санитарной помощи

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

Приложение 2. Критерии оценки охвата вмешательства на индивидуальном уровне.

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

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

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

Приложение 3. Источники данных и методы

Источники данных, использованных при составлении настоящего отчета, включают демографические показатели и показатели, касающиеся здоровья, взятые из Европейской базы данных ВОЗ «Здоровье для всех» (за январь 2014 года). Показатели, выбранные для анализа, отражают рекомендации экспертов и практическое рассмотрение имеющихся доказательных данных.

Были учтены оценочные и прогнозные данные, представляемые ежегодно 53 странами-членами Европейского региона ВОЗ; для выделения региональных трендов страны были разделены на подгруппы. Такие подгруппы соответствуют подгруппам, указанным в базе данных «Здоровье для всех», как изложено ниже:

- ЕС-15: 15 государств, которые были членами Европейского союза (ЕС) до 1 мая 2004 года: Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция и Швеция.
- ЕС-12: 12 новые государства, ставшие членами ЕС в мае 2004 года или в январе 2007 года: Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Чешская Республика и Эстония.
- СНГ (Содружество Независимых Государств 2006 года): Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина.

Страны Европейского региона ВОЗ, не входящие в эти группы: Албания, Андорра, Босния и Герцеговина, Израиль, Исландия, Монако, Норвегия, Сан-Марино, Сербия, Турция, Хорватия, Черногория, Швейцария и Бывшая Югославская Республика Македония.



Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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



Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

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

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int