



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Документ исследования политики №66

Экспресс - оценка доступа к инсулину и оказания помощи больным сахарным диабетом в Кыргызстане

Аида Абдраимова (Центр Анализа Политики Здравоохранения)
Давид Беран (Международный Инсулиновый Фонд)

Бишкек, 2010

Центр анализа политики здравоохранения,
Кыргызская Республика, Бишкек, 720040, ул. Т. Молдо 1
Тел: +996 (312)666-244 • Факс: +996 (312) 663-649 • Email: aida@manas.elcat.kg

Содержание:

| | |
|---|-----|
| Список сокращений | iii |
| Список таблиц | iii |
| Список приложений..... | iv |
| Краткое содержание..... | 1 |
| Основные результаты исследования..... | 1 |
| Рекомендации..... | 4 |
| Введение | 6 |
| 1. Общая информация..... | 6 |
| 1.1. Сахарный диабет..... | 6 |
| 1.2. Инсулин | 7 |
| 1.3. Международная Диабетическая Федерация | 8 |
| 1.4. Международный Инсулиновый Фонд | 9 |
| 1.5. Центр Анализа Политики Здравоохранения | 10 |
| 1.6. Экспресс-оценка доступа к инсулину - метод оценки | 10 |
| 1.7. Кыргызстан..... | 11 |
| 1.8. Система здравоохранения в Кыргызстане | 11 |
| 1.9. Состояние показателей здоровья | 1 |
| 2. Ситуационный анализ диабета в Кыргызстане, основанный на применение экспресс-оценки РАПИА..... | 12 |
| 3. Сахарный диабет в Кыргызстане..... | 15 |
| 4. Результаты | 19 |
| 4.1. Организация системы здравоохранения..... | 19 |
| 4.1.1. Бишкек..... | 23 |
| 4.1.2. Иссык-кульская область и Ошская область | 23 |
| 4.1.3. Перенаправления, возвратные направления на первичный уровень и ежегодный осмотр | 24 |
| 4.2. Сбор данных..... | 24 |
| 4.3. Профилактика | 25 |
| 4.4. Диагностические инструменты и инфраструктура | 26 |
| 4.5. Закупка и поставка лекарственных средств | 28 |
| 4.6. Доступ к лекарственным средствам и уходу и их доступность по цене..... | 35 |
| 4.7. Работники здравоохранения | 37 |
| 4.8. Приверженность | 40 |
| 4.9. Образование пациентов и расширение их возможностей | 40 |
| 4.10. Участие общества и диабетических ассоциаций | 41 |
| 4.11. Позитивная законодательная среда | 42 |
| 5. Обсуждение | 43 |
| 6. Рекомендации | 45 |
| 8. Признательность | 53 |
| Приложения | 54 |
| Список литературы | 56 |

Список сокращений

| | |
|-------|---|
| СИП | Инкотерм: провозная плата и страхование оплачены до пункта назначения |
| ССЗ | Сердечно-сосудистые заболевания |
| ДАК | Диабетическая ассоциация Кыргызстана |
| ДФИД | Министерство Великобритании по международному развитию |
| ДОТС | ДОТС-стратегия, краткий курс лечения |
| ГСВ | Группа Семейных Врачей |
| ЦСМ | Центр Семейной медицины |
| ВВП | Валовой Внутренний Продукт |
| ЦАПЗ | Центр Анализа Политики Здравоохранения |
| ИЗСД | Инсулинозависимый сахарный диабет |
| МДФ | Международная Диабетическая Федерация |
| МИФ | Международный Инсулиновый Фонд |
| ДФК | Диабетическая Федерация Кыргызстана |
| ОМС | Обязательное медицинское страхование |
| ФОМС | Фонд Обязательного Медицинского Страхования |
| НИЗ | Неинфекционные заболевания |
| ИНСД | Инсулиннезависимый сахарный диабет |
| ПАОЗ | Пан-Американская Организация Здравоохранения |
| ППЛЗ | Практический подход к легочному здоровью |
| ППС | Паритет покупательской способности |
| РАПИА | Экспресс-оценка доступа к инсулину |
| ТБ | Туберкулез |
| СКЗ | Сельские Комитеты Здоровья |
| ВОЗ | Всемирная Организация Здравоохранения |

Список Таблиц

| | |
|--|----|
| Таблица 1 – Уровни медицинской помощи в Кыргызстане | 12 |
| Таблица 2 – Подробная информация по количеству интервью проведенным методом РАПИА в Кыргызстане..... | 15 |
| Таблица 3 – Данные по количеству случаев диабета, зарегистрированных в 2007 и 2008 годах | 16 |
| Таблица 4 – Данные по уровню распространенности в сравнении между официальной статистикой и данными полученными при помощи метода оценки РАПИА | 18 |
| Таблица 5 – Оценочные показатели по уровню распространенности и средней продолжительности жизни для пациентов с диабетом 1-го типа в трех регионах Кыргызстана, полученные методом РАПИА | 19 |
| Таблица 6 – Наличие диагностического оборудования в посещенных учреждениях здравоохранения..... | 27 |
| Таблица 7 – Данные по закупке инсулина на период 1994-2001 (адаптировано из ¹⁴)..... | 28 |
| Таблица 8 – Сравнение Списка Жизненно Важных Лекарств ВОЗ и Кыргызской Республики..... | 29 |
| Таблица 9 – Анализ закупки инсулина в 2009 году..... | 30 |

| | |
|--|----|
| Таблица 10 – Виды инсулина и цены на инсулин, закупленный в трехлетний период 2007-2009 | 32 |
| Таблица 11 – Соотношение цен на лекарственные средства, закупаемые Министерством Здравоохранения с Международным руководством по ценам | 33 |
| Таблица 12 – Сравнение стоимости лечения с использованием ампул, шприц-ручек и аналового инсулина..... | 34 |
| Таблица 13 – Использование инсулина на районном уровне, май - декабрь 2008..... | 34 |
| Таблица 14 – Средняя цена на одну таблетку обычного перорального антидиабетического лекарственного препарата | 36 |
| Таблица 15 – Стоимость лечения Метформином в год (если ежедневная доза составляет 1,500 мг) | 37 |
| Таблица 16 – Источники финансирования ФОМС..... | 54 |

Список рисунков

| | |
|--|----|
| Рисунок 1 – Количество лиц с диабетом в Кыргызстане в период с 2002 года по 2008 год | 15 |
| Рисунок 2 – График распространенности диабета среди взрослого населения..... | 17 |
| Рисунок 3 – График распространенности диабета среди детей до 14 лет и подростков | 17 |
| Рисунок 4 – Путь пациента с 1-ым типом диабета в г. Бишкек | 20 |
| Рисунок 5 – Путь пациента с 1-ым типом диабета в Ошской области | 20 |
| Рисунок 6 – Путь пациента с 1-ым типом диабета в Иссыкульской области | 21 |
| Рисунок 7 – Путь пациента со 2-ым типом диабета в г. Бишкек | 21 |
| Рисунок 8 – Путь пациента со 2-ым типом диабета в Ошской области | 22 |
| Рисунок 9 – Путь пациента со 2-ым типом диабета в Иссыкульской области | 22 |
| Рисунок 10 – Схема движения поставок инсулина..... | 31 |

Список приложений

| | |
|--|----|
| Приложение 1 – Карта Кыргызстана..... | 54 |
| Приложение 2 – Источники финансирования ФОМС | 54 |
| Приложение 3 – Статистика по случаям заболевания диабетом в Кыргызстане за 2002-2008 | 55 |
| Приложение 4 – Данные по уровню распространенности диабета в Кыргызстане | 55 |

Краткое содержание

Кыргызстан, бывшая республика Советского Союза, расположена в Центральной Азии, граничащая с Казахстаном на севере, с Узбекистаном на западе, с Таджикистаном на юге и с Китаем на Востоке. Г. Бишкек, столица Кыргызстана, находится на севере страны. Будучи страной, внутренний валовой продукт которой составляет 2,200 долларов США на душу населения при Паритете покупательской способности, Кыргызстан классифицируется как страна с низким уровнем доходов. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигает 69 лет и в соответствии с Индексом ООН по человеческому развитию Кыргызстан занимает 120-ое место из 182 стран. После развала Советского Союза, Кыргызстан столкнулся с серьезным экономическим спадом, который отразился на способности обеспечивать адекватное финансирование на нужды системы здравоохранения.

Несмотря на все проблемы, существующие в системе здравоохранения Кыргызской Республики, пациентам, страдающим диабетом, уделяется особое внимание в соответствии с Законом о диабете, обеспечивающем бесплатное представление всех аспектов ухода, включая инсулин, пероральные лекарственные средства, консультации и лабораторные тесты.

По прогнозам Международной Диабетической Федерации уровень распространенности с Кыргызстане среди лиц в возрасте 20-79 лет вырастет от 4.3% в 2003 году до 5.8% в 2025 году. Данные Министерства Здравоохранения указывают на рост количества случаев в период 2006-2008 на 26,9%, при этом общее количество случаев диабета в 2008 году составило 28,893 из которых 2,238 пациентов нуждались в инсулине. Значительные расхождения наблюдаются в уровне распространенности заболевания по регионам Кыргызстана, колебания находятся в пределах от 503.0 до 1,550.1 случаев на 100,000 населения. Уровень распространенности диабета 1-го типа среди детей до 14 лет (2007 год), проживающих в столице страны, в 8,4 раза превышает данный уровень среди детей, проживающих в сельской местности.

Проведение экспресс-оценки РАПИА в Кыргызстане ставило своей целью дать четкое определение тем барьерам, с которыми сталкиваются лица, страдающие диабетом в Кыргызстане, в отношении доступности лекарственных средств и медицинской помощи с тем, чтобы достигнуть устойчивых изменений, а также дополнить базу данных по диабету и усилить ее финансовое воздействие на систему здравоохранения и лиц, страдающих данным диагнозом.

Основные результаты исследования

Организация системы здравоохранения

- В разных регионах, которые были посещены в ходе экспресс-оценки, наблюдались различные вариации в плане того пути, который проходит пациент с диабетом 1-ого типа и 2-ого типа
- Система работает хорошо в плане оказания консультаций, но пациентам приходится проводить много времени, ожидая в очереди, и при этом время самой консультации очень ограничено.
- Аспекты образования не включены в процесс консультации
- По описаниям опрошенных респондентов система перенаправлений и возвратных направлений на первичный уровень оценивалась как хорошо налаженный процесс
 - Особо отмечались самостоятельные обращения пациентов без направления медицинских учреждений из периферии в г. Бишкек

- Ошская областная больница и Ошская детская больница достаточно эффективно справлялись с потоком пациентов, больных диабетом и в связи с этим справлялись без перенаправления пациентов в Бишкек
- Тесное сотрудничество на районном уровне между больницей и Центром Семейной Медицины
- Система предполагает плановое стационарное лечение на разных уровнях системы здравоохранения для каждого пациента один раз в год или один раз в два года

Сбор данных

- Национальная Программа Здравоохранения включает в себя надзор за неинфекционными заболеваниями
- Регистр диабета разрабатывается в настоящий момент и частично запущен на пилотной основе только в отдельных учреждениях г. Бишкек и Чуйской области
- Поток данных, поступающих в Министерство Здравоохранения, хорошо функционирует, но при этом поднимались вопросы в отношении достоверности этих данных и их использовании в целях планирования

Профилактика

- Национальная Программа Здравоохранения включает в себя использование средств массовой информации для продвижения профилактики заболевания, но мероприятия по повышению осведомленности населения носят фрагментарный характер и, как правило, организовываются в преддверии Всемирного Дня Диабета
- В связи с недостаточным уровнем знаний существуют проблемы с ранним выявлением диабета среди:
 - Общего населения
 - Работников здравоохранения (в основном семейные врачи)
- Существуют отдельные проблемы в лечении некоторых осложнений в связи с недостаточным уровнем:
 - тренингов
 - диагностических инструментов
- Образованию пациентов не уделяется достаточно внимания

Диагностические инструменты и инфраструктура

- Проблемы с наличием отдельных лабораторных инструментов
- Проблемы, связанные с реактивами и расходными материалами, варьировались в различной степени в посещенных организациях здравоохранения
- Финансовые ограничения обозначались в качестве основной проблемы, обуславливающей недостаточный уровень поставок реактивов и оборудования
- Наблюдался существенный недостаток инструментов для диагностики осложнений

Закупка и поставка лекарственных средств

- Различия в рекомендациях, обозначенных по Списку жизненно важных лекарств ВОЗ и Списку жизненно важных лекарств Кыргызской Республики
- Около 2 – 3 миллионов долларов США расходуется ежегодно на диабетические поставки, что составляет 1.4-2.0% от общей сумма затрат на здравоохранение
 - Приблизительно 75% расходуется на закупку инсулина
 - Высокий уровень общей стоимости в связи с тем, что закупка инсулина производится в шприц-ручках и в виде аналогового инсулина
- Высокий уровень тендерных цен по сравнению с международным руководством по ценам
- Проблемы, связанные с количественной оценкой нужд в отношении противодиабетических поставок
- Основная проблема с инсулином связана не с общей поставкой, но с распределением общего объема инсулина по стране

- Комиссия, включающий Министерство здравоохранения, Диабетическую Ассоциацию Кыргызстана и Врачей несет ответственность за подготовку тендерного процесса, который осуществляется по лотам.
- Закон о закупках устанавливает, что тендеры необходимо проводить по лотам.
 - Существуют вопросы в отношении того, насколько Закон о государственных закупках адаптирован к процессу закупок лекарственных средств
- В отношении таможенных процедур вопросы не поднимались
- Лекарственные средства в Кыргызстане освобождаются от налога на добавленную стоимость и пошлин на импорт
- В отношении холодной цепи, как было указано, проблем не наблюдалось
- Большие количества инсулина находятся на хранении в отдельных организациях здравоохранения на районном уровне

Доступ к лекарственным средствам и медицинской помощи и их доступность по цене

- Во время исследования только в одном из посещенных районов не было в наличии инсулина (92% доступности инсулина)
 - Инсулин предоставляется бесплатно
- Тем не менее, отмечались проблемы с наличием шприцов в 75% посещенных учреждениях
- Пероральные лекарственные средства, имеющиеся в наличии в государственных учреждениях – это Глибенкламид и Репаглинид
 - Тем не менее, Репаглинид не включен в Список жизненно важных лекарственных средств
- Некоторые организации здравоохранения используют свои собственные средства или средства городского бюджета для закупки Метформина
 - Метформин, будучи лекарством первой линии по клиническим руководствам, тем не менее, не закупается централизованно в достаточном объеме

Работники здравоохранения

- Несмотря на большое количество проблем, низкие зарплаты и недостаточность инструментов, необходимых для оказания медицинской помощи, уровень знаний, помощи и преданности врачей, работающих в Кыргызстане заслуживает высокой оценки
- В настоящее время разрабатываются руководства по клинической практике
- Во многих областях и районах имеется эндокринолог
 - Не всегда специалист, но врач, выступающий в роли координатора по диабету и другим эндокринологическим нарушениям
- Семейные врачи общей практики не способны вести лечение диабета на соответствующем уровне, особенно инсулинозависимые формы
 - “Боятся” вести лечение диабета, особенно с использованием инсулина
- Медсестры в Кыргызстане не играют никакой роли в ведении диабета
- Инициированы различные обучающие программы, но работникам здравоохранения не предоставляются практические инструменты, необходимые для ведения диабета

Приверженность пациентов

- Низкий уровень приверженности в связи с тем, что:
 - Лица со вторым типом диабета вынуждены покупать Метформин

- Наблюдается низкий уровень знаний

Обучение пациентов и расширение возможностей

- В некоторых учреждениях открыты диабетические школы
- Врачи ответственны за обучение пациентов, но довольно часто слишком загружены, не имея возможности выполнять данную функцию
- Иногда в наличии имеются информационные и образовательные материалы, но они не адаптированы к Кыргызской действительности в отношении диеты и социально-экономической ситуации
- Обучение пациентов с первым типом диабета было организовано с высокой эффективностью
- Обучение пациентов со вторым типом диабета было организовано крайне неэффективно

Участие общества и диабетических ассоциаций

- Диабетическая Ассоциация Кыргызстана была создана в 1998 году с целью обеспечения защиты прав пациентов с диабетом
- Диабетическая Федерация была создана в 2008 году родителями детей с первым типом диабета
 - Деятельность направлена на обучение пациентов
- Большая часть деятельности данных ассоциаций сфокусирована в г. Бишкеке
 - Несмотря на ограничения в ресурсах ассоциации находят возможность проводить важную работу для людей с диабетом в Кыргызстане

Позитивная законодательная (политическая) среда

- Сердечно-сосудистые заболевания включены в Национальную Программу Здравоохранения
 - Общие факторы риска с диабетом
 - Диабетические факторы риска и сердечно-сосудистые заболевания
- В 2006 году принят Закон «О сахарном диабете»
 - Первичная профилактика и приверженность здоровому образу жизни
 - Научно-обоснованные действия
 - Бесплатное предоставление лекарственных средств и приборы самоконтроля
 - Обучение медицинских работников, включая обучение и консультации по диабету
 - Социальные аспекты

Рекомендации

Организация системы здравоохранения

- Стандартизация и организация путей, которые проходит пациент
- Включение обучения пациентов с диабетом в процесс медицинской консультации в качестве составной части
- Оценка ежегодного стационарного лечения пациентов с диабетом

Сбор данных

- Четко определить роль диабетического регистра и обеспечить его использование в процессе планирования и принятия решений
- Усовершенствовать использование всех собранных данных (качество и надежность) и применить эти данные для целей планирования и отчетности

Профилактика

- Усилить использование социально и культурально адаптированных методов первичной профилактики
- Повысить осведомленность работников здравоохранения и населения в целом о диабете, факторах риска и симптомах, связанных с диабетом.

Диагностические инструменты и инфраструктура

- Повысить доступность диагностических инструментов и инструментов, необходимых для ведения диабетических осложнений
 - Определить инструменты, которые должны быть в наличии на различных уровнях системы здравоохранения

Закупка и поставка лекарственных средств

- Соблюдать руководство ВОЗ в отношении типов закупаемого инсулина и лекарственных средств
 - Провести связь между закупкой и клиническим руководством
- Провести анализ Закона о государственных закупках на предмет его адаптации к закупкам лекарственных средств
 - Внести изменения в случае необходимости
- Усовершенствовать планирование закупок
- Улучшить систему распределения инсулина и других диабетических поставок

Доступ к лекарственным средствам и медицинской помощи и их доступность по цене

- Связать поставку шприцов с поставкой инсулина
- Обеспечить, чтобы основные пероральные лекарственные средства, которые необходимы пациентам с диабетом, например, Метформин, закупались в достаточном объеме

Работники здравоохранения

- Увеличить количество практических тренингов для работников здравоохранения
- Определить роль медсестер в лечении диабета
 - Предоставить соответствующие тренинги

Приверженность

- Усилить соответствующее обучение пациентов и повысить доступность лекарственных средств, особенно Метформина

Обучение пациентов и расширение возможностей

Разработка обучающих материалов для пациентов

- На кыргызском и русском языках
- Адаптированные к социальному и культуральному контексту

Участие общества и диабетических ассоциаций

- Определить и расширить роль диабетических ассоциаций
- Связать процесс лечения диабета с Кыргызско-Швейцарским Проектом по Комитетам Сельского Здоровья

Позитивная законодательная (политическая) среда

- Обратит особое внимание на связь между сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом и на общие факторы риска
- Разработать план действий по диабету, который интегрирован с мероприятиями национального плана по сердечно-сосудистым заболеваниям
- Поддержать проект Закона «О высшем и постдипломном медицинском и фармацевтическом образовании в Кыргызской республике».

Введение

По прогнозам Международной Диабетической Федерации распространенность диабета в Кыргызстане среди населения в возрасте 20-79 лет возрастет от 4.3% в 2003 году до 5.8% в 2025 году. Данные Министерства Здравоохранения указывают на рост количества случаев заболевания в период 2006-2008 на 26,9%, при этом общее количество случаев диабета в 2008 году составило 28,893 из которых 2,238 пациентов нуждаются в инсулине. Значительные расхождения наблюдаются в уровне распространенности заболевания по регионам Кыргызстана, колебания находятся в пределах от 503.0 до 1,550.1 случаев на 100,000 населения. Уровень распространенности диабета 1-го типа среди детей до 14 лет (2007 год), проживающих в столице страны, в 8,4 раза превышает данный уровень среди детей, проживающих в сельской местности.

Несмотря на то, что Кыргызстан считается страной с бедными ресурсами и большим количеством проблем, существующих в системе здравоохранения, пациентам, страдающим диабетом, уделяется особое внимание в соответствии с Законом о диабете. Данный Закон обеспечивает бесплатное предоставление медицинской помощи, лекарственных средств, консультаций и лабораторных тестов. Тем не менее, остаются нерешенными очень много проблем и данный отчет ставит своей целью представить вниманию анализ 11 элементов, использованных в данном исследовании в качестве ключа, необходимого для создания «позитивной диабетической среды».

1. Организация системы здравоохранения
2. Сбор данных
3. Профилактика
4. Диагностические инструменты и инфраструктура
5. Закупка и поставка лекарственных средств
6. Доступность лекарственных средств и медицинской помощи и их доступность по цене
7. Работники здравоохранения
8. Приверженность
9. Обучение пациентов и расширение их возможностей
10. Участие общества и диабетических ассоциаций
11. Позитивная законодательная (политическая) среда

Проведение экспресс-оценки РАПИА в Кыргызстане ставило своей целью дать четкое определение тем барьерам, с которыми сталкиваются лица, страдающие диабетом в Кыргызстане, в отношении доступности лекарственных средств и медицинской помощи с тем, чтобы достигнуть устойчивых изменений, а также дополнить базу данных по диабету и усилить ее финансовое воздействие на систему здравоохранения и лиц, страдающих данным диагнозом.

1. Общая информация

1.1. Сахарный диабет

Сахарный диабет является хронической болезнью, которая определяется высоким уровнем глюкозы в крови. Высокий уровень глюкозы в крови возникает в результате того, что лица, страдающие диабетом, не могут усваивать глюкозу из переваренной пищи для использования ее в качестве энергии для своих клеток. Инсулин представляет собой ключевую молекулу, которая позволяет клеткам тела усваивать глюкозу.

Сахарный диабет 1-го типа (ранее инсулинозависимый сахарный диабет, ИЗСД или детский диабет) является пожизненным состоянием, поражающим детей, молодых людей и взрослых и распространенным во всем мире. Заболевание выявляется при потере контроля над усвоением глюкозы или других калорий в организме и возникает вследствие разрушения клеток производящих инсулин в поджелудочной железе (бета клетки панкреатических островков).

Инсулин является жизненно необходимым для выживания людей, страдающих диабетом 1-го типа и для некоторых людей, страдающих диабетом 2-го типа (ранее инсулиннезависимый сахарный диабет, ИНСД). Диабет 2-го типа можно регулировать при помощи диеты и здорового образа жизни, а также при помощи пероральных лекарственных средств и в некоторых случаях с помощью инсулина.

Тем не менее, для управления диабетом первоочередную важность также представляют средства введения инсулина (шприцы/иглы), средства для мониторинга эффективности инсулина (анализ крови/мочи) и понимание взаимодействия между инсулином, жизнью и работой отдельного пациента и наоборот (обучение медицинских работников и обучение пациентов).

Как в случае диабета 1-го типа, так и 2-го типа неадекватное лечение (повышенный уровень глюкозы в крови) ведет к серьезным осложнениям здоровья, таким как потеря зрения, почечная недостаточность, болезни нервной системы, ампутация конечностей, инфаркт миокарда, инсульты и преждевременная смерть.

При втором типе диабета поджелудочная железа не производит достаточно инсулина или же периферические органы не усваивают инсулин должным образом. Диабет 2-го типа тесно связан с сидячим образом жизни и ожирением. Эта форма диабета, когда-то относившаяся к взрослой форме диабета (поскольку возникала среди людей старше 40 лет), теперь стала появляться и среди детей и молодых людей, страдающих крайней формой ожирения.

В связи с ростом распространенности диабета 2-го типа при «западном» образе жизни, данное заболевание с возрастающей степенью становится предметом для беспокойства в сфере общественного здравоохранения во многих развитых и развивающихся странах. «Диабет является основной угрозой для общественного здравоохранения в глобальных масштабах, которая становится все более и более серьезной и в первую очередь поражает взрослых трудоспособного возраста в развивающихся странах. По крайней мере, 171 миллион людей болеют диабетом по всему миру. Данная цифра может увеличиться более чем в два раза к 2030 году, достигнув 366 миллионов.»¹ Генеральная Ассамблея ООН 20 декабря 2006 года приняла резолюцию, которая признала диабет хроническим и обессиливающим заболеванием, требующим больших затрат и связанное с серьезными осложнениями, которые представляют собой угрозу для семьи, страны и мира в целом. В рамках резолюции стран-участниц призывают «разработать национальные политики по профилактике, уходу и лечению диабета в соответствии с устойчивым развитием систем здравоохранения, учитывая цели развития, согласованные на международном уровне, включая Цели Развития Тысячелетия».²

1.2. Инсулин

Инсулин представляет собой гормон, который в обычных условиях производится поджелудочной железой, которая регулирует метаболизм глюкозы. С помощью инсулина

диабет лечится, но не исцеляется. Инсулин вводится ежедневно в течение всей жизни человека. Вводимая доза инсулина варьируется в каждом индивидуальном случае в зависимости от возраста, статуса питания и уровня активности.

Без инсулина лица страдающие диабетом 1-го типа умирают очень быстро, что указывает на жизненно важную необходимость введения инъекций инсулина на ежедневной основе. Некоторые лица, страдающие диабетом второго типа нуждаются в инсулине для обеспечения необходимого контроля над процессом метаболизма, но при этом отсутствует необходимость срочного введения.

Инсулин может производиться посредством вытяжки и очистки поджелудочной железы животного происхождения или посредством биотехнологии в настоящее время.

На сегодня при использовании различных химических препаратов или генной инженерии, производится четыре следующих основных вида инсулина с соответствующим началом, пиком и продолжительностью действия:

- **Быстрого действия (аналоги быстродействующего инсулина) (Rapid insulin analogs):** начинает действовать после 15 минут, достигая своего пика через 30-90 минут и продолжает действовать от трех до четырех часов.
- **Короткого действия (Short-acting) (обычный инсулин Regular insulin):** начинает действовать в течение 30-60 минут, достигая пика через два-три часа, продолжительность действия достигает от трех до 6 часов.
- **Промежуточного действия (NPH):** начинает действовать через 90 минут-6 часов, достигая пика через 4-14 часов, продолжительность действия достигает до 24 часов.
- **Длительного действия:** начинает действовать через 1 час, не имеет пика и сохраняет свою эффективность в течение 24-36 часов.

Многие пациенты с диабетом применяют комбинацию различных типов инсулина для обеспечения наилучшего контроля и управления своим состоянием.³

Леонард Томпсон, мальчик из Канады, получил первую инъекцию инсулина 11 января 1922 года. Он стал первым пациентом с диабетом 1-го типа для лечения которого применили инсулин. Прожив еще 2½ года после обнаружения диагноза он прожил больше чем большинство людей, болевших диабетом в до-инсулиновую эру. Инсулин был обнаружен г-ном Бантингом и г-ном Бестом в 1921 году, и стал широко доступными на Западе, начиная с 1922 года. Согласно результатам многих исследований в странах с бедными ресурсами пациенты, нуждающиеся в инсулине, сталкиваются с ограниченным доступом к инсулину.

1.3. Международная Диабетическая Федерация

Международная Диабетическая Федерация (МДФ) является всемирным объединением, включающим свыше 200 диабетических ассоциаций из более чем 160 стран, которые объединились с целью улучшению жизни людей с диабетом по всему миру. Федерация привержена делу повышения информированности о диабете, продвижению соответствующего лечения и профилактики диабета и оказанию поддержки мероприятий, направленных на поиск исцеления различных типов диабета. Миссия МДФ заключается в том, чтобы продвигать профилактику, уход и лечение диабета по всему миру.

Рабочие органы МДФ объединяют наиболее важные заинтересованные стороны глобального диабетического сообщества с целью проведения совместных мероприятий, направленных на определение общих целей и координацию деятельности, направленной на достижение этих целей. Круг заинтересованных сторон включает лиц, страдающих диабетом и членов их семей, профессионалов вовлеченных в предоставление услуг здравоохранения для лечения диабета и смежные области, диабетические организации и партнеров из коммерческих организаций, которые работают над решением проблем, направленность которых совпадает с нашей миссией. МДФ связан с Департаментом Общественной Информации при ООН и имеет официальные рабочие отношения с Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) и Панамериканской Организацией Здравоохранения (ПАОЗ).

Целевая Рабочая Группа по поставкам инсулина, тест-полосок и других противодиабетических средств была создана при МДФ для решения проблем, вызванных с низким доступом к инсулину и диабетическим поставкам и их низкой доступностью во многих странах мира. Сфера компетенции Целевой Рабочей Группы заключается в предоставлении поддержки членам федерации в плане обеспечения доступности, а также по другим вопросам, касающихся поставок инсулина, тест-полосок и других противодиабетических средств на национальном и международном уровнях. Для исполнения своих обязанностей Целевая Рабочая Группа работает с Международным Инсулиновым Фондом для проведения страновых оценок, с целью определить проблемы и разработать рекомендации по их решению и поиску устойчивых путей реализации данных рекомендаций.

1.4.Международный Инсулиновый Фонд

МИФ был создан при поддержке ведущих научных сотрудников и врачей в области диабетологии с целью продления жизни и улучшения здоровья людей, страдающих диабетом в странах с бедными ресурсами посредством усовершенствования доступа к медицинским услугам в области диабетологии.

Для того, чтобы достичь эти задачи, необходимо провести четкий анализ препятствий в плане доступа к инсулину и лечению диабета . По мнению МИФ увеличение поставок инсулина через донорскую помощь или другие ресурсы, какими бы щедрыми они не были, дает только временное облегчение, необходимо определить корень проблем, существующих в отношении поставок инсулина и лечения диабета и обеспечить решение основных проблем. Следуя этой позиции МИФ принял решение о разработке Протокола быстрой оценки доступа к инсулину (RAPIA).⁴

Мозамбик стала первой страной, где был применен метод экспресс-оценки РАПИА. Позже данный метод оценки был реализован в Мали, Никарагуа, Вьетнаме, Филиппинах и Замбии.

Оценки, проведенные по методу РАПИА позволили улучшить поставки инсулина, развитие диабетических ассоциаций, обучение и разработку политик по неинфекционным заболеваниям. МИФ всегда работает в тесном сотрудничестве с местными партнерами по реализации оценки РАПИА и разработке адаптированных рекомендаций. Для проведения данной оценки МИФ проводил свою работу в Кыргызстане в сотрудничестве с Центром Анализа Политики Здравоохранения (ЦАПЗ).

1.5. Центр Анализа Политики Здравоохранения

ЦАПЗ был создан в 2003 году для оказания поддержки в проведении мониторинга и оценки реформы здравоохранения в Кыргызстане по инициативе Министерства Здравоохранения при поддержке ВОЗ и Министерства Великобритании по международному развитию (DFID). В июле 2009 года ЦАПЗ реорганизован в Общественный Фонд для выполнения следующей деятельности:

- Анализ и мониторинг политики
- Рекомендации по выработке политики и диалог
- Национальные и международные тренинги
- Сбор средств
- Консультационные услуги

1.6. Протокол быстрой оценки доступа к инсулину как метод оценки

Цель метода РАПИИ⁴ заключается в использовании его в качестве практического справочника в сборе, анализе и презентации данных для проведения оценки и информирования о состоянии здравоохранения в отношении лечения диабета в странах с низким и средним уровнем доходов.

Экспресс-оценка РАПИИ структурирована как многоуровневая оценка различных элементов, которые влияют на доступ к инсулину и медицинской помощи для пациентов с диабетом в отдельно взятой стране.

РАПИИ включает в себя три компонента:

- Макро – уровень Министерств, частного сектора, Национальной Диабетической Ассоциации, центрального медицинского склада и тренеров
- Мезо – уровень региональных координаторов здравоохранения, организаций здравоохранения (больницы, клиники, центры и т.д.) и аптек/амбулаторий
- Микро – медики (работники здравоохранения и традиционные целители) и лица, страдающие диабетом.

РАПИИ предоставляет информацию по следующим категориям:

- Структура услуг здравоохранения и функционирование в плане закупок лекарственных средств и ведения диабета
- Разработанные и утвержденные политики с сфере диабета
- Практики ведения диабета – информация, полученная в ходе наблюдений и из отчетных документов
- Доступность инсулина, шприцов и оборудования по мониторингу
- Существующие сети распределения инсулина
- Знание лиц страдающих диабетом и их врачей о поставках инсулина и их отношении к существующей системе поставок.
- Другие проблемы, которые препятствуют обеспечению доступа к необходимому инсулину и медицинской помощи

Метод РАПИИ не является статистической оценкой системы здравоохранения, но ставит своей целью провести быструю оценку ситуации в отношении лечения диабета в отдельно взятой стране. Задача оценки заключается в получении общей картины системы здравоохранения с тем, чтобы разработать практические рекомендации для различных заинтересованных сторон, вовлеченных в организацию медицинской помощи для лиц, страдающих диабетом.

1.7. Кыргызстан

Кыргызстан, бывшая республика Советского Союза, расположена в Центральной Азии, граничащая с Казахстаном на севере, с Узбекистаном на западе, с Таджикистаном на юге и с Китаем на Востоке. Столица Бишкек расположена на севере страны. Карта Кыргызстана представлена в Приложении 1. Кыргызстан состоит из 7 областей, территориально разделенных на административные районы.

Общая численность населения составляет 5,431,747 (предварительная оценка за 2009 год) из них 29.7% находится в возрасте 0-14 лет и 64.5% населения приходится на возраст 15-64 лет и 5.8% приходится на возраст выше 65 лет.⁵

Будучи страной, внутренний валовой продукт которой составляет 2,200 долларов США на душу населения при Паритете покупательской способности, Кыргызстан классифицируется как страна с низким уровнем доходов⁵. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигает 69 лет и в соответствии с Индексом ООН по человеческому развитию Кыргызстан занимает 120-ое место из 182 стран. После развала Советского Союза, Кыргызстан столкнулся с серьезным экономическим спадом, который отразился на способности обеспечивать адекватное финансирование на нужды системы здравоохранения и образования и достойный уровень доходов.⁶

После приобретения независимости Кыргызстан направил основное внимание на развитие рыночной экономики и демократии, тем не менее, в связи с распадом экономической системы, созданной во время Советского Союза, страна испытала серьезный экономический спад. Все сектора, включая сектор здравоохранения, испытывают дефицит выделяемых средств. Это означало, что система здравоохранения не была способна поддержать инфраструктуру и избыточный потенциал специалистов, наработанных в Советское время и система здравоохранения рассматривалась как система терпящая неудачу.⁷⁻⁸

1.8. Система здравоохранения в Кыргызстане

В период с 1996 года по 2005 год Министерство здравоохранения осуществляло реализацию Национальной Программы по реорганизации системы здравоохранения «Манас», нацеленной на принципы равенства, доступности и доступа к услугам здравоохранения для населения Кыргызстана. Вслед за программой «Манас» была создана программа «Манас Таалими» на период 2006-2010. Основная задача новой программы заключалась в достижении Целей развития Тысячелетия посредством следующих усовершенствований в системе здравоохранения:⁹

1. Достижения равенства и доступности
2. Снижение финансовой нагрузки на население страны
3. Повышение эффективности
4. Улучшение качества
5. Повышение оперативности и соответствия требованиям

В ходе данных реформ произошли фундаментальные изменения в механизме финансирования системы здравоохранения. Налоговые поступления, получаемые государством, стали основным источником финансирования системы здравоохранения. В 1997 году было внедрено Обязательное Медицинское Страхование с целью привлечения дополнительных источников финансирования в сектор здравоохранения и обеспечения социальной защиты населения. Это привело к созданию Фонда Обязательного Медицинского Страхования в 1996 году. ФОМС выступает в роли единого плательщика

за услуги здравоохранения в Кыргызстане. На уровне ФОМС консолидируются имеющиеся средства и осуществляется закупка медицинских услуг. Финансовые средства ФОМС поступают из Социального Фонда и республиканского бюджета в зависимости от статуса застрахованного лица. Данная информация представлена детально в Приложении 2. Средства объединяются в общий фонд на областном уровне. На 2004 год 84% населения были охвачены системой ОМС.⁸

Лицо, застрахованное в системе ФОМС, имеет право на получение бесплатного пакета первичной медицинской помощи, предоставляемого конкретной Группой Семейных Врачей, к которой приписано застрахованное лицо. Стационарное лечение покрывается страховкой в случае если данное лицо получило направление от своего ГСВ, но при этом необходимо внести сооплату. В зависимости от категории населения к которой принадлежит застрахованное лицо направления представляются бесплатно или почти бесплатно. Для лиц, страдающих диабетом, данные услуги предоставляются бесплатно.⁸ Общая стоимость затрат услуг здравоохранения на душу населения при ППС оценивается на уровне 127 долларов США, при этом 6.4% ВВП расходуется на здравоохранение.¹⁰

На сегодня система здравоохранения КР стремится к передаче медицинского обслуживания на уровень ГСВ и специальные тренинги и программы были разработаны для усиления данного уровня.

Что касается лекарственных средств, то в период 2002-2003 была внедрена Дополнительная программа по лекарственному обеспечению при ФОМС для амбулаторных пациентов. В рамках данной программы часть затрат на лекарственное обеспечение, на амбулаторном уровне, покрывается через средства, выделяемые Фондом ОМС. Лекарственные средства по данной программе реализуются через частные аптеки, которые заключают договора с ТУ ФОМС.⁹

Министерство здравоохранения КР выполняет только надзорную функцию в отношении качества медицинской помощи, предоставляемой населению Кыргызстана, за исключением отдельных учреждений третичного уровня, расположенных в Бишкеке. На Министерстве здравоохранения КР лежит ответственность за реализацию национальных политик здравоохранения и координацию территориальных организаций здравоохранения (на областном уровне) через координационные комиссии по управлению системой здравоохранения.⁸

Организации здравоохранения управляются местными органами власти и находятся в их собственности. Через координационные комиссии по управлению системой здравоохранения, данные организации осуществляют национальные политики здравоохранения, определяемые Министерством здравоохранения КР.⁸

Организация системы здравоохранения и уровни медицинской помощи представлены ниже в таблице.

Таблица 1 – уровни медицинской помощи в Кыргызстане

| Уровень медицинской помощи | Описание |
|-----------------------------------|--|
| Первичный | Фельдшерско-акушерский пункт Группы Семейных Врачей Центры Семейной Медицины |

| | |
|-----------|---|
| Вторичный | Объединенные областные больницы, городские и районные больницы) |
| Третичный | Республиканские больницы Специализированные диспансеры |

Адаптировано из⁸

В 2006 году насчитывалось 30,824 медсестер и акушерок (58.0 на 10,000 населения) и 12,710 врачей (24 на 10,000 населения) в Кыргызстане. Явная нехватка фармацевтических работников определяется тем фактом, что менее чем 1 фармацевт приходится на 10,000 населения.¹⁰

1.9. Индикаторы здоровья

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Кыргызстане составляет 63 года для мужчин и 70 лет для женщин.¹⁰ Основной причиной смертности является ишемическая болезнь сердца, которая составляет 24% от всех случаев смертности.¹⁰ Кыргызстан мог бы увеличить среднюю продолжительность жизни на 4.5 года, если бы в стране был снижен уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) до уровня Европейских стран. Это можно сравнить с 3.9 годами в случае снижения детской и материнской смертности.¹¹ В Кыргызстане ССЗ оказывают свое воздействие на граждан трудоспособного возраста. В 1990 году показатель смертности от ССЗ среди людей в возрасте 30-39 составил 47.4 случая на 100,000 населения, в то время как в 2004 году это число выросло до уровня 56.7 случаев на 100,000 населения.¹² Для сравнения в Швеции этот показатель находится на уровне 11 случаев на 100,000 населения.¹¹

Было обнаружено, что такой высокий уровень смертности можно объяснить низким уровнем информированности населения и финансовыми трудностями в плане получения лечения.¹³

Хопкинсон и другие¹⁴ обнаружили, что одним из основных барьеров, препятствующих использованию услуг здравоохранения для лечения диабета, является нехватка денежных средств и системные проблемы в области его лечения, включая проблемы с нехваткой работников здравоохранения и высокой стоимостью лечения. Более того, Кыргызстан на сегодня столкнулся с проблемой старения своего населения и увеличения бремени в связи с ростом неинфекционных заболеваний. Исследование, проведенное г-ном Янгом и другими¹⁵ показало, что уровень распространенности гипертонии составил 39%. В данном исследовании было выявлено, что информированность, лечение и контроль над гипертонией в Кыргызстане находятся на низком уровне и составляют 27%, 17.1% и 14% соответственно. Данная ситуация была признана в Кыргызстане и рекомендовано инициирование национальной диабетической программы.¹⁴

2. Ситуационный анализ диабета в Кыргызстане с применением метода РАПИА

Применение метода РАПИА в Кыргызстане было направлено на то, чтобы четко определить проблемы, с которыми лица, страдающие диабетом, сталкиваются в Кыргызстане в плане доступности лекарственных средств и медицинской помощи. А также, чтобы обеспечить устойчивые изменения в системе и собрать дополнительные данные по диабету с целью использования этих данных для обеспечения финансового воздействия на систему здравоохранения и пациентов, страдающих диабетом. Информация, полученная в ходе первоначальной оценки, позволит разработать конкретные проекты с тем, чтобы улучшить систему лечения диабета и доступ к противодиабетическим лекарственным средствам на устойчивой основе. Это также

поможет развить систему здравоохранения, которая будет способна справляться с возрастающими проблемами, связанными с хроническими заболеваниями в Кыргызстане.

Предыдущие оценки ситуации в других странах, проведенные по методу РАПИА, дали следующие основные направления для улучшения ситуации:

- Улучшенный доступ к инсулину и другим противодиабетическим препаратам
- Усовершенствованные процедуры закупок и снижение цен на инсулин и противодиабетические препараты
- Развитие диабетических ассоциаций
- Разработка национальных политик по диабету и неинфекционным заболеваниям
- Финансирование диабетических проектов
- Улучшение медицинской помощи для пациентов с диабетом
- Повышение информированности населения о проблемах диабета как внутри страны, где была проведена оценка по методу РАПИА, так и на международном уровне

Это была первая реализация оценки по методу РАПИА в Центральной Азии и данная оценка поможет увидеть насколько уроки, извлеченные из оценок, проведенных в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, странах Латинской Америки и Азии, эффективны в контексте Центральной Азии.

Рекомендации, разработанные в ходе исследования, проведенного в 2004 году Г-ном Хопкинсоном и другими ¹⁴, обозначили наличие необходимости в Кыргызстане «улучшить доступ к ресурсам, таким как глюкометры и тест-полоски, а также обеспечить стабильные поставки инсулина, особенно в сельской местности. Данное исследование предполагает, что возможно будет полезным провести отдельно повторную оценку механизма закупок и распределения инсулина.» По этой причине было предложено провести оценку методом РАПИА в Кыргызстане, чтобы оценить существующие барьеры в плане доступа к медицинской помощи с тем, чтобы помочь диабетическим ассоциациям в разработке национальной диабетической программы, улучшить профилактику диабета, уменьшить осложнения и снизить число случаев преждевременной смерти.

Было предложено ¹⁶⁻¹⁷, использовать диабет первого типа в качестве индикатора, чтобы измерить способность системы здравоохранения предоставить медицинскую помощь, необходимую для всех хронических состояний. Это означает, что данное исследование также может оказать воздействие на все хронические состояния в целом и на возрастающее бремя пациентов со вторым типом диабета.

На уровне системы здравоохранения КР существует необходимость разработать модель для управления хроническими заболеваниями для того, чтобы решить проблемы, связанные с тенденцией роста хронических заболеваний и потенциальным воздействием этого роста на экономические и человеческие аспекты, что может создать избыточную нагрузку как для системы здравоохранения, так и для населения, таким образом оказывая негативное воздействие на развитие в целом. Реализация оценки методом РАПИА даст в результате конкретные рекомендации для системы здравоохранения КР в отношении того, как избежать ситуации, когда рост хронических заболеваний ставит под удар экономическое развитие.

Оценка методом РАПИА была проведена в г. Бишкек, Иссыкульской области (3 района) и Ошской области (3 района), составив 192 интервью в целом, подробная информация о которых изложена в таблице 2.

Таблица 2 – количество интервью, проведенных в рамках оценки РАПИА в Кыргызстане

| | МАКРО | МЕЗО | МИКРО | ИТОГО |
|-------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| Бишкек | 10 | 15 | 58 | 83 |
| Иссык-Куль | | 12 | 35 | 47 |
| Ош | | 15 | 47 | 62 |
| Итого | 10 | 42 | 140 | 192 |

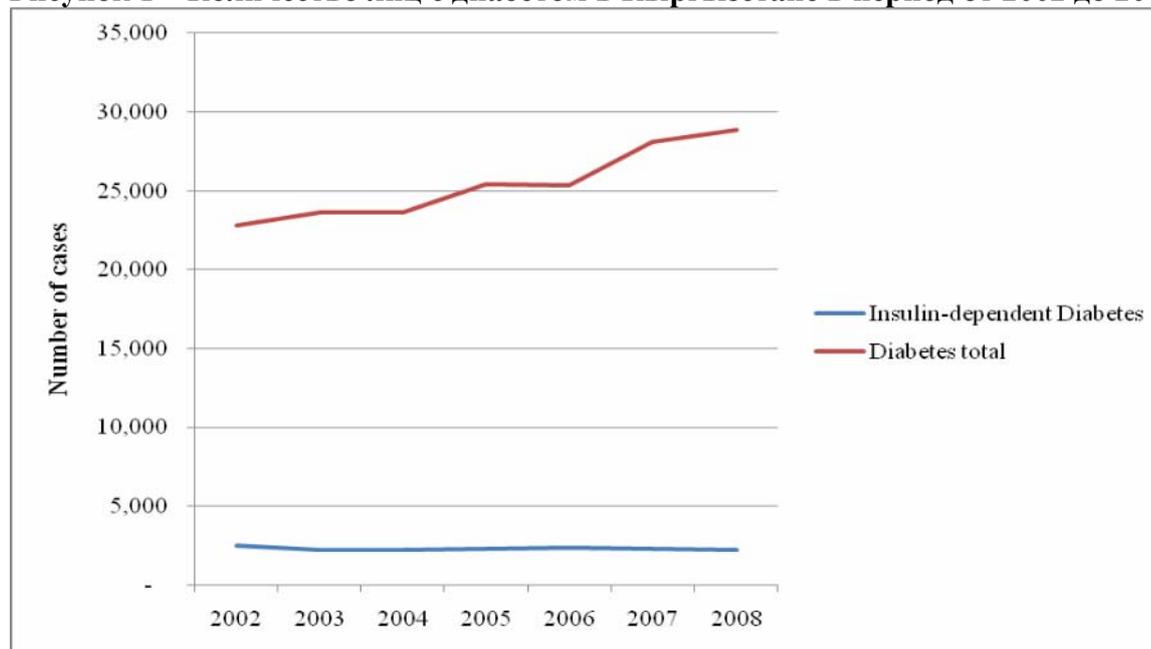
3. Диабет в Кыргызстане

ССЗ являются основным источником смертности среди взрослого населения в Кыргызской Республике и в основном поражает мужское население трудоспособного возраста.^{9 13} Диабет является фактором риска для ССЗ и оба заболевания имеют схожие факторы риска. В связи с этим бременем, ССЗ рассматриваются как приоритетное направление в рамках программы «Манас Таалими», описанное далее в разделе 4.11. Благоприятная законодательная среда .

По мнению многих специалистов системы здравоохранения «эндокринология в Кыргызстане в основном занимается вопросами диабета и зоба». Данные, полученные в одной из посещенных больниц, показали, что диабет представляет 93.9% от числа пациентов поступивших в отделение эндокринологии. По оценке МДФ распространенность диабета в Кыргызстане среди населения в возрасте 20-79 лет возрастет от 4.3% в 2007 году до 5.8% в 2025 году.¹⁸

Данные, полученные из Министерства здравоохранения представлены в нижеприведенном графике.

Рисунок 1 – Количество лиц с диабетом в Кыргызстане в период от 2002 до 2008 года



Точные цифры, использованные для данного графика, более подробно изложены в Приложении 3. Данная статистика показывает рост количества случаев на 26.9% за данный период. Конкретный пример, приведенный в Центре Семейной Медицины в отношении новых диагнозов показал, что в 2008 году из 835 пациентов, 111 были вновь выявленными и составили 13.2%.

Более углубленный анализ данных, полученных из Министерства здравоохранения за 2007 и 2008 годы показывает возможные ошибки в отношении данных или высокий уровень потерь в связи с тем, что пациенты выпадали из последующего врачебного наблюдения или случаев смертности.

Таблица 3 – Данные о количестве случаев диабета на 2007 и 2008 годы

| | 2007 | Новые случаи в 2008 году | Ожидаемое количество 2008* | Фактически зарегистрированные случаи 2008 | Разница | % потерь в связи со снятием с учета/смерти |
|----------------------------------|--------|--------------------------|----------------------------|---|---------|--|
| Общее количество случаев диабета | 28,077 | 2,960 | 31,037 | 28,893 | 2,144 | 6.9% |
| Инсулинозависимый диабет | 2,322 | 182 | 2,504 | 2,238 | 266 | 10.6% |
| Дети до 14 лет | 178 | 46 | 224 | 193 | 31 | 13.8% |
| Подростки | 90 | 6 | 96 | 74 | 22 | 22.9% |
| Взрослые (общее количество) | 27,787 | 2,897 | 30,684 | 28,569 | 2,115 | 6.9% |
| Взрослые (инсулинозависимые) | 2,054 | 130 | 2,184 | 1,971 | 213 | 9.8% |

* = Общее количество за 2007 год + новые случаи в 2008 году

Предположив, что разница связана с тем, что часть пациентов выпадают из врачебного наблюдения или в результате случаев смертности, тогда становится ясным, почему данный показатель выше для тех, кто нуждается в инсулине.

Изучение данных по каждой области за 2007 и 2008 года показывает следующие уровни распространенности диабета по различным возрастным группам.

Рисунок 2 – График уровня распространенности диабета среди взрослого населения

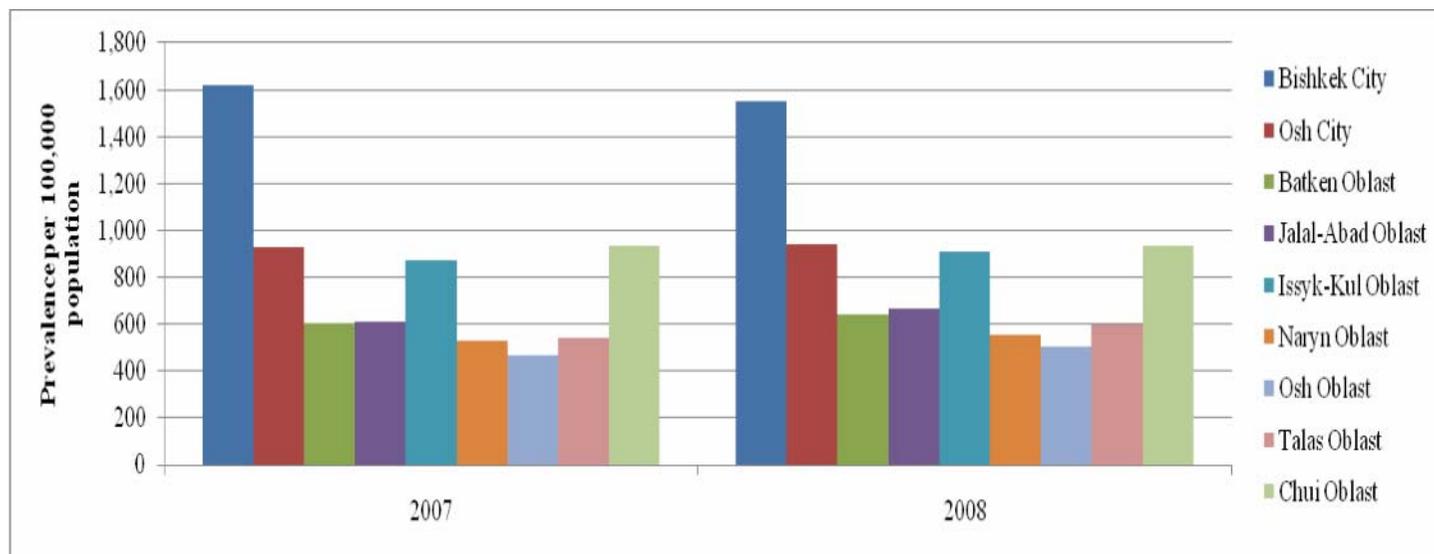
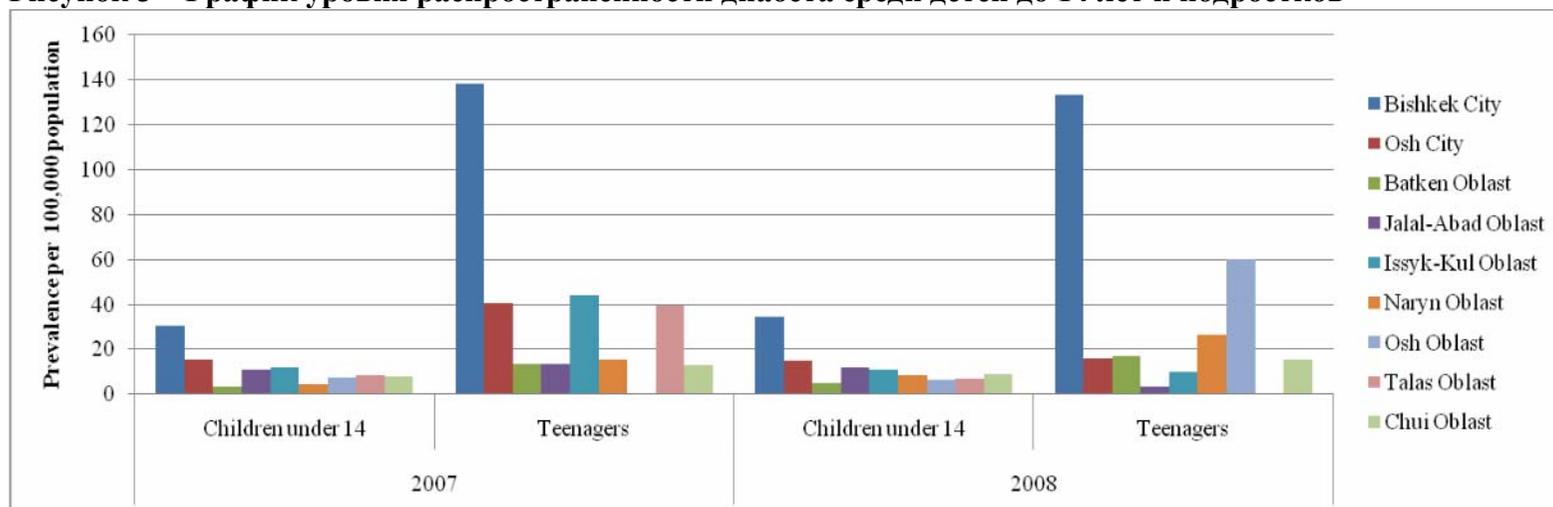


Рисунок 3 – График уровня распространенности диабета среди детей до 14 лет и подростков



В приложении 4 представлена таблица с подробной информацией, дополняющей Рисунок 2 и Рисунок 3. Как видно уровень распространенности варьируется в значительной степени, при этом самый высокий уровень распространенности наблюдается в г. Бишкек. В 2007 году диапазон варьирования уровня распространенности по Кыргызстану составил 466.5- 1,616.9 на 100,000 населения со средним числом 610.8. в 2008 году данный диапазон составил 503.0-1,550.1 на 100,000 населения со средним числом 667.8. Для первого типа диабета такое варьирование наблюдается в отношении случаев диабета первого типа среди детей до 14 лет, проживавших в Бишкеке, которое в 8,4 раза превысило этот показатель для детей, проживавших в Баткенской области в 2007 году.

Данные собранные из различных источников в ходе оценки РАПИА подробно изложены в таблице 4, показывающей уровень распространенности диабета второго типа в различных областях по сравнению с официальной статистикой.

Таблица 4 – Данные по уровню распространенности в сравнении между официальной статистикой и данными оценки РАПИА

| Область | Распространенность диабета 2 типа на 100,000 населения | |
|----------------------|--|--|
| | Статистика МЗ за 2008 | Данные за 2009 год, собранные в ходе оценки РАПИА* |
| г. Бишкек | 1,550 | 1,315** |
| | | 1,467*** |
| Иссыкульская область | 912 | 1,176 |
| Ошская область | 503 | 862 |

* - для данных оценочных показателей использовались данные по количеству лиц с диабетом, взятые из статистических данных различных организаций здравоохранения, разделенные на общее количество населения в возрасте старше 25 лет

** - использована статистика Городского Эндокринологического Диспансера, где общее количество населения г. Бишкек является знаменателем. Это сделано, несмотря на то, что было известно что некоторые пациенты с диабетом второго типа наблюдаются в ЦСМ и некоторые пациенты, наблюдающиеся в ГЭД, проживают за пределами г. Бишкек

*** - использованы данные из одного ЦСМ по количеству пациентов с диабетом второго типа и взрослого обслуживаемого населения

Из информации, полученной в ходе обсуждений проведенных во время оценки, стало ясным, что многие пациенты, получили диагноз диабета, поскольку проходили медицинский осмотр врачами по другому состоянию или в связи с осложнениями. Многие врачи указали на то, что большинство пациентов с диабетом второго типа были людьми пожилого возраста и приходили уже с «букетом болезней», в основном с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Такая ситуация ложится серьезным бременем на организации стационарного уровня. Средняя продолжительность стационарного лечения составляет около 10 дней и в одной из центральных больниц диабет составил 16,7% от общего числа койко-дней. Как сказал Директор одной из районных больниц: «у нас всегда есть пациенты с диабетом». Точные данные отсутствовали в отношении причин госпитализации, но высокий уровень глюкозы в крови и осложнения были указаны среди наиболее распространенных причин.

Данные по осложнениям также отсутствовали. Информация, представленная в одной из больниц показала, что в группе пациентов 15,0% страдали ретинопатией, 90% нейропатией и 15,9% нефропатией. Из количества пациентов с нефропатией, 33,1% страдали хронической почечной недостаточностью, из которых 5,0% находились на терминальной стадии.

Средняя продолжительность жизни среди детей с диабетом первого типа может использоваться в качестве репрезентативных данных для оценки того, как справляется система с ведением диабета. Расчеты, представленные в нижеприведенной таблице используют данные по распространенности, полученные из Министерства здравоохранения и в ходе оценки РАПИА, а также данные МДФ по уровню заболеваемости¹⁸.

Таблица 5 – Оценочные показатели по уровню распространенности и средней продолжительности жизни в г. Бишкек и двух областях, охваченных оценкой РАПИА в Кыргызстане

| Область | Распространенность диабета 1 типа на 100,000 населения | | Средняя продолжительность жизни (годы) | |
|----------------------|--|--|--|--------------|
| | Статистика МЗ за 2008 | Данные за 2009 год, собранные в ходе оценки РАПИА* | Данные МЗ | Данные РАПИА |
| г. Бишкек | 34.5 | 31.1 | 28.8 | 25.9 |
| Иссыкульская область | 10.9 | 12.0 | 9.1 | 10.0 |
| Ошская область | 6.3 | 8.0 | 5.3 | 6.7 |

* - для данных оценочных показателей использовались данные по количеству лиц с диабетом первого типа, взятые из статистических данных различных организаций здравоохранения, разделенные на общее количество населения в возрасте 0-15 лет

Эти различия в средней продолжительности жизни можно объяснить различными факторами, которые подробно изложены ниже в разделе «Результаты», где дается оценка доступа к инсулину и медицинской помощи в различных областях Кыргызстана. Необходимо отметить, что некоторые различия можно объяснить «миграцией» людей в Бишкек для получения медицинской помощи по лечению диабета 1 типа.

4. Результаты

4.1. Организация системы здравоохранения

Для того чтобы увидеть, как система здравоохранения работает в отношении организации лечения диабета, важно изучить ситуацию в г. Бишкек, Ошской и Иссыкульской области отдельно для диабета первого типа и второго типа. Согласно данным, полученных во время интервью, 52% пациентов были диагностированы на уровне ЦСМ. 67% опрошенных лиц были перенаправлены в другую организацию здравоохранения после установления первоначального диагноза, при том 33% были направлены в областные больницы и 26% были направлены в Городской Эндокринологический Диспансер.

Пути пациентов, описанные согласно информации полученной во время оценки, детально изложены в нижеприведенных диаграммах.

Рисунок 4 – Путь пациента с диабетом первого типа в г. Бишкек

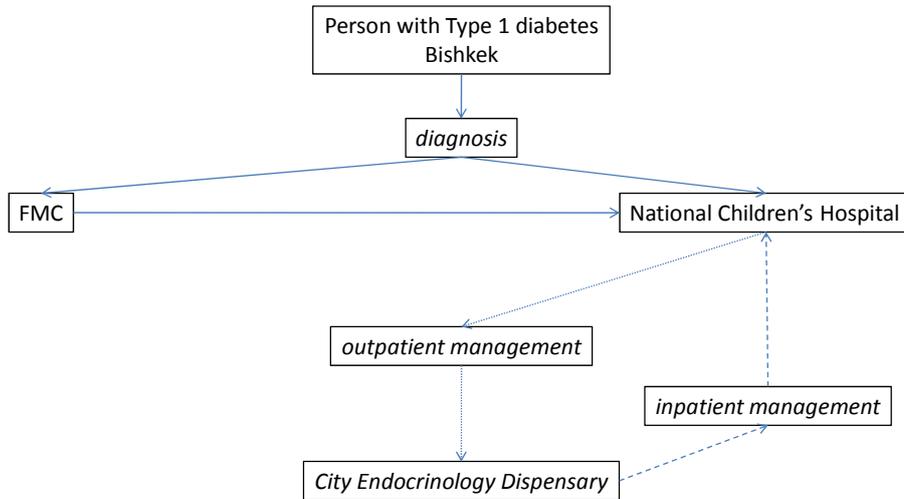


Рисунок 5 – Путь пациента с диабетом первого типа в Ошской области

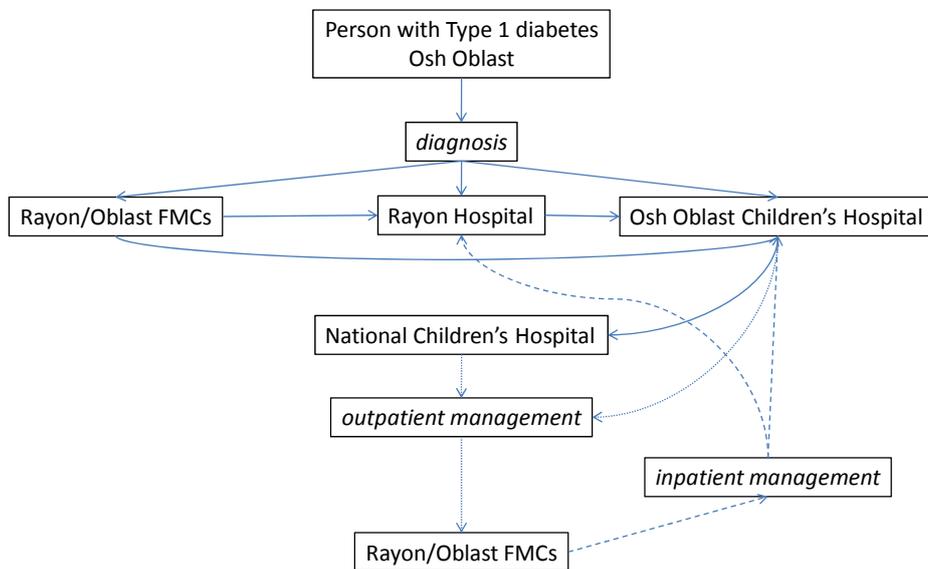


Рисунок 6 – Путь пациента с диабетом первого типа в Иссыкульской области

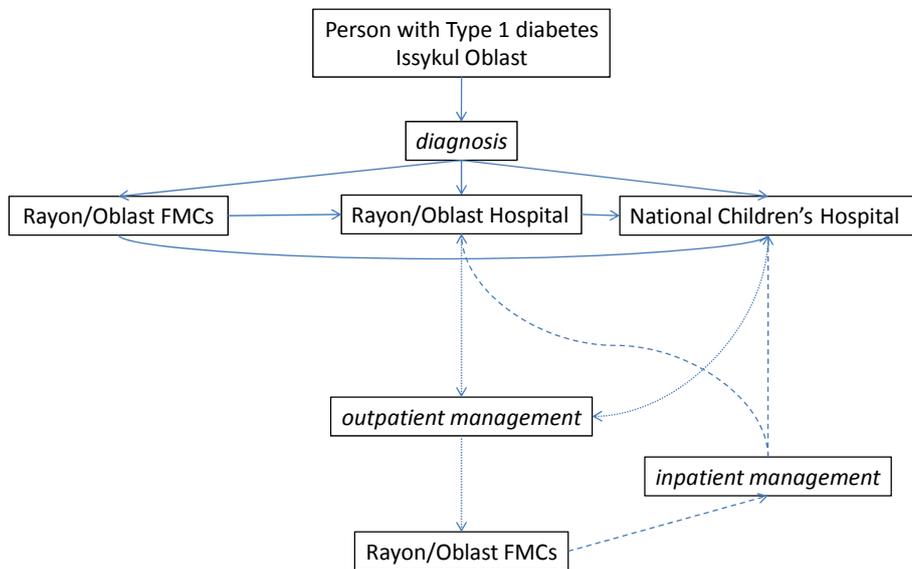


Рисунок 7 – Путь пациента с диабетом второго типа в г. Бишкек

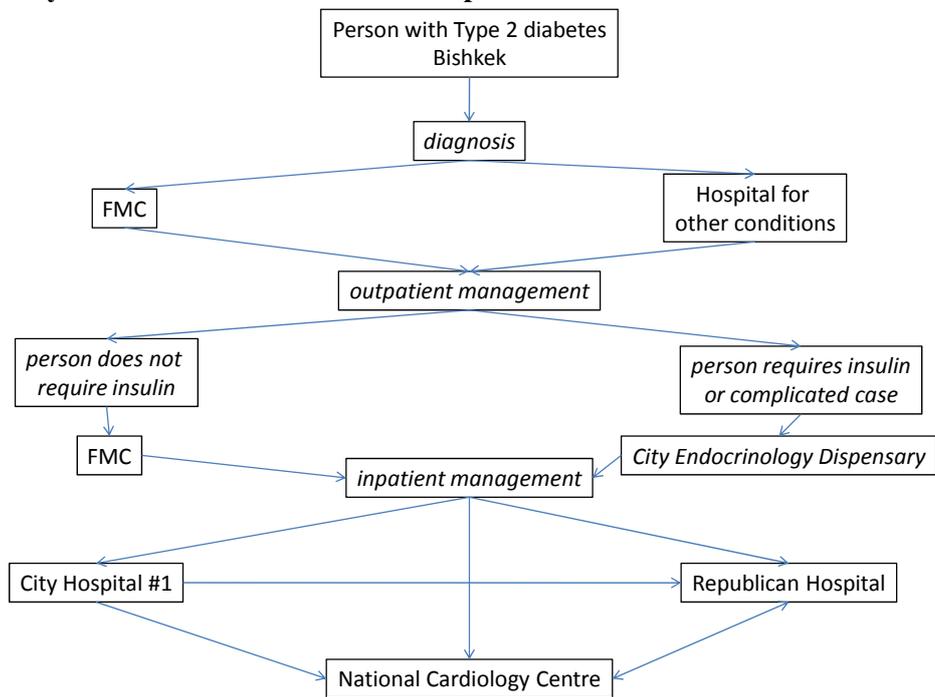


Рисунок 8 – Путь пациента с диабетом второго типа в Ошской области

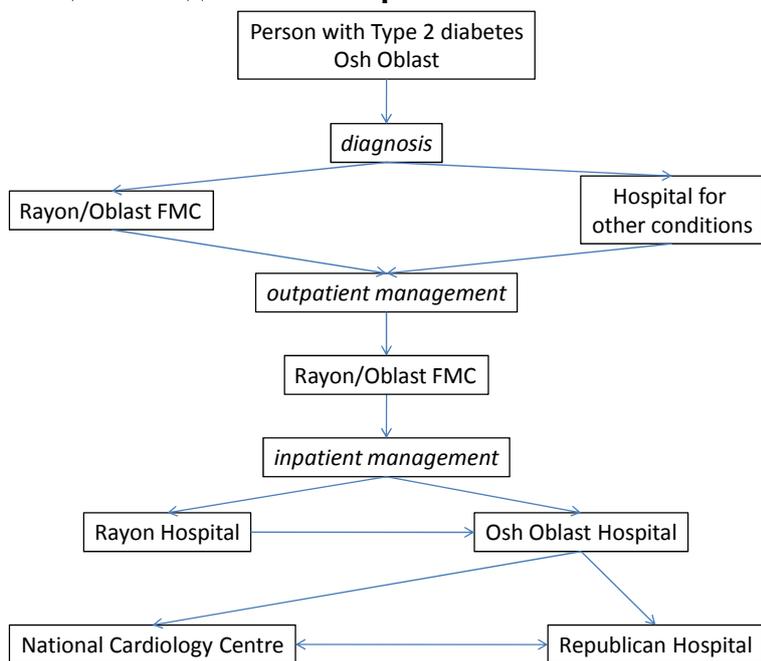
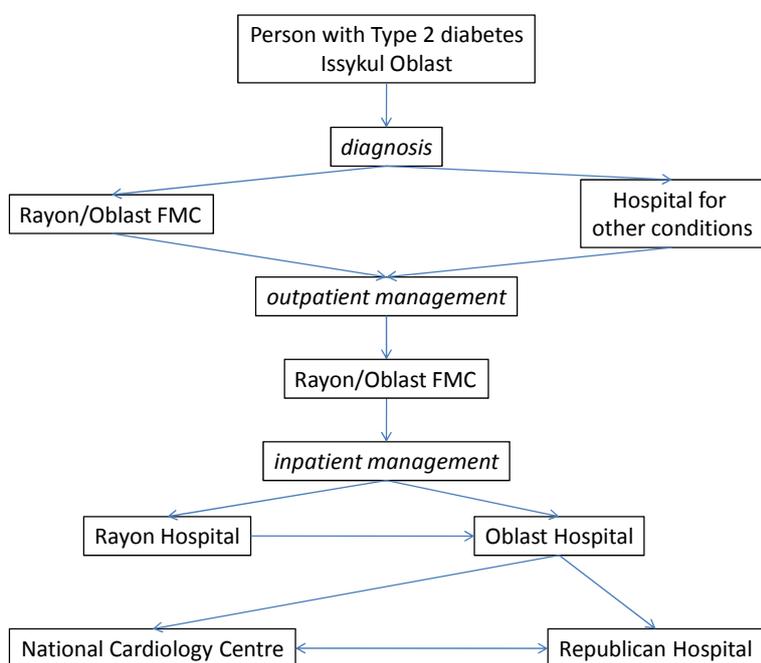


Рисунок 9 – Путь пациента с диабетом второго типа в Иссыкульской области



Как видно из вышеприведенной диаграммы пути, которые проходит пациент за пределами Бишкека иногда бывают достаточно сложными. Также эти пути представляют собой общие теоретические пути, при этом каждый пациент, конечно, проходит свой уникальный путь. Например, некоторые дети с первым типом диабета были направлены в инфекционное отделение Республиканской детской больницы до того как им был

поставлен диагноз диабет, а также бывают случаи когда взрослым пациентам ставят диагноз диабет в других отделениях больницы (республиканской, областной или районной) прежде чем их направляют в отделение эндокринологии.

4.1.1. Бишкек

ЦСМ г. Бишкек ведут пациентов только со вторым типом диабета, которые не нуждаются в инсулинотерапии. Пациенты, которые зависят от инсулина, направляются в Городской Эндокринологический Диспансер. Данное учреждение выступает в роли организации вторичного уровня для лечения диабета в г. Бишкек, куда ЦСМ направляют сложные случаи диабета и пациентов, нуждающихся в инсулине.

Пациенты с диабетом, нуждающиеся в стационарном лечении направляются в городскую больницу №1.

В стране отсутствует республиканская эндокринологическая больница, но при Национальном Госпитале МЗ КР работает отделение эндокринологии, выполняющее роль третичного уровня страны, в котором сконцентрированы тяжелые больные с регионов Республики, осуществляются научные и учебные процессы. Также в отделении эндокринологии, функционирующем при Институте Кардиологии, работает эндокринолог, который предоставляет третичный уровень медицинской помощи для пациентов с диабетом, которая сравнима с помощью, предоставляемой в отделении эндокринологии. Оба отделения принимают пациентов со всех регионов Кыргызстана.

При Городском Эндокринологическом Диспансере ведется амбулаторное наблюдение пациентов с диабетом 1 типа. В данном учреждении также работает детский эндокринолог. Также в ГЭД работают другие специалисты по ведению диабета и связанных с ним осложнений.

4.1.2. Иссыкульская область и Ошская область

В Иссыкульской и Ошской областях на уровне областной и районных ЦСМ работает эндокринолог или специально назначенный врач по ведению пациентов с диабетом. ЦСМ ведут пациентов в основном со вторым типом диабета. Пациенты с диабетом второго типа наблюдаются, нуждающиеся в инсулине, наблюдаются только эндокринологами этих учреждений. Семейные врачи наблюдают только тех пациентов с диабетом, которые не нуждаются в инсулине. Иногда встречались случаи, когда один и тот же специалист вел случаи диабета на уровне ЦСМ и больницы. Было также отмечено тесное сотрудничество на районном уровне между больницей и ЦСМ. Для эндокринологических больных выделяются специальные койки на уровне районных и областных больниц.

Ошская областная больница и Ошская детская больница поддерживают ведение диабета на достаточно высоком уровне и в связи с этим нет необходимости направлять пациентов в Бишкек.

Теоретически дети, которым диагноз диабета первого типа был поставлен за пределами Бишкека, направляются в Бишкек для получения курса лечения и затем они направляются обратно к своему врачу на уровне Центра Семейной Медицины с указаниями по режиму применения инсулина. Такая ситуация чаще наблюдалась в Иссыкульской области, чем в Ошской области поскольку в Ошской области дети направлялись в Ошскую межобластную детскую больницу.

4.1.3. Перенаправления, возвратные направления на первичный уровень и ежегодные обследования

С точки зрения системы здравоохранения перенаправления и возвратные направления на первичный уровень характеризовались как функционирующие достаточно хорошо. Подробная информация предоставлена в вышеприведенных схемах. На уровне каждой организации здравоохранения ведется подробная история болезни в медицинской карте больного (описанная в разделе 4.2. Сбор данных). Пациенты направляются в стационар вместе со своей медицинской картой. При выписывании больного из стационара, Выписка из истории болезни стационара направляется его врачу в ЦСМ. Такие выписки включают в себя подробные указания в отношении лечения, инструкции и рекомендации по диете.

Ежегодно пациенты направляются на стационарное лечение один или два раза в год. Во время плановых госпитализаций или незапланированного стационарного лечения, пациенты проходят осмотр у различных специалистов на предмет осложнений связанных с диабетом. Наиболее периферийные больницы испытывают недостаток во многих специалистах и в связи с этим лица с диабетом второго типа направляются ежегодно в Национальный госпиталь или областную больницу. Некоторые пациенты самостоятельно обращаются в стационары на областном или республиканском уровне. Направления в стационар для пациентов с диабетом первого типа, похоже, выдаются в индивидуальном порядке.

Во время плановой госпитализации пациент проходит следующие процедуры:

- Лабораторные анализы
- Анализы мочи
- Проверку зрения у специалиста
- Консультацию у невролога
- Экспертное заключение и рекомендации

Прежде чем поступить на госпитализацию пациенты из сельской местности и областного уровня направляются на прием к доктору, ответственному за установление очередности получения стационарного лечения в Национальном госпитале. Для приема больного в стационар необходимо отвечать определенным критериям, таким как:

- Высокий уровень сахара в крови, свыше 10 ммоль/л
- Осложнения (прогрессирование диабетической нефропатии, альбуминурия, протеинурия, развитие др. сосудистых осложнений, как синдром диабетической стопы, осложнения со зрением)

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составляет 10 дней во всех больницах. В некоторых больницах (районных и областных) Иссыкульской области было отмечено, что изменения и коррекция режима приема инсулина осуществляется только на республиканском уровне для детей с диабетом первого типа. Это означает, что дети направляются в Бишкек. В идеале, как сообщалось во время интервью, дети с диабетом первого типа должны наблюдаться у врача один раз в месяц. Для диабета второго типа частота может варьироваться в зависимости от контроля, применения или неприменения инсулина, пероральных сахароснижающих препаратов и каких-либо существующих осложнений.

4.2. Сбор данных

Национальная программа здравоохранения включает в себя надзор за неинфекционными заболеваниями.⁹ Программа Манас Таалими ставит своей целью использовать данные и

информацию для того, чтобы оказывать воздействие на стратегию и процесс принятия решений, мониторинг и оценку.⁹

Диабетический регистр разрабатывается с тем, чтобы помочь вести мониторинг распределения инсулина и проведение тендерных закупок. Не ясно, какую роль будет играть регистр, будет ли эта роль заключаться в том, чтобы осуществлять контроль над поставками лекарственных средств и инсулина или в том, чтобы собирать данные по диабету и связанному с ним осложнениями. Основываясь на увиденной модели пилотной версии инструмента ему предназначаются обе роли. В настоящее время диабетический регистр внедрен на базе двух ЦСМ г. Бишкек, Городском Эндокринологическом Диспансере, Чуйской областной ЦСМ и Национальном госпитале МЗ КР.

Согласно данной программе каждый пациент будет иметь свой файл с данными, который он может брать с собой в различные организации здравоохранения, которые он посещает. Эти данные затем будут объединены на уровне медицинского учреждения, области и, наконец, на национальном уровне. Согласно форме 51, “Отчет о распространенности случаев эндокринной патологии” информация собирается однажды в год в отношении лиц с диабетом и используется в процессе планирования тендеров на следующий год. Поток данных из медицинских учреждений в Министерство Здравоохранения хорошо налажен, но и использование этих данных остается слабым на различных уровнях системы здравоохранения.

В файле пациента представлена подробная информация записи врача, результаты анализов и направления. Например, рекомендации, выдаваемые при выписке, будут отражены в файле пациента, чтобы указать:

- Изменения в режиме лечения
- Рекомендации по диете

В дополнение к таким формальным инструментам сбора информации, также собирается список пациентов, пользующихся инсулином и шприц-ручками. Эта информация направляется Главному Эндокринологу МЗ КР.

В ходе обсуждений на различных уровнях указывалось на наличие нескольких проблем, связанных со сбором данных, а именно:

- Сбор данных осуществляется вручную с допущением ошибок и пробелов
- Пациенты, которые давно не наблюдались у врача, продолжают включаться в общую статистику
- Требуется больших затрат времени ручной ввод данных
- Только несколько ЦСМ компьютеризированы
- Для регистрации случаев смертности используется другая форма
- Больные СД 2 типа, которые по классификации являются инсулиннезависимыми, но получают инсулин (инсулинопотребные) по отчетной форме № 51 относятся к инсулинозависимому СД

4.3. Профилактика

В рамках первого компонента Программы «Манас Таалими» было включено вовлечение средств массовой информации в продвижение профилактики заболевания.⁹ Тем не менее, программы первичной профилактики диабета остались невидимыми. Некоторые

мероприятия по повышению осведомленности организовываются в преддверии Всемирного Дня Диабета.

Основной вопрос, который поднимается в отношении профилактики, имеет отношение к проблеме ранней диагностики диабета и связанных с ним осложнений. Причины, которые обуславливают такое положение дел, связаны с тем, что пациенты слишком поздно обращаются за помощью в связи с:

- Недостаточным уровнем знаний
- Финансовыми вопросами, особенно в отношении транспортных расходов, необходимых для поездки в Бишкек

Только пациенты с гипертонией активно проходят скрининг на предмет высокого уровня сахара в крови, в то время как пациенты с другими факторами риска не обследуются так часто.

Другой вопрос поднимался по поводу отношения людей в Кыргызстане к собственному здоровью и как это влияет на то, как они используют систему здравоохранения. Как было сказано многие люди «закрывают свои глаза на болезнь» и посещают организации здравоохранения только, когда определенное состояние начинает влиять на повседневную жизнь.

Некоторые проблемы существуют в отношении лечения осложнений, среди которых невропатия, ретинопатия и диабетическая стопа упоминались среди наиболее распространенных осложнений. Более того, существует серьезная нехватка инструментов для диагностики осложнений и тренингов по раннему выявлению осложнений, а также по решению проблем, связанных с низкой приверженностью.

Один из ключевых факторов, объясняющих слабый уровень профилактики – это то, что обучению пациентов не уделяется достаточно внимания. В ранее созданных клинических протоколах по диабету отсутствовали четкие указания по диете и физической активности. В связи с проблемами по сахарному диабету были созданы и изданы современное клиническое руководство и протоколы по диагностике и лечению сахарного диабета 2 типа на первичном уровне здравоохранения. Их необходимо распространить и оказать содействие работникам здравоохранения по практическому применению этих рекомендаций.

Каждый год пациенты с диабетом проходят плановую госпитализацию для полного медицинского осмотра на районном, областном или национальном уровне. Цель такого стационарного лечения заключается в том, чтобы определить любые осложнения и также откорректировать режим лечения.

Пациенты с факторами риска проходят осмотр в отдельных случаях, но не ясно при каких обстоятельствах осуществляется осмотр. В преддверии Всемирного Дня Диабета проводятся мероприятия по осмотру пациентов.

4.4. Диагностические инструменты и инфраструктура

Все посещенные организации здравоохранения имели инструменты необходимые для измерения уровня глюкозы в крови. В некоторых имелись средства для измерения уровня глюкозы в моче. Ни одна из организаций здравоохранения не имела оборудование для проведения теста гликолизированного гемоглобина. Такой вид анализа доступен только в

частном секторе по цене 200 сомов¹ (US\$ 4.62) за один анализ. Осенью 2009 года такое оборудование закуплено для лаборатории ГЭД.

Детальная информация о доступности различного лабораторного оборудования представлена в таблице 6.

Таблица 6 – Доступность диагностического оборудования в посещенных организациях здравоохранения

| | Глюкометр | Тест-полоски для глюкометра | Биохимия для измерения уровня глюкозы в крови | Спектрофотометр для измерения глюкозы в крови | Тест-полоски для анализов мочи | Кетоновые полоски |
|---|-----------|-----------------------------|---|---|--------------------------------|-------------------|
| Доступность в организации здравоохранения | 67% | 38% | 33% | 95% | 71% | 38% |

Большая часть анализов производится с применением спектрофотометра. Основная проблема с глюкометрами была связана с доступностью специальных тест-полосок для имеющихся моделей глюкометров и в некоторых случаях с отсутствием соответствующих блоков питания, используемых для глюкометров. Глюкометры, имеющиеся в медицинских учреждениях, были представлены сравнительно устаревшими моделями, поэтому вероятнее всего производители уже не производят тест-полоски нужной модификации. Проблемы связанные, с наличием реактивов и расходных материалов, варьировались в различных учреждениях. Тендеры на их закупку осуществляются один или два раза в год. Сотрудники лаборатории подготавливают список требуемых материалов, который предоставляют администрации своего медицинского учреждения. Затем проводится тендер на закупку реактивов и оборудования. Речь в основном идет об определении сахара в крови, а тест-полоски на определение микроальбуминурии и ацетона в моче практически не закупаются в силу разных причин.

Те учреждения, которые используют спектрофотометр, не сообщали о каких-либо проблемах с поставками, поскольку реактивы всегда доступны и обслуживание такого оборудования сравнительно легко поддерживается. Некоторые организации здравоохранения, вошедшие в опрос и которые используют биохимические анализаторы испытывают проблемы с данным оборудованием в связи с расходами на закупку реактивов и оборудованием, которое находится в неисправном состоянии.

Финансовые ограничения обозначались в качестве основной проблемы, обуславливающей слабые поставки реактивов и оборудования. Параллельно с нехваткой инструментов для определения уровня глюкозы в крови, также наблюдалась серьезная нехватка инструментов для диагностики осложнения даже на уровне Национального госпиталя МЗ КР и детской больницы.

Другая проблема была связана с продолжительностью времени необходимого для тестирования. В большинстве случаев для получения результатов необходимо затратить

¹ В целях данного отчета используется курс US\$ 1.00 равный 43.33 сомам

30 минут и в тех больницах, где отсутствуют экспресс-тесты персонал сталкивается с проблемами в случае экстренной помощи.

Лабораторное обследование для пациентов, получающих стационарное лечение, проводится только дважды в день перед завтраком и после завтрака. Тем не менее лабораторное обследование не проводится ежедневно.

4.5. Закупка и поставка лекарственных средств

Противодиабетические лекарственные средства имеют особый статус в Кыргызстане поскольку только они закупаются государством централизованно. Другие лекарственные средства распроданы через частные аптечные сети.

В прошлом сообщалось, что наблюдались проблемы с поставками инсулина.¹⁴ Данные данного отчета подробно изложены в нижеприведенной таблице и показывают различное количество инсулина, закупаемое ежегодно от 25,010 флаконов в 1995 году до 572,250 флаконов в 1997 году.

Таблица 6 – Данные по закупке инсулина в период с 1994 года по 2001 год (адаптировано из¹⁴)

| Год | Количество (флаконов) | Общая стоимость (US\$) | Стоимость одного флакона (US\$) |
|-------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|
| 1994 | 60,000 | \$198,444.00 | \$3.31 |
| 1995 | 25,010 | \$138,685.00 | \$5.55 |
| 1996 | 102,198 | \$348,531.00 | \$3.41 |
| 1996 | 34,000 | \$137,963.00 | \$4.06 |
| 1997 | 572,250 | \$200,741.00 | \$0.35 |
| 1998 | 28,163 | \$99,999.00 | \$3.55 |
| 1998 | 22,000 | \$50,000.00 | \$2.27 |
| 1998 | 13,900 | \$141,600.00 | \$10.19 |
| 1998 | 8,000 | \$39,600.00 | \$4.95 |
| 1999 | 40,000 | \$162,500.00 | \$4.06 |
| 1999 | 8,096 | \$64,768.00 | \$8.00 |
| 1999 | 66,500 | \$231,315.00 | \$3.48 |
| 2000 | 26,000 | \$158,545.00 | \$6.10 |
| 2000 | 31,800 | \$195,010.00 | \$6.13 |
| 2001 | 39,600 | \$374,020.00 | \$9.44 |
| Итого | 1,077,517 | \$2,541,721.00 | |
| Среднее значение | 134,690 | \$317,715.13 | \$4.99 |

Большинство респондентов опрошенных в ходе оценки РАПИА указали на то, что поставки инсулина за последний период стабильны по сравнению с прошлым периодом времени.

Инсулин и другие противодиабетические лекарственные средства закупаются посредством тендера один раз в год, на подготовку тендера требуется около 6 месяцев. Местные оптовые фармацевтические фирмы представлены международными компаниями и предлагают цены на условиях СИП (провозная плата и страхование оплачены до Бишкека). В отношении таможенных процедур, связанных с лекарственными

препаратами, не сообщалось наличие каких-либо проблем. Основным требованием является то, что закупаемое лекарственное средство должно быть зарегистрировано в Кыргызстане. Кроме того, согласно законодательства все лекарственные средства освобождены от НДС и других пошлин на импорт.

Комиссия, включающая Министерство Здравоохранения, Диабетическую Ассоциацию Кыргызстана и Ассоциацию эндокринологов и диабетологов КР, Кыргызскую диабетическую федерацию, несет ответственность за подготовку данного тендера. Тендер в Кыргызстане осуществляется посредством закупки конкретных видов инсулина по лотам. Наиболее дешевый тип инсулина необходимо закупать по одному лоту. Например, Левемир® и Лантус® включены в один лот. Тем не менее, были закуплены оба вида инсулина в связи с давлением, оказываемым со стороны пациентов страдающих диабетом и врачами, которые объясняют это тем, что их пациенты нуждаются в специальном виде инсулина. Проведение тендера по лотам определяется законом о закупках, который по мнению многих респондентов не адаптирован к процессу закупок инсулина и в общем лекарственных средств.

Таблица 8, приведенная ниже, показывает различия между лекарственными средствами и препаратами, которые входят в Перечень жизненно важных лекарств КР и Список основных лекарств ВОЗ.

Таблица 7 – Сравнение Перечня жизненно важных лекарств КР и Списка основных лекарств ВОЗ

| | ВОЗ¹⁹ | Кыргызстан |
|--------------|---|---|
| Инсулин | Растворимый инсулин и инсулин промежуточного действия <ul style="list-style-type: none"> • Флаконы | Спецификации препаратов не даны <ul style="list-style-type: none"> • 40МЕ и 100МЕ во флаконах и картриджах |
| Глибенкламид | Таблетка 2.5 мг и 5 мг | Таблетки по 1.75 мг, 2.5 мг, 3.5 мг и 5 мг |
| Метформин | Таблетка 500 мг | Таблетки по 250 мг, 500 мг и 850 мг |
| Гликлазид | Не включено | Таблетки по 30 мг, 40 мг и 80 мг |
| Росиглитазон | Не включено | Таблетки по 2 мг, 4 мг и 8 мг |
| Глимепирид | Не включено | Таблетки по 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг и 6 мг |

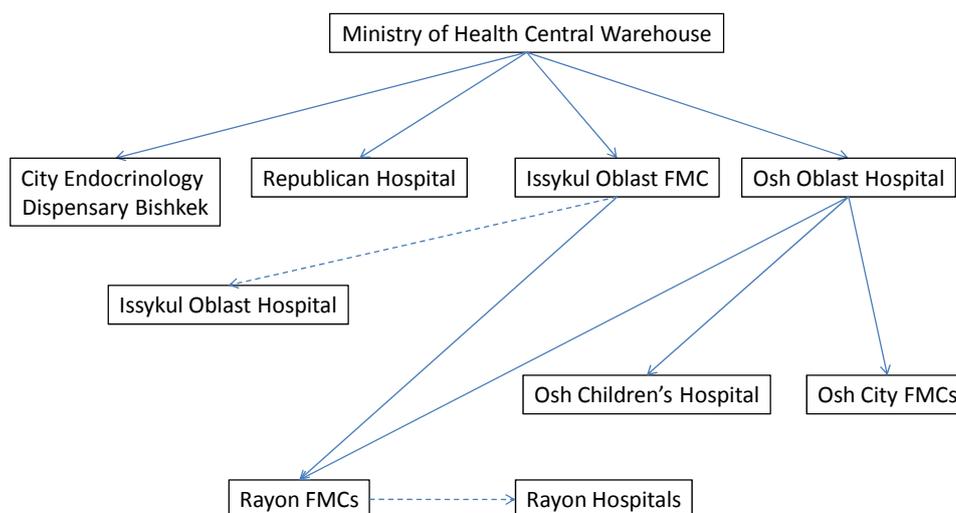
Анализ инсулина закупаемого в Кыргызстане показывает, что 71% препаратов, закупленных в 2009 году, отвечают требованиям ВОЗ. Эти 71% представляют 43% от общей суммы расходов, затраченных на закупку инсулина. В связи с этим, на 29% от общего объема инсулина приходится 57% общей суммы затрат поскольку был закуплен в инсулин в картриджах и аналоговый инсулин, а также другие препараты, которые не входят в Список основных лекарств ВОЗ. Соблюдение инструкций ВОЗ позволило бы снизить расходы, связанные с закупкой инсулина на US\$ 740,000 или приблизительно на 40% от общей суммы затрат на закупку инсулина. Более подробная информация изложена ниже в Таблице 9.

Таблица 8 – Анализ закупок инсулина в 2009 году

| Инсулин | Общее количество единиц (10 мл 100МЕ эквивалент флакона) | Процент от общего объема | Стоимость 100МЕ 10мл эквивалент флакона (US\$) | Общая стоимость (US\$) | Процент от общей стоимости |
|---|---|---------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------------|
| Отвечающий критериям ВОЗ | 160,000 | 71% | 5.12 | 818,400 | 43% |
| Не отвечающий критериям ВОЗ | 64,150 | 29% | 16.65 | 1,068,184 | 57% |
| Итого | 224,150 | | | 1,886,584 | |
| Весь объема инсулина закупленного согласно критериям ВОЗ | 224,150 | | 5.12 | 1,147,648 | |
| Потенциальные сбережения в результате закупки, произведенной в соответствии с критериями ВОЗ | | | | 738,936 | |

В Кыргызстане отсутствует система централизованной закупки лекарственных средств за исключением инсулина и отдельных пероральных противодиабетических препаратов. Из центрального склада Министерства Здравоохранения инсулин поставляется в областной ЦСМ Иссыкульской области и Объединенную областную больницу Ошской области. Данные организации здравоохранения затем несут ответственность за распределение по территории всей области. Каждому уровню необходимо обращаться на вышестоящий уровень системы здравоохранения для получения запаса инсулина и самостоятельно организовывать поездку за инсулином. Областные организации здравоохранения обращаются на центральный уровень в Бишкеке, районные организации здравоохранения обращаются на областной уровень. Более подробная информация предоставлена на Рисунке 10. Данные организации выезжают на центральный уровень один раз в квартал для получения необходимого количества инсулина. Организация поездок в Бишкек и автотранспортировка инсулина является ответственностью областных организаций. В г. Оше транспортные вопросы были обозначены как серьезная проблема.

Рисунок 5 – Схема распределения поставок инсулина



Поскольку во многих организациях здравоохранения отсутствуют государственные аптеки, в связи с этим старшая медсестра несет ответственность за управление поставками противодиабетических лекарств. Они тесно работают с основным ответственным лицом, занимающимся вопросами организации поставок для лечения диабета.

Для покрытия нужд области запросы подготавливаются Областным ЦСМ в Иссыкульской области и Областной больницей и ЦСМ Ошской области и затем направляются на центральный уровень. Такие запросы включают в себя шприцы, шприц-ручки и иглы, а также различные виды и формы выпуска инсулина (флаконы и картриджи). Не ясно как составляются заявки. Некоторые организации используют данные из медицинских карт пациентов и формы № 51 для подсчета необходимых запасов, но во многих заявках, указывающих на необходимое количество инсулина и таблеток, использовались фиксированные объемы в процентном соотношении. Например, в одной из областей предполагали, что все пациенты с диабетом второго типа нуждаются в инсулине.

Проблем в отношении холодовой цепи не было отмечено. Тем не менее, в одном из ЦСМ инсулин не хранился в холодильнике, а также холодовая цепь не всегда обеспечивалась при транспортировке с центрального уровня на областной и из областного уровня на районный. Для этих целей используются холодовые сумки, но они имеются не во всех медицинских учреждениях.

В Центрах Семейной Медицины г. Бишкек инсулин не имеется в наличии, его запасы имеются только в Городском Эндокринологическом Диспансере. В посещенных областях инсулин имелся в наличии во всех ЦСМ. В Иссыкульской и Ошской областях инсулин не имелся в наличии в районной и областной больницах, поскольку он приобретался из запасов ЦСМ от случая к случаю или пациенты поступали со своим инсулином. Только в одном районе, охваченном в исследовании, инсулин не имелся в наличии (92% доступности инсулина).

Средства, использованные для закупки инсулина были предоставлены Всемирным Банком. В 2009 году \$1,886,584 (что составляет 90% затрат на противодиабетические препараты и средства) было израсходовано на 224,150,000 единиц инсулина при средней цене за флакон 100 МЕ 10 мл на уровне US\$ 8.42. Такое количество инсулина достаточно для 17,546 людей, нуждающихся в инсулине² в сравнении с заявленными 2,238 пациентами, нуждающимися в инсулине (смотри таблицу 3). В ходе обсуждений с клиницистами различных медицинских учреждений указывалось, что количество пациентов с диабетом второго типа нуждающихся в инсулине приблизительно составляет 45%. Это означает, что в целом 13,123 пациентов нуждаются в инсулине (45% от 28,569 пациентов с диабетом второго типа и 267 пациентов с диабетом первого типа), что ближе к общему объему закупаемого инсулина.³

Согласно стандартным руководствам по лечению пероральных лекарственных средств достаточно для лечения только 14,548 пациентов. Это показывает, что возможно поставка инсулина превышает спрос и рассчитана на выявление новых случаев (в среднем 2-3 тыс. пациентов), запасом на ½ года (Закон «О сахарном диабете») и др., в отличие от дефицита пероральных лекарственных средств, особенно Метформина, закупленного в 2009 году в таком количестве, которого достаточно только для 493 пациентов, если предположить что их суточная доза составляет 1 таблетку.⁴ Эти цифры только подтверждают то, что отсутствуют надлежащие механизмы подсчета нужд и потребностей, и как показывает анализ в основном связаны с незнанием врачей современного алгоритма лечения СД 2 типа.

В период с 2007 по 2009 год Кыргызстан закупил в целом 24 вида различных форм выпуска инсулина от 4 компаний. За три года было закуплено только 11 видов инсулина. Подробная информация по видам инсулина и ценам представлены ниже в таблице 10.

Таблица 9 – Виды и цены инсулина закупленного в течение трех лет с 2007 года по 2009 год

| Вид инсулина | Форма выпуска | Price in US\$ | | |
|----------------------|-------------------------|---------------|------|------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 |
| Хумалог® | 100 МЕ картридж 3мл 5шт | 56.0 | 56.0 | 50.1 |
| Новорапид® | 100 МЕ картридж 3мл 5шт | 53.0 | 53.0 | 45.6 |
| Хумулин регуляр® | 100 МЕ картридж 3мл 5шт | 22.0 | 22.0 | 15.1 |
| Хумулин НПХ® | 100 МЕ картридж 3мл 5шт | 22.0 | 22.0 | 15.1 |
| Левемир® | 100 МЕ картридж 3мл 5шт | 58.5 | 58.5 | 62.0 |
| Хумулин регуляр ® | 100 МЕ флакон | 11.0 | 11.0 | 5.1 |
| Актрапид® | 100 МЕ флакон | 9.7 | 9.7 | 5.1 |
| Хумулин НПХ ® | 100 МЕ флакон | 11.0 | 11.0 | 5.1 |
| Ново-Микс Пенфилл® | 100 МЕ картридж 3мл 5шт | 59.4 | 59.4 | 45.8 |
| Хумулин М3® 30%, 70% | 100 МЕ флакон | 11.0 | 11.0 | 5.1 |
| Микстард НМ® | 100 МЕ флакон | 9.9 | 9.9 | 5.2 |

² Предполагает потребление 35 единиц в день на человека

³ Данный оценочный показатель использует количество 35 единиц в день на человека, несмотря на то, что пациенты с диабетом 2 типа нуждаются в большей дозе

⁴ Прием 1 таблетки в день однозначно указывает на дефицит Метформина поскольку пациенты, нуждающиеся в этом виде лекарства принимают 3 таблетки Метформина в день

30,449.80 долларов США было израсходовано на средства введения (шприц-ручки и иглы) в 2009. В ходе первоначального тендера шприцы не были закуплены. Это означало что в 75% организациях здравоохранения, которые были охвачены исследованием, шприцы совсем не имелись в наличии. Во время предыдущих тендеров, проводимых в 2007 и 2008 годах шприцы закупались централизованно Министерством Здравоохранения по цене US\$ 0.03 за единицу. По сравнению с ценами 2009 года за шприц-ручку (US\$ 30.19) и иглу (US\$ 0.09) использование шприцов дешевле в 8.6 раза, чем использование шприц-ручки для введения инъекции.

Такие пероральные противодиабетические препараты как Глибенкламид и Репаглинид закупались централизованно. Репаглинид не включен ни в список ВОЗ, ни в национальный список жизненно важных лекарств, в связи с этим неясно почему данный препарат закупался вместо Метформина. Общая сумма, затраченная на закупку пероральных лекарственных средств составила 185,780.00 долларов США.

Метформин является основным назначаемым лекарственным препаратом, но при этом он не является общедоступным лекарством в государственном секторе, что ложится тяжелым финансовым бременем на пациентов, нуждающихся в этом препарате.

Организации здравоохранения проводили внутренние тендеры для закупки пероральных лекарственных средств по мере необходимости. Некоторые учреждения использовали свои собственные средства и или средства, выделяемые городским бюджетом для закупки Метформина. Согласно предварительной оценке объем таблеток, закупаемых централизованно, находится на уровне достаточном для покрытия 30-40% от общего объема нужд. Оставшаяся часть покрывается городским бюджетом здравоохранения (приблизительно покрывает еще 40% от общего объема нужд) или покупается пациентами напрямую.

Цены на Глибенкламид и Метформин закупаемый Министерством Здравоохранения выше в 5.4 раза и 10.3 раза соответственно чем цены, предлагаемые на международном рынке. Более подробная информация представлена ниже в Таблице 11. Цены зависят от формы выпуска, размеров партии и компании, выпускающей препарат.

Таблица 10 – Соотношение цен на препараты, закупаемых Министерством Здравоохранения и международных цен

| Наименование | Доза | Стоимость за одну таблетку или стоимость за единицу инсулина (US\$) | Цены по международному руководству | Соотношение |
|--------------|--------|---|------------------------------------|-------------|
| Актрапид® | 10мл | 0.005 | 0.004 | 1.2 |
| Протафан® | 10мл | 0.005 | 0.004 | 1.2 |
| Актрапид® | 3мл | 0.009 | 0.004 | 2.2 |
| Протафан® | 3мл | 0.011 | 0.004 | 2.5 |
| Глибенкламид | 5мг | 0.014 | 0.003 | 5.3 |
| Новомикс® | 3мл | 0.031 | 0.006 | 5.4 |
| Метформин | 850 мг | 0.071 | 0.007 | 10.3 |

Форма выпуска инсулина, используемая для шприц-ручки в два раза дороже инсулина, выпускаемого в форме флакона. Также наиболее дорогой инсулин, покупаемый в Кыргызстане, в 13 раз дороже, чем инсулин продленного действия, рекомендованный ВОЗ. Таблица 12 показывает, что для данного режима лечения Кыргызстан несет более высокие затраты в связи с использованием шприц-ручек и аналогового инсулина.

Таблица 11 – Сравнение стоимости лечения с использованием флакона, шприц-ручки и аналогового инсулина

| | Стоимость за месяц | Соотношение |
|-------------|--------------------|-------------|
| Флакон | 5.84 | 1.0 |
| Шприц-ручка | 14.51 | 2.5 |
| Аналог | 49.45 | 8.5 |

- Предположения:
 - 15 единиц инсулина продленного действия в день
 - 20 единиц инсулина короткого действия в день
 - 5 инъекций с использованием одного шприца или одной иглы для шприц-ручки
 - Шприц-ручка, амортизированная через 12 месяцев

Основная проблема с инсулином связана не с общими поставками, а с распределением общего объема по всей стране. Часто отмечалось, что организации здравоохранения получают не то что заказывают, а то, что было закуплено и имелось в наличии.

В Оше также отмечалась проблема, связанная с тем, что не всегда поставляется на районный уровень затребованное количество и форма инсулина, что в основном связано не с отсутствием инсулина на складе, а несвоевременным заказом и запоздалой доставкой его до пациента. Это означает, что например, инсулин в картриджах используется для инъекции обычным шприцом и что часто пациенты с диабетом вынуждены менять режим введения инсулина.

Другой фактор связан с тем, что большое количество инсулина хранится в отдельных медицинских учреждениях районного уровня. Это объясняется нерегулярными поставками, запасы направляются только 4 раза в год, и существует необходимость обеспечения постоянного наличия инсулина на районном уровне. Таблица, приведенная ниже показывает потребление инсулина за 9 месяцев 2008 года.

Таблица 12 – Использование инсулина на районном уровне в мае-декабре 2008 года

| Вид инсулина | Выданные флаконы | Флаконы в наличии | Использованная часть в % |
|-----------------|------------------|-------------------|--------------------------|
| Хумалог® | 6 | 29 | 21% |
| НовоРапид® | 7 | 27 | 26% |
| Актрапид® 3 мл | 68 | 327 | 21% |
| Актрапид® 10 мл | 56 | 403 | 14% |
| Протафан® 3 мл | 36 | 144 | 25% |
| Протафан® 10 мл | 40 | 260 | 15% |
| Микстард®10 мл | 15 | 108 | 14% |
| Новомикс® | 2 | 10 | 20% |
| Хумулин® | 6 | 29 | 21% |

Эти данные показывают, что объем инсулина, который хранился в этом учреждении намного превышал уровень необходимый для покрытия реальных нужд. Отчасти это связано с тем, что инсулин берется прозапас в связи с дальностью расстояний и трудностями транспортировки, особенно в осенне-зимнее время, а также слабым уровнем врачей в отношении взаимозаменяемости инсулинов.

Большинство работников здравоохранения указывали что наиболее часто используемые формы инсулина – были Протафан® и Актрапид®. Более сложные режимы потребления инсулина назначаются в Бишкеке, но различные виды инсулина имелись в наличии на различных уровнях системы здравоохранения. Шприц-ручки в основном выдаются детям, подросткам и пациентам, имеющим проблемы со зрением. В назначениях, выписываемых пациентам, нуждающимся в инсулине, указан вид инсулина и количество шприцов.

4.6. Доступность и приемлемость стоимости лекарственных препаратов и лечения

Осуществляя деятельность в Кыргызстане в 2005 году, опираясь на методологию обзора цен на лекарства, используемую Всемирной организацией здравоохранения и Health Action International, было установлено, что около 30% от общего объема лекарств в Кыргызстане поступает в страну нелегально и с 2000 по 2003 годы наблюдался спад в использовании брендовых лекарственных средств с 40.2% до 11.7%. Цены, предлагаемые в частном секторе оказались высокими по сравнению с международными руководством по ценам. Если взять за основу самую низкую заработную плату государственных служащих, то согласно расчетам стоимость месячного курса лечения гипертонии составит от 1 до 3 дней заработной платы. Согласно исследованию уровень наличия лекарств был определен как достаточный притом, что генерики – заменители, самые низкие по цене лекарства, можно найти в 80% аптек, включенных в исследование.²⁰

88% людей больных диабетом опрошенных в ходе оценки по методу РАПИА проживали в 1 часе езды от медицинского учреждения, где они проходят курс лечения и получают медикаменты и большинство из них заплатили менее 100 сомов (\$США 2.31) на покрытие транспортных расходов и проезд. По мнению медицинских работников, стоимость проезда не составляет проблемы для пациентов. Они указывают, что финансовые проблемы возникают в связи с диетой и проездом до Бишкека, когда пациенту необходимо ехать на ежегодную консультацию или для получения специализированной помощи.

Таможенные пошлины и налог на добавленную стоимость были отменены в 2001 и 2003 годах в Кыргызстане в отношении лекарств. Несмотря на это, лекарства все еще остаются крайне дорогими и для большинства сельских регионов страны сохраняется проблема доступа к лекарствам.^{8 21}

В статье Хопкинсона и др.¹⁴ от 2004 года указываются на проблемы с поставками инсулина. В ходе оценки по методу РАПИА, наличие данной проблемы не подтверждено. Инсулин имелся в наличии во всех посещенных медицинских учреждениях, за исключением одного, и предоставлялся бесплатно больным, нуждающимся в данном препарате. Некоторые пероральные лекарства также предоставлялись бесплатно, а некоторые – необходимо было покупать в частной аптечной сети. Доступность лекарств на уровне частного сектора не считается проблемой, ввиду большого количества частных аптек, имеющих на большей части территории страны.

Хотя приемлемость стоимости инсулина не является проблематичной, ограниченное наличие шприцев в государственном секторе указывает на то, что многим людям приходится покупать их в частном секторе. Частным аптекам разрешается продавать товары медицинского назначения, включая шприцы, глюкометры и тест-полоски. Пероральные лекарственные средства имелись в продаже в частных аптеках, но не инсулин.

Ценовая доступность лекарств представляла проблему только для тех, кто вынужден их покупать в аптечной сети. Лечение диабета и лекарства для диабетиков, закупленные на государственные средства предоставляются бесплатно всем лицам, страдающим диабетом.

Как показывает анализ наличия пероральных лекарств, несмотря на то, что Метформин относится к терапии первой линии, в соответствии с клиническими руководствами, многих из опрошенных больных диабетом и медицинских работников указывали на ограниченные запасы этого препарата в государственном секторе. Это означает что пациенты вынуждены покупать это лекарство в частном секторе, таким образом, снижая уровень приверженности и соблюдения указаний врача. В аптечной сети чаще всего имеются оригинальные наименования сахароснижающих препаратов или под торговыми наименованиями, что ведет к более высокой цене. Данное “предпочтение” оригинальных лекарств и под торговыми наименованиями возникает вследствие предписаний врачей, продаж в аптеках в больших объемах по сравнению с генериками и ввиду бытующего мнения среди пациентов о более высоком качестве и большей эффективности этих средств. В нижеприведенной таблице предлагается информация о стоимости одной таблетки распространенных пероральных лекарственных средств для лечения диабета при покупке в частном секторе.

Таблица 13 – Средняя цена за одну таблетку широко применяемых при диабете пероральных лекарственных средств

| Генерическое название лекарства | Средняя цена за одну таблетку в сомах (\$ США) |
|--|---|
| Глибенкламид 3.5 мг | 1.3 (0.03) |
| Глибенкламид 5 мг | 1.2 (0.03) |
| Гликлазид 30 мг | 9.8 (0.23) |
| Метформин 500 мг | 5.0 (0.12) |
| Метформин 850 мг | 6.3 (0.14) |
| Метформин 1,000 мг | 9.7 (0.22) |

Объединяя эту информацию с указаниями клинического протокола, Таблица 15 показывает годовую стоимость лечения Метформином, рекомендуемой в качестве терапии первой линии, при максимальной рекомендуемой дозе 2,000 мг в соответствии с клиническими протоколами, разработанными в Кыргызстане.

Таблица 14 – Годовая стоимость лечения Метформином (при суточной дозе 1,500 мг)

| Метформин | Стоимость одной таблетки | Стоимость в год (сом) | Стоимость в год (US\$) | Общая стоимость в % от ВВП на душу населения |
|-----------|--------------------------|-----------------------|------------------------|--|
| 500 мг | 5.0 | 5,200 | 120.00 | 5.4% |
| 850 мг | 6.3 | 3,854 | 88.95 | 4.0% |
| 1,000 мг | 9.7 | 5,044 | 116.41 | 5.3% |

Еще одним фактором, влияющим на доступность лечения, является стоимость лекарств для лечения диабета и его осложнений. Лекарства часто предоставляются бесплатно при прохождении лечения в стационаре, а после выписки из стационара пациентам приходится покупать эти лекарства. В среднем, опрошенные лица затрачивают 1,429 сомов (\$ США 32.97) в месяц на лечение диабета, что составляет сумму эквивалентную 43% ВВП на душу населения в реальном выражении.

Для тех, кто желает приобрести глюкометр, сталкиваются с проблемой высокой стоимостью прибора и тест-полосок. Цены на глюкометр варьируют от 1,500 сомов (\$ США 34.62) до 5,000 сомов (\$ США 115.39). Тест-полоски к данным приборам стоят, в среднем, 24.67 сомов (\$ США 0.57). Только 18% опрошенных лиц имели собственные глюкометры, в том числе дети, получившие их бесплатно.

Доступ к шприцам представлялся крайне проблематичным из-за его качества и необходимого количества. Вопросы качества поднимались в связи с качеством игл, делениями на шприцах, а также с их непригодностью для введения инсулина, закупаемыми через государственный тендер. Врачи сказали о том, что они выдавали разное количество шприцев каждому пациенту, хотя, в среднем этот показатель составил от 10 до 20 шприцев в месяц.

Иглы для шприц-ручек также имелись в наличии, хотя, как отмечалось, наличие самих шприц-ручек представляло некоторую проблему. Сложность заключалась в заказанном количестве и фактическом, кто в них нуждается. Это означает, что пациентам приходится покупать шприцы в частном секторе. Пациенты покупают шприцы в частной аптечной сети по средней стоимости 5 сомов (\$ США 0.12; от 2.00 до 7.00 сомов, \$ США 0.05 – \$ США 0.16).

Консультации и лечение пациентов с диабетом в стационаре предоставляются бесплатно. Данные пациенты оплачивают только те услуги, которые не связаны с лечением диабета. Лабораторные анализы также проводятся бесплатно.

4.7. Медицинские работники

Несмотря на множество трудностей, низкие заработные платы и ограниченный доступ к надлежащим инструментам для проведения лечения, необходимо отметить высокий уровень знаний, а также качество лечения и приверженность своему делу со стороны врачей Кыргызстана.

В рамках программы реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими» были разработаны специальные клинические руководства в целях содействия управления состояниями здоровья на уровне первичного здравоохранения. Имеются доказательства

сокращения случаев поступления больных с двумя хроническими состояниями – гипертония и астма – благодаря реализации этих руководств. Наряду с данными руководствами, в рамках вышеуказанной программы делается упор на усиление обучения студентов и аспирантов медицинских учебных заведений.⁹ Обучение медицинских работников в Кыргызстане проводится Кыргызской государственной медицинской академией, КРСУ и медицинским факультетом в Ошского ГУ и 6 медицинскими училищами.

На 4-м году обучения в медицинском учебном заведении, программа включает 57-часовой курс эндокринологии. На 5-м и 6-м годах обучения, эндокринология является частью курса общей терапии. После завершения учебы студенты проходят 1 год интернатуры, но мало кто из них выбирает эндокринологию для специализации. Некоторые специалисты выезжают в Москву на учебу при финансовой поддержке со стороны фармацевтических компаний. Каждые пять лет врачи проходят курсы повышения квалификации в Бишкеке.

В Кыргызстане работают 43 эндокринолога, хотя специализация в педиатрической эндокринологии фактически не предлагается. Во многих областях имеются эндокринологи, которые необязательно являются специалистами в данной области, но могут выступать в качестве ответственного лица по лечению диабета и других эндокринных нарушений. Присутствие “контактного лица” по эндокринологии на районном уровне в ЦСМ служит в качестве основы для управления вопросами диабета даже на районном уровне. Многие из опрошенных лиц указали на то, что врачи ГСВ не могут оказать специализированную медицинскую помощь в лечении СД или несколько “боятся” заниматься лечением этой болезни, когда возникает вопрос применения инсулина. Только 43% ГСВ, принявших участие в опросе, указали, что занимаются лечением диабета. У некоторых из опрошенных лиц сложилось впечатление о том, что упор на семейную медицину означает отсутствие внимания к диабету и нехватку специалистов, занимающихся лечением СД. При сложившейся ситуации, врачи на центральном уровне указывают о влиянии данного фактора на своевременное установление диагноза.

64% опрошенных медицинских работников указывают на недостаточное обучение для лечения лиц с диабетом типа 1. Однако 64% считают, что они достаточно обучены для того, чтобы заниматься лечением диабета второго типа.

Врачи на первичном уровне должны быть обучены и должны уметь диагностировать диабет и управлять несложным диабетом типа 2, при котором инсулин не требуется. Подходы, применяемые этими врачами, должны также включать диагностику и лечение с учетом факторов риска. Эта работа была проведена по гипертонии наряду с предоставлением оборудования и проведением тренингов. Однако, многие врачи и администраторы упоминали о том, что проведенные тренинги были крайне теоретическими и не обеспечивали врачей практическими знаниями для оказания воздействия на их ежедневную работу.

Медицинские сестры в Кыргызстане не играют никакой роли в процессе управления диабетом. Преимущественно, их роль является административной и заключается в следовании указаниям врачей. Некоторые из медсестер в более специализированных учреждениях прошли тренинги без отрыва от работы, хотя программа не включала никаких конкретных вопросов по диабету. Были разработаны специальные тренинги для

медсестер и программы переподготовки, но, на настоящее время, никакой работы относительно диабета не проводилось.

Различные программы тренингов были созданы различными организациями для разных уровней системы здравоохранения. Диабетическая Ассоциация Кыргызстана (ДАК) разработала программу тренингов для врачей и провела эти тренинги для 40 врачей в Бишкеке. Тренинги разрабатывались с упором на вопросы об инсулине, применения различных пероральных лекарственных средств, о том, что такое диабет, о хронических состояниях и острых осложнениях заболевания. Для проведения данной работы, ДАК сотрудничала с Ассоциацией лечения внутренних болезней. Дополнительно проводились тренинги фармацевтическими компаниями, которые также не обеспечили сотрудников системы здравоохранения практическими навыками, необходимыми для ведения состояний диабета.

Были организованы тренинги для медсестер, но результаты этого мероприятия оцениваются как неудовлетворительные, поскольку после возвращения на свои рабочие места, участники не получали необходимую поддержку. Несмотря на это, как сообщили на республиканском уровне, были проведены курсы на областном уровне, результаты этих мероприятий оказались также неощутимыми. Многие администраторы указывали на то, что, несмотря на множество организовываемых курсов, практических результатов не видно.

Были разработаны клинические протоколы, затрагивающие различные аспекты диабета. Они основаны на “золотых стандартах”, установленных Американской Диабетической Ассоциацией и Европейской ассоциацией для изучения диабета. Данные клинические протоколы тщательно разработаны и подробно изложены с целью обеспечения рекомендациями по диагностированию, лечению и ведению этих состояний. Данные руководства все еще предстоит распространить среди врачей. Некоторые из диагностических инструментов и тестов не имеются в Кыргызстане. Кроме того, возможно работникам системы здравоохранения необходимы тренинги о новых методах лечения диабета, и дополнительная информация о профилактике и ее связи с диетой, занятием спорта и уходу за стопой, предоставляемые в качестве образовательной базы для лиц больных диабетом. Также как выяснилось в ходе обсуждений с медицинскими работниками, многие из них не осведомлены о различных видах инсулина и действиях этого препарата, каким образом начинать инсулиновую терапию и объяснениях принимающим инсулин пациентам важности поддержания баланса между дозировкой инсулина и содержанием углеводов в их питании.

Согласно клиническому протоколу, разработанному для Кыргызстана, в качестве терапии первой линии при лечении диабета должен использоваться Метформин. Эти клинические руководства еще предстоит распространить среди медицинских учреждений, но, согласно вышеупомянутым заключениям, Метформин не имелся в наличии в медицинских учреждениях, включенных в обзор, что указывает на то, что те, кто нуждается в данном препарате, вынуждены покупать его в частном секторе.

Большое количество пациентов, осматриваемых одним врачом, указывают на то, что пациентам выделяется мало времени. В связи с чем пациенты очень мало осведомлены о необходимых мероприятиях, которые они должны соблюдать в связи с их заболеванием. Это является также следствием того, что врачи ограничены в различных обучающих тренингах и информационных материалах.

4.8. Приверженность

Вопрос соблюдения указаний и приверженности лечению часто подвергается влиянию двух основных факторов: осведомленности пациентов и стоимости лечения.

Вопрос дисциплинированности пациентов упоминался многими врачами в качестве причины слабого соблюдения указаний врача со стороны пациентов. Без сомнения, эти факторы тесно связаны со слабыми знаниями и, следовательно, с низким уровнем осведомленности. Вопрос повышения осведомленности пациента анализируется в разделе ниже.

При рассмотрении вопросов, связанных с плохой дисциплиной, врачи указывали на то, что пациенты не хотят принимать лекарства в течение длительного срока, наличие финансовых проблем, связанных с необходимостью соблюдения диеты, недостаточное понимание и низкий общий уровень образования. А также влияние других состояний пациента, отражающихся на их приверженности лечению и общей стоимости данного лечения.

Угрозы возникновения осложнений использовались врачами для усиления соблюдения указаний пациентами. Однако пациенты начинают соблюдать указания только после возникновения осложнений.

Врачи указывали на то, что больные диабетом первого типа были больше склонны к соблюдению указаний, и что хорошо управляемые пациенты – это те, кто следуют рекомендациям, соблюдают диету и следят за своим состоянием. Также, пациенты, обладающие более крупными финансовыми средствами, оказались также более склонны соблюдать указания врачей. Также, многие пациенты меняют свое поведение после первоначальной постановки диагноза или на время госпитализации, но как только им становится лучше, они снова перестают следовать диете и указаниям по лечению.

Проблема, связанная с диетой заключается в том, что традиционное питание в Кыргызстане характеризуется высоким содержанием жиров и углеводов. Рекомендации медицинских работников не отражают реальное состояние, которое испытывают большинство людей больных диабетом.

Больные диабетом первого типа в возрасте до 15 лет, обычно, относятся к легко управляемым, поскольку родители играют важную роль в лечении ребенка. Однако, по мере взросления детей возникают проблемы психологического характера, влияющие на приверженность лечению и соблюдению указаний. Указывалось на то, что многие подростки “устают” принимать инсулин.

Что касается финансовых вопросов, проблема возникает преимущественно у больных диабетом второго типа, вынужденных покупать Метформин в частном секторе, притом, что стоимость лечения составляет почти 7.4% ВВП на душу населения.

4.9. Образование и расширение возможностей пациентов

Школы диабета и образовательные центры для повышения осведомленности о диабете были созданы при Городском эндокринологическом диспансере и Отделении эндокринологии в Национальной Центре охраны материнства и детства при участии ДАК и Кыргызской Диабетической Федерации (КДФ). Образовательные центры также имеются в Национальном госпитале.

В разных учреждениях врач отвечает за проведение образовательных мероприятий, но, как сказали опрошенные, врачи часто слишком заняты и не имеют возможности выполнять обучающую роль.

Определенные информационные и образовательные материалы для пациентов предоставляются фармацевтическими компаниями и часто эти материалы имеются только на русском языке, в то время как многие пациенты, особенно те, кто проживают за пределами Бишкека, говорят только на кыргызском языке. Также необходимо выяснить адаптированы ли эти материалы к социально-экономической ситуации в стране и режиму питания в Кыргызстане.

Школа диабета весьма успешно проводит семинары в Национальном госпитале и Ошской областной детской больнице для повышения уровня осведомленности пациентов о диабете первого типа. Эти семинары предназначаются для детей и для семей в целом, освещая все вопросы, касающиеся того, в каком месте и как вводить инъекцию, как определять дозу и как правильно питаться.

Обучение пациентов второго типа проводится на крайне неудовлетворительном уровне и не адаптировано с учетом местных социальных и культуральных факторов, особенно по вопросам питания. Большая часть этой информации предоставляется врачами пациентам в ходе консультаций, время которых недостаточно для эффективного обучения.

4.10. Участие сообществ и диабетических ассоциаций

В Национальной программе здравоохранения, принятой правительством, установлена четкая приверженность цели, направленной на вовлечение населения Кыргызстана в решение вопросов здоровья и важность роли «социальной мобилизации в усилении возможностей сообществ для удовлетворения потребностей, связанных со здоровьем на местном уровне».⁹ Эти мероприятия включены в первый компонент программы «Манас Таалими».

ДАК (член ассоциации МДФ) создана в 1998 году с целью защиты прав лиц страдающих диабетом. Она базируется в Бишкеке и разрабатывает мероприятия для реализации в других регионах Кыргызстана. Эти мероприятия включают тренинги для врачей и пациентов. Ассоциация насчитывает около 500 членов. ДАК установила рабочие отношения со множеством международных НПО, уделяющих внимание вопросам повышения осведомленности о диабете, преимущественно среди представителей руководящих органов. Например, Ассоциация получала глюкометры для детей в подарок от НПО из Германии, но эта поддержка в настоящее время прекращена. Кроме того, были организованы мероприятия по проведению Всемирного дня диабета и привлечению финансовых средств. Основные мероприятия ДАК также направлены на обеспечение реализации закона КР «О диабете».

В настоящее время, ДАК уделяет больше внимания вопросам адвокации. Так, например, Ассоциация являлась главным участником, поднимавшим вопрос о закупке шприцов, не пригодных для введения инсулина

Кыргызская диабетическая федерация (КДФ) была создана около года назад. Она создана родителями детей с диабетом первого типа. Деятельность КДФ сосредоточена на образовании родителей. В дополнение к открытию школы диабета при Национальном Центре охраны материнства и детства, Федерация открыла «горячую линию» при

координации с врачами. Данная организация направляет свои усилия на решение вопросов, связанных с социальными и психологическими проблемами, испытываемыми молодыми людьми с диабетом первого типа.

Большинство мероприятий, реализуемых этими организациями, сосредоточены в Бишкеке и, несмотря на ограниченность ресурсов, они смогли выполнить важную работу для оказания помощи диабетикам Кыргызстана.

Еще один проект, занимающийся вовлечением сообществ в решение вопросов укрепления здоровья – это проект реализуемый Кыргызско-Швейцарским проектом по поддержке реформ здравоохранения (КШПРЗ) по созданию сельских комитетов здоровья (СКЗ). Проблемы со здоровьем, являющиеся наиболее актуальными для данного сообщества, определяются на местном уровне путем проведения обсуждений внутри сообщества. Приоритеты основываются на результатах обсуждений, проводимых внутри сообщества и официальной статистике о нагрузке, связанной с данной болезнью.

Такая расстановка приоритетов происходит на уровне сел и затем консолидируется на уровне области. В рамках данного проекта, гипертония установлена как одна из главных проблем. После определения приоритетов, КШПРЗ оказывает поддержку в разработке проектов, направленных на решение поставленных проблем. Например, проверки, инициированные СКЗ с целью установления диагноза гипертонии при помощи автоматического сфигмоманометра были направлены на определение лиц с высоким артериальным давлением с последующим их направлением в медицинские учреждения, постановкой на учет в ЦСМ и последующего отслеживания соблюдения этими людьми указаний врача. В рамках данного проекта по гипертонии решаются и вопросы режима питания. Кроме того, разрабатываются образовательные материалы, адаптированные к местной культуре и данный проект стал успешным в регулировании поведенческих норм в отношении потребления алкоголя через решения, принимаемые сообществом.

4.11. Благоприятная законодательная среда

В рамках программы реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими» существуют четыре приоритетные программы, включающие следующее:⁹

1. Снижение уровня материнской и детской смертности через расширение охвата услугами в области доказательной медицины.
2. Снижение уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза (ТБ) и респираторных болезней путем эффективной реализации стратегий лечения под непосредственным наблюдением, краткий курс (DOTS) и практические подходы по здоровью легких (PAL).
3. Профилактика и более эффективное лечение сердечно-сосудистых болезней.
4. Ограничение распространения инфекций ВИЧ /СПИДа, БППП и наркомании.

Особый интерес вызывает приоритет номер 3 ввиду его тесной взаимосвязи и сходства факторов риска при ССЗ и диабете. В Национальной программе предлагаются два основных способа решения вопросов, связанных с ССЗ, заключающиеся в следующем:⁹

1. Реализация эффективных мер профилактики среди общего населения, сообщества, местных органов власти и НПО (Первичная профилактика)
2. Совершенствование системы предоставления услуг в целях усиления мер профилактики и лечения сердечнососудистых болезней (Первичная и вторичная профилактика)

Интересно отметить, что из четырех приоритетов программы, три из них охватывает хронические болезни, ССЗ, (хронические неинфекционные болезни) и ТБ, ВИЧ/СПИД (хронические инфекционные болезни). Однако диабет не включен в национальную стратегию.

В 2006 году, вступил в силу закон КР «О сахарном диабете»²². Законом устанавливается, что лечение больных диабетом должно осуществляться бесплатно, а инсулин, пероральные лекарственные средства и услуги по мониторингу содержания сахара в крови должны предоставляться бесплатно. Данный закон ставит своей целью регулировать управление и реализацию системы гарантированных государством экономических, социальных, юридических и медицинских мер профилактики диабета среди населения Кыргызстана.

Данный закон обеспечивает:

- Приоритетность первичной профилактики и приверженность здоровому образу жизни
- Социальную справедливость и равный доступ к услугам по профилактике, лечению и реабилитации
- Проведение научно обоснованных мероприятий
- Бесплатное обеспечение лекарственными средствами и приборами самостоятельного мониторинга для лиц с диабетом
- Проведение тренингов для медицинских работников по повышению уровня осведомленности и консультации по вопросам диабета.
- Предоставление равных возможностей всем лицам больным диабетом во всех сферах, включая образование, спорт и профессиональная деятельность
- Пособия по утере трудоспособности

Данный закон привел к созданию специальных условий для централизованных закупок инсулина и управлению этим вопросом Министерством здравоохранения. Однако многие другие составляющие данного Закона остаются нереализованными, например, бесплатное обеспечение глюкометрами. Данный Закон создает основу для определения ответственности правительства по отношению к больным диабетом.

В дополнение к данному Закону, больные диабетом имеют право на получение справки об инвалидности, что позволит им получать пособие по инвалидности.

5. Обсуждение

В данном отчете поднимаются вопросы организации системы здравоохранения с тем, чтобы эффективно управлять диабетом и другими хроническими болезнями, роль каждого уровня системы здравоохранения в лечении диабета. Принимая во внимание важность семейной медицины и роль семейных врачей, занимающихся лечением диабета, требуется проведение соответствующего практического обучения и предоставления им ресурсов. Очевидно, что необходимо решать проблему отсутствия необходимых средств диагностики на соответствующих уровнях в системе здравоохранения, включая необходимые инструменты для диагностики осложнений.

Кроме общей организации системы здравоохранения, существуют потребности в организации каждой консультации таким образом, чтобы обучение стало составной частью данного взаимодействия между пациентом с диабетом и системой здравоохранения. Это потребует специального обучения для работников системы

здравоохранения по работе с пациентами, включая медицинских сестер, и разработку социальных и культурально адаптированных материалов. Необходим творческий подход для реализации данного предложения путем вовлечения различных медицинских работников, представителей сообществ и диабетических ассоциаций.

Диабетические ассоциации могут играть важную роль, помогая улучшить управление лечением диабета. В Кыргызстане, несмотря на трудности, обе существующие организации помогли включить проблемы диабета в повестку дня. Большинство проводимых ими мероприятий осуществляются в Бишкеке, и необходимо определить их роль в области адвокации, обучении пациентов и оказания содействия системе здравоохранения.

Другой особый организационный аспект заключается в использовании стационарного лечения больных диабетом. Теоретически, больные диабетом люди должны проводить в больнице 1 – 2 дня в год. Необходимость госпитализации должна определяться в соответствии с четкими критериями и быть связана с разработанными руководствами по лечению

Сбор данных является неотъемлемой частью данной реорганизации системы здравоохранения. Разрабатывается диабетический регистр, но на момент подготовки данного отчета была не ясна будущая роль данного регистра. Одной из ключевых функций является совершенствование управления поставками и распределением противодиабетических средств (инсулин, пероральные лекарства, средства диагностики и др.)

Что касается лекарственных средств, Кыргызстан должен проанализировать свои закупки как пероральных лекарственных средств, так и инсулина. Если следовать рекомендациям ВОЗ и других международных организаций, то существует возможность обеспечить серьезную экономию средств. Очевидно, что данные решения должны соответствовать разработанным клиническим протоколам. Также требуют решения вопросы, относящиеся к механизму распределения и обеспечения холодной цепи.

Национальная политика здравоохранения Кыргызстана сфокусирована на первичной профилактике. Соответствующие профилактические меры по диабету будут выгодны в плане решения проблем, связанных со многими неинфекционными заболеваниями, поскольку они подвержены многим факторам риска. При этом профилактические меры необходимо включить в политику правительства в различных областях (торговля, финансы, сельское хозяйство, образование и т.д.) и адаптировать их к социально-культуральному контексту Кыргызстана.

Одним из возможных путей решения данных проблем является разработка Партнерской Программы под эгидой МДФ, поскольку МДФ управляется в Мозамбике при поддержке Диабетического Агентства Великобритании.²³

Рекомендации, представленные в таблице, разработаны с целью предоставления практических способов решения обозначенных проблем с учетом ограниченности ресурсов в Кыргызстане.

6. Рекомендации

| | Результаты | Рекомендации | Ожидаемое воздействие на: | |
|--|---|--|--|--|
| | | | Пациентов с диабетом | Систему здравоохранения |
| Организация системы здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> Различные пути пациентов в разных областях, охваченных исследованием В некоторых случаях были замечены самостоятельные направления из периферии в Бишкек | Стандартизация и организация путей пациента | <ul style="list-style-type: none"> Более четкие пути для получения соответствующего лечения Меньше времени затраченного на ожидание в очереди Больше информации о диабете Меньше осложнений Сниженная стоимость (транспортировка стационарное лечение и т.д.) | <ul style="list-style-type: none"> Снижение бремени для пациента Пациенты наблюдаются на соответствующем уровне системы здравоохранения (специалисты не наблюдающие рутинные случаи) |
| | Образование не включено в консультацию | Включить обучение пациентов с диабетом в медицинскую консультацию качестве составной части | | |
| | Один или два раза в год пребывание в стационаре на районном, областном или республиканском уровне (каждый год) | Провести оценку доказательной базы для ежегодного стационарного лечения для пациентов с диабетом | | |
| Сбор данных | Диабетический регистр находится на стадии разработки и пилотного тестирования в отдельных регионах | Четко определить роль диабетического регистра и обеспечить его применение в планировании и | <ul style="list-style-type: none"> Улучшенный доступ к лечению и лекарственным препаратам Улучшенное | <ul style="list-style-type: none"> Улучшенное планирование и принятие решений по: <ul style="list-style-type: none"> о медикамента |

| | Результаты | Рекомендации | Ожидаемое воздействие на: | |
|---------------------|--|--|---|---|
| | | | Пациентов с диабетом | Систему здравоохранения |
| | страны | принятии решений | лечение поскольку работник здравоохранения имеет всю информацию о пациенте | <ul style="list-style-type: none"> ○ м ○ консультация ○ м ○ кадровое обеспечение ● Более качественные данные, используемые для отчетности |
| | Надежность данных и использование данных для целей планирования | Улучшить использование всех собранных данных (качество и надежность) и использование этих данных для планирования и отчетности | | |
| Профилактика | Недостаточное количество профилактических кампаний на уровне первичной медицинской помощи | Увеличить использование социально и культурально адаптированных методов первичной профилактики на основе мероприятий, посвященных Всемирному дню диабета | <ul style="list-style-type: none"> ● Повышенный уровень знаний о диабете и факторах риска ● Раннее выявление диабета ● Повышенный уровень знаний по ведению диабета ● Ранняя диагностика диабета и связанных с ним осложнений | <ul style="list-style-type: none"> ● Сниженное бремя диабета (в долгосрочной перспективе) ● Раннее выявление пациентов с диабетом ● Раннее выявление диабета и связанных с ним осложнений ● Общее снижение бремени диабета и связанных с ним осложнений |
| | Проблемы раннего выявления диабета в связи с недостаточным уровнем знаний <ul style="list-style-type: none"> ○ Общее население ○ Работники здравоохранения | Повысить осведомленность медработников и населения в целом о диабете и связанных с ним факторах риска и симптомах | | |

| | Результаты | Рекомендации | Ожидаемое воздействие на: | |
|------------------------------------|--|---|--|---|
| | | | Пациентов с диабетом | Систему здравоохранения |
| | <p>Обучению пациентов не придается приоритетное значение</p> <p>Некоторые проблемы существуют в отношении лечения отдельных осложнений</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Обучение ○ Диагностические инструменты | <p>Улучшить образование пациентов и интегрировать его в консультации по диабету</p> <p>Увеличить количество тренингов для работников здравоохранения и улучшить поставки необходимого оборудования на основе подхода адаптированного к каждому уровню системы здравоохранения</p> | | |
| Диагностические инструменты | <p>Доступность отдельных лабораторных инструментов</p> <p>Проблемы с реактивами и расходными материалами наблюдались в посещенных организациях в разной степени</p> <p>Серьезная нехватка</p> | <p>Улучшить доступность диагностических инструментов и инструментов необходимых для ведения осложнений связанных с диабетом</p> <p>Определить инструменты, которые должны быть представлены на разных уровнях системы</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Раннее выявление диабета • Улучшенное ведение диабета • Ранняя диагностика осложнений связанных с диабетом | <ul style="list-style-type: none"> • Раннее выявление пациентов с диабетом • Ранняя диагностика осложнений связанных с диабетом • Общее снижение бремени диабета и осложнений связанных с диабетом |

| | Результаты | Рекомендации | Ожидаемое воздействие на: | |
|---|--|---|---|---|
| | | | Пациентов с диабетом | Систему здравоохранения |
| | инструментов для диагностики осложнений | здравоохранения (разработка набора инструментов для ведения диабета) | | |
| Закупка и поставка лекарственных средств | Различия между рекомендациями списка жизненно важных лекарств ВОЗ и списка жизненно важных лекарств КР Высокая общая стоимость в связи с закупкой инсулина для шприц-ручек и аналогового инсулина | Следовать руководству ВОЗ в отношении закупаемых видов инсулина и лекарственных препаратов Связать закупки с клиническими руководствами | <ul style="list-style-type: none"> Улучшенный доступ к лекарственным средствам | <ul style="list-style-type: none"> Снижение финансового бремени в плане общей суммы затрат на закупку лекарственных средств Более эффективное использование средств |
| | Проблемы с подсчетом потребностей, необходимого для диабетических поставок | Улучшить планирование закупок | | |
| | Закон о закупках устанавливает, что тендер необходимо проводить по лотам Поднимаются вопросы в отношении необходимости адаптации закона о государственных | Пересмотреть закон о государственных закупках на предмет его соответствия процессу закупок лекарственных средств Внести поправки по мере необходимости | | |

| | Результаты | Рекомендации | Ожидаемое воздействие на: | |
|--|--|---|---|--|
| | | | Пациентов с диабетом | Систему здравоохранения |
| | закупках к процессу закупок лекарственных средств | | | |
| | Высокая стоимость лекарственных средств по сравнению с международными ценами | Тендеры на поставку крупных партий генериков от производителей гарантирующих качество | | |
| | Основная проблема с инсулином связана не с общими поставками но с распределением общего объема по всей стране Большое количество инсулина хранимое в некоторых учреждениях на районном уровне | Улучшить систему распределения инсулина и других диабетических лекарств | | |
| Доступ к лекарственным средствам и лечению и их доступность по цене | Проблемы с поставками и распределением шприцов | Связать поставки шприцов с поставками инсулина | <ul style="list-style-type: none"> Улучшенный доступ к лекарственным средствам | <ul style="list-style-type: none"> Более эффективное использование ресурсов |

| | Результаты | Рекомендации | Ожидаемое воздействие на: | |
|----------------------------------|---|---|--|--|
| | | | Пациентов с диабетом | Систему здравоохранения |
| | <p>Пероральные лекарства, такие как Глибенкламид и Репаглинид, доступны в государственном секторе</p> <p>Метформин, являясь лекарством первой линии, тем не менее не закупается централизованно в достаточных объемах</p> | <p>Обеспечить основными пероральными лекарственными средствами в которых нуждаются пациенты с диабетом, например, Метформин не закупается в достаточном объеме</p> | <ul style="list-style-type: none"> Снижение финансового бремени | <ul style="list-style-type: none"> Улучшенное ведение пациентов |
| Работники здравоохранения | <p>Терапевты на способны вести случаи диабета</p> <p>Медсестры в Кыргызстане не играют никакой роли в ведении диабета</p> <p>Были инициированы различные программы по обучению, но данные программы не предоставляют медицинским работникам практические инструменты по лечению диабета</p> | <p>Обеспечить соответствующие тренинги</p> <p>Повысить количество практических тренингов для работников здравоохранения на различных уровнях системы здравоохранения</p> <p>Определить роль медсестер в ведении диабета</p> | <ul style="list-style-type: none"> Усовершенствованный уход и лечение | <ul style="list-style-type: none"> Медицинский персонал с повышенным уровнем квалификаций Улучшенное ведение диабета |

| | Результаты | Рекомендации | Ожидаемое воздействие на: | |
|---|---|---|--|--|
| | | | Пациентов с диабетом | Систему здравоохранения |
| Приверженность | <p>Низкая приверженность в связи с:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пациенты с диабетом второго типа вынуждены покупать Метформин на свои средства • Слабый уровень знаний | <p>Усилить обучение пациентов и улучшить доступность лекарственных средств, особенно Метформина (смотри другие рекомендации по обучению пациентов и улучшению доступа к лекарственным средствам и их доступности по цене)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Улучшенное знание диабета • Улучшенный доступ к лекарственным средствам • Снижение финансового бремени • Снижение случаев осложнений и госпитализаций | <ul style="list-style-type: none"> • Улучшенное лечение и ведение диабета со стороны пациентов • Снижение случаев поступления пациентов • Снижение пациентов с осложнениями |
| Образование пациентов и расширение их возможностей | <p>Врач обязан обучить пациента, но зачастую слишком занят и не имеет времени на обучение пациента</p> <p>В некоторых случаях имеются информационные и образовательные материалы, но ни не адаптированы к контексту Кыргызстана</p> | <p>Вовлечь медсестер в обучение пациентов</p> <p>Интегрировать обучение в процесс консультации</p> <p>Разработать материалы по обучению пациентов на кыргызском и русском языках и адаптировать их к социальному и культуральному контексту</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Улучшить знание о диабете | <ul style="list-style-type: none"> • Улучшенное лечение и ведение диабета со стороны пациентов • Активное вовлечение медсестер в лечение диабета |
| Участие общества и диабетических ассоциаций | <p>Большая часть мероприятий, проводимых</p> | <p>Определить роль диабетических ассоциаций</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Развитие поддержки со стороны | <ul style="list-style-type: none"> • Развитие поддержки со стороны |

| | Результаты | Рекомендации | Ожидаемое воздействие на: | |
|--|--|--|---|--|
| | | | Пациентов с диабетом | Систему здравоохранения |
| | <p>ассоциациями, сосредоточены в Бишкеке</p> <p>Сельские Комитеты Здоровья, созданные Кыргызско-Швейцарским Проектом занимаются вопросами гипертонии</p> | <p>Провести связи между диабетом и Кыргызско-Швейцарским Проектом по СКЗ</p> | <p>сообществ и проведение мероприятий</p> | <p>сообществ и проведение мероприятий</p> <ul style="list-style-type: none"> • Партнер по решению проблем, связанных с увеличением бремени диабета |
| <p>Позитивная законодательная среда</p> | <p>ССЗ включены в Национальную Стратегию Здравоохранения</p> <p>Наличие закона о диабете</p> | <p>Подчеркнуть связь между ССЗ и диабетом и общими факторами риска</p> <p>Разработать план действий по диабету</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Соответствующая стратегическая и законодательная база • Внимание Правительства к данному вопросу | <ul style="list-style-type: none"> • Соответствующая законодательная база, выступающая в качестве руководства в национальном и международном контексте (доноры) |

8. Благодарность

Авторы данного отчета выражают свою признательность за поддержку оказанную Целевой Рабочей Группой Международной Диабетической Федерации по инсулину, тест-полоскам и другим диабетическим поставкам, в особенности, Д-ру Лэрри Диб, Председателю Целевой Рабочей Группы и Дэлис Ган.

Минздрав КР

Глубокая благодарность выражается директорам и персоналу следующих учреждений и организаций:

- Детская Городская Больница г. Бишкек
- Городской Эндокринологический Диспансер, г. Бишкек
- Отделение Эндокринологии при Национальном Госпитале
- Национальный Институт Кардиологии
- Ассоциация Группы Семейных Врачей
- Ассоциация эндокринологов и диабетологов КР
- Диабетическая Ассоциация Кыргызстана
- Диабетическая Федерация Кыргызстана
- Городская больница №1, г. Бишкек
- Национальная Офтальмологическая Больница
- Областной ЦСМ, г. Каракол
- Областная больница, г. Каракол
- Районный ЦСМ, Джети-Огузский район
- Районная больница, Джети-Огузский район
- Районный ЦСМ, Иссыкульский район
- Районная больница, Иссыкульский район
- ЦСМ №8, г. Бишкек
- ЦСМ №16, г. Бишкек
- ЦСМ г. Ош
- Ошская областная больница
- Районный ЦСМ, Ноокатский район
- Районная больница, Ноокатский район
- Районный ЦСМ, Карасуйский район
- Районная больница, Карасуйский район
- Ошская областная детская больница

А также всем другим лицам, кто уделил свое время.

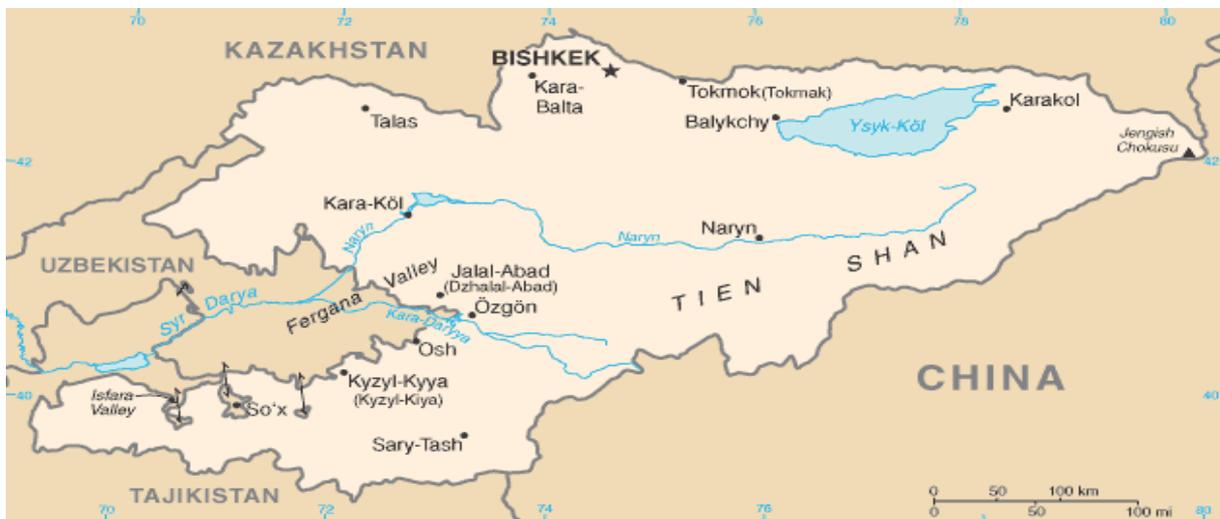
Особая благодарность выражается Управляющим Международного Инсулинового Фонда: Джон Боуис МЕР, Д-ру Максимилиану де Куртэну, Профессору Джефри Гиллу, Профессору Херри Кин, Профессору Айеша Мотала, Д-ру Каушику Рамайя, Профессору Соломону Тесфайе, Профессору Стефену Томлинсону, Профессору Нигелю Анвину и Профессору Джону С. Юдкину за постоянную поддержку и приверженность.

Пилотное исследование РАПИИ в Кыргызстане было проведено при поддержке Международного Диабетического Фонда и Международный Инсулиновый Фонд получил поддержку от Ассоциации Диабета Великобритании, Диабетического Фонда и Всемирной Организации Здравоохранения для проведения оценки РАПИИ.

Международная Диабетическая Федерация получила грант от Sanofi-Aventis и Lilly Foundation для финансирования данного проекта.

Приложения

Приложение 1 – Карта Кыргызстана



Приложение 2 – источники финансирования ФОМС

Таблица 15 – источники финансирования ФОМС

| Группа населения | Источник финансирования |
|--|---|
| Служащие, включая служащих работающих в официальном секторе | 2% отчисляемые работодателем в фонд заработной платы |
| Госслужащие и государственные предприятия | |
| Работающие не по найму | Покупка полиса обязательного медицинского страхования |
| Частные фермеры | 6% от базовой ставки земельного налога |
| <ul style="list-style-type: none"> • Дети до 16 лет • Дети, посещающие школу до 18 лет • Студенты базового, среднего и высшего образования до 21 года | 1.5 x минимальная зарплата – выплачивается в Республиканский бюджет |
| Инвалиды с детства и лица, получающие социальные и государственные льготы | |
| Пенсионеры | |
| Зарегистрированные безработные | |

Адаптировано из ⁸

Приложение 3 – Статистика в отношении случаев диабета в Кыргызстане за 2002-2008

| Общее количество случаев в год | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Инсулинозависимый диабет | 2,525 | 2,202 | 2,192 | 2,288 | 2,366 | 2,322 | 2,238 |
| Итого по диабету | 22,775 | 23,605 | 23,626 | 25,420 | 25,338 | 28,077 | 28,893 |
| % инсулинозависимых | 11.1% | 9.3% | 9.3% | 9.0% | 9.3% | 8.3% | 7.7% |
| % прироста, итого | | 3.6% | 0.1% | 7.6% | -0.3% | 10.8% | 2.9% |
| % роста инсулинозависимых | | -12.8% | -0.5% | 4.4% | 3.4% | -1.9% | -3.6% |
| Общее увеличение (итого) | | | | | | | 26.9% |
| Общее увеличение (инсулинозависимый) | | | | | | | -11.4% |

Приложение 4 – Данные по распространённость диабета в Кыргызстане

| Область | Итого за 2007 год | | | Итого за 2008 год | | |
|------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------|------------------|-----------------------|
| | Взрослые | Подростки | Дети до 14 лет | Взрослые | Подростки | Дети до 14 лет |
| Г. Бишкек | 1616.9 | 138.2 | 30.3 | 1550.1 | 133.5 | 34.5 |
| Г. Ош | 928.1 | 40.6 | 15.4 | 940.4 | 16 | 15 |
| Баткенская область | 601 | 13.3 | 3.6 | 641.4 | 16.8 | 5 |
| Джалалабадская область | 610.8 | 13.2 | 11 | 667.8 | 3.4 | 12 |
| Иссыкульская область | 869.8 | 43.8 | 11.8 | 912 | 10.1 | 10.9 |
| Нарынская область | 530.5 | 15.6 | 4.6 | 553.3 | 26.6 | 8.2 |
| Ошская область | 466.5 | 0 | 7.6 | 503 | 60.1 | 6.3 |
| Талаская область | 543.7 | 39.5 | 8.3 | 595.6 | 0 | 6.9 |
| Чуйская область | 935.6 | 12.8 | 8 | 937 | 15.2 | 8.9 |

References

1. World Health Organization. Diabetes Action Now: An initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation. Geneva: World Health Organization, 2004.
2. United Nations General Assembly. World Diabetes Day. New York: United Nations, 2006.
3. International Diabetes Federation. About insulin: International Diabetes Federation.
4. Beran D, Yudkin J, de Courten M. Assessing health systems for insulin-requiring diabetes in sub-Saharan Africa: developing a 'Rapid Assessment Protocol for Insulin Access'. *BMC Health Services Research* 2006;6(1):17.
5. Central Intelligence Agency. Kyrgyzstan Country Profile, 2009.
6. United Nations Development Programme. Human Development Report 2009. New York: United Nations Development Programme, 2009.
7. Telishevka M, Chenett L, McKee M. Towards an understanding of the high death rate among young people with diabetes in Ukraine. *Diabet Med* 2001;18(1):3-9.
8. Meimanaliev AS, Ibraimova A, Elebesov B, Rechel B. Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System Policies, 2005.
9. Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Kyrgyz Republic National Health Care Reform Program «Manas Taalimi» on 2006-2010: Executive Brief. Bishkek: Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, 2006.
10. World Health Organization. Kyrgyzstan Country Health Profile, 2009.
11. World Bank. Millennium Development Goals for Health in Europe and Central Asia. Washington D.C.: World Bank, 2004.
12. Akunov N, Ibraimov A, Akkazieva B, Pankova O, Jakkab M, Kojokeev K. Quality of treatment and prevention of cardiovascular diseases in the in the Kyrgyz Republic. Bishkek: Health Policy Analysis Unit, Center for Health System Development, 2007.
13. Jakab M, Lundeen E, Akkazieva B. Health System Effectiveness in Hypertension in Kyrgyzstan. Bishkek: Health Policy Analysis Unit, Center for Health System Development, 2007.
14. Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, Kutzin J. The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan. *Int J Health Plann Manage* 2004;19(1):43-61.
15. Young JH, Parler P, Bristol B, Klag MJ. The coming epidemic: hypertension in rural Kyrgyzstan, Central Asia. *J Hum Hypertens* 2005;19(2):145-8.
16. Kessner D, Kalk C, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *N Engl J Med* 1973;288:189-94.
17. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care* 2006;29(5):1007-11.
18. International Diabetes Federation. International Diabetes Federation Diabetes Atlas 3rd Edition. Brussels: International Diabetes Federation, 2006.
19. World Health Organization. 15th Model List of Essential Medicines. Geneva: World Health Organization, 2007.
20. Drug Information Centre DoDPaME, Ministry of Health, Kyrgyz Republic. Medicine Prices, Availability, Affordability and Price Components in Kyrgyzstan. Bishkek: Health Action International, 2005.
21. Medicines Transparency Alliance. Kyrgyzstan: Medicines Transparency Alliance, 2009.
22. Kyrgyz Republic. Law on Diabetes of the Kyrgyz Republic. In: Republic K, editor. *N 166*. Bishkek, 2006.

23. Yudkin JS, Holt RI, Silva-Matos C, Beran D. Twinning for better diabetes care: a model for improving healthcare for non-communicable diseases in resource-poor countries. *Postgrad Med J* 2009;85(999):1-2.