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

Бишкек, 2018

Центр анализа политики здравоохранения,

Кыргызская Республика, Бишкек, 720040, ул. Т. Молдо 1

Тел: +996 (312)666-244 • Факс: +996 (312) 663-649 •Email: aida@hpac.kg, asel@hpac.kg

Оговорка

Исследование ACCISS поддерживается Stichting ICF и благотворительным фондом Leona M. и Harry B. Helmsley. Анализ, включенный в этот отчет, сделан только авторами и не обязательно отражает взгляды благотворительного фонда Helmsley или Stichting ICF. Все ссылки и выводы предназначены для просветительских и информативных целей и не должны восприниматься как одобрение или рекомендация благотворительного фонда Helmsley или Stichting ICF.

Оглавление

Список сокращений 3
Благодарности 6
1. Введение и обоснование 7
2. Ключевые результаты исследования 9
3. Методология оценки 12
3.1. Руководство по быстрой оценке доступа к инсулину (RAPIA). 12
3.2. Методы сбора данных 12
3.3. Выбор регионов 13
4. Информация об организациях и партнерах, которые участвовали в проведении исследования 15
4.1. Центр Анализа Политики Здравоохранения (ЦАПЗ) 15
4.2. HAI 15
5. Система здравоохранения в Кыргызстане 16
5.1. Анализ заболеваемости сахарным диабетом 18
5.2. Законодательство и нормативные документы 22
6. Результаты исследования 24
6.1. Организация медицинских услуг пациентам с сахарным диабетом 24
6.2. Диагностические инструменты и инфраструктура 29
6.3. Организация профилактических мероприятий 30
6.3.1. Отдельные инициативы по выявлению распространённости диабета и внедрению Пакета профилактических мероприятий по НИЗ 32
6.4. Регистр больных сахарным диабетом 33
6.5. Клинические руководства и протоколы (КР/КП) для диагностики, профилактики и лечения СД 34
6.6. Противодиабетические лекарственные средства, разрешенные к использованию в КР и включенные в ПЖВЛС 37
6.7. Закупки и распределение инсулина 44
6.8. Распределение и хранение инсулина 47
6.9. Доступность лекарственных препаратов 51
6.9.1. Программы льготного лекарственного обеспечения 54
6.10. Медицинские работники 56
7. Приверженность пациентов 58
8. Участие сообществ и диабетических ассоциаций 61
9. Ключевые выводы 63
10. Рекомендации 67
11. Список литературы 80

Список сокращений

ВВП	Валовой Внутренний Продукт
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГКБ	Городская клиническая больница
ГСВ	Группа семейных врачей
ГЭД	Городской эндокринологический диспансер
ДПОМС	Дополнительная программа обязательного медицинского страхования на амбулаторном уровне
ДАЭК	Диабетическая ассоциация Кыргызстана
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
КУЗ	Кабинеты укрепления здоровья
КР	Кыргызская Республика
КР/КП	Клинические руководства/клинические протокола
МЗ	Министерство здравоохранения
НГ	Национальный госпиталь
НСК	Национальный статистический комитет
НЦОМиД	Национальный центр охраны материнства и детства
НЦКиТ	Национальны центр кардиологии и терапии
ТБ	Территориальные больницы
ТУФОМС	Территориальные управления Фонда Обязательное медицинское страхование
ФОМС	Фонд Обязательного Медицинского Страхования при Правительстве
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ОО	Общественные объединения
ОЗ	Организации здравоохранения
ООБ	Областная объединенная больница
ОМКБ	Ошская межобластная клиническая больница
ОМДБ	Ошская межобластная детская больница
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПГГ	Программа государственных гарантий
RAPIA	Экспресс-оценка доступа к инсулину
СКЗ	Сельские Комитеты Здоровья
СИП	Провозная плата и страхование оплачены до пункта назначения

СД	Сахарный диабет
ЦАПЗ	Центр Анализа Политики Здравоохранения
ЦОВП	Центр общеврачебной практики
ЦУР	Цели устойчивого развития
ЦСМ	Центр Семейной медицины
ЦЭЗ	Центр электронного здравоохранения

Благодарность

Центр Анализа Политики Здравоохранения выражает свою признательность HAI за техническую и финансовую поддержку при проведении данной оценки, в том числе лично д-ру Маргарет Ивен (Marg Ewen) и Давиду Берану (David Beran) за неоценимый вклад по оказанию методологической помощи и ценные консультации.

Глубокая благодарность также выражается Министерству здравоохранения КР за оказанную поддержку, экспертам на национальном уровне за оказанную помощь в сборе данных, выраженные мнения и плодотворное сотрудничество, руководителям и специалистам ниже приведенных организаций:

- Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве КР
- Национальный центр охраны материнства и детства, отделение эндокринологии
- Национальный Госпиталь при Минздраве КР, отделение эндокринологии, амбулаторно-диагностическое отделение НГ
- Центр эндокринологии при Минздраве КР
- Национальный Центр Кардиологии и Терапии
- Ассоциация Групп семейных врачей и семейных врачей КР
- Диабетическая и Эндокринологическая Ассоциация Кыргызстана (ДЭАК)
- ОО «Детство без диабета»
- Городская больница №1, отделение эндокринологии, г. Бишкек
- Областной ЦСМ, г. Каракол
- Областная объединенная больница, г. Каракол
- ЦСМ, Джети-Огузский район
- Территориальная больница, Джети-Огузский район
- ЦСМ, Иссыкульский район
- Территориальная больница, Иссыкульский район
- ЦСМ №1, г. Бишкек
- ЦСМ №7, г. Бишкек
- ЦСМ г. Ош
- Ошская межобластная клиническая больница
- Ошская межобластная детская больница
- ЦСМ, Араванский район
- Территориальная больница, Араванский район
- ЦСМ, Карасуйский район
- Территориальная больница, Карасуйский район

1. Введение и обоснование

Как и многие страны Кыргызстан сталкивается с растущим бременем неинфекционных заболеваний (НИЗ), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические, респираторные заболевания и диабет являются ведущими причинами инвалидности, заболеваемости и преждевременной смертности населения в Кыргызстане, где сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности (51% от общего числа случаев смерти, 2016).

В связи с этим бременем в Кыргызстане НИЗ, в том числе диабет, рассматриваются как приоритетное направление, в рамках последовательных национальных программ реформирования здравоохранения начиная с 2006 года. Приоритетный характер вопросов здоровья и обязательства Правительства за последние годы позволили несколько улучшить показатели по смертности от ССЗ, но остается большой разрыв между Кыргызстаном и другими странами Европейского региона, более чем в 10 раз и сокращение данного разрыва представляет значительный барьер. Диабет является одним из основных факторов риска при ССЗ.

Несмотря на все проблемы, существующие в системе здравоохранения Кыргызской Республики, пациентам, страдающим диабетом, уделяется особое внимание, обеспечивающее бесплатное представление всех аспектов ухода, включая инсулин, некоторые пероральные лекарственные средства, консультации и лабораторную диагностику.

В 2009 году в Кыргызстане впервые была проведена экспресс-оценка доступа к инсулину и оказания помощи больным сахарным диабетом (RAPIA). Данная оценка ставила целью дать 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 и воздействий на систему здравоохранения и лиц, страдающих данным диагнозом.

Оценка была проведена Центром анализа политики здравоохранения в сотрудничестве с Министерством здравоохранения при техническом и финансовом содействии Международного инсулинового Фонда и Международной диабетической федерации на основе специальной методологии.

Так, результаты проведенного исследования указали, что в системе здравоохранения Кыргызской Республики, пациентам, страдающим диабетом, уделяется особое внимание в плане доступа к медицинской помощи, таких как бесплатное представление всех аспектов ухода, включая инсулин, пероральные лекарственные средства, консультации и лабораторные тесты. Однако было отмечено, что требуются серьезные меры в плане улучшения процесса управления при лечении диабета, требуется соответствующее практическое обучение семейных врачей и медицинских сестер, а также предоставление им ресурсов. Кроме того, были выявлены и ряд проблем, указывающие на то, что нужно обратить особое внимание на повышение уровня осведомленности населения об опасности диабета и решить вопросы информированности пациентов с диабетом для повышения их приверженности к лечению. Одними из основных барьеров в управлении диабетом в данном исследовании была отмечена проблема с кадровыми ресурсами в плане их подготовки и низкой ролью медицинских сестер в управлении диабета.

В сентябре 2017 года по инициативе проекта HAI была инициирована повторная оценка по методу RAPIA, чтобы оценить произошедшие изменения в области предоставления услуг по диабету, механизмов закупок и распределения инсулина.

Кроме того, данная оценка также актуальна в плане того, что в Кыргызстане на уровне системы здравоохранения существует необходимость разработки модели для управления хроническими заболеваниями и связанные с ними тенденции роста, которые создают избыточную нагрузку как для системы здравоохранения, так и для населения.

Данная оценка, как и предыдущая, фокусировалась на анализе 11 элементов необходимых 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 пациентов

9. Обучение пациентов и расширение их возможностей

10. Участие общества и диабетических ассоциаций

11. Позитивная законодательная (политическая) среда

Данная оценка была проведена также Центром анализа политики здравоохранения в сотрудничестве с Министерством здравоохранения при техническом и финансовом содействии HAI.

Оценка была основана на Руководстве по быстрой оценке доступа к инсулину (RAPIA), сбор данных проводился на основании вопросников RAPIA, которые были адаптированы с учетом особенностей предоставления услуг в Кыргызстане.

2. Ключевые результаты исследования

Организация системы здравоохранения

- Семейные врачи не вовлечены в ведение СД.

- Ведение пациентов с СД возложено на эндокринологов, доступность которых в регионах ограничена.

- Система здравоохранения на ПМСП не ориентирована на пациента.

- Уровень госпитализации детей и подростков с СД остается высоким и достигает 150%, при этом их расходы из кармана остаются высокими, эти расходы связаны с расходами на дорогу на центральный уровень (Бишкек, Ош), проживание, питание и другие.

- Пути пациентов при оказании медицинской помощи остаются сложными, необходимо обращаться на разные уровни.

- Оптимизируется предоставление услуг по диабету на амбулаторном уровне в г. Бишкек.

- Школы диабета существуют только на центральном уровне, на ПМСП не работают.

- Профилактические мероприятия на уровне населения на низком уровне, обучение пациентов недостаточное.

Регистр сахарного диабета

- Регистр сахарного диабета внедрен во всех регионах республики.

- Данные регистра не используются для расчета потребности в инсулинах и лекарственных средствах.

- Система централизации и сбора данных Регистра остается сложной, лица, ответственные за ведение регистра не обучены.

- Имеющиеся процедуры не обеспечивают качества данных, имеются расхождения в показателях.

- Преемственность в ведении диабета ограниченная.

Профилактика

- В рамках национальных программ по реформе здравоохранения особое внимание уделяется вопросам профилактики ССЗ.

- Сахарный диабет стал центром различных профилактических мероприятий и программ.

- Приняты обязательства страны по Целям устойчивого развития (ЦУР), где охватывается больший круг вопросов правильного питания, в том числе сокращению избыточной массы тела и ожирения, физической активности.

- Посредством проведения эпидемиологического исследования по распространенности факторов риска НИЗ (WHO STEPS) Кыргызстан определил исходные показатели в отношении факторов риска в стране.

- Санитарное просвещение населения недостаточное по причине отсутствия механизмов устойчивого финансирования.

- Был предпринят ряд мер, направленных на профилактические кампании в области гипертонии и диабета.

- В ЦСМ функционируют кабинеты укрепления здоровья (КУЗы), однако функции постоянных профилактических мероприятий по диабету не интегрированы.

- Остаются проблемы раннего выявления и профилактики диабета в связи с недостаточным уровнем знаний у семейных врачей.

Диагностические инструменты и инфраструктура

- Базовые диагностические исследования оказываются бесплатно на ПМСП.

- Доступность лабораторного оборудования для проведения исследования на гликолизированный гемоглобин (HbA1c) низкая.

- Расходные материалы закупаются ОЗ не всегда (тест-полоски).

- Низкая обеспеченность пациентов глюкометрами и тест полосками в регионах.

- Доступность диагностических инструментов необходимых для ведения осложнений связанных с диабетом ограничена.

- Программа по льготному обеспечению тест-полосками для определения сахара в крови не обеспечивает финансовую защиту, низкий охват в регионах.

Клинические руководства и клинические протоколы (КР/КП)

- Разработаны клинические руководства и протоколы для лечения и диагностики сахарного диабета 2 типа и его осложнений.

- Однако, внедрение в практику данных КР/КП на низком уровне, семейные врачи не обучены и не вовлечены в ведение диабета, в том числе СД 2 типа.

- Отсутствуют стандарты и индикаторы для проведения мониторинга и оценки диагностики и лечения диабета согласно КР/КП.

- КР/КП для ведения СД 1 типа и его осложнений отсутствуют.

Закупка инсулинов, распределение и хранение

- Утвержденный ПЖВЛС, соответствует критериям ВОЗ по выбору сахароснижающих лекарственных средств, в том числе инсулина

-Стоимость человеческих инсулинов снижена в 1,5 по сравнению с 2009 годом

- Стоимость аналоговых инсулинов остается высокой.

- Закупки не учитывают реальных потребностей в сахароснижающих средствах

- Закон о государственных закупках пересмотрен в отношении лекарств, качество является также показателем для закупки, не только низкая цена.

- Проблемы транспортировки инсулина до уровня областных и районных ОЗ остаются.

- На уровне ЦСМ условия хранения инсулинов не всегда соответствующие из-за большого количества запасов.

Доступ к лекарственным средствам и доступность лечения

- Аптечная сеть страны ориентирована на наличие препаратов первой линии при лечении диабета – метформина во всех регионах.

- На бюджетные средства метформин закупается в ограниченном количестве.

- Средние цены на противодиабетические ЛС выросли до 2 раз по сравнению с 2009 годом.

- Генерические наименования метформина считаются не доступными при наличии минимального прожиточного минимума и средней заработной платы.

- В регионах не все препараты, которые рекомендованы в КР/КП, доступны.

- Существующие льготные программы по ЛС не обеспечивают финансовую защиту для больных с СД (не включен метформин, тест-полоски в регионах не доступны).

- Врачи не привержены назначать более дешевые генерики.

- Качество лекарственных средств генериков не гарантировано.

Медицинские работники

- Семейные врачи не ведут диабет на ПМСП, из-за недостатка в обучении.

- Осложнения, связанные с диабетом ведут другие узкие специалисты.

- Имеются примеры, когда медсестры вовлекаются в консультирование и обучение пациентов.

- Врачи не обеспечены соответствующими инструментами для диагностики и ведения диабета и его осложнений.

- Регулярное проведение мониторинга использования стандартов и оценки качества помощи при диабете, как составляющей процесса улучшения качества не проводится.

- Интегрированы программы обучения семейных врачей на непрерывном уровне с упором на консультирование и обучение по вопросам здорового образа жизни.

- Медсестры вовлечены в обучение в рамках осуществления пакета основных вмешательств в отношении НИЗ (PEN) по диабету .

- В пилотных ОЗ внедрена оплата по результатам работы, что способствовало улучшению качества оказываемых услуг.

Приверженность пациентов

- Низкая приверженность к лечению пациентов с СД 2 типа.

- Пациенты с диабетом второго типа покупают Метформин на свои средства.

- Приверженность к лечению напрямую не зависит от финансового бремени пациентов.

Участие общества и диабетических ассоциаций

- Большая часть мероприятий, проводимых ассоциациями, сосредоточена в Бишкеке.

- Вопросы диабета обсуждаются на высоком политическом уровне.

- Деятельность Ассоциаций ограничена из-за отсутствия постоянного финансирования.

Законодательство и нормативные документы

- Хорошая политическая и законодательная рамочная основа для профилактики и борьбы с НИЗ.

- Правительство не достаточно вовлечено в межотраслевые вопросы координации.

- ПГГ гарантирует бесплатные медицинские услуги для больных с СД, в том числе предоставление инсулинов, однако централизованные закупки метформина ограничены и больные не обеспечиваются им регулярно

- Диабет приоритезирован путем принятия отдельной программы по сахарному диабету.

- Закон КР «О сахарном диабете» требует пересмотра.

3. Методология оценки

3.1. Руководство по быстрой оценке доступа к инсулину (RAPIA).

Для проведения оценки была использована специальная методология, позволяющая провести быструю оценку качества оказываемой медицинской помощи больным диабетом и доступности инсулина (RAPIA) в странах с низким и средним уровнем доходов.

Основная цель данного метода заключается в сборе данных, анализе и презентации данных для проведения оценки и информировании о состояния здравоохранения в отношении лечения диабета в стране.

Методология RAPIA предлагает инструменты, позволяющие собирать информацию о структуре и функционированию услуг по обеспечению инсулина, а также проводить оценку качества услуг для больных сахарным диабетом.

Данная методология предполагает многоуровневую оценку системы здравоохранения, определяет существующие барьеры и проблемы, на основе которых формируются рекомендации для решения проблем.

Предлагаемые инструменты предназначены для предоставления информации по следующим направлениям:

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

Метод RAPIA 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.

3.2. Методы сбора данных

1. Сбор данных проводился на основании вопросников RAPIA, которые были адаптированы с учетом особенностей предоставления услуг в Кыргызстане. Структурированный опрос на основе вопросников проводился с медицинским персоналом организаций здравоохранения и пациентами с диабетом.

Кроме того, проводилось интервью с ключевыми информантами для определения эффективности проводимых вмешательств в области диабета. При опросе ключевых информантов основное внимание было уделено изменениям, произошедшим с 2010 года, когда была проведена первая оценка по методологии RAPIA, а также определению

направлений, требующих дальнейших усилий в области оказания услуг, связанных с сахарным диабетом.

Всего было проведено 329 интервью с информантами разного уровня. (Таблица 1)

2. Статистические данные были основаны на данных Центра электронного здравоохранения (ЦЭЗ) и Регистра по диабету.

3. Для анализа использовались также вторичные источники информации: данные различных исследований и отчетов по НИЗ, диабету, нормативно-правовые документы, регламентирующие оказание услуг здравоохранения в Кыргызстане, в том числе по сахарному диабету.

3.3. Выбор регионов

Исследование было проведено в трех регионах республики: г. Бишкек – столице Кыргызстане и двух регионах на юге и севере страны: Ошской и Иссык-Кульской областях.

В каждом регионе оценка проводилась на областном уровне и двух районах.

Для изучения цен на противодиабетические лекарственные средства и средства для контроля сахара в крови выбирались по два аптечных учреждения ближайшие в географическом отношении к организациям здравоохранения (ТБ, ЦСМ, ЦОВП), где обычно пациенты приобретают прописанные им лекарственные средства. Кроме того, данные аптечные учреждения обязательно должны были иметь договор с ТУФОМС на право работы по отпуску лекарственных средств в рамках ДПОМС. Общее количество проведенных интервью представлено в Таблице 1.

Таблица 1. Обследованные организации здравоохранения в разрезе регионов

Наименование ОЗ	**К-во проведенных интервью**				
	Руководство	**Врачи**	**Медсестры /Лаборанты**	**Аптеки**	**Пациенты**
г. Бишкек Эндокринологический центр Центр семейной медицины №1 Центр семейной медицины №7 Городская клиническая больница №1 НЦОМиД Национальный госпиталь	6	28	21	12	66
Ошская область ОМКБ ОМДКБ ЦСМ №1 ТБ Карасуйского р-на ЦСМ Карсуйского р-на ТБ Араванского р-на ЦСМ Араванского р-на	4	47	22	8	24

Иссык-Кульская область ООБ ОЦСМ ЦСМ Иссык-Кульского р -на ТБ Иссык-Кульского р-на ЦСМ Иссык-Кульского р-на ЦОВП Джеты-Огузского р-на	7	38	34	7	33
ИТОГО:	**17**	**85**	**77**	**27**	**123**

4. Информация об организациях и партнерах, которые участвовали в проведении исследования

4.1. Центр Анализа Политики Здравоохранения (ЦАПЗ)

ЦАПЗ был создан 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. Основная деятельность ЦАПЗ направлена на:

- Анализ и мониторинг политики здравоохранения через предоставление доказательств
- Рекомендации по выработке политики и организация диалогов
- Проведение национальных и международных тренингов
- Консалтинговые услуги

ЦАПЗ принимает активное участие в организации круглых столов и семинаров по результатам проведенных исследований и актуальным вопросам политики здравоохранения с целью обмена информацией, открытого обсуждения проблем для оказания содействия в организации политического диалога на разных уровнях

Центром проведено уже около 90 исследований в следующих областях (www.hpac.kg): бедность и справедливость, финансирование здравоохранения, эффективность функционирования государственной системы здравоохранения, предоставление медицинских услуг, человеческие ресурсы и общественное здравоохранение.

4.2. Об исследовании ACCISS и организации «Международные действия в области здравоохранения» (HAI)

Инновационное глобальное исследование «Разрешение проблем и ограничений, связанных с источниками и обеспечением инсулина (ACCISS), началось в 2015 году с целью выявления причин плохой доступности инсулина и высоких цен на него, и чтобы разработать стратегии политики и вмешательства по улучшению доступа к этому жизненно-важному лекарственному средству, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Во второй фазе, проект ACCISS вместе со своим страновыми партнерами будет пилотировать инструменты и вмешательства на страновом уровне, продолжая при этом работать на глобальном уровне над устранением несправедливости и неэффективности на рынке инсулина.

Проект ACCISS управляется организацией «Международные действия в области здравоохранения» (HAI) при совместном руководстве Женевского и Бостонского университетов. Организация «Международные действия в области здравоохранения» (HAI) - это некоммерческая организация, которая проводит исследования и адвокацию в целях продвижения стратегий политики, обеспечивающих доступ к лекарственным препаратам и рациональное использование ЛС для всех людей во всем мире. Данной организацией проводится работа по адвокации, начиная с уровня пациентов до самых высоких уровней государства благодаря статусу «официальных отношений» с Всемирной организацией здравоохранения и взаимоотношениям с Европейским агентством лекарственных средств. Для сохранения своей объективности и принципиальности, данная организация определенно не зависит от фармацевтической промышленности и защищает себя от всех конфликтов интересов.

5. Система здравоохранения в Кыргызстане

Кыргызстан (официально Кыргызская Республика) является страной Центральной Азии, не имеющей выхода к морю и чрезвычайно горной. Страна занимает площадь 199 951 км², причем почти 90% ее территории находится на высоте 1500 м над уровнем моря. Столицей Кыргызстана и крупнейшим городом является г. Бишкек.

На 01.01.2018 года население Кыргызстана достигло 6 миллионов 256 тысяч человек. Из них 33,7% проживают в городах, а остальные – в сельской местности (66,3%). 33,3% населения в возрасте до 15 лет и 7% старше 65 лет (Национальный статистический комитет - НСК, 2018 год). Средняя плотность населения составляет 31,1 человек на км².

По данным НСК, в 2016 году валовой внутренний продукт (ВВП) Кыргызстана составил 458 млрд. кыргызских сомов, что на 3,8% больше по сравнению с аналогичным периодом 2015 года. Для справки, согласно оценке Всемирного банка, ВВП Кыргызстана в 2015 году составил 6,57 миллиардов долларов США, а ежегодный рост ВВП составил 3,5% (источник: показатели мирового развития: валовый внутренний продукт 2015 года).

Начиная с 1996 года, в области системы здравоохранения осуществляется реализация последовательных программ реформирования системы здравоохранения «Манас», «Манас Таалими». В 2018 году заканчивается реализация третьей программы реформирования здравоохранения «Ден соолук». В настоящее время ведется работа по разработке новой программы дальнейшего развития здравоохранения до 2030 года.

С начала 2000-х годов Кыргызстан добился ряда значительных результатов в отношении здравоохранения, а также нескольких существенных реформ системы здравоохранения, несмотря на значительные экономические и политические потрясения.

Одним из важнейших компонентов реформирования сектора здравоохранения за последние десятилетия стало изменение системы финансирования, в рамках которой были достигнуты значительные результаты, такие как внедрение системы Единого Плательщика и создание единого финансового пула на национальном уровне, разделение сектора на «плательщика» и «поставщиков».

Внедрены новые механизмы финансирования поставщиков медицинских услуг, такие как оплата за пролеченный случай на уровне стационаров и подушевое финансирование на ПМСП, а также был осуществлен переход на финансирование из государственного бюджета по «единой статье», что является необходимым условием для более эффективного использования указанных механизмов оплаты поставщиков.

Была введена система обязательного медицинского страхования с целью привлечения дополнительных ресурсов, повышения степени защищенности от финансовых рисков и усовершенствования механизмов приобретения медицинских услуг для повышения эффективности. В 2001 году был введен Пакет государственных гарантий (ПГГ), включающий в себя доплату (сооплату) со стороны населения, с целью обеспечения гарантированного предоставления базовых медицинских услуг.

По базе данных ФОМС по приписанному населению на 01.01.2018 г. приписано на ПМСП 5,9 млн. человек, из них застрахованное по ОМС население составило 3,9 млн. чел. или 66%.

Несколько важных достижений с точки зрения воздействия на систему здравоохранения имели место с начала Программы «Ден соолук» в 2012 году. Они включают в себя снижение общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у людей в возрасте 30-

39 лет с 45,5 / 100 000 в 2012 году до 31,1 / 100 000 в 2016 г. Снизился показатель смертности от инсультов. Некоторые достижения относятся к первичной медико-санитарной помощи и фокусу Программы «Ден соолук» на профилактике НИЗ.

Государственные расходы на здравоохранение поддерживаются за последние годы на уровне не менее 13% от общих государственных расходов.

Несмотря на эти значительные достижения, остаются несколько стратегических вызовов.

Уровень расходов из кармана пациентов был значительно снижен в ходе осуществления предыдущих программ здравоохранения, но в период реализации последней программы «Денсоолк» (2012-2018 гг.) снова возрос. К 2014 году, доля денежных платежей за медицинские услуги значительно возросла и превысила уровень 2003 года по всем квинтилям по уровню доходов домохозяйств, в пределах от 6% в самой богатой квинтили до 8% в самой бедной квинтили.

Некоторые ключевые результаты мероприятий по охране здоровья и показатели работы системы здравоохранения пока не достигаются. Остаются некоторые существенные пробелы в уровне компетентности в сфере первичной и вторичной профилактики НИЗ, качество медицинской помощи по-прежнему нуждается в повышении.

ССЗ, диабет, а также факторы риска (употребление табака, алкоголя, нездоровое питание и отсутствие физической активности), являются растущей проблемой в области общественного здоровья в Кыргызстане. НИЗ является причиной 80% всех случаев смерти в стране, вероятность преждевременной смерти (до 70 лет) от четырех основных НИЗ в 2015 году составило 25%. Около 80% взрослых с повышенным артериальным давлением в настоящее время не принимают лекарства и не поддерживают соответствующий уровень артериального давления.

Преждевременная смертность, заболеваемость и инвалидизация населения, связанная с НИЗ, оказывает негативное воздействие на социальное-экономическое развитие страны и вызывает резкое увеличение расходов на здравоохранение, затрат на социальную поддержку и обеспечение. По оценкам из средств государственного бюджета в 2015 году израсходовано на лечение основных 4 НИЗ (онкологические, сердечно-сосудистые, диабет и хронические респираторные заболевания) 3,7 млрд. сомов. Потери экономики, связанные со снижением производительности труда, почти в 4 раза превышают объемы государственных ассигнований, и составляет 14,6 млрд. сомов. В целом текущие экономические последствия для экономики Кыргызстана, связанные с НИЗ, составляет 17,1 млрд. сомов в год, что эквивалентно 3,9% годового ВВП страны.

При этом, следует отметить, что в Кыргызстане присутствует сильная политическая приверженность в области здоровья в целом. Проблема НИЗ, в том числе ССЗ и диабета занимает особое место в повестке Министерства здравоохранения. Однако политика здравоохранения в основном считается зоной ответственности только МЗ. Несмотря на то, что Правительство страны вовлекается в межотраслевые вопросы координации, межведомственное взаимодействие является одним из значительных барьеров в вопросах вмешательств на уровне населения[1].

Приоритетные программы в области здравоохранения выступают движущей силой политики и действий по укреплению системы здравоохранения в реализуемой в настоящее время программе здравоохранения и, поэтому, важны. Однако по причине жестких

[1] Улучшение показателей по НИЗ: Барьеры и возможности систем здравоохранения, Страновая оценка по Кыргызстану: акцент на сердечнососудистых заболеваниях, Мелитта Якаб и др.

бюджетных ограничений многие из запланированных мероприятий на уровне населения остаются без финансирования, и, соответственно не реализуются в полном объеме.

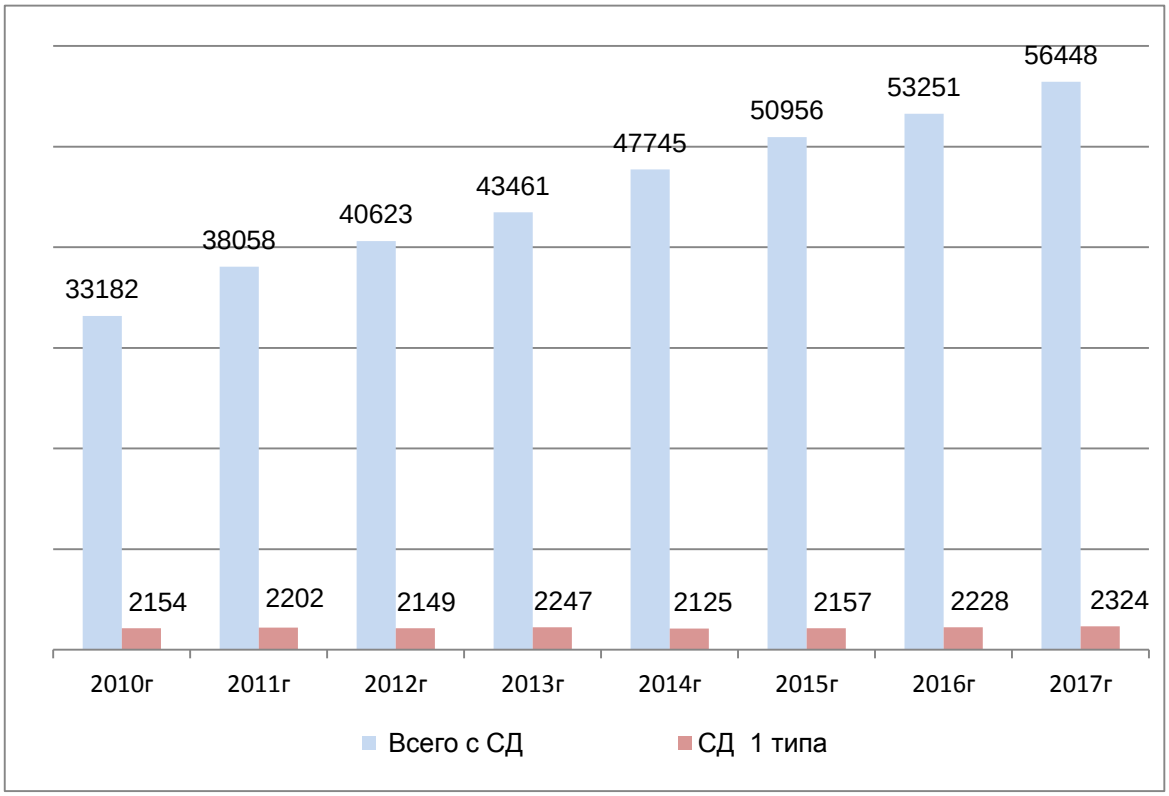
5.1. Анализ заболеваемости сахарным диабетом

На 1 января 2018 г. по официальным данным Центра электронного здравоохранения (ЦЭЗ) зарегистрировано всего 56448 человек с диагнозом сахарный диабет (СД). Это составляет менее 1 % от общей численности населения (0,9%), очевидно, что реальная численность больше, поскольку многие люди с признаками этого заболевания, особенно в сельской местности, не проходят соответствующего обследования и не регистрируются. По оценочным данным IDF, заболеваемость сахарным диабетом в стране должна составлять примерно 180200 человек[2], что в три раза больше количества официально зарегистрированных больных с СД,

Из общего количества зарегистрированных больных около 4% составляют больные с диагнозом СД 1 типа – 2324 человек, в том числе дети до 14 лет – 380 и подростки с 14 до 18 лет – 171 человек. Остальное количество зарегистрированных больных - это больные с СД 2 типа – 54124 человек.

Следует отметить, что количество случаев с сахарным диабетом ежегодно увеличивается, с 2010 года СД 2 типа вырос на 42%, СД 1 - на 7%.

Рисунок 1. Количество зарегистрированных пациентов с СД, 2010-2017 гг.



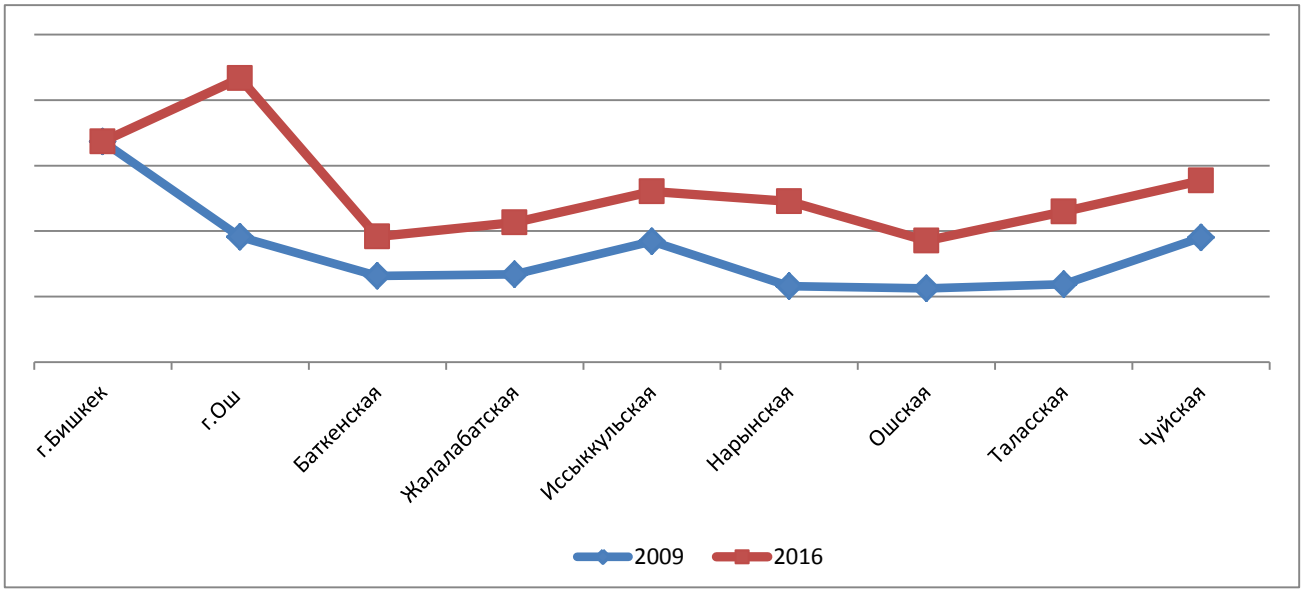
Источник: Центр электронного здравоохранения, 2017

Уровень распространенности диабета среди взрослых и подростков (с 14 до 18 лет) на 100 тыс. (по состоянию на 01.01.2017) населения варьирует в значительной степени, при этом самый высокий уровень распространенности наблюдается в городах Бишкек и Ош (1682,0 и 2166,5 соответственно). При этом распространённость СД в г. Ош к 2017 году резко возросла по сравнению с данными за 2009 год, когда распространённость в г. Бишкек была самая высокая.

[2] IDF Diabetes Atlas 7th Edition. Brussels, 2015

Самая низкая распространённость СД в 2009 году была в Ошской и Нарынской областях (563,10 и 579,9 соответственно), в 2017 году самая низкая остается в Ошской (926,5) и Баткенской областях (958,7).

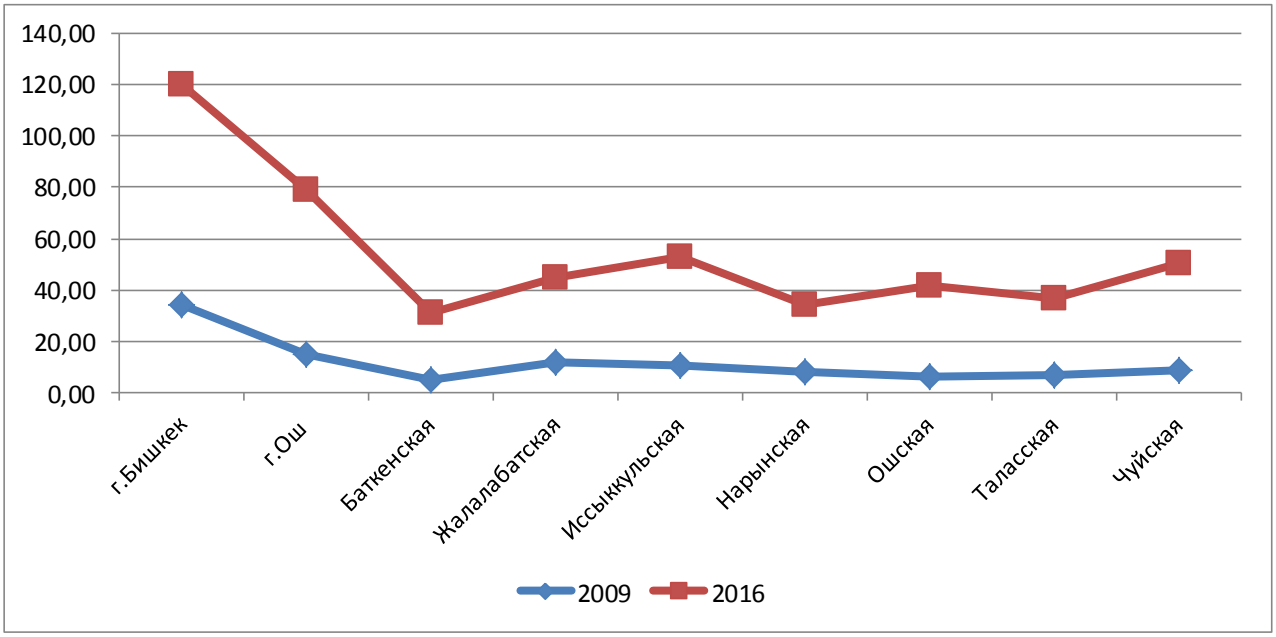
Рисунок 2. Распространённость СД среди взрослых и подростков по регионам (на 100 тыс.) 2009-2017гг.



В отношении распространённости случаев диабета 1 типа среди детей до 14 лет на 100 тыс. населения также наблюдается варьирование в зависимости от региона. В г. Бишкек данный показатель составляет - 85,6, г. Ош - 64,3. Самый низкий уровень распространённости в Нарынской области – 26,0.

Следует отметить, что в 2017 году варьирование по регионам сократилось до 3,2 раз, тогда как в 2009 году показатели распространённости диабета среди детей до 14 лет в г. Бишкек были в 6,4 раз выше, чем в Баткенской области.

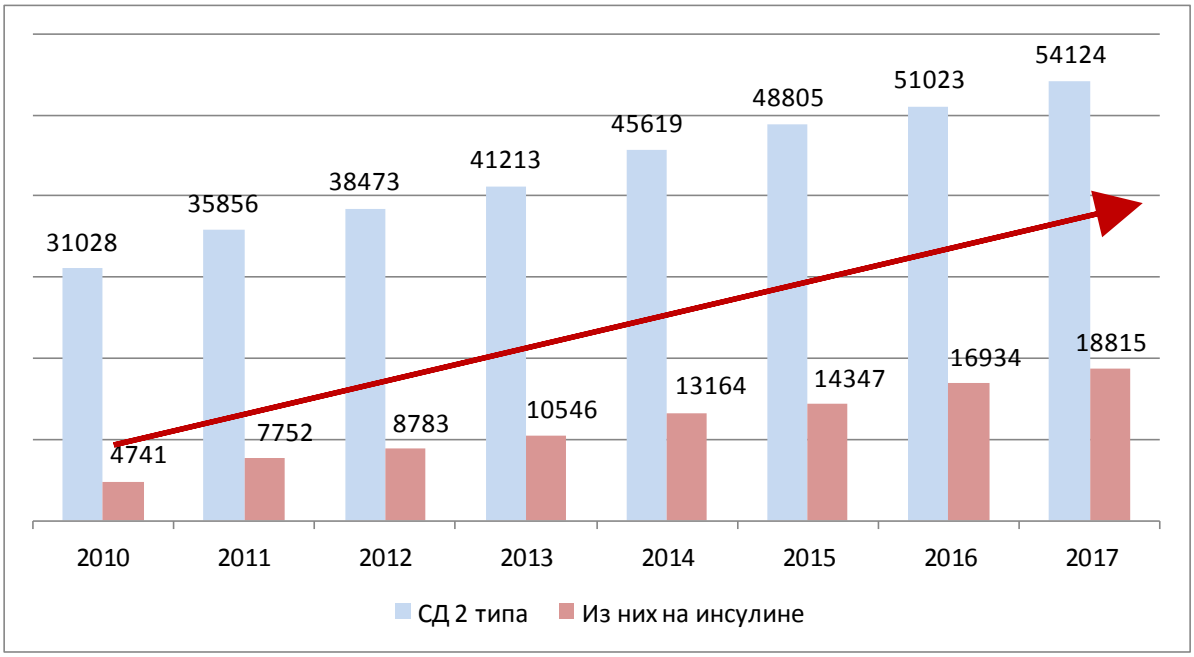
Рисунок 3. Распространённость СД 1 типа среди детей до 14 лет, по регионам (на 100 тыс.), 2009-2017гг.



Количество больных с сахарным диабетом 2 типа ежегодно увеличивается. В основном показатели роста больных сахарным диабетом происходят за счет выявления новых случаев больных с СД 2 типа. Этому способствуют вмешательства на уровне страны в области НИЗ, которые направлены на выявление и регистрацию больных с гипертонией и сахарным диабетом 2 типа. Ежегодно количество впервые выявленных больных составляет от 8 до 13% от общего количества зарегистрированных больных с СД 2 типа.

При этом ежегодно увеличивается количество больных с СД, которые принимают инсулин. Если в 2010 году только 15% данных больных получали инсулин, то в 2017 году более трети больных с СД 2 типа - 35 %. Такое резкое увеличение количества больных на инсулине можно предположить, с одной стороны, недостаточным управлением диабета пероральными сахароснижающими средствами, которое в том числе зависит от приверженности пациента к лечению. Другой причиной может являться необоснованное назначение инсулинов, в связи с его бесплатным доступом в противовес пероральным препаратам, которые больные покупают за свой счет.

Рисунок 4. Больные СД 2 типа, которые получают инсулин

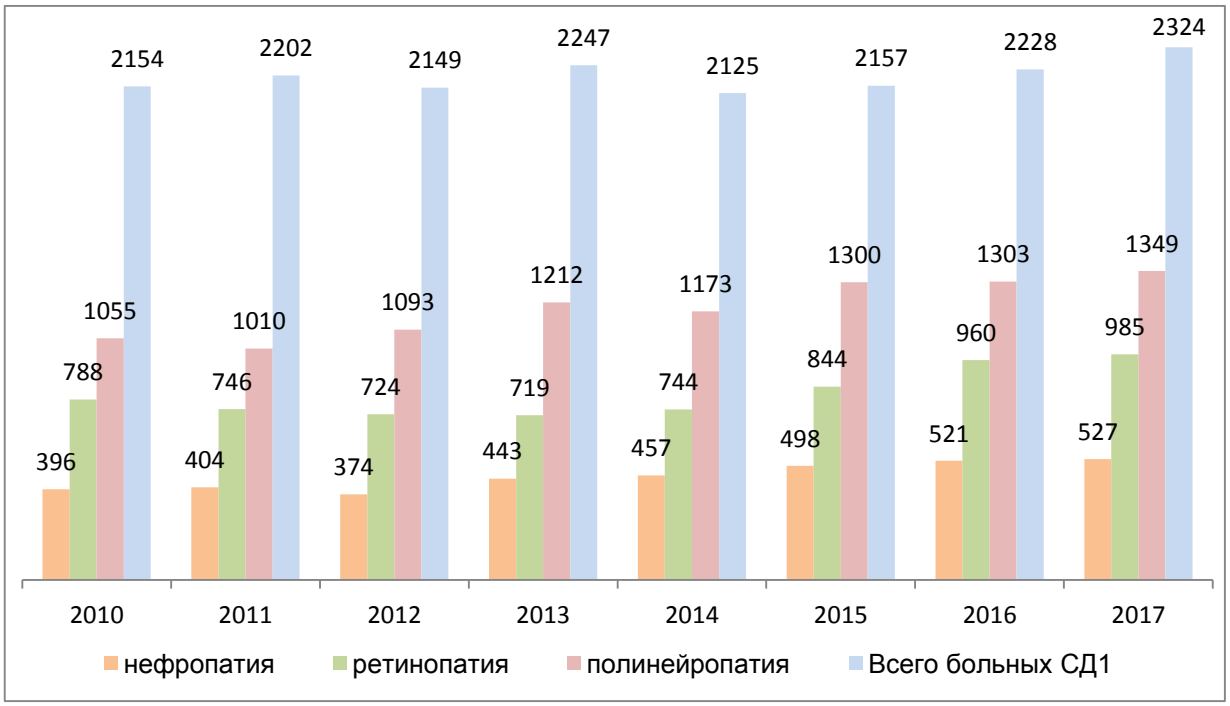


Опасными последствиями СД являются системные сосудистые осложнения – нефропатия, ретинопатия, поражение коронарных сосудов сердца, головного мозга, периферических сосудов нижних конечностей.

Данные Регистра сахарного диабета по частоте осложнений у пациентов СД 1 типа показывают, что частота осложнений с каждым годом постоянно увеличивается. Анализ распространенности осложнений СД 1 типа показал высокую частоту полинейропатии. По данным регистра диабетическая сенсорная нейропатия зарегистрирована у 58% пациентов, а синдром диабетической стопы - у 5,2%, у большей части этих больных произведена ампутация стопы (84,9%). Довольно высокий процент среди осложнений принадлежит диабетической ретинопатии (42%), которая часто приводит к слепоте. 23% пациентов с СД 1 типа имеют нефротические осложнения.

По данным Единого республиканского реестра по больным хронической почечной недостаточностью (2015 г.) более четверти больных - 26%, находящихся в терминальной стадии и получающих гемодиализ, являются пациентами с СД 1 и 2 типа.

Рисунок 5. Распространенность осложнений сахарного диабета 1 типа, 2010-2017гг



Источник: Реестр сахарного диабета в КР, 2017

Анализ статистических данных показывает возможные ошибки в отношении данных или высокий уровень потерь в связи с тем, что пациенты выбыли и были сняты с учета в случае смертности или других причин.

Данные за 2016 и 2017 годы показывают, что в целом на 6,2% пациентов с СД составляет разница между фактически зарегистрированными случаями и ожидаемым количеством на основе данных за предыдущий 2016 год и вновь выявленных в 2017 году.

Процент потерянных случаев (это могут быть пациенты, которые умерли или переехали в другую страну и др.) с СД 2 типа составляет 4,4%, при этом количество инсулинозависимых пациентов, фактически получающих инсулин на 3,9% (703 пациента) больше.

Таблица 2. Данные о количестве случаев сахарного диабета на 2016 - 2017 гг.

СД	К-во в 2016	Новые случаи, 2017г.	Ожидаемое количество 2017*г.	Фактически зарегистрированные случаи 2017г.	Разница	% потерь
Всего СД	53251	6960	60211	56448	3763	6,2%
СД 1 типа взрослые	1690	102	1792	1773	19	1,06%
Дети до 14 лет	354	72	426	380	46	10,7%
Подростки 14-18 лет	184	27	211	171	40	19%
СД 2 типа	51023	5581	56604	54124	2480	4,4%

СД 2 инсулинозависимые	16934	1178	18112	18815	**703***	**(+)3,9%***

*Количество, пациентов с СД 2 типа, которые получают инсулин превышают ожидаемое количество с учетом новых выявленных случаев

5.2. Законодательство и нормативные документы

Наряду с разработкой и утверждением долгосрочных комплексных национальных программ здравоохранения в Кыргызстане существует хорошая практика реализации различных специфичных программ.

В Кыргызстане имеется политическая и законодательная среда для поддержки профилактики и контроля НИЗ. В ноябре 2013 года Правительством КР была утверждена комплексная программа профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013 - 2020 годы. Данная программа была разработана и утверждена в рамках Плана действий ВОЗ для Глобальной стратегии по профилактике и контролю НИЗ на период 2013-2020 годы.

В основу данной программы профилактики и контроля НИЗ в Кыргызской Республике заложены рекомендации ВОЗ о необходимости согласованных и скоординированных действий, интеграции в борьбе с НИЗ на национальном уровне, основанные на Политической декларации Совещания высокого уровня ООН по НИЗ.

Ожидаемые результаты программы направлены на стабилизацию показателей по ССЗ, раку и диабету и улучшение обеспеченности населения лекарственными средствами. Посредством проведения эпидемиологического исследования по распространенности факторов риска НИЗ (WHO STEPS) Кыргызстан определил исходные показатели в отношении факторов риска в стране. Однако, в настоящее время, осуществление данной программы носит смешанный характер.

Политический диалог по вопросу укрепления первичного звена здравоохранения включает разработанный план мероприятий по повышению эффективности деятельности первичной медико-санитарной помощи на 2016-2018 годы.

Закон КР «О сахарном диабете», который был принят в 2006 году, устанавливает, 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 создал основу для определения ответственности правительства по отношению к больным диабетом и сыграл важную роль в создании специальных условий для централизованных закупок инсулина и отдельных пероральных противодиабетических препаратов и управлению этим вопросом Министерством здравоохранения. В настоящее время в Кыргызстане уделяется особое внимание пациентам, страдающим диабетом, из средств государственного бюджета производятся централизованные закупки инсулина, отдельных сахароснижающих пероральных лекарственных средств, шприц-ручек, инсулиновых шприцев.

В соответствии с ПГГ для больных сахарным диабетом 1 и 2 типа, лекарственная помощь предоставляется бесплатно. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения должны отпускаться бесплатно, в соответствии с нормами отпуска.

Стоит отметить, что за последние несколько лет пероральные сахароснижающие препараты для пациентов с диабетом 2 типа закупались за счет государственного бюджета в ограниченном количестве. В связи с этим, больные с СД 2 типа вынуждены покупать сахароснижающие препараты за счет своих средств.

Данный Закон регламентирует также бесплатное предоставление стационарной медицинской помощи, консультаций и лабораторных тестов больным с СД, а также право на получение инвалидности, что позволяет получать пособие по инвалидности.

Однако данный Закон был принят более 10 лет назад и многие составляющие данного Закона остаются нереализованными из-за недостаточности бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение. В связи с чем, в настоящее время Минздрав начал работу по пересмотру вышеуказанного Закона. Планируется создание межведомственной рабочей группы, которая будет заниматься внесением изменений и дополнений в Закон КР «О сахарном диабете». Планируется, что к концу 2018 году измененный законопроект будет внесен на рассмотрение Правительства и Парламента страны.

В октябре 2017 года Минздравом была утверждена Программа «Сахарный диабет в Кыргызской Республике на 2018-2022 годы». Попытки утверждения данной программы на уровне Правительства, чтобы обеспечить реализацию исполнения межведомственных вопросов, были на протяжении последних 5-6 лет. Однако, Правительство не поддержало данные мероприятия и было принято решение принять данную программу на уровне Минздрава. В целях реализации данной Программы Минздрав активно пытается вовлечь в данный процесс все заинтересованные стороны и ведомства.

Ожидаемые результаты данной программы сфокусированы на уменьшении количества госпитализаций по поводу сосудистых осложнений на 30%, снижение осложнений, возникших вследствие диабета: на 33% числа больных с поздними стадиями почечной недостаточности, на 33% числа больных со слепотой, вследствие диабетической ретинопатии и на 50% числа ампутаций конечностей у больных сахарным диабетом.

Программа государственных гарантий (ПГГ) по обеспечению граждан медико-санитарной помощью, утверждённая постановлением Правительства Кыргызской Республики от 20 ноября 2015 года № 790, обеспечивает гарантированные объем, виды и условия предоставления медико-санитарной помощи гражданам и реализацию их прав на получение медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения независимо от форм собственности, участвующих в ПГГ. Объемы медико-санитарной помощи в рамках Программы государственных гарантий определяются в пределах финансирования здравоохранения из средств республиканского бюджета и обязательного медицинского страхования.

Согласно ПГГ стационарная помощь больным сахарным диабетом оказывается бесплатно (2 плановые госпитализации в год бесплатны, 3-я и более плановая госпитализация граждан из числа льготной категории производиться с внесением сооплаты среднего уровня).

Консультации и медицинские услуги, базовые лабораторные и диагностические исследования на уровне ПСМП для приписанного населения предоставляются бесплатно, в том числе общий анализ крови, общий анализ мочи и микроскопия мочевого осадка, определение сахара в крови и в моче, проведение ЭКГ диагностики, определение холестерина в крови. Необходимо отметить, что определение холестерина в крови – это новая позиция в базовых исследованиях, предоставляемая бесплатно, начиная с 2015 года.

6. Результаты исследования

6.1. Организация медицинских услуг пациентам с сахарным диабетом

Медицинская помощь больным с сахарным диабетом на первичном уровне оказывается Центрами семейной медицины (ЦСМ) и Центрами общеврачебной практики (ЦОВП) на городском и районном уровне.

В г. Бишкек базовые услуги для всех пациентов с сахарным диабетом 1 типа и инсулинзависимых пациентов с сахарным диабетом 2 типа продолжают оказываться только эндокринологами на уровне Эндокринологического центра. Ранее данный центр являлся Городским эндокринологическим диспансерам (ГЭД). На основании Приказа МЗКР данный центр с ноября 2017 года переименован в Эндокринологический центр при Минздраве. Планируется придание данному центру функций республиканского методологического и консультативного органа, который будет нести ответственность по всей стране за вопросы, связанные с оказанием эндокринологической помощи.

В настоящее время рассматриваются вопросы изменения функций данного Центра и решение вопросов его финансирования. При этом принято решение Минздравом о передаче всех больных с СД, находящихся на учете в данном центре в ЦСМы г. Бишкек.

При этом в г. Бишкек имеется 19 ЦСМ, которые пока оказывают помощь пациентам с сахарным диабетом 2 типа, которые не получают инсулин. При этом, являются обязательными периодические консультации для данных пациентов в ГЭД. Также в ГЭД работают другие специалисты по ведению диабета и связанных с ним осложнений (офтальмолог, невропатолог).

Консультация и ведение больных с сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию в ЦСМ и ЦОВП на районном уровне в регионах также возложены только на врачей эндокринологов. Чаще всего эндокринологи наблюдают также и пациентов с сахарным диабетом 2 типа, которые принимают только сахароснижающие пероральные таблетки.

Необходимо отметить, что в настоящее время, в Кыргызстане проводимые реформы сконцентрированы на усилении ПМСП. В регионах на первичном уровне базовые услуги в области НИЗ оказываются семейными врачами. Однако семейные врачи склонны считать, что наблюдение и ведение за пациентами СД является ответственностью только эндокринологов. В каждой ЦСМ имеется эндокринолог, поэтому семейный врач больных с сахарным диабетом всегда направляет на консультацию к эндокринологу и часто госпитализацию для подтверждения диагноза, корректировки медикаментозного лечения и регулярного получения консультаций.

Оценка RAPIA в 2009 году также отмечала, низкое вовлечение семейных врачей в ведение диабета. С того времени был проведен ряд мероприятий, направленных на усиление роли семейных врачей в ведении НИЗ, в частности в некоторых регионах проводилось обучение семейных врачей и медицинских сестер ведению сахарного диабета 2 типа на основе разработанных КР/КП. В некоторых регионах это способствовало управлению семейными врачами пациентов с сахарным диабетом 2 типа, однако ведение инсулинозависимых пациентов остается только эндокринологами, роль семейных медицинских сестер в ведении диабета также остается низкой. При этом приверженность пациентов наблюдаться у семейного врача также низкая, из-за недоверия.

В некоторых регионах есть случаи, когда медицинские сестры эндокринолога вовлечены в ведение пациентов с СД и ведение Регистра.

Диагностикой и контролем осложнений, возникших в результате СД (диабетическая нефропатия, ретинопатия, нейропатия и др.) занимаются также врачи других узких специальностей (нефрологи, офтальмологи, невропатологи и др.).

> *Из интервью эндокринолога ЦСМ «Больных с СД очень много. Семейные врачи и терапевты не хотят даже смотреть пациентов с СД. Сами пациенты не идут к ним, думают что они не специалисты по диабету. А мне кроме того как назначить лечение, надо еще объяснять как правильно питаться, двигаться и многое другое. Но я не успеваю этого делать. Кроме этого надо еще карточку заполнить, а в конце рабочего дня еще надо внести все данные в Реестр. У меня медсестра, которая сама страдает СД 2 типа, я ее обучила и теперь она пациентам все рассказывает об образе жизни….».*

Рисунок 6. Структура оказания медицинской помощи больным с сахарным диабетом

Стационарная специализированная помощь пациентам с сахарным диабетом оказывается в отделениях эндокринологии: на третичном уровне в Национальном госпитале (40 коек), НЦОМиД (25 коек) для детей, областных объединенных больницах во всех регионах, на вторичном уровне в ГКБ №1 г. Бишкек (30 коек), и в терапевтических отделениях территориальными больниц (ТБ) на городском и районном уровне в регионах (5-10 коек).

В настоящее время эндокринологическое отделение при Национальном госпитале (НГ) выполняет роль третичного уровня страны, в котором получают услуги больные с регионов республики, осуществляются научные и учебные процессы. Кроме того при НГ ведутся амбулаторные приемы для пациентов со всей республики. Прежде чем госпитализироваться, пациенты должны пройти консультацию в данной поликлинике и получить направление эндокринолога на госпитализацию.

Стационарная помощь больным сахарным диабетом оказывается бесплатно, больные могут 2 раза в течение года быть госпитализированы бесплатно, 3-я и более плановые госпитализации проводятся с внесением соплаты среднего уровня.

В рамках данной оценки была подробно изучена работа системы здравоохранения в отношении организации лечения сахарного диабета в трех выбранных регионах в г. Бишкек, Ошской и Иссыкульской областях для диабета первого и второго типа.

Следует отметить, что со времени проведения оценки RAPIA в 2009 году система предоставления услуг для пациентов с диабетом практически не изменилась. При диагнозе сахарный диабет пути, которые проходит пациент, продолжают оставаться довольно сложными.

Большинство пациентов с сахарным диабетом 2 типа, узнают о своем диагнозе случайно, при получении услуг по другим заболеваниям, чаще всего в стационаре, где общий анализ крови, в том числе на сахар является обязательным при диагностике во время госпитализации.

При проведении оценки в 2009 году 52% пациентов были диагностированы на уровне ЦСМ, остальные пациенты узнают о своем диагнозе в основном при получении услуг в стационаре по другим заболеваниям. Согласно данным, полученным во время интервью в рамках данной оценки, 42% пациентов были диагностированы на уровне ЦСМ. Большинство были диагностированы чаще при госпитализации по другим состояниям.

Все дети с сахарным диабетом 1 типа при выявлении диагноза обязательно направляются на госпитализацию для подтверждения диагноза на областной или национальный уровень. На данном уровне они проводят все необходимые диагностические исследования, в том числе исследование на гликолизированный гемоглобин и корректируют дозировки инсулина. В дальнейшем при ведении заболевания на районном уровне, где пациенты наблюдаются по месту жительства, эндокринологи придерживаются назначенного лечения.

В Ошской области межобластная детская больница, является центральной для трех южных регионов республики, в основном дети получают услуги на данном уровне. Если родители ребенка имеют возможность госпитализации на национальный уровень в г. Бишкек, в НЦОМиД, то они направляются на данный уровень.

Дети с СД 1 типа в Иссык-Кульской области при первичной постановке диагноза обязательно направляются на национальный уровень в НЦОМиД, поскольку в области нет специализированной детской больницы. Впоследствии все дети с СД 1 типа постоянно госпитализируются один или два раза в год в стационар.

Эндокринологи на районном уровне и сами больные по телефону договариваются с врачами областного и республиканского уровня о плановой госпитализации и наличии свободных мест.

При проведении интервью родители детей с 1 типом диабета говорили о том, что госпитализация в стационар для них материально затруднительна, поскольку они затрачивают средства для приезда на областной или национальный уровень. Кроме того, им необходимо в течение времени госпитализации (около 10 дней) затрачивать средства на питание, проведение диагностики и др. **Более половины опрошенных пациентов (64%) отметили, что на госпитализацию затрачивают от 10 до 15 тыс. сом (около 150 - 200$ США).**

Однако большинство родителей привержены постоянно госпитализироваться, хотя бы 1 раз в год, потому что в первую очередь, врачи рекомендуют это делать, во-вторых, во время госпитализации они проводят диагностику на гликолизированный гемоглобин, который является платным. В третьих, только во время госпитализации родители могут проходить обучение по самоконтролю диабета в Школах диабета, которые работают на постоянной основе для детей только на центральном уровне в НЦОМиД.

В Ошской межобластной детской больнице не проводятся школы диабета, хотя врач отделения проходила двухмесячное обучение на базе НЦОМиД. Причинами называется отсутствие соответствующих помещений в отделении. Родители детей направляются во взрослую областную больницу, где они могут пройти обучение в Школе диабета.

Взрослые пациенты, которым ставят диагноз диабет в других отделениях больницы (республиканской, областной или районной), также часто направляются в отделение эндокринологии для диагностики и подтверждения диагноза.

После подтверждения диагноза пациенты направляются на первичный уровень для дальнейшего наблюдения и регистрации на первичном уровне.

Даже если пациенты были выявлены на первичном уровне, то их также направляют на госпитализацию для проведения диагностики и подтверждения диагноза. Опрошенные врачи отмечали, что при выявлении диагноза пациенты в большинстве случаев сами требуют направить их на госпитализацию. Они вынуждены давать направления на госпитализацию под давлением пациентов, либо пациенты сами договариваются о госпитализации на областном или национальном уровне.

> *Выдержки из интервью врачей, Ошская область: «В основном на госпитализацию поступают лица с осложнениями или для подтверждения диагноза. ЦСМ самостоятельно не ставят диагноз СД, обязательно направляют к нам на госпитализации при первичном выявлении высокого сахара в крови. Но есть и такие лица, которые каждый год обязательно хотят госпитализироваться, хотя показаний для этого нет. Менталитет населения позволяет им думать, что госпитализация позволит им быть здоровыми в течение года. Поэтому всячески пытаются хотя бы раз в год госпитализироваться. Кроме этого, эти пациенты выходят на должностных лиц района, которые звонят к директору больницы и настаивают на госпитализации. При проверках ФОМС за такие случаи нас штрафуют, поэтому мы вынуждены подделывать анализы и приписывать тяжелые осложнения, чтобы избежать штрафов со стороны ФОМС.*

Данная ситуация, как отмечают врачи стационаров очень сложная для них, поскольку на больницу и врача за необоснованную госпитализацию налагается штраф. Но при этом врачи отмечают, что только во время плановых или экстренных госпитализациях пациенты могут пройти осмотр у различных специалистов на предмет осложнений связанных с диабетом, потому что не во всех регионах имеются соответствующие специалисты.

Учитывая, что плановая госпитализация для больных сахарным диабетом бесплатная на всех уровнях здравоохранения, больные остаются приверженными к госпитализации. Кроме того, согласно нормам по получению инвалидности в связи с сахарным диабетом, все больные для подтверждения или изменения степени инвалидности, обязаны ежегодно предоставлять в соответствующие органы заключения о госпитализации в стационаре. Это также является одной из причин, почему больные вынуждены хотя бы один раз в год госпитализироваться.

Анализ госпитализаций больных сахарным диабетом показывает, что госпитализация взрослых с 2010 года остается довольно высокой от 34 до 39%. При этом врачи стационаров отмечают, что в более чем 90% случаях больные госпитализируются с осложнениями диабета, а остальные с первичным обнаруженным высоким уровнем сахара на приеме в ЦСМ.

Уровень госпитализации детей до 14 лет за 2017 год достиг 150%, то есть это означает, что половина зарегистрированных детей обязательно госпитализируется дважды в год.

Необходимо учитывать, что госпитализация детей проводится только на центральном уровне в г. Ош в областной детской больнице и г. Бишкек в НЦОМиД.

Причины высокой госпитализации детей врачи объясняют наличием осложнений у них. Это может свидетельствовать о плохом контроле диабета, когда такой высокий уровень осложнений. Но интервью с родителями показало, что врачи рекомендуют обязательно госпитализироваться два раза в год, даже при отсутствии осложнений, для профилактического осмотра.

Выдержки из интервью родителей детей с СД 1 типа: «Моей дочери 11 лет, в 7 лет у не выявили диабет 1 типа. Проживаем мы в с. Бостери, Иссык-Кульской области. Мы каждые полгода приезжаем в Бишкек на госпитализацию.Четыре года назад, когда мы впервые госпитализировались в НЦОМиД врач сказал, что мы обязательно должны каждые полгода или один раз в год приезжать сюда на госпитализацию. Она дала свой телефон. Я во время летних и весенних каникул ребенка звоню к ней, договариваюсь о наличии мест и приезжаю на госпитализацию. Здесь во время госпитализации нам проводят консультации офтольмолога, делают УЗИ почек, сдаю анализ на гликолизированный гемоглобин. Также моя дочка получает здесь массаж, отдыхает. Для меня каждая госпитализация обходится около15000 сом, потому что я приезжаю на такси, каждый день приезжаю к дочке в больницу, приношу питание дочери. Живу сама у родственницы. Анализ крови и мочи сдаем бесплатно, но анализ на гликолизированный гемоглобин, УЗИ проводится платно, нас направляют в частную лабораторию».

«Я живу с. Хайдаркен, Баткенской области, моему ребенку 6 лет, диагноз диабет поставили ему в 4 года. Я уже третий раз приезжаю в Ошскую областную больницу на госпитализацию. Сказали, что в Баткене нет специальной больницы для детей, поэтому наш врач направляет меня в г. Ош на госпитализацию. У меня дома еще трое детей, мне тяжело приезжать в г. Ош, в прошлый раз лежал с ребенком муж. Во время госпитализации врачи нам рассказывают как правильно делать инсулин, как нужно питаться ребенку. В Баткене такую информацию нам не рассказывают, так и сказали в Оше в больнице Вам все расскажут».

Таблица 3. Данные по госпитализации больных с СД, 2010-2017гг.

Год	Всего больных (абс.)	Госпитализировано, взрослые и подростки	%	Всего дети с СД (абс.)	Госпитализировано, дети до 14 лет	%
2010	32975	12893	39,0	208	104	50
2011	37849	14456	38,2	209	238	113
2012	40383	15488	38,4	240	293	122
2013	43178	16135	37,4	283	285	100,7
2014	47455	16826	35,5	290	330	113,7
2015	50626	17491	34,5	331	385	116,3
2016	52897	18622	35,2	354	457	129

2017	56068	19597	35,0	380	570	150

Источник: Регистр сахарного диабета, 2017

6.2. Диагностические инструменты и инфраструктура

Согласно действующей Программе государственных гарантий (ПГГ), утвержденной в ноябре 2015 года, базовые лабораторные и диагностические исследования для больных сахарных диабетом на уровне ПСМП проводятся бесплатно, такие как общий анализ крови, общий анализ мочи и микроскопия мочевого осадка, определение сахара в крови, и моче, определение холестерина, электрокардиографическое (ЭКГ) исследование. Необходимо отметить, что определение холестерина в крови – это новая позиция в базовых исследованиях, предоставляемая бесплатно организациями здравоохранения в рамках данной ПГГ, начиная с 2015 года.

Практически все государственные организации здравоохранения, где проводятся исследования на определение сахара в крови, проводят с использованием полуавтоматических анализаторов. Большинство организаций здравоохранения отметили, что за последние 5 лет в основном все анализаторы были обновлены или закуплены дополнительно.

Остаются проблемы связанные, с наличием реактивов и расходных материалов для данных анализаторов, хотя большинство организации здравоохранения регулярно закупают их. Сотрудники лаборатории подготавливают список требуемых материалов, который предоставляют администрации, на основании которого проводится тендер на закупку реактивов и оборудования.

В период проведения оценки были отмечены случаи, когда ОЗ не проводили исследования на сахар, из-за отсутствия реактивов. Так, например, в Ошской межобластной в течение 2-х месяцев отсутствовали реактивы для определения сахара в крови и моче из-за отсутствия финансирования и больные направлялись в частные лаборатории.

Тест-полоски на определение микроальбуминурии и ацетона в моче практически не закупаются. Руководители лаборатории отметили, что администрация не закупает их из-за отсутствия средств в бюджете.

Ни одна из посещенных ОЗ, где имеются лаборатории не имела глюкометров для проведения экспресс-диагностики. Основная проблема с глюкометрами связана с доступностью специальных тест-полосок. Часто эндокринологи имеют свои личные глюкометры, они отметили, что закупают тест-полоски на свои личные средства.

В настоящее время, из государственных организаций здравоохранения, только в эндокринологическом центре в г. Бишкек проводятся исследования на гликолизированный гемоглобин HbA1c. Данное исследование проводится бесплатно только для детей с СД 1 типа и некоторым уязвимым взрослым больным. Набор реагентов для проведения данного вида исследования ограничен, ввиду ограниченности бюджетных средств и дороговизны.

Только около 11% взрослых пациентов с СД, состоящие на учете в г. Бишкек ответили, что им проводили исследование на гликолизированный гемоглобин HbA1. При опросе родителей детей, которые состояли на учете в Эндокринологическом центре г. Бишкек, ни один из них не отметил, что данный вид анализа проводился им бесплатно.

Исследования на гликолизированный гемоглобин (HbA1) проводятся только в частных лабораториях, стоимость составляет в среднем 650 сом (10 долларов США). Во всех посещенных регионах, в том числе на районном уровне имелись частные лаборатории,

которые проводят исследования на гликолизированный гемоглобин. Также в г. Бишкек больные с впервые выявленным СД 1 типа, часто направляются в частные лаборатории для исследования на S-пептид, стоимость исследования составляет около 1000 сом (15,3$).

Исследования на сахар крови и моче в лабораториях ОЗ проводятся ежедневно, исследования на холестерин и гликолизированный гемоглобин (в г. Бишкек) проводятся только в определённые дни, чаще всего 1-2 раза в неделю.

Шприцы для введения инсулина, пациентам выдаются бесплатно при получении инсулина. Для детей и пациентов, которые пользуются шприц-ручками/картриджами выдают иглы. Опрошенные пациенты отмечали, что в среднем они получают около 20-30 шприцев на 2 месяца. Отмечалось, что этого количества не хватает, поэтому больным приходится по несколько раз делать инъекции одним и тем же шприцем, в среднем 1 шприцем пользуются 4-5 дней.

Некоторые пациенты отмечали, что были перебои с выдачей шприцев, когда им приходилось покупать шприцы в аптечной сети за свои средства. Из посещенных аптек, не все аптеки имели в наличии инсулиновые шприцы. Только около 30% аптек в момент оценки имели их в наличии. Специалисты аптек отмечают, что не имеют в ассортименте инсулиновые шприцы для продажи, поскольку на них нет спроса. Пациенты очень редко обращаются за данными шприцами. При необходимости, если будет спрос, готовы обеспечить наличие инсулиновых шприцев в аптечной сети. Стоимость инсулиновых шприцев в аптечной сети в составляет от 5 (0,07$) до 15 сом (0,2$).

В 2016 году Минздравом были закуплены 125 штук шприц-ручек, 3 мл на общую сумму 6641$. Закупки глюкометров Минздравом не проводились.

Из общего количества опрошенных пациентов (123 пациентов) 42% из них имели глюкометры, в основном это люди, проживающие в городе Бишкек и областных центрах городах Ош и Каракол. Пациенты чаще всего приобретают глюкометры самостоятельно, были несколько случаев, когда для детей выдавался глюкометр бесплатно в рамках каких-то мероприятий, проводимых общественными организациями. Пациенты отмечали что стоимость, по которой они приобретали глюкометры составляет от 2200 до 3800 сом, стоимость тест-полосок от 1100 сом до 3000 сом за 50 штук.

Имеются программы по льготному приобретению тест-полосок, информация представлена Разделе 6.9.1. «Программы льготного лекарственного обеспечения».

В рамках данной программы охват пациентов, пользующихся льготной программой, очень низкий, большинство пациентов не осведомлены о ней. Многие пациенты отмечали, что не контролируют регулярно сахар в крови, из-за отсутствия тест-полосок. При опросе некоторые пациенты отмечали, что приобретают тест-полоски и глюкометры у врачей в ОЗ.

6.3. Организация профилактических мероприятий

В рамках национальных программ по реформе здравоохранения особое внимание уделяется вопросам профилактики НИЗ. С началом реализации действующей программы по реформе здравоохранения «Ден соолук» (2012-2018гг.) стало уделяться особое внимание комплексной профилактике НИЗ. Утверждена Программа Правительства по контролю НИЗ на 2013-2020 гг. Сахарный диабет и болезни легких также являются центром различных профилактических мероприятий и программ.

В настоящее время в рамках принятых обязательств Кыргызстана в области устойчивого развития до 2030 года, в основу которого легли Цели устойчивого развития (ЦУР) охватывается больший круг вопросов правильного питания детей, в том числе сокращению

избыточной массы тела и ожирения. С этой целью реализуются некоторые межведомственные программы, поддерживаемые международными организациями, по снижению избыточного веса и ожирения у детей, по сокращению недостаточной физической активности.

Однако, следует отметить, что в целом профилактические мероприятия в области питания организованы слабо, а осведомленность населения о здоровом питании - низкая.

Учреждения здравоохранения на уровне ПМСП предлагают минимальный набор услуг в области питания: проводится оценка статуса питания, консультации об изменении рациона питания для пациентов с ССЗ или диабетом, но последующие действия по оценке достигнутого прогресса пациентами ограничены.

Отсутствует стандартный скрининг всех пациентов поликлиник на статус курильщика, а поставщики услуг ПМСП не обучены предоставлению консультаций по отказу от курения. Тем не менее, в 2012 году разработано и внедрено клиническое руководство по прекращению курения, а также проведено обучение поставщиков ПМСП в области скрининга на табакозависимость и предоставление консультаций.

За последние 8-10 лет был предпринят ряд усилий в области улучшения выявления и профилактики гипертонической болезни, включая ежегодные скрининговые кампании подворового обхода, проводимые представителями сельских комитетов здоровья (СКЗ), циклы непрерывного повышения качества на уровне учреждений ПМСП, сфокусированные на гипертонической болезни, включающие стандартное измерение артериального давления у взрослого населения старше 40 лет при каждом посещении поликлиники. Инициативы получили реализацию, но устойчивость воздействия остается неоднозначной.

В целом, следует отметить, что вмешательства на уровне населения являются достаточно низким приоритетом в системе здравоохранения республики, на них выделяется ограниченное финансирование из государственного бюджета. В настоящее время реализация мероприятий, относящихся к профилактике заболеваемости и укреплению здоровья, в большей степени зависят от наличия финансирования от международных доноров. Государственное финансирование и финансирование от доноров, предоставляемое через широко секторальный подход (SWAp), в основном направлены на индивидуальные услуги здравоохранения, а не на мероприятия среди населения.

Одним из ключевых факторов, объясняющих низкий уровень осведомленности населения и профилактической помощи, является недостаточное внимание, уделяемое санитарному просвещению. Ряд инициатив по повышению осведомленности пациентов не были полностью реализованы в рамках программ реформирования здравоохранения по причине отсутствия механизмов устойчивого финансирования, низкого уровня приверженности среди врачей и плохого соблюдения режима лечения пациентами.

На уровне ЦСМ существуют кабинеты укрепления здоровья (КУЗ), в задачи которых входит выполнение профилактических мероприятий и повышение осведомленности о вопросах здоровья. Однако эти кабинеты испытывают нехватку финансирования, и их работа до настоящего момента в основном сводилась к обучению и координации деятельности сельских комитетов здоровья. В результате, не произошло полной интеграции кабинетов укрепления здоровья в ПМСП.

Врачи ПСМП несут ответственность за проведение просветительских и профилактических мероприятий, но их нагрузка продолжает оставаться чрезмерной. Роль медицинских сестер в просвещении населения по вопросам здоровья недостаточно развита. В итоге, пациенты плохо знакомы с необходимыми мерами в отношении своего заболевания, а

также среди пациентов отсутствует общее понимание своих прав в рамках системы здравоохранения.

Основной вопрос, который поднимается в отношении профилактики сахарного диабета, связан с ранней диагностикой диабета и связанных с ним осложнений. Причины, которые обуславливают существующее положение дел, связаны с тем, что пациенты слишком поздно обращаются за помощью в связи с недостаточным уровнем знаний.

Один из ключевых факторов, объясняющих слабый уровень профилактики – это то, что обучению пациентов не уделяется достаточно внимания. Несмотря на ежегодное увеличение выявленных пациентов с СД, первичная профилактика пока на низком уровне, часто пациенты выявляются уже с осложнениями. Уровень осложнений, связанных с диабетом, также постоянно растет, что указывает также на низкий уровень вторичной профилактики.

На уровне ПМСП велась работа по созданию школы диабета. Однако данные школы продолжают оставаться только на центральном уровне, при содействии общественных организаций. Посещаемость данных школ находится на низком уровне, а работники здравоохранения имеют слабую мотивацию проводить подобные мероприятия в долгосрочной перспективе. Врачи на районном уровне ЦСМ отмечают о низкой заинтересованности руководства ЦСМ в оказании содействия созданию школ диабета (выделение помещения, дополнительной оплаты, средств на информационные материалы и др.)

Некоторые мероприятия по повышению осведомленности пациентов организовываются в преддверии Всемирного Дня Диабета, различных Форумов и конференций, организуемых по вопросам диабета при поддержке общественных организаций, фармацевтических компаний. В отдельных случаях на таких мероприятиях проводятся осмотры пациентов и определение уровня сахара в крови.

Профилактика и ранняя диагностика СД является также недостаточно эффективной в связи с низким уровнем профессиональных знаний и недостаточной приверженностью семейных врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) вести диабет. Семейные врачи не занимаются контролем пациентов с СД, эти функции полностью возложены на эндокринологов, которые доступны только на уровне городского или районного ЦСМ. В сельских местностях и отдаленных ГСВ доступность к эндокринологам ограничена.

6.3.1. Отдельные инициативы по выявлению распространённости диабета и внедрению Пакета профилактических мероприятий по НИЗ

По инициативе ВОЗ за последние несколько лет был предпринят ряд мероприятий в отношении выявления и профилактики диабета.

В 2013 году было проведено исследование STEPS на основе инструмента Всемирной организации здравоохранения по распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний, в том числе сахарного диабета и ожирения. Результаты данного исследования показали, что в стране 94,2% обследованных в возрасте 24-64 года имели факторы риска. Из них повышение артериального давления имелось у 48,7%, повышенный уровень холестерина (выше 5,0 ммоль/л) у 23,6%, повышенный уровень глюкозы (выше 6,0 ммоль/л) выявлен у 4,5% обследованного населения, у 8,8% лиц принимающих сахароснижающую терапию был выявлен повышенный уровень сахара, с избыточным весом и ожирением было 56,2% обследованного населения.

Начиная с 2014 года для оптимизации выявления и диагностики диабета в качестве пилота в Кыргызстане был внедрен Пакет основных мероприятий по неинфекционным

заболеваниям - PEN протокол[3]. Этот протокол содержит набор ранжированных по степени приоритетности и эффективных по стоимости мер вмешательства в отношении неинфекционных заболеваний (НИЗ) для укрепления национального потенциала с целью расширения предоставления интегрированной медицинской помощи риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и хронической обструктивной болезни легких. Эти мероприятия позволят работникам здравоохранения собрать необходимые данные для более эффективного выявления и профилактики людей из группы риска по диабету даже при наличии у них прочих заболеваний, диагностирование больных диабетом и предоставление им рекомендаций в отношении вариантов лечения на ранней стадии болезни для предотвращения осложнений.

Сначала PEN протокол был внедрён в Бишкеке, столице Кыргызстана, и в двух регионах страны – всего в 10 медицинских учреждениях, являющихся центрами семейной медицины. Внедрение началось с постдипломного обучения врачей и медсестер навыкам измерения показателей, включенных в PEN протокол. Прошедшие курс подготовки медработники приступили к измерению показателей, согласно протоколу, у пациентов, посещавших их медицинские учреждения. Результаты шестимесячного пилотного проекта по внедрению PEN протокола свидетельствуют о том, что число зарегистрированных случаев заболевания диабетом увеличилось в среднем на 25% в двух регионах. В одном из учреждений, где был внедрен PEN протокол, число диагностированных в течение 6 месяцев случаев диабета в два раза превысило показатели предыдущих периодов. Такое увеличение числа диагностированных случаев диабета явилось результатом получения медсестрами и врачами необходимых знаний и практических навыков для выявления диабета у пациентов. Данные, полученные в результате внедрения протокола, подтвердили правильность подхода, реализованного системой здравоохранения, и стали веским доводом в пользу более широкого применения PEN протокола в других частях страны.

Распространённый в пилотных регионах среди врачей и медсестер вопросник показал, что до внедрения PEN протокола приблизительно 60-70% из них имели знания о факторах риска диабета и могли дать пациентам медицинские рекомендации по лечению и уходу. После внедрения PEN протокола заполненный вопросник свидетельствовал о том, что теперь уже 80-90% медработников могли дать надлежащие рекомендации больным диабетом. Кроме того, отныне медицинской информацией, собранной в рамках PEN протокола, можно поделиться, используя электронную базу данных. Этот мощный инструмент мониторинга не только дает возможность системе здравоохранения отслеживать случаи диабета и анализировать основные тенденции, но также позволяет составить общее представление, например, об охвате пациентов и полноте собранных клинических данных. Кроме того, благодаря PEN протоколу система здравоохранения получает возможность сравнивать эффективность работы организаций здравоохранения.

Кыргызстан двигается вперёд и расширяет использование PEN протокола в других частях страны и начал его внедрение еще в трех районах республики.

6.4. Регистр больных сахарным диабетом

Начиная с 2009 года в Кыргызстане начал внедрятся регистр больных сахарным диабетом на пилотной основе в г. Бишкек и Чуйской области. К 2015 году программное обеспечение данного регистра поэтапно внедрено по всей республике. Регистр дает возможность

[3] Кыргызстан: Внедрение PEN протокола для оптимизации диагностики диабета (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/activities/)

получать систематическую информацию о больных с СД, осложнениях и инвалидности, обеспечения инсулином и таблетированными сахароснижающими препаратами и др.

В настоящее время Регистры ведутся во всех организациях первичного уровня в регионах – ЦСМ, в г. Бишкек в ГЭД. На каждом областном уровне имеется ответственный за формирование данных на уровне области, который собирает все данные с районов и передает данные на национальный уровень в ЦЭЗ. В ЦЭЗ имеется лицо, которое является ответственным за формирование, сбор и анализ данных Регистра по республике.

Ведение Регистра на уровне ПМСП осуществляет эндокринолог. Часть эндокринологов была специально обучена ведению регистра в г. Бишкек, другие эндокринологи самостоятельно ведут данный Регистр, при этом постоянно консультируются с областными специалистами, ответственными за ведение регистра. В одном из посещенных районов Иссык-Кульской области регистр вела медицинская сестра.

При проведении интервью многие эндокринологи отмечали, что ведут Регистр не регулярно, поскольку у них большое количество пациентов. Чаще всего один раз в неделю на основании амбулаторных карточек, которые ведутся при приеме пациентов, эндокринологи заносят данные в Регистр.

Кроме того, при проведении интервью в районных организациях здравоохранения все эндокринологи, которые занимаются ведением регистра, отметили проблему, связанную с отчетностью данных. Ежеквартально эндокринолог везет компьютерный процессор, куда инсталлирован Регистр, на областной уровень к ответственному лицу. На областном уровне специалист чистит базу данных и формирует отчет для дальнейшей отчетности по области. Как оказалось, из-за того, что эндокринологи на местах не могут формировать отчетные выходные данные, которые могли бы отправлять по электронной почте, они вынуждены вместе с компьютером периодически ехать на областной уровень.

Следует отметить, что некоторые эндокринологи считают ведение Регистра дополнительной нагрузкой и неким обязательством для вышестоящих организаций. Практически большинство эндокринологов не умеют получать выходные данные из регистра, кроме количества состоящих на учете больных. Возможности регистра позволяют учитывать все осложнения больных, анализировать количество, режимы, виды получаемых больными инсулинов и использовать эти данные для прогнозирования и определения потребности в инсулинах и сахароснижающих пероральных лекарствах.

На сегодняшний день роль Регистра в использовании данных для мониторинга, эффективных закупок и распределении инсулина низкая. Потребность в закупках инсулинов на уровне Минздрава в основном формируется исходя из закупаемых объемов и видов инсулина за предыдущий год.

6.5. Клинические руководства и протоколы (КР/КП) для диагностики, профилактики и лечения СД

Начиная с 2006 года в стране используются клинические руководства и протоколы, которые регламентируют вопросы диагностики, профилактики и применения лекарственных средств при сахарном диабете 2 типа.

Процесс разработки КР\КП реализуется Минздравом и в данном процессе значительную роль играют профессиональные медицинское ассоциации. Многие ассоциации уже имеют хороший опыт в создании КР/КП, однако их координирующая роль не подкреплена достаточными полномочиями. Рабочие группы создаются приказом МЗКР и включают специалистов из разных областей. Разработка КР/КП не финансируется из бюджета.

При разработке клинических руководств обычно адаптируются клинические рекомендации передовых стран мира в соответствии с особенностями предоставления медицинской помощи в Кыргызской Республике.

Начиная с 2009 года были разработаны КР/КП для диагностики и лечения сахарного диабета 2 типа и его осложнений, в 2016 году данные КР/КП были пересмотрены. КР/КП для диагностики и лечения сахарного диабета 1 типа не разработаны.

Таблица 4. Перечень утвержденных КР/КП по СД 2 типа

Клиническое руководство/протокол	Название	Данные по утверждению
Клиническое руководство	Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа на первичном уровне здравоохранения	Приказ МЗ КР № 325 от 08.06.09.
Клинический протокол	Сахарный диабет 2 типа	Приказ МЗ КР № 325 от 08.06.09.
Клинический протокол	Диабетическая нефропатия	Приказ МЗ КР № 325 от 08.06.09.
Клинический протокол	Диабетическая невропатия	Приказ МЗ КР № 325 от 08.06.09
Клиническое руководство	Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа	Приказ МЗ КР №691 от 09.09.2016, Приложение 1
Клинический протокол	Неотложные (острые)состояния и хронические осложнения сахарного диабета 2 типа	Приказ МЗ КР №691 от 09.09.2016, Приложение 3
Клинический протокол	Диагностика, профилактика и лечение сахарного диабета 2 типа	Приказ МЗ КР №691 от 09.09.2016, Приложение 2
Клинический протокол	Обучение и самоконтроль пациентов с сахарным диабетом 2 типа	Приказ МЗ КР №691 от 09.09.2016, Приложение 4

Данные клинические руководства и протоколы разработаны для первичного звена здравоохранения. Рекомендации в КР/КП, утвержденные в 2016 год для лечения СД 2 типа включают большое количество и новые группы пероральных сахароснижающих лекарственных средств. Кроме того, предлагается использование комбинаций сахароснижающих средств при неэффективности монотерапии метформином.

Следует отметить, что некоторые лекарственные средства, рекомендованные к использованию в КР/КП пока не все физически доступны для пациентов. Например, препараты репаглинид и ситаглиптин физически доступны только в г.Бишкеке, в аптечной сети регионов данные препараты отсутствуют.

На сегодняшний день аптечная сеть страны имеет большое количество торговых наименований препаратов метформина (сиофор, глюкофаж, метфогамма и др.) и производные сульфанилмочевины (глибенкламид, гликлазид, глимепирид, гликвидон).

Кроме того, согласно утвержденных КР/КП для сахарного диабета 2 типа рекомендованы к использованию ряд аналоговых инсулинов. Однако, в настоящее время, МЗ закупает для взрослых пациентов только человеческий инсулин, а аналоги инсулинов закупаются только для детей с сахарным диабетом 1 типа.

Таблица 5. Сравнение медикаментозной терапии в КР/КП для лечения сахарного диабета 2 типа

КР/КП, 2009 г.	КР/КП, 2016 г.
Шаг 1: Препараты первой линии: Метформин	**1 этап:** стартовая терапия Метформин ИЛИ При наличии противопоказаний к метформину рекомендуют при старте использовать один из следующих групп: иДПП-4, аГПП-1, ингибиторы альфа-глюкозидаз, иНГЛТ-2 и более осторожно пиоглитазон, ПСМ, глиниды. При неэффективности метформина использовать комбинации сахароснижающих пероральных средств (см. табл. ниже) ИЛИ У пациентов с СД 2 типа, не достигающих гликемической цели на пероральные сахароснижающие средства, инсулинотерапия не должна задерживаться
Шаг 2: Метформин + базисный инсулин ИЛИ Метформин + один из препаратов сульфонилмочевины (глибенкламид, глимепирид, гликлазид, глипизид, гликвидон)	**2 этап:** оптимизация терапии МФ + иДПП-4, МФ + ПСМ или МФ+ глинид. В любой комбинации препаратов при отсутствии противопоказаний рекомендуется использовать МФ. Возможно назначение инсулина в виде монотерапии или в комбинации с МФ.
Шаг 3: Метформин + интенсифицированная инсулинотерапия	**3 этап:** интенсификация терапии Любая комбинация из трех препаратов при отсутствии противопоказаний рекомендуется использовать МФ, интенсификация инсулинотерапии

Примечание: *МФ – метформин, иДПП-4 – ингибиторы дипептидилпептидазы-4, СМ – производные сульфонилмочевины, ТЗД – тиазолиндионы, глиниды (меглиниды), аГПП-1 – агонисты глюкагоноподобного пептида-1, иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа.*

Утвержденные КР/КП для диагностики и лечения сахарного диабета 2 типа были распечатаны в виде брошюр и распространены среди медицинских работников. В рамках проведенной оценки, было выявлено, что не у всех врачей в посещенных организациях имелись данные КР/КП.

В рамках оценки только 28% семейных врачей из общего количества опрошенных, имели в момент проведения оценки на рабочем месте данные КР/КП. При этом, 92% семейных врачей, которые имели КР/КП, не знали для лечения каких состояний и какого типа сахарного диабета должны использоваться данные КР/КП. Практические все опрошенные семейные врачи (100%) ответили, что не проходили ни какого обучения, связанного с данными КР/КП. Семейные врачи чаще всего, особенно при наличии эндокринолога в ЦСМ, не ведут больных с сахарным диабетом, даже второго типа, поэтому считают, что они не должны использовать данные КР/КП.

При этом, 86% семейных врачей отметили, что они могли бы вести пациентов с диабетом 2 типа, если бы их соответствующе обучили.

Большинство эндокринологов знают о данных КР/КП и их имеют. Около 90% опрошенных эндокринологов, работающих на ПСМП, имели утвержденные КР/КП. Однако большинство из них отметили, что еще не читали их еще, поскольку только недавно их получили. Более половины опрошенных эндокринологов - 53%, отметили, что в рамках конференции, посвященной ко дню диабета, проведенной в 2017 году, они получили утвержденные КР/КП в качестве раздаточного материала.

Следует отметить, что клинические протоколы не подкреплены соответствующими стандартами и индикаторами для проведения мониторинга и оценки качества оказания медицинской помощи по лечению пациентов с СД 2 типа.

Отсутствие подобного контроля дает возможности врачам не придерживаться медикаментозного лечения, установленных КР/КП, что способствует росту агрессивного влияния на врачей со стороны фармацевтических компаний. Большинство врачей считают КР/КП не всегда применимыми, особенно при учете индивидуальных особенностей пациентов.

6.6. Противодиабетические лекарственные средства, разрешенные к использованию в КР и включенные в ПЖВЛС

В соответствии с законодательством КР лекарственные средства могут использоваться на территории Кыргызской Республики, если они прошли процедуру государственной регистрации и внесены в Государственный Реестр ЛС.

В настоящее время в Государственном Реестре лекарственных средств зарегистрированы и разрешены к применению в республике следующие противодиабетические средства: человеческие инсулины, аналоги инсулина, препараты метформина, глибенкламида, гликлазида, глимепирида, репаглинид, комбинированные фиксированные комбинации (метформин+ситаглиптин, метформин+гликлазид, метформин+глимепирид).

В настоящее время внесены в Государственный реестр зарегистрированных ЛС и разрешены к использованию в Кыргызстане 16 наименований человеческих инсулинов разных продолжительностей действия от 4-х производителей и 9 наименований аналогов инсулина от 3-х производителей.

Таблица 6. Перечень человеческих инсулинов, зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств, 2018 г.

№	Торговое наименование	Лекарственная форма	Производитель	Фармакотерапевти-ческая группа
1	Актрапид® НМ Пенфилл®	раствор для инъекций, 100 МЕ/мл, катридж 3 мл №5	Ново Нордиск А/С	Инсулин человеческий средней продолжительности действия
2	Актрапид® НМ	раствор для инъекций, 100 МЕ/мл, во флаконе 10 мл №1	Ново Нордиск А/С	Инсулин человеческий короткого действия
3	Микстард® 30 НМ	Суспензия для подкожного введения, 100 МЕ/мл, во флаконе 10 мл №1	Ново Нордиск А/С	Инсулин человеческий средней продолжительности действия
4	Милисулин® Н	раствор для инъекций, 100 МЕ/мл 3 мл, №5	Фармак ПАО, Украина	
5	Милисулин® Н	100 МЕ/мл 10 мл, №1	Фармак ПАО, Украина	
6	Милисулин® 30/70	суспензия для инъекций в картриджах, 100 МЕ/мл 3 мл, №5;	Фармак ПАО, Украина	
7	Милисулин® 30/70	100 МЕ/мл 10 мл, №1	Фармак ПАО, Украина	
8	Милисулин® HNP	суспензия для инъекций в картриджах, 100 МЕ/мл 3 мл, №5; 100 МЕ/мл 10 мл, №1	Фармак ПАО, Украина	
9	Хумулин® М3	суспензия для подкожного введения, 100 МЕ/мл, 10мл №1;	Эли Лилли энд Компани, США	Инсулин человеческий средней продолжительности действия
10	Хумулин® М3	суспензия для инъекций, 100 МЕ/мл 3 мл, №5	Лилли Франс С.А.С, Франция	

11	Хумулин® Регуляр	раствор для инъекций, 100 МЕ/мл 3 мл, №5;	Эли Лилли энд Компани	Инсулин человеческий короткого действия
12	Хумулин® Регуляр	100 МЕ/мл 10 мл, №1		
13	Хумулин® НПХ	суспензия для инъекций, 100 МЕ/мл 3 мл, №5; 100 МЕ/мл 10 мл, №1	Лилли Франс С.А.С	Инсулин человеческий средней продолжительности действия
14	Протафан НМ Пенфилл	суспензия для подкожного введения, 100 МЕ/мл 3 мл, №5	Ново Нордиск А/С	Инсулин человеческий средней продолжительности действия
15	Протафан® НМ	суспензия для подкожного введения, 100 МЕ/мл, во флаконе 10 мл №1	Ново Нордиск А/С	Инсулин человеческий средней продолжительности действия
16	Генсулин Р	раствор для инъекций, 70% 100 мл, №1	Bioton S.A.	Инсулин человеческий короткого действия

Из аналогов инсулина зарегистрированы и разрешены к использованию 9 наименований от 3-х производителей: Ново Нордиск (5 наименований), Лилли Франс (2 наименования), Санофи (2 наименования).

Таблица 7. Перечень аналогов инсулина, зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств, 2018 г.

№	МНН	Торговое наименование	Лекарственная форма	Производитель	Фармакотерапевтическая группа
1	Инсулин детемир	Левемир® Пенфилл®	раствор для подкожного введения, 100 ЕД/мл, катридж 3 мл №5	Ново Нордиск А/С	Аналог человеческого инсулина длительного действия
2	Инсулин Лизпро	Хумалог®	раствор для внутривенного и подкожного введения, 100 МЕ/мл 3 мл, №5	Лилли Франс С.А.С	Аналог человеческого инсулина короткого действия
3	Инсулин Лизпро	Хумалог® Микс 25	суспензия для подкожного введения, 100 МЕ/мл, катридж 3	Лилли Франс С.А.С	Комбинация аналогов инсулинов короткой и

			мл №5		средней продолжительности действия
4	Инсулин аспарт	НовоРапид® Пенфилл®	раствор для инъекций, 100 МЕ/мл, катридж 3 мл №5	Ново Нордиск А/С	Аналог человеческого инсулина короткого действия
5	Инсулин аспарт	НовоМикс® 30 Пенфилл®	суспензия для подкожного введения, 100 ЕД/мл, катридж 3 мл №5	Ново Нордиск А/С	Комбинация аналогов инсулинов короткой и средней продолжительности действия
6	Инсулин деглудек	Тресиба® ФлексТач®	раствор для инъекций, 100 ЕД/мл 3 мл, №5	Ново Нордиск А/С	Аналог инсулина длительного действия
7	Инсулин деглудек+инсулин аспарт	Райзодег® ФлексТач®	раствор для инъекций, 100 ЕД/мл 3 мл, №5	Ново Нордиск А/С	Комбинация аналогов инсулина длительного и короткого действия
8	Инсулин глулизин	Апидра® СолоСтар®	раствор для подкожного введения в шприцах, 100 ЕД/мл 3 мл, №5	Санофи-Авентис Дойчланд ГмбХ	Аналог человеческого инсулина короткого действия
9	Инсулин гларгин	ЛАНТУС® СолоСтар®	раствор для подкожного введения в шприцах, 100 ЕД/мл 3 мл, №5	Санофи-Авентис Дойчланд ГмбХ	Аналог инсулина длительного действия

Перечень наименований пероральных сахароснижающих средств, зарегистрированных в КР и разрешенных к использованию представлены 8 международными непатентованными наименованиями.

Каждое наименование представлено рядом генериков под торговыми названиями. Метформин представлен 56 наименованиями с разными дозами от 15 производителей, глибенкламид – 3 наименованиями от 2-х производителей, гликлазид – 9 наименованиями от 6 производителей, глимепирид – 18 наименованиями с разными дозами от 7 производителей, репаглинид – 11 наименованиями с разными дозами от 2-х производителей, ситаглиптин+метформин – 2 наименованиями с разными дозами от 1 производителя, метформин+гликлазид – 1 наименованием от 1 производителя, метформин+глимепирид – 2 наименованиями от 1 производителя.

Таблица 8. Пероральные сахароснижающие средства, зарегистрированные в Кыргызской Республике, 2018 г.

№	МНН	Торговое наименование	Лекарственная форма	Производитель	Фармакотерапевтическая группа
1	Метформин	Метформин, Метфогамма, Инсуфор, Глюкофаж, Форметин, Сиофор, Родформин	Таблетки, 500 мг, 850 мг, 1000 мг	Драгенофарм Апотекер Пюшль ГмбХ, Германия Фармак ПАО, Украина Илко Илач Сан. ве Тидж. А.Ш., Турция Борисовский завод медицинских препаратов ОАО, Беларусь Мерк Сантэ с.а.с, Франция Ридбург Фармасьютикалс Лтд, Индия Берлин - Хеми АГ/Менарини Групп, Германия	Бигуаниды
2	Глибенкламид	Глибенкламид Манинил® 5	Таблетки, 3,5 мг, 5 мг	Биовит, Кыргызстан ерлин - Хеми АГ/Менарини Групп, Германия	Производные сульфонилмочевины
3	Гликлазид	Диабетон® MR Инсутон Гликлазид	Таблетки с модифицированным высвобождением 30 мг, 60 мг	Фармак ПАО, Украина Джи Эм Фармасютикалс (GM Pharmaceuticals Ltd), Грузия Les Laboratories Servier Industrie, Франция Абди Ибрахим Илач Сан.ве Тидж. А.Ш., Турция Борисовский завод медицинских препаратов ОАО, Беларусь	Производные сульфонилмочевины

4	Глимепирид	ГлюкоНовэкс Амарил® Гварденс Диапирид Инсуприд	Таблетки, 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг	Барретт Ходгсон Пакистан Пвт Лтд Санофи Авентис С.П.А., Италия Akums Drugs&Pharmaceuticals Ltd, Индия Фармак ПАО, Украина Уорлд Медицин Илач Сан ве Тидж А.Ш., Турция	Производные сульфонилмочевины
5	Репаглинид	НовоНорм® Инсвада	Таблетки, 0,5 мг, 1 мг, 2 мг	Ново Нордиск А/С, Дания Ривофарм СА, Швейцария	Меглитиниды
Фиксированные комбинации препаратов					
6	Ситаглиптин+ метформин	СИТА Мет	Таблетки, 50/500 мг, 50/1000 мг	CCL Pharmaceuticals Pvt Ltd, Пакистан	
7	Метформин+ гликлазид	Диабезид	Таблетка, 500/80 мг	Rathamani Healthcare Pvt. Ltd., Индия	
8	Метформин+ глимепирид	Илет В1 Илет В2	таблетка 500/1 мг, 500/2 мг	MSN Laboratories Limited, Индия	

Одним из первых шагов, которые были предприняты в стране по продвижению политики, направленной на сдерживание расходов на лекарства и улучшению их поставок было внедрение Перечня жизненно важных лекарственных средств (ПЖВЛС).

ЛС, включенные в ПЖВЛС имеют преимущества перед другими ЛС, не включенными в него в плане льготного налогообложения (освобождены от 20% налога на добавленную стоимость, НДС) и приоритета в государственных закупках, проводимых как на центральном уровне МЗ, так и организациями здравоохранения всех уровней.

Кроме того, имеющиеся на сегодняшний день Программы по льготному лекарственному обеспечению граждан (ДПОМС, Лекарственное обеспечение по ПГГ) составляются преимущественно на основе ПЖВЛС (включают 80% ЛС из ПЖВЛС).

Первый ПЖВЛС был утвержден в 1996 году, согласно рекомендациям ВОЗ пересматривается каждые 2 года и утверждается Правительством Кыргызской Республики (1996, 1998, 2001, 2004, 2006, 2009, 2012). В 2017 году проведен 8-й пересмотр ПЖВЛС.

Проект нового ПЖВЛС был подан для утверждения в Правительство, планируется его утверждение в мае 2018 года.

Таблица 9. Сравнение сахароснижающих средств из Перечня жизненно важных лекарств в КР и модельного списка основных лекарств ВОЗ[4]

Наименование	ВОЗ[20]	ПЖВЛС, 2009	ПЖВЛС, 2012	ПЖВЛС, 2017
Инсулин	Растворимый инсулин и инсулин средней продолжительности действия, по флаконах по 40 ЕД/мл, 100 ЕД/мл в 10 мл флаконах	Спецификации препаратов не даны 40 МЕ и 100 МЕ во флаконах и картриджах	Инсулин Суспензия для инъекций 40 МЕ/мл, 100 МЕ/мл, флаконы по 10 мл, картриджи по 1,5 мл, 3 мл	Раствор для инъекций 100 МЕ/мл в 10 мл флакон
Глибенкламид	Таблетка 2.5 мг и 5 мг Указан только как альтернатива гликлазиду, а также не назначать пациентам старше 60 лет	Таблетки по 1.75 мг, 2.5 мг, 3.5 мг и 5 мг	Таблетки по 1.75 мг, 2.5 мг, 3.5 мг и 5 мг	Указан только как альтернатива гликлазиду, а также не назначать пациентам старше 60 лет
Метформин	Таблетка 500 мг	Таблетки по 250 мг, 500 мг и 850 мг	Таблетки по 250 мг, 500 мг, 850 мг, 1000 мг	Таблетка 500 мг,850 мг, 1000 мг
Гликлазид	Таблетка с контролируемым высвобождением 30 мг, 60 мг, 80 мг	Таблетки по 30 мг, 40 мг и 80 мг	Таблетки по 30 мг, 40 мг и 80 мг	Таблетки с модифицированным высвобождением 30 мг, 60 мг, 80 мг
Росиглитазон	Не включено	Таблетки по 2 мг, 4 мг и 8 мг	Не включено	Не включено
Глимепирид	Не включено	Таблетки по 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг и 6 мг	Таблетки по 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг и 6 мг	Таблетка: 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг *как альтернатива для гликлазида и глибенкламиду
Глюкагон	Инъекции 1 мг/мл	Не включено	Не включено	Инъекции 1 мг/мл

[4] http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017.pdf

6.7. Закупки и распределение инсулина

В Кыргызстане инсулин закупается Министерством здравоохранения КР централизованно на бюджетные средства и предоставляется всем больным с СД бесплатно.

В соответствии с Законом КР «О государственных закупках», закупки инсулина проводятся на тендерной основе, чаще всего один раз в год. Начиная с 2018 года тендерные закупки планируется проводить в электроном формате.

В настоящее время процедуры закупок инсулина практически не изменились со времени проведения оценки в 2009 году. Для закупок инсулина формируется комиссия, включающая Министерство здравоохранения, представителей профессиональных диабетических ассоциаций и сообщества пациентов, которые формируют спецификации закупок видов инсулина. Эти данные предлагаются по лотам, в соответствии с которыми местные оптовые фармацевтические фирмы, представленные зарубежными фармацевтическими компаниями предлагают цены на условиях СИП (провозная плата и страхование оплачены до Бишкека). Основным требованием является то, что закупаемое лекарственное средство должно быть зарегистрировано в Кыргызстане.

По итогам тендера выигравшая компания осуществляет поставки инсулина на центральный склад Минздрава в г. Бишкек. Закупаемые объемы инсулина обычно превышают возможности склада Минздрава, поэтому часть закупленного инсулина хранится на складе частной фармацевтической компании по договору.

МЗ производит оплату чаще всего после поставок инсулина и срок оплаты может составлять более 6 месяцев, в связи с неравномерным открытием финансирования МЗ со стороны финансовых органов.

Начиная с 2015 года по приказу Минздрава, аналоги инсулинов (в картриджах) закупаются только для детей и подростков до 18-летнего возраста, взрослые больные с сахарным диабетом принимают человеческие инсулины в картриджах и флаконах.

Несмотря на то, что согласно Приказа аналоговый инсулин должен выдаваться до 18 лет, некоторые руководители и врачи ОЗ отметили, что выдают аналоговый инсулин только детям до 14 лет. При опросе пациентов, также около 30% пациентов отметили, что получали аналоговый инсулин только до 14 лет.

Начиная с 2014 года, практически не изменяются объемы закупаемых инсулинов. Чаще всего расчёт потребности проводится на основе предыдущего года и в течение последних лет оставался на одном и том же уровне. В 2016 году закупки некоторых видов инсулинов как аналоговых, так и человеческих были увеличены.

Таблица 10. Объемы закупок инсулинов за период 2014-2017 гг.

Вид инсулина	**Форма выпуска**	**2014**		**2015 г.**		**2016 г.**	
		К-во упаковок	**Общая стоимость $ США**	**К-во упаковок**	**Общая стоимость $ США**	**К-во упаковок**	**Общая стоимость $ США**
Аналоги инсулина							
Хумалог®	100 МЕ картридж 3 мл 5 шт	2000	98000	2000	98000	1500	74430

Новорапид®	100 МЕ картридж 3 мл 5 шт	2000	80000	2000	80000	1500	63870
Левемир®	100 МЕ картридж 3 мл 5 шт	1500	82500	1500	82500	7100	379282
Лантус®	100 МЕ картридж 3 мл, №5	1500	99000	1500	99000	нет	нет
Всего аналогов инсулина		**7000**	**359500**	**7000**	**359500**	**10100**	**517582**
Человеческие инсулины							
Хумулин регуляр®	100 МЕ картридж 3 мл 5 шт	2000	22000	2000	22000	1200	12000
Хумулин регуляр ®	100 МЕ флакон, 10 мл	62000	303800	62000	303800	80000	264000
Хумулин НПХ®	100 МЕ картридж 3 мл 5 шт	2500	27500	2500	27500	1500	18000
Хумулин НПХ ®	100 МЕ флакон, 10 мл	120000	588000	120000	588000	170000	561000
Хумулин М3®	100 МЕ флакон 10 мл	5000	16500	5000	16500	10550	39031
Всего человеческого инсулина		**191500**	**957800**	**191500**	**957800**	**263250**	**894031**
ИТОГО		**198500**	**1317300**	**198500**	**1317300**	**273350**	**1 411 613**

В период с 2014 по 2016 год Минздравом на бюджетные средства было закуплено в целом 12 видов различных форм выпуска инсулина.

В сравнении с закупками в 2009 годом цены на закупаемые человеческие инсулины снизились.

Таблица 11. Виды и стоимость закупленного инсулина, по годам

Вид инсулина	Форма выпуска	Цена за 1 упаковку ($ США)			
		2009	2014	2015	2016
Хумалог®	100 МЕ картридж 3мл 5шт	50.1	49	49	49,98
Новорапид®	100 МЕ картридж 3мл 5шт	45.6	40	40	42,58
Хумулин регуляр®	100 МЕ картридж 3мл 5шт	15.1	11	11	10
Хумулин НПХ®	100 МЕ картридж 3мл 5шт	15.1	11	11	12
Левемир®	100 МЕ картридж 3мл 5шт	62.0	55	55	53,4
Хумулин регуляр ®	100 МЕ флакон	5.1	4,9	4,9	3,30
Актрапид®	100 МЕ флакон	5.1	4,9	4,9	-
Хумулин НПХ ®	100 МЕ флакон	5.1	4,9	4,9	3,30
Ново-Микс Пенфилл®	100 МЕ картридж 3мл 5шт	45.8	-	-	-
Хумулин М3®	100 МЕ флакон	5.1	4,9	4,9	3,30
Микстард НМ®	100 МЕ флакон	5.2	-	-	-
Лантус®	100 МЕ картридж	-	66	66	-

Источник: Министерство здравоохранения КР

Закупки инсулинов проводятся в двух формах – в картриджах для шприц-ручек и во флаконах. Стоимость месячного курса лечения в зависимости от формы выпуска инсулина различается. Стоимость лечения инсулинами в разных формах рассчитана исходя из расчета 40 единиц в сутки (рекомендуемая максимальная суточная доза по рекомендациям ВОЗ)[5]. В связи со снижением цен на человеческие инсулины по сравнению с 2009 годом, соответственно и стоимость месячного лечения стала дешевле в 1,5 раза.

Таблица 1. Стоимость месячного курса лечения с использованием флаконов и картриджей,

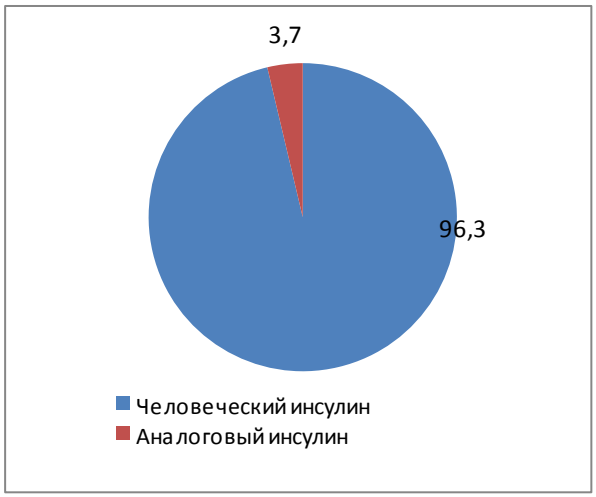
Виды инсулина	Стоимость в мес., 2009,$	Стоимость в мес., 2016, $
Человеческий, во флаконах	5,84	3,9
Человеческий, в картриджах	14.51	9,6
Аналоговый, в картриджах	49.45	54,4

[5] http://www.whocc.no/atc_ddd_index

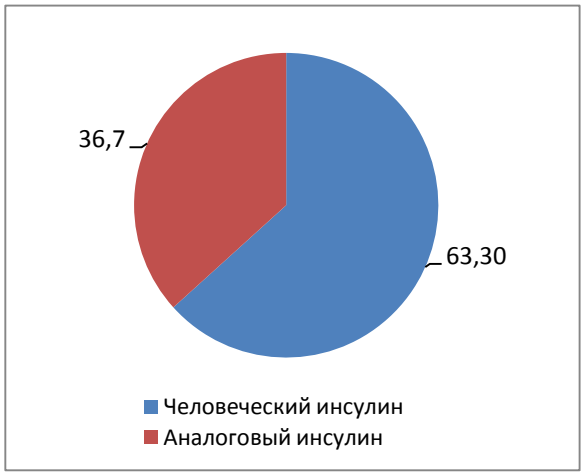
В целом анализ закупок инсулинов за 2016 год показал, доля закупок человеческого инсулина составляет 96,3% (в упаковках), а аналогов инсулина – 3,7%. Однако доля затрат на аналоговые инсулины составляет более трети бюджета от общего количества средств, выделяемых на закупку инсулинов - 36,7% (рис. 7).

Рисунок 7. Соотношение закупленных инсулинов в упаковках и доли затрат, 2016

Количество упаковок, %



Доля затрат, %



6.8. Распределение и хранение инсулина

Все пациенты с СД, в т.ч. дети и подростки до 18 лет бесплатно обеспечиваются аналоговым инсулином, остальные человеческим инсулином. В розничной аптечной сети инсулин обычно не продается.

Инсулин и отдельные пероральные ЛС закупаются централизовано МЗ, и доставляются на центральный склад Минздрава в г. Бишкек, который находится в ведении Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники, структурного подразделения МЗ.

Из данного склада инсулин в соответствии с разнарядкой МЗ распределяется в ОЗ республиканского и областного уровня и г. Бишкек. На уровне областей инсулин далее распределяется по районным ЦСМ, которые далее выдают его больным по назначению эндокринолога.

В настоящее время ответственность за транспортировку из г. Бишкек в области возложена на областных координаторов здравоохранения в каждой области (они являются директорами областных ЦСМ, кроме Ошской области). Областные координаторы здравоохранения или лица по области, которые являются ответственными за эндокринологическую службу по области, затем несут ответственность за распределение по территории всей области на районный уровень. Районные ЦСМ приезжают на областной уровень и самостоятельно вывозят инсулин в районные ЦСМ.

Проведенная оценка RAPIA в 2009 году обозначала в то время вопросы транспортировки как серьезной проблемой. В рамках данной оценки было выявлено, что данная проблема остается актуальной и ситуация никаким образом не поменялась. Координаторы здравоохранения по области самостоятельно вынуждены организовывать вывоз инсулина со склада в г. Бишкек.

Хотя ключевые лица Минздрава, отмечают, что есть договорённость о регулярной доставке инсулина с Республиканским центром иммунопрофилактики которые имеют

машины рефрижераторы для транспортировки вакцин. На самом деле, было отмечено, что не всегда данные машины доступны. Даже при наличии данных машин областные координаторы должны самостоятельно оплачивать транспортные расходы, в том числе за горюче-смазочные материалы, оплату водителю и другие расходы.

При этом отдельно финансовых средств на транспортировку в бюджетах не заложено. При интервью в рамках данной оценки руководители ОЗ отмечали, что они вынуждены собирать деньги из кармана врачей на организацию транспортировки. Стоимость одной транспортировки, например в Ошскую область, была обозначена около 35000 сом (около 500$США).

Распределение количества и вида инсулина на районный уровень проводится на основании заявок от ЦСМ. В соответствии с заявленными потребностями районные ЦСМ получают инсулин от областных ЦСМ. В ЦСМ, чаще всего главная медсестра, является ответственной за распределение инсулина больным с СД, который она выдает по назначению эндокринолога.

Периодически запасы инсулина главная медсестра получает в аптеке при ЦСМ, если аптеки имеются. При отсутствии аптеки и фармацевта главная медсестра полностью несет материальную ответственность за весь объем получаемых в ЦСМ инсулинов и лекарственных средств.

Ограничений в количестве инсулина для больных СД нет. Обычно выдается до 2–х месячного запаса больным, по окончании инсулина они получают новый запас. При выдаче инсулина выдаются в том числе шприцы, около 20-30 штук на 2 месяца. При госпитализации больного с СД, нуждающемуся в инсулине, ТБ делают запрос в ЦСМ для выдачи инсулина.

В столице Кыргызстана г. Бишкек распределением инсулина больным с СД занимается Республиканский центр эндокринологии (ранее Городской Эндокринологический Диспансер, преобразован в ноябре 2017 года), который они получают со склада Минздрава. В ЦСМ г. Бишкек запасов инсулина нет.

Следует отметить, что основная проблема с инсулином, как и при оценке в 2009 году сохраняется и связана не с общими поставками, а с распределением общего объема по всей стране. Часто отмечалось, что организации здравоохранения получают не те виды инсулина, которые они заявляли.

Данные факторы указывают, что проблемы в определении потребности, распределении и учете инсулина на всех уровнях здравоохранения остаются актуальными.

Как было отмечено ранее, закупки инсулина не осуществляются по потребности. Данную роль должен был выполнять Регистр сахарного диабета, который в данный момент, уже внедрен по всей республике. Разные причины, связанные с ведением данного Регистра, надежностью данных не позволяют использовать его для планирования и отчетности в закупках инсулина.

В рамках проведенной оценки все посещенные районные ЦСМ имели большие запасы инсулина. Как отметили, руководители ОЗ, в большинстве случаев это были более чем полугодовые или годовые запасы, предназначенные для районного ЦСМ. Поскольку транспортировка является проблематичной, областные координаторы вывозят однократно весь закупленный годовой запас из г. Бишкек. При этом на областном уровне также нет условий для хранения инсулина. Областные центры иммунопрофилактики, занимающиеся хранением вакцин и имеющие холодильные устройства, предоставляют холодильники на несколько дней, в течение которого все районные ЦСМ обязаны вывезти весь

предназначенный для ЦСМ объем инсулина. При этом районные ЦСМ также транспортируют инсулин самостоятельно.

Из-за того, что районные ЦСМ имеют большие запасы инсулина, хранение инсулина не всегда осуществляется должным образом. В ЦСМ нет соответствующих складских помещений и холодильных устройств. Чаще всего на уровне районной ЦСМ имеется максимум два холодильника. Поэтому часть инсулина, хранится не в холодильниках, просто на полках или на полу в коробках. Часто холодильные устройства не предназначены для хранения лекарственных средств, используются витринные холодильники из стекла, хотя их надо хранить в темном месте, т.к. инсулины находясь под прямыми солнечными лучами могут кристаллизироваться и инактивируются.

Ни в одной из посещенной ЦСМ мы не видели холодовых сумок для перевозки инсулина, хотя ответственные за хранение специалисты, заявляли, что во время перевозки они по возможности арендуют их у соответствующих служб.

В г. Бишкек запасы инсулина находятся в Эндокринологическом центре при Минздраве. Данный центр проводит выдачу инсулина всем больным, проживающим в г. Бишкек. В ЦСМ г. Бишкек инсулина нет.

Кроме того, запасы инсулина имеются в стационарах республиканского и городского уровня в г. Бишкек – НЦОМиД , ГКБ №1, НГ.

Инсулин в стационарах предназначен только для экстренных случаев, в основном пациенты при плановых госпитализациях используют свой инсулин, который им был выдан по месту приписки в ЦСМ или ГЭД.

На областном уровне в Ошской межобластной клинической объединенной больнице имеются запасы как человеческого, так и аналогового инсулина, при этом детская областная клиническая больница не имеет запасов аналогового инсулина, которые предназначены для детей.

Администрация данной больницы обозначила этот вопрос как проблему, потому что в экстренных случаях детям они не могут назначать аналоговый инсулин.

В Иссык-Кульской области областная объединенная больница имеет запасы человеческого инсулина для экстренных случаев.

На районном уровне запасы инсулина как человеческого, так и аналогового хранятся в ЦСМ, которые распределяют данный инсулин больным по предписанию эндокринолога.

Районные территориальные больницы получают только человеческий инсулин во флаконах для экстренных случаев в ЦСМ по требованию, запасы составляют от 5 до 10 флаконов.

В рамках оценки ни одна из посещенных аптек не имела в розничной продаже инсулин.

Таблица 13. Наличие инсулина в посещенных ОЗ, 2018г.

Наименование	ГЭД/ ОЦСМ/ЦСМ/ ЦОВП	НГ	НЦОМиД	ТБ/ГКБ	ООБ	Частные розничные аптеки
Человеческие инсулины						
Короткого действия	+	+	+	+	+	-
Средней продолжительности	+	+	-	+	+	-
Смешанные (микс инсулины)	+	-	-	-	-	-
Аналоги инсулинов						-
Короткого действия	+	-	+	-	+	-
Длительного действия	+	-	+	-	+	-
Микс аналоги	-	-	-	-	-	-

Стоит отметить, что при имеющихся запасах инсулина, во время оценки имелись случаи, когда больные рассказывали о выдаче в районных ЦСМ инсулинов с истекшим сроком годности.

> *«Случай из наблюдения в ОЗ: Ребенок, 10 лет, был впервые выявлен в сентябре 2017 года, госпитализирован был в феврале 2018 года в НЦОМиД. Находится в отделении эндокринологии в течение 14 дней. После выявления диагноза СД 1 типа в районной ЦСМ направили на госпитализацию на областной уровень, где был подтвержден диагноз. В районной ЦСМ было выдано около полугодового запаса аналогового инсулина, срок годности которого истек в августе 2014 года. Ребенок получал данный инсулин с сентября 2017 года и не достигал уровня компенсации, в связи, с чем и был госпитализирован на национальный уровень. Врачи на 10 день госпитализации случайно обнаружили использование инсулина с истекшим сроком годности».*

> *«Пациент 63 лет, страдает СД 2 типа. Как только выявили диабет, эндокринолог назначил инсулин и выдал его. Пациент принес инсулин домой, но не стал его использовать, но позже обнаружил, что он был просроченным еще 1 год назад. Но разбираться не стал, а просто перестал ходить к эндокринологу».*

Остаются проблемы при использовании пациентами инсулинов, связанных с видами инсулина. По приказу Минздрава аналоговые инсулины выдаются бесплатно только пациентам до 18 лет, после достижения данного возраста пациенты переводятся на человеческие инсулины. Многие пациенты не желают переходить на данный вид инсулина, выдаваемый бесплатно и приобретают его за свои средства. В основном отмечалось, что пациенты покупают инсулин в близлежащих странах в Казахстане и России. Поэтому многими пациентами отмечалось, что было бы хорошо, если инсулины продавались в розничной аптечной сети страны.

При этом мнение врачей в отношении данной ситуации неоднозначное. На центральном уровне в г. Бишкек, специалисты убеждены в преимуществах аналогового инсулина, но при этом ни один из эндокринологов не заполнил желтую карту по выявлению побочных эффектов человеческих инсулинов. В регионах, большинство врачей отмечали, что многие пациенты переходят на человеческий инулин, и они не наблюдают изменения осложнений или ухудшение показателей декомпенсации. Разница составляет только в увеличении кратности инъекций. При этом некоторые опрошенные пациенты отмечали, что увеличение количества инъекций намного усложняет использование человеческого инсулина.

6.9. Доступность лекарственных препаратов

В настоящее время рынок противодиабетических пероральных лекарственных средств довольно широкий. Разрешено к использованию 8 наименований лекарственных средств, которые представлены большим количеством генериков под разными торговыми названиями. Цены препаратов значительно варьируют и зачастую влияют на выбор, назначение и использование.

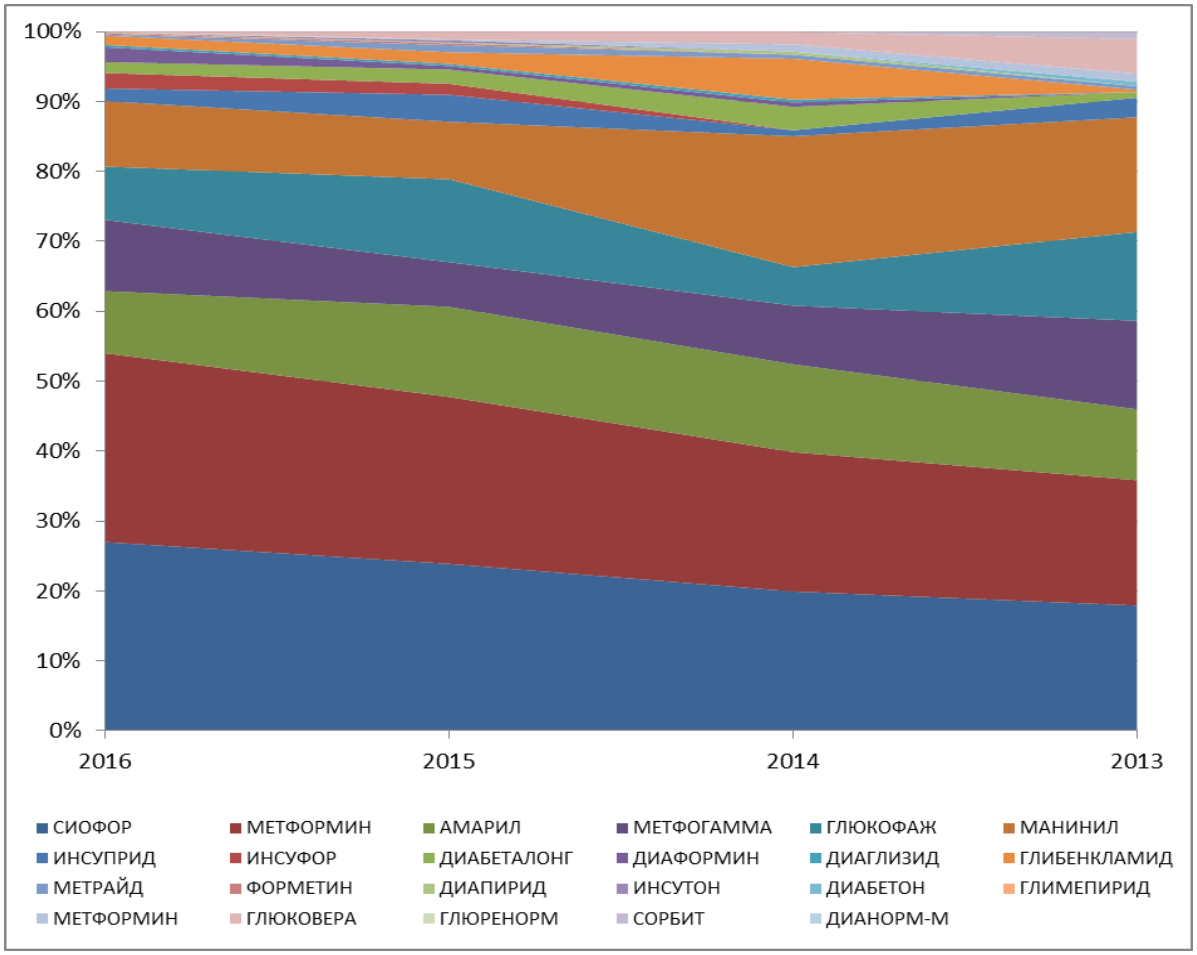
В настоящее время ограничены закупки пероральных сахароснижающих лекарств из средств государственного бюджета.

Сахароснижающие пероральные лекарственные препараты больные с СД вынуждены покупать за свой счет. Имеющиеся в настоящее время субсидируемые государством лекарственные программы не включают никакие льготы на сахароснижающие препараты. Имеются льготы на тест-полоски для проведения диагностики сахара в крови.

Фармацевтический сектор в стране является частью системы здравоохранения, хотя вся аптечная сеть является частной, деятельность которой регулируется Министерством здравоохранения. В стране имеется широкая сеть розничных аптечных организаций, где пациенты приобретают лекарственные средства. Государственное регулирование цен отсутствует, цены формируются исходя из спроса и предложения.

По данным оптовых продаж за 2017 год в Кыргызстане наиболее часто используются 6 наименований пероральных сахароснижающих средств: это препараты метформина под торговыми наименованиями (Сиофор, Метформин, Метфогамм, Глюкофаж), а также из производных сульфонилмочевины - Амарил и Манинил.

Рисунок 8. Объемы пероральных сахароснижающих средств по количеству проданных упаковок (оптовые), 2017



Источник: Независимая база данных оптовых продаж лекарственных средств в КР (IMS, 2017)

Данные по стоимости были получены при обследовании аптек, расположенных рядом с организациями здравоохранения. Анализ данных по стоимости лекарственных средств в регионах также показал варьирование цен. Лекарственные средства, реализуемые через аптечную сеть, дешевле в г. Бишкек. Разброс минимальных и максимальных цен также варьирует в зависимости от торгового названия препарата и производителя.

Таблица 14. Данные по розничной стоимости сахароснижающих пероральных средств по регионам, февраль, 2018 г.

Наименование препарата	Доза мг	Кол-во табл	г. Бишкек,		Чуйская область		Ошская область		Иссык-Кульская область	
			Мин. Цена (сом)	Макс. Цена (сом)	Мин. Цена (сом)	Макс. Цена (сом)	Мин. Цена (сом)	Макс. Цена (сом)	Мин. Цена (сом)	Макс. Цена (сом)
Сиофор	500	60	320,5	461,6	325,6	470,9	380,2	510,4	400,3	540,2
Метфогамма	500	30	126,6	160,2	156,1	172,6	230,1	320,7	180,8	270,3
Метформин	500	30	305,4	365,3	нет	нет	нет	нет	нет	нет

Глюкофаж	500	30	290,9	435,1	320	541,4	нет	нет	нет	нет
Глибенкламид	5	50	44	75	38	90	нет	нет	нет	нет
Глимеперид	2	30	90	150	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Амарил	2	30	632,4	780,2	665,7	810,7	нет	нет	нет	нет
Манинил	5	120	145	190,5	152,6	205,5	200	248,6	198	211

Ценовая доступность пероральных лекарств представляет собой проблему для больных с СД 2 типа, особенно препаратов первой линии для лечения диабета - метформина.

Закупки метформина на средства государственного бюджета ограничены, последние два года не закупались, поэтому больные с СД 2 типа покупают данный препарат за свой счет.

По сравнению с 2009 годом, средние цены на пероральные противодиабетические ЛС, в в том числе на метофрмин, в сомах выросли до 2 раз. Метформин в субсидируемые государством лекарственные программы на амбулаторном уровне не включен.

Таблица 15 – Средняя цена за одну таблетку широко применяемых при диабете пероральных лекарственных средств

Генерическое название лекарства	Средняя цена за одну таблетку в сомах ($ США), 2009	Средняя цена за одну таблетку в сомах ($ США), 2018 (февраль)
Глибенкламид 3.5 мг	1.3 (0.03)	1,63 (0,02)
Глибенкламид 5 мг	1.2 (0.03)	1,2 (0,02)
Гликлазид 30 мг	9.8 (0.23)	19,3 (0,28)
Метформин 500 мг	5.0 (0.12)	9,6 (0,14)
Метформин 850 мг	6.3 (0.14)	10,7 (0,16)
Метформин 1,000 мг	9.7 (0.22)	14,9 (0,2)

Экономическая доступность лечения СД 2 типа была оценена по методологии, разработанной ВОЗ и организаций «Международные действия в области здравоохранения». Медианную цену медикаментозного лечения в стандартном режиме сравнили с минимальной дневной заработной платой - 40 сом (примерно 0,6$) и средней дневной заработной платой - 494 сома (приблизительно 7,3$).

Лечение хронического заболевания считается не доступным, если пациент затрачивает на лечение больше однодневной заработной платы для покупки необходимого препарата на 30-дневный курс лечения. По данным Национального статистического комитета КР минимальная заработная плата в месяц на 1.01.2018 года составляет 1200 сом (17$) и средняя заработная плата в месяц - 14847 сомов (215$).

Стоимость месячной нормы препаратами метформина в целом считается недоступной и эквивалентна минимальной заработной плате от 15 до 30 дней или средней от 1,2 до 2,4 дней.

Таблица 16. Данные по доступности метформина под разными наименованиями

Препараты метформина	Доза	Количество дней работы за минимальную зарплату для покупки метформина на месячный курс	Количество дней работы за среднюю зарплату для покупки метформина на месячный курс
СИОФОР	500	15,9	1,3
МЕТФОГАММА	500	15	1,2
ГЛЮКОФАЖ	500	30	2,4
МЕТФОРМИН	500	25,4	2,0

6.9.1. Программы льготного лекарственного обеспечения

Для обеспечения экономической доступности лекарств населению в КР, начиная с 2003 года, работают две программы льготного лекарственного обеспечения.

Лекарственный пакет по ПГГ – отпуск лекарственных средств бесплатно для зарегистрированного населения по 4 приоритетным заболеваниям согласно установленных норм отпуска.

Дополнительная программа ОМС для застрахованных граждан на амбулаторном уровне (ДПОМС). Данная программа заключается в отпуске лекарственных средств из аптечных учреждений, заключивших договора с территориальными управлениями (ТУ) ФОМС, по специальным рецептам.

При отпуске ЛС из аптек, больной оплачивает только часть стоимости приобретаемого препарата, часть стоимости возмещается аптеке из средств ФОМС. В данный момент список возмещаемых лекарств включает около 70 наименований лекарственных средств, которые пациенты могут покупать со скидкой до 50 % в зависимости от наименования препарата.

Начиная с апреля 2012 года, в программу были включены тест-полоски для определения сахара в крови. Норма отпуска составляет 200 полосок на 1 пациента в год. Чаще всего врачи выписывают рецепт на 1 упаковку тест-полосок №50.

За 5 лет количество реализованных рецептов на тест-полоски выросло в 8 раз с 457 рецептов до 3860 в 2017 году. Соответственно растет и сумма возмещенной суммы и в 2017 году составила 3830,8 тыс. сом. В рамках данной Программы в среднем пациент за одну упаковку тест-полосок №50 оплачивает около 992 сом из кармана, 50% от стоимости тест-полоски и 50% возмещается аптеке из средств ФОМС.

Однако, в целом, охват населения, которые могут пользоваться данными льготами остается на низком уровне, особенно в некоторых регионах.

Таблица 17. Количество реализованных рецептов на тест-полоски и сумма возмещения, 2013-2017 гг.

Регион	Количество отпущенных рецептов на тест-полоски				
	2013	2014	2015	2016	2017
Баткенская область					1
г. Бишкек	110	147	429	646	998
Джалал-Абадская облсть	16	31	194	277	559
Иссык-Кульская область	29	45	53	157	298
Нарынская область	39	73	116	179	251
Ошская область	31	19	40	56	141
Таласская область	7	6	37	105	160
Чуйская область	225	533	881	1331	1452
Итого рецептов	**457**	**854**	**1750**	**2751**	**3860**
Итого сумма возмещения (сом)	**412 964,5**	**760 226,5**	**1 903 038,1**	**3 011 123,3**	**3 830 826,1**

Следует отметить, что данная программа работает соответствующе только в г. Бишкек и Чуйской области. В других регионах выделенные средства по данной Программе не осваиваются.

В рамках оценки было выявлено несколько причин, почему работа данной программы не обеспечивает доступность и финансовую защиту.

Во-первых, эндокринологи не могут выписывать рецепты на получение тест-полосок для покупки по льготной цене. В рамках проведенной оценки в Ошской и Иссык-Кульской областях при интервью с врачами было отмечено, что рецепты на тест-полоски могут выписывать только семейные врачи. Поскольку пациенты с сахарным диабетом в основном наблюдаются у эндокринолога, они не ходят к семейному врачу за данным рецептом.

Во-вторых большинство пациентов, особенно в регионах не имеют глюкометров для определения сахара в крови, поэтому не пользуются правами для получения тест-полосок по льготной цене. В регионах 86% пациентов не имели глюкометров. Причины отсутствия отмечали: 38% - дороговизна, 53% - не продают в аптеках, 26% - покупали давно и к ним нет соответствующих тест-полосок.

Опрошенные врачи в регионах объясняют не выписывание рецептов на тест-полоски для пациентов тем, что у пациентов нет глюкометров, либо отсутствием в аптечной сети необходимых тест-полосок. Часто пациенты приобретают глюкометры в Российской Федерации (покупают работающие там родственники или дети), а в аптечной сети в Кыргызстане нет всегда имеются соответствующие тест-полоски.

Кроме того, при опросе пациентов, было выявлено, что пациенты не знают о своих правах в рамках данной программы. В Ошской и Иссык-кульской областях все 100% опрошенных

пациентов не знали о том, что могут приобретать тест-полоски по льготной цене. Несмотря на то, что данные по реализации рецептов на тест-полоски в г. Бишкек и Чуйской области самые высокие, большинство опрошенных пациентов в г. Бишкек также не были осведомлены о своих правах на льготное приобретение тест-полосок - 82% опрошенных пациентов.

При интервью большинство руководителей ОЗ и врачи-эндокринологи отмечали, что необходимо включить в ДПОМС сахароснижающие таблетки, например, Метформин, потому что стоимость его в аптечной сети для некоторых пациентов не доступна.

Врачи отмечали, что из-за того, что Метформин не всегда пациенты могут купить, их переводят на более дешевые препараты из группы сульфанилмочевины – Глибенкламид или инсулин, который выдают бесплатно.

6.10. Медицинские работники

Проведенная в 2013 году в Кыргызстане страновая оценка командой экспертов из сектора здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ показала, что кадровые ресурсы являются одним из самых значительных барьеров на пути предоставления основных индивидуальных услуг при управлении ССЗ[6].

В Кыргызстане за последние десятилетия наблюдается кадровый кризис, особенно на уровне ПМСП в сельской местности, где отмечается нарастание доли врачей пенсионного и предпенсионного возраста и в то же время практически отсутствует приток молодых специалистов.

В стране были предприняты некоторые попытки привлечь и удержать врачей в сельской местности, но они не возымели какого-либо длительного воздействия.

В настоящее время в стране активно идут реформы медицинского образования, которые проводятся с акцентом на подготовке врачей общей практики для уровня первичной медико-санитарной помощи.

Особый упор в реформировании образования делается на децентрализацию последипломного и непрерывного образования с упором на улучшение практических навыков. В связи с чем, пересмотрены сроки и программы последипломного обучения.

В мае 2018 года ожидается первый выпуск студентов, которые проучились по новым программам обучения, ориентированных на подготовку ВОП. Данные студенты должны будут пройти двухгодичную подготовку в ординатуре по специальности Врач общей практики, и только после этого они могут дальше продолжить обучение по узкой специальности от 3 до 5 лет.

Ранее последипломное обучение по всем специальностям составляло два года. До 2011 года для допуска к практической деятельности врачом достаточно было пройти одногодичное обучение по любой специальности.

Влияние проводимых реформ и улучшение ситуации с обеспечением кадров, особенно в сельской местности ожидается только в долгосрочной перспективе, минимум через 6-8 лет.

В настоящее время все регионы Кыргызстана продолжают испытывать дефицит кадров эндокринологов и специально обученного среднего медицинского персонала. Несмотря на то, что большинство организаций первичного уровня ЦСМ (ЦОВП) в штате имеют эндокринологов, не все они имеют квалификационную категорию по эндокринологии.

---

[6] Улучшение показателей по НИЗ: Барьеры и возможности систем здравоохранения, , Страновая оценка по Кыргызстану: акцент на сердечнососудистых заболеваниях, Мелитта Якаб и др.

При этом большинство специалистов эндокринологов сосредоточены на центральном уровне в г. Бишкек (32) и на уровне республиканских организаций здравоохранения (23). В целом в регионах в разных областях имеется 49 эндокринологов, из них только 22 имеют специальность последипломного обучения по эндокринологии. В среднем около 40% специалистов, работающих эндокринологами в регионах, являются семейными врачами или врачами других специальностей. После двухмесячной специализации по эндокринологии они работают на должности эндокринолога на уровне ПМСП.

В целом, по республике обеспеченность эндокринологами по стране не превышает 0,2 на 10 000 населения.

Таблица 18. Обеспеченность эндокринологами по регионам на 10 тыс., 2017

Регионы	Число физических лиц	Показатель на 10 тыс. нас.
Кыргызская Республика	107	0,2
г. Бишкек	32	0,3
г. Ош	3	0,1
Баткенская область	7	0,1
Джалал-Абадская обл.	12	0,1
Иссык-Кульская обл	4	0,1
Нарынская обл.	3	0,1
Ошская обл.	16	0,1
Таласская обл.	2	0,1
Чуйская обл.	5	0,1
РЛПО	23	-

Источник: ЦЭЗ

Институт последипломного и непрерывного обучения – КГМИПиПК, который ответственен за непрерывное обучение медицинских специалистов, проводит регулярные 2-х-недельные циклы повышения квалификации по эндокринологии для семейных врачей и эндокринологов. Кроме того проводятся 3-х месячные первичные специализации для врачей по эндокринологии. За период с 2013 по 2017 год обучено 89 врачей терапевтов и семейных врачей, 51 эндокринологов.

Кроме того, начиная 2016 года, после утверждения новых КР/КП проводятся выездные обучающие тренинги по некоторым регионам республики.

За последние несколько лет начаты использование электронного дистанционного обучения как врачей, так и медицинских сестер. В осуществлении и распространении данной инициативы содействовали партнеры по развитию. Начиная с сентября 2016 года доступны вебинары, а полный перечень лекций доступен на сайте.

При этом семейные врачи или врачи общей практики не ведут лечение диабета 2 типа на соответствующем уровне. Семейные врачи не уделяют должного внимания обучению пациентов, особенно с СД 2 типа. Часто диабет 2 типа ведут только эндокринологи, инсулинозависимые формы - СД 1 типа ведут только эндокринологи.

Роль медсестер в ведении диабета очень ограниченная. В рамках проводимых реформ системы здравоохранения в стране делается упор на усилении роли медсестер в ведении НИЗ. Это является актуальным также с точки зрения недостаточности врачей и переизбытком специалистов сестринского дела.

Вмешательства в отношении медсестер при ведении диабета были сделаны только пока на уровне пилотных организаций в рамках проекта по реформе медицинского образования (ОЗ Нарынской области). При поддержке Проекта были разработаны Стандарты сестринской практики по ведению сахарного диабета 2 типа на основе сестринского процесса, данные стандарты были внедрены в нескольких организациях пилотной области, медсестры были обучены. Однако оценка влияния данных мер пока не проводилась.

В посещенных ЦСМ в рамках оценки, стандарты сестринской практики по ведению диабета, не внедрялись и не используются.

На стационарном уровне, функции медсестер эндокринологических или терапевтических отделений, где находятся больные с сахарным диабетом, ограничиваются только выполнением назначений и инструкций врачей.

7. Приверженность пациентов

В рамках реализации программы реформирования здравоохранения «Ден-соолук» были предприняты разные мероприятия для улучшения выявления гипертонической болезни, в том числе диабета, поскольку большинство лиц с гипертонией имеют чаще всего сахарный диабет. Это ежегодные скрининговые кампании подворового обхода, проводимые представителями сельских комитетов здоровья (СКЗ), циклы непрерывного повышения качества на уровне учреждений ПМСП, сфокусированные на гипертонической болезни и диабете, измерение артериального давления у взрослого населения старше 40 лет при каждом посещении поликлиники, исследование распространенности факторов риска НИЗ (STEPS), где измерялся уровень сахара и холестерина у обследованного населения и др.

Ряд проведенных исследований, инициированных международными партнерами по развитию, предполагает, что эффект от данных мероприятий был, но, общие уровни выявления гипертонии и диабета, на удивление, остаются на низком уровне, около 4% - зарегистрированные больные с гипертонией и 0,9% - больные с сахарным диабетом.

Соответственно низкий уровень выявления существенно влияет на осведомленность пациентов о своем заболевании и приверженность лечению. Исследования, проведенные за последние годы, связанные с приверженностью пациентов с гипертонией и сахарным диабетом, показывают, что приверженность лечению у данных пациентов остается на низком уровне, приводя к низкой общей эффективности лечения. Так, только 14% с гипертонией принимают лекарства регулярно, и только около 3% из них достигают целевого уровня артериального давления[7]. Повышенный уровень сахара в крови (выше 6,0

[7] Национальный статистический комитет (2010), Интегрированное обследование домашних хозяйств в Кыргызстане». Модуль по здравоохранению

ммоль/л) был выявлен у 4,5% обследованного населения, у 8,8% лиц с диабетом и принимающих сахароснижающую терапию, имеют повышенный уровень сахара[8].

Факторы, обосновывающие такие показатели, являются сложными, но в целом это объяснятся плохой осведомленностью и недостаточным пониманием пациентов с гипертонией и диабетом, качеством дешевых генерических лекарств и наличием финансовых проблем, связанных с необходимостью соблюдения диеты.

Опрошенные врачи также указывали на то, что больные диабетом 1 типа больше склонны к рекомендациям врача, соблюдают диету и следят за своим состоянием.

У детей с диабетом до 14 лет и подростков до 18 лет ситуация с лечением зависит в основном от родителей. Как отметили врачи, большинство родителей соблюдают предписания врачей и диету. Однако имеется около 10-15% родителей с детьми с диабетом, чаще всего из семей с низким уровнем доходов и образования, которые не уделяют должного внимания лечению и соблюдению диеты.

Большинство родителей следят за каллоражем пищи у детей и делают расчеты углеводов. При посещении стационаров дети в возрасте от 10 до 15 лет, которые находились на госпитализации без родителей, отметили, что умеют самостоятельно рассчитывать количество употребляемых углеводов.

При этом, практически все родители детей до 18 лет, ответили, что соблюдение диеты у ребенка является самым сложным для них при контроле заболевания. Еще одна причина, которая вызывает сложности, была отмечена у детей школьников принимающих инсулин. Чтобы сверстники в школе не знали о получении инсулина, они не делают инъекции инсулина во время школьных занятий, даже при необходимости.

> *Выдержки из интервью родителей детей с СД 1 типа: «Моему ребенку 7 лет, в 3 года у нее обнаружили СД 1 типа. Для меня самым сложным является соблюдение диеты для ребенка. Я знаю, ей хочется всегда съесть сладкого, тем более в школьном буфете всегда продают много сладостей и напитков. О заболевании ребенка знает только классный учитель, но мы скрываем это от сверстников и их родителей. Поэтому в школе она не делает инсулин и всегда приходит домой с уровнем сахара более 16-18.»*

Взрослые пациенты с СД 1 типа (около 60%) также отметили, что стараются поддерживать диету и следят за количеством употребляемых углеводов. При этом, большинство из них также отмечают, что соблюдение диеты является наиболее сложным для них при контроле их заболевания.

Следует отметить, что в Кыргызстане национальное питание характеризуется высоким содержанием жиров и углеводов. Несмотря на то, что в стране произрастает большое количество овощей и фруктов, население, особенно в сельской местности, традиционно не привержено к его употреблению.

Проведенное недавно исследование ВОЗ (2016), посвящённое химическому составу продуктов питания, продаваемых на рынках и общественных местах, выявило чрезвычайно высокое содержание трансжирных кислот и соли в широко распространённых продуктах[9].

---

[8] Исследование STEPS на основе инструмента ВОЗ по распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний, 2013

[9] Проект FEEDcities Среда питания в городах Восточной Европы и Центральной Азии, Кыргызстан 2017

По данным исследования STEPS, проведенного ВОЗ в 2015 году, в целом уровень потребления фруктов в стране низкий и составляет 4,9 дней в неделю среди опрошенных лиц обоего пола. Кроме того, очень низкое количество потребляемых фруктов и овощей. Так, при доказнной необходимости приема 5 порций в день, среднее число порций фруктов овощей в день составляет в среднем 1,7 среди мужчин и 1,9 - среди женщин. В сельской местности данный показатель в среднем равен 1,6.

Большинство больных с диабетом отмечало, что участие и поддержка семьи улучшила бы приверженность к соблюдению диеты и выполнению физических нагрузок. Улучшение финансового положения, авторитет врача отмечали менее 10 %, больных.

В рамках проведенной оценки врачами постоянно отмечалось, что у больных с СД 2 типа приверженность к лечению и выполнению рекомендаций врача ниже, чем у пациентов с СД 1 типа.

Большинство опрошенных пациентов с сахарным диабетом 2 типа осведомлены об осложнениях и последствиях диабета, при этом не привержены к рекомендациям врача, постоянному приему сахароснижающих препаратов и соблюдению диеты. Большинство пациентов с диабетом 2 типа, которые получают инсулин, считают, что постоянное введение инсулина вредно для здоровья и боятся привыкания к нему. Также большинство пациентов отмечают, что самостоятельно прекращают прием сахароснижающих пероральных лекарств, потому что не чувствуют ухудшения состояния. Многие пациенты с СД 2 типа меняют свое поведение только после первоначальной постановки диагноза или на время госпитализации, но как только им становится лучше, они снова перестают следовать диете и указаниям по лечению.

При этом, большинство пациентов, принимающих сахароснижающие таблетки, отметили их высокую стоимость, однако только 5% из них отметили, что не принимают их регулярно из-за финансовых проблем.

Один из ключевых факторов, объясняющих слабый уровень приверженности, особенно пациентов с диабетом 2 типа – это то, что обучению пациентов не уделяется достаточно внимания.

На уровне ПМСП велась работа по созданию школы диабета. Однако данные школы продолжают оставаться только на центральном уровне, при содействии общественных организаций. В настоящее время, регулярно функционирующие школы диабета имеются при эндокринологическом центре г. Бишкек, а также в одном ЦСМ г. Бишкек.

На стационарном уровне работает школа диабета в НЦОМиД для детей и их родителей и межобластной больнице на юге страны в г. Ош.

Наличие данных школ на первичном уровне в районах находится на низком уровне, а врачи имеют слабую мотивацию проводить подобные мероприятия в долгосрочной перспективе. Как отметили врачи, большая часть информации предоставляется врачами пациентам в ходе консультаций, время которых недостаточно для эффективного обучения.

Большинство пациентов из регионов посещают школу диабета только при госпитализации на центральном уровне. Так дети и их родители, имеют возможность посещения школы диабета при госпитализации в НЦОМиД и на областном уровне в Ошской межобластной больнице. В данных организациях работают школы диабета, имеется оплачиваемый штат на 1 единицу. Отмечалось, что было бы хорошо увеличить количество оплачиваемых сотрудников, которые могли бы вести данные школы.

Информационные и образовательные материалы для пациентов предоставляются общественными организациями или фармацевтическими компаниями. Иногда организации

здравоохранения выделяют небольшие средства на размножение данных материалов, но это было только в единичных случаях. По возможности, сотрудники пытаются перевести материалы на кыргызский язык, потому что многие пациенты из регионов, нуждаются в материалах на кыргызском языке.

Сами пациенты отмечают пользу от проведения «школы диабета», но считают, что нужно приглашать также родственников больного, чтобы они могли потом оказать помощь и поддержку близкому человеку. Многим пациентам необходимо посещать «школу диабета» несколько раз, так как меняется возраст, общее самочувствие пациента, схема лечения, присоединяются осложнения.

При опросе пациентов было выявлено, что есть практика обращения пациентов для лечения к различным народным знахарям и целителям – около 10% (те, которые отметили, что хотя бы один раз обращались за их помощью). Эти случаи больше распространены среди пациентов, проживающих в регионах. При этом, некоторые пациенты с СД 1 типа отмечали, что во время лечения у данных целителей, им было рекомендовано отказаться от получения инсулина.

Следует отметить, что на приверженность пациентов к лечению также влияет имеющаяся система здравоохранения по оказанию услуг населению, особенно на первичном уровне. Организация услуг не ориентирована на пациента. Отсутствует система предварительной записи на прием, поэтому, залы ожидания ЦСМ всегда переполнены. Пациенты отмечали время ожидания на прием к врачу от 30 минут до 4 часов. Посещение врача, прохождение необходимых лабораторных и диагностических анализов, а затем возвращение с данной информацией обратно к врачу может занимать значительное время. Большинство пациентов, которые работают, отметили, что не посещают регулярно врача и не ведут регулярный контроль за уровнем сахара, поскольку не всегда могут посещать организации здравоохранения в рабочее время.

В целом на первичном уровне недостаточное внимание уделяется обучению пациентов и их вовлечению в процесс принятия решений в отношении своего лечения и предоставляемых услуг, что соответственно влияет на низкий уровень приверженности пациентов. Также пациенты зачастую не имеют доступа к надежной информации о стандартах предоставляемых услуг и лечения, любые назначения врачей не принято подвергать сомнению. При этом, среди большинства пациентов отсутствует общее понимание своих прав в рамках существующей системы здравоохранения.

8. Участие сообществ и диабетических ассоциаций

В настоящее время в Кыргызстане имеются две общественные неправительственные организации, которые осуществляют свою деятельность по вопросам диабета.
Диабетическая и Эндокринологическая Ассоциация Кыргызстана (ДЭАК) и общественное объединение «Дети без диабета».
ДАЭК работает с 1998 г. и является членом МДФ. В состав ДАЭК входят как пациенты с сахарным диабетом, так и медицинские работники. ДАЭК также в своем составе имеет региональные общества в 4 регионах страны (Иссык-кульская, Нарынская, Таласская и Ошская области.

ДЭАК в своей работе взаимодействует с государственными структурами власти, медицинскими, общественными организациями, производственными фармацевтическими фирмами, благотворительными фондами и активно ведет работу по поиску спонсоров для оказания содействия больным сахарным диабетом.

Кроме того, ДАЭК принимает участие в разработке законодательства по диабету, разработке стандартов лечения. Представитель ДАЭК входит в состав тендерной комиссии Минздрава по закупке инсулинов.

ДАЭК поддерживает организацию школы диабета для пациентов в ГЭД в г. Бишкек, организацию ежегодных Дней диабета в преддверии всемирного Дня диабета. В эти дни организовываются конференции для врачей, проводятся мероприятия, когда лица, имеющие различные факторы риска по диабету могут бесплатно сдавать кровь для определения уровня сахара в ней.

Общественное объединение «Детство без диабета» было создано в 2013 году родителями детей, страдающих сахарным диабетом для осуществления деятельности по оказанию помощи в решении проблем, связанных с данным заболеванием.
Постоянными членами (около 30 человек) объединения являются родители детей и молодые лица с сахарным диабетом в возрасте от 18-30 лет.
Объединение осуществляет деятельность по оказанию помощи родителям по защите прав и интересов детей с СД, содействие дошкольному обучению детей с СД. Объединение также реализовало ряд благотворительных и информационных мероприятий при поддержке Всемирного Диабетического Фонда в рамках проекта «Лучшее будущее для наших детей», организовали ресурсный центр в г. Бишкек и на юге страны Джалабатской области.
Данная организация очень активно работает в направлении привлечения внимания общественности и государственных структур к проблемам сахарного диабета. Руководитель данного объединения в настоящее время является членом общественного наблюдательного совета Министерства здравоохранения.

В Ошской области в 2017 году было создано еще одно общественное объединение «Ошское диабетическое общество». Численность организации состоит пока из 5 врачей и 2 пациентов учредителей. Данная организация в основном оказывает содействие в проведении школ диабета, которая организована при Ошской межобластной больнице.

С 2008 по 2013 годы осуществляла свою деятельность Кыргызская диабетическая федерация (КДФ), созданная родителями детей с диабетом первого типа, которая была сосредоточена на образовании родителей. Данная Федерация прекратила свою деятельность по разным объективным причинам, однако мама ребенка, которая была руководителем данной Федерации, продолжает в частном порядке оказывать помощь школе диабета при Национальном Центре охраны материнства и детства в виде тиражирования информационных материалов для детей.

Следует отметить, что большинство проводимых ими мероприятий продолжают осуществляются только на центральном уровне в Бишкеке, роль имеющихся ассоциаций и объединений в адвокации ограниченная.

9. Ключевые выводы

Основной целью данной оценки было определение основных барьеров, с которыми сталкиваются лица, страдающие диабетом в Кыргызстане, в отношении доступности лекарственных средств и медицинской помощи с тем, чтобы достигнуть устойчивых изменений и воздействия на систему здравоохранения и лиц, страдающих данным диагнозом. Данная оценка также была направлена на определение изменений, которые произошли с момента проведения первой подобной оценки по методу RAPIA в 2009 году.

Основные изменения касаются некоторой стабилизации показателей здоровья, в том числе по ССЗ, хотя разрыв с другими странами Европейского региона сохраняется значительный. Фокусирование многих мероприятий на НИЗ, в том числе диабете привело к вниманию на профилактические мероприятия, в том числе на уровне населения.

В Кыргызстане за последние годы значительно усилена политическая и законодательная рамочная основа для профилактики и борьбы с НИЗ, Правительство вовлечено в межотраслевые вопросы координации, хотя межведомственное взаимодействие, в вопросах вмешательств на уровне населения остается ограниченным.

С помощью крупномасштабного исследования в стране определены показатели по уровню распространённости гипертонии и диабета и связанных с ним факторов риска.

В связи с этим, необходимо дальнейшее усиление межсекторального взаимодействия по вопросам предупреждения НИЗ, в том числе предупреждения сахарного диабета, связанных с безопасностью и культурой питания, физической активностью, ограничением рекламы вредных продуктов питания, повышением информированности населения. Эти мероприятия возможно проводить с вовлечением местных органов, что требует децентрализации управления и передачи ответственности органам местной власти для создания благоприятной среды для увеличения ответственности других секторов и населения за здоровье

Диабет приоритезирован путем принятия отдельной программы по сахарному диабету, но требуется совершенствование законодательства в области сахарного диабета, в том числе пересмотр Закона КР «О сахарном диабете» и реализация программы Минздрава по профилактике сахарного диабета.

Бесплатное предоставление инсулина также поддерживается из государственного бюджета, при этом, бюджет постоянно увеличивается. Однако использование ресурсов остается не эффективным, что позволяет говорить о возможностях более эффективного использования и распределения ресурсов на основе доказательств. Эффективность закупок и ценовое регулирование инсулина и пероральных лекарств на государственные средства можно совершенствовать путем прямых переговоров с производителями или совершенствованием договорных отношений с поставщиками фармацевтических услуг, или внедрением механизмов сооплаты (реимбурсация) за инсулины на амбулаторном уровне.

При этом необходимо усовершенствовать системы сбора данных, работа по совершенствованию Регистра по диабету для использования его в планировании и отчетности, в том числе по закупкам инсулинов должна быть усилена.

Следует отметить, что мало произошло изменений в оказании услуг больным диабетом на всех уровнях. Пути пациента, которые он проходит при диабете, остаются сложными. Реформы здравоохранения в Кыргызстане в последние годы сконцентрированы на усилении ПМСП, несмотря на это приверженность семейных врачей управлять СД на первичном уровне низкая, поэтому профилактика и раннее выявление диабета не на

должном уровне. Высокий уровень осложнений диабета, указывают на позднюю диагностику, слабый контроль факторов, приводящих к осложнениям и недостаточную вторичную профилактику.

В связи с этим необходимо повышение качества оказания медицинской помощи больным с сахарным диабетом на всех уровнях здравоохранения через разработку стандартов лечения сахарного диабета 1 типа, непрерывное обучение медицинских специалистов, пациентов, и регулярное проведение мониторинга использования КР/КП.

При этом необходимо использовать имеющиеся возможности для обучения по вопросам профилактики диабета, ориентированного на семейных врачей и медицинских сестер, в рамках осуществления пакета основных вмешательств в отношении НИЗ (PEN) на первичном уровне, где разработан курс для обучения и ведению НИЗ, в том числе диабета, консультированию по вопросам здорового образа жизни, поскольку данная программа внедрена в программы непрерывной подготовки семейных врачей в институте последипломной и непрерывной подготовки медицинских специалистов КГМИПиПК.

Действия в поддержку практик, основанных на фактических данных, тем не менее, ограничены и фрагментированы, в основном сосредоточены на ведении и борьбе с НИЗ, в меньшей степени на повышение информированности и обучение пациентов.

Имеющиеся клинические руководства/протоколы по диагностике и ведению пациентов с СД 2 типа внедряюются на недостаточном уровне, соблюдение рекомендаций, изложенных в них, остается неоптимальным, профилактика и обучение пациентов не является частью консультации.

На лицо недостаток оценки качества помощи при диабете, как составляющей процесса улучшения качества. Даже при наличии у медицинских специалистов необходимых знаний для управления диабетом, система здравоохранения, особенно на первичном уровне испытывает недостаток современных медицинских технологий, оборудования и лекарственных средств.

Учитывая, что плановая госпитализация для больных сахарным диабетом бесплатная на всех уровнях здравоохранения, больные остаются приверженными к госпитализации, уровень которой достигает 150%. Этому способствуют некоторые противоречия в законодательстве, которые в необоснованных случаях вынуждают больных госпитализироваться, чтобы получать инвалидность и связанные с этим пособия. Необходимость госпитализации должна определяться в соответствии с разработанными клиническими руководствами/протоколами по лечению.

В целом население недостаточно информировано и мотивировано в вопросах ведения здорового образа жизни и профилактики болезней. Недостаточно внимания уделяется образованию пациентов с СД. «Школы Диабета» развиты только на центральном уровне, при содействии общественных организаций. Имеются две активные общественные организации, которые вовлекаются в вопросы обучения пациентов и пытаются продвигать вопросы диабета на высоком уровне, но их деятельность пока ограничена. Диабетические ассоциации и общественные организации могут играть важную роль, помогая улучшить управление лечением и профилактикой диабета.

Таблица 19. Результаты оценки в 2009 и 2017 гг.

Вмешательство	Оценка в 2009 г.	Оценка в 2017
Организация системы здравоохранения	Требуется работа по улучшению деятельности	Умеренные изменения, Приоритезация программ по НИЗ, усиление роли ПСМП, начата реструктуризация ПМСП и ГЭД в г. Бишкек
Внедрение Регистра СД и сбор данных	Требуются некоторые улучшения	Положительные изменения, регистр диабета внедрен по всей стране, требуется использование данных для планирования
Профилактика	Требуется серьезная работа по улучшению деятельности	Положительные изменения, предпринят ряд мер, направленных на профилактические кампании в области гипертонии и диабета
Диагностические инструменты и инфраструктура	Требуется серьезная работа по улучшению деятельности	Умеренные изменения, внедрены льготы на приобретение тест-полосок
Клинические руководства и клинические протоколы (КР/КП)	Требуется серьезная работа по улучшению деятельности	Умеренные изменения, разработаны КР/КП для СД 2 типа
Закупка инсулинов, распределение и хранение	Требуется серьезная работа по улучшению деятельности	Положительные изменения, пересмотрен ПЖВЛС, который соответствует критериям ВОЗ, стоимость человеческих инсулинов снижена в 1,5
Доступ к лекарственным средствам и доступность лечения	Сильная сторона, требуются некоторые изменения	Сильная сторона, требуются некоторые изменения
Медицинские работники	Сильная сторона, требуются некоторые изменения	Сильная сторона, требуются некоторые изменения
Информирование и расширение возможностей пациентов	Слабая сторона, требуется серьезная работа по улучшению деятельности	Нет изменений
Вопросы соблюдения режима лечения	Слабая сторона, требуется серьезная работа по улучшению деятельности	Нет изменений

Законодательство и нормативные документы	Сильная сторона, требуются некоторые изменения	Умеренные изменения, принята Программа по сахарному диабету
Участие общества и диабетических ассоциаций	Сильная сторона	Сильная сторона, требуются изменения в повышении в коммуникаций и образовательных мероприятиях

10. Рекомендации

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	**Систему здравоохранения**
Организация системы здравоохранения	-Семейные врачи не вовлечены в ведение СД -Ведение пациентов с СД возложено на эндокринологов -Не во всех регионах имеются эндокринологи -Система здравоохранения на ПМСП не ориентирована на пациента -Уровень госпитализации пациентов с СД остается высокий и достигает 150% -Расходы пациентов из кармана при госпитализации остаются высокими -Большая очередь на госпитализацию -Пути пациентов при оказании медицинской помощи остаются сложными -Школы диабета	-Усиление роли ПМСП при ведении СД через обучение семейных врачей и расширение роли медсестер в консультации по факторам риска и прочим аспектам по информированности пациентов, том числе с диабетом -Дальнейшая интеграция услуг по расширению охвата, оказываемая сельскими комитетами здоровья (СКЗ) в семейную медицину -Комбинация существующего подушевого механизма финансирования ПМСП со стимулами оплаты за достижение показателей эффективности по улучшению выявления, регистрации и ведения диабета	Улучшение доступа к лечению на ПМСП: - предоставление услуг, ориентированного на пациента - больше информации о диабете - меньше осложнений - снижение расходов из кармана пациентов при госпитализации	-Снижение бремени пациентов с СД 2 типа -Снижение бремени при госпитализации

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	Систему здравоохранения
	существуют только на центральном уровне, на ПМСП не работают -Профилактические мероприятия на уровне населения на низком уровне	-Выработка четких стандартов показаний к госпитализации согласно доказательной базе -Введение механизмов государственного регулирования цен на ЛС, используемых при распространённых заболеваниях -Совершенствование отбора ЛС, которые включены в льготные лекарственные программы -Повышение информированности населения о своих правах в рамках льготных государственных программ по ЛС - Включить обучение пациентов с диабетом в медицинскую консультацию		

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	**Систему здравоохранения**
Сбор данных/Регистра сахарного диабета	-Регистр сахарного диабета внедрен во всех регионах республики -Данные регистра не используются для расчета потребности в инсулинах и лекарственных средствах -Система централизации и сбора данных Регистра остается сложной. Лица, ответственные за ведение регистра не обучены сбору данных.	- Улучшение надежности и качества статистических данных через улучшение процедур и программного обеспечения Регистра -Использование данных Регистра для расчета потребности в инсулинах и ЛС для планирования закупок и отчетности	-Улучшение качества лечения, преемственности в ведении диабета вне зависимости от места нахождения пациента -Улучшение доступности инсулина и ЛС для пациента	-Улучшенное планирование и принятие решений по закупкам инсулинов и лекарственным средства, -Надежные и качественные данные, используемые для отчетности -Открытый доступ к информации о пациенте и ЛС

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	**Систему здравоохранения**
Профилактика	-Просвещение населения остается низким по причине отсутствия механизмов устойчивого финансирования -Был предпринят ряд мер, направленных на профилактические кампаний в области гипертонии и диабета -В ЦСМ функционируют КУЗы, однако функции постоянных профилактических мероприятий по диабету не интегрированы -Остаются проблемы раннего выявления и профилактики диабета в связи с недостаточным уровнем знаний у семейных врачей -Осложнения диабета ведутся отдельными узкими специалистами -Вторичная профилактика недостаточная, высокий уровень осложнений	-Интегрирование профилактических мероприятий по диабету на ПМСП через использование КУЗов -Информирование населения в целом о диабете и связанных с ним факторах риска и симптомах -Обучить семейных врачей профилактике диабета и его осложнений	-Повышенный уровень знаний о диабете и факторах риска -Раннее выявление диабета - -Повышенный уровень знаний по ведению диабета -Ранняя диагностика диабета и связанных -Снижение уровня осложнений при СД	-Сниженное бремени диабета, особенно 2 типа (в долгосрочной перспективе), -Раннее выявление пациентов с диабетом и связанных с ним осложнений

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	**Систему здравоохранения**
Диагностические инструменты	- Базовые услуги Диагностические исследования оказываются бесплатно -Доступность лабораторного оборудования для проведения исследования на гликолизированный гемоглобин низкая -Тест полоски на определение сахара крови, микроальбинурии и ацетона в моче закупаются в ОЗ ограничено -Низкая обеспеченность пациентов глюкометрами и тест полосками в регионах	-Улучшить доступность диагностических инструментов для ведения осложнений связанных с диабетом -Обеспечить доступность диагностики на гликолизированный гемоглобин в ОЗ (через заключение договоров с частными лабораториями, сооплата) -Улучшить осведомленность пациентов о правах на льготное приобретение расходных материалов для глюкометров - Закупки шприцов должны соответствовать поставкам инсулина -Информированию пациентов о льготах на тест-полоски	-Раннее выявление диабета и диагностика осложнений связанных с диабетом -Улучшение самоконтроля среди пациентов -Доступность регулярных исследований на гликолизированный гемоглобин	-Раннее выявление пациентов с диабетом и диагностика осложнений связанных с диабетом -Регулярный мониторинг и улучшение качества лечения -Общее снижение бремени диабета и осложнений связанных с диабетом

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	Систему здравоохранения
Клинические руководства и протоколы (КР/КП)	-Разработаны КР/КП для сахарного диабета 2 типа и его осложнений -Внедрение в практику данных КР/КП на низком уровне, семейные врачи не вовлечены в ведение диабета, в том числе часто 2 типа -Отсутствуют стандарты и индикаторы по КР/КП для проведения мониторинга и оценки -КР/КП для ведения СД 1 типа и его осложнений отсутствуют	-Разработать стандарты и индикаторы по КР/КП по ведению СД 2 типа -Разработать КР/КП по ведению СД 1 типа и его осложнений -Обучение семейных врачей ведению диабета по КР/КП -Внедрение КР/КП в программы последипломного обучения	-Улучшение качества оказания помощи при диабете -Ранее выявление и диагностика осложнений	-Раннее выявление пациентов с диабетом и диагностика осложнений связанных с диабетом -Оценка качества оказанной помощи по КР/КП -Общее снижение бремени диабета и осложнений связанных с диабетом
Закупка инсулинов, распределение и хранение	Утвержденный ПЖВЛС, соответствует критериям ВОЗ по выбору сахароснижающих лекарственных средств, в том числе инсулина -Стоимость человеческих инсулинов снижена в 1,5 по сравнению с 2009		-Улучшенный доступ к инсулинам лекарственным средствам -Приверженность к лечению и снижению осложнений	-Снижение финансового бремени в плане общей суммы затрат на закупку лекарственных средств -Более эффективное использование средств -За счет эффективности средств перераспределение

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	Систему здравоохранения
	годом - Стоимость аналоговых инсулинов остается высокой. Проблемы транспортировки в регионы остаются актуальными			средств на закупки оборудования, в том числе для диагностики осложнений

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	Систему здравоохранения
	-Закон о государственных закупках пересмотрен в отношении лекарств, качество является также показателем для закупки, не только самая низкая цена	-Следовать руководству ВОЗ в отношении закупаемых видов инсулина и лекарственных препаратов -Улучшить планирование закупок в соответствии с данными Регистра сахарного диабета -Эффективность закупок и ценовое регулирование инсулина и пероральных лекарств на государственные средства совершенствовать путем прямых переговоров с производителями или совершенствованием договорных отношений с поставщиками ЛС, или внедрением механизмов сооплаты за инсулины на амбулаторном уровне.		

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	Систему здравоохранения
	- Основная проблема с инсулином связана не с общими поставками, а с распределением общего объема по всей стране - Из-за избыточных запасов инсулин хранится на уровне в ЦСМ не правильно -Имеются случаи использования больными инсулинов с истекшими сроками годности -Некоторые пациенты после 18 лет покупают аналоговый инсулин в близлежащих странах за свои средства.	-Распределение инсулина проводить на основании Регистра сахарного диабет, который в свою очередь должен быть совершенствован -Решение вопросов и транспортировки инсулина до уровня ОЗ через возложение данных функций на поставщиков инсулина -На уровне ЦСМ обеспечить условия для соответствующего хранения инсулинов на основе договорных отношений с фармацевтическими организациями -Розничная продажа инсулинов в аптечной сети		

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	**Систему здравоохранения**
Доступ к лекарственным средам и доступность лечения	-Аптечная сеть ориентирована на наличие препаратов первой линии при лечении диабета - метформина -На бюджетные средства закупается метформин в ограниченном количестве -Метформин не включен в льготные лекарственные программы на амбулаторном уровне - Метформин считается не доступным при минимальной и средней заработной плате	-Внесение Метформина в программы льготных программ на первичном уровне -За счет повышения эффективности закупок инсулина и экономии средств обеспечить закупки пероральных лекарств -Стимулировать среди врачей назначение более дешевых генерических наименований метформина	-Улучшенный доступ к лекарственным средствам -Снижение финансового бремени -Повышение приверженности к постоянному приему лекарств	-Более эффективное использование ресурсов -Улучшенное ведение пациентов -Снижение осложнений при диабете
Медицинские работники	-Семейные врачи не ведут диабет -Роль медсестер ограничена - Осложнения, связанные с диабетом ведут другие узкие специалисты -Врачи не обеспечены	-Пересмотреть программы обучения семейных врачей на непрерывном уровне с упором на консультирование и обучение по вопросам здорового образа жизни -Сокращение пути	- Улучшение качества предоставления услуг для пациентов -Сокращение пути пациента при получении услуг -Снижение расходов связанных с осложнениями,	-Медицинские работники обучены и семейные врачи мотивированы -Мотивация работников через оплату по результатам работы -Управление СД на

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	**Систему здравоохранения**
	соответствующими инструментами для диагностики и ведения диабета и его осложнений -Регулярное проведение мониторинга использования КР/КП и оценки качества помощи при диабете, как составляющей процесса улучшения качества не проводится	пациента при получении услуг -Вовлечение медсестер в обучение в рамках осуществления пакета основных вмешательств в отношении НИЗ (PEN) по диабету -Усилить мероприятия, проводимые отделами по качеству в ОЗ для оценки качества помощи при диабете	госпитализацией	ПМСП -Снижение осложнений от СД -Снижение уровня госпитализаций
Приверженность пациентов	-Низкая приверженность пациентов с СД 2 типа из-за низкой информированности -Пациенты с диабетом второго типа вынуждены покупать Метформин на свои средства -Приверженность к лечению напрямую не зависит от финансового положения пациентов	-Усилить обучение пациентов и улучшить доступность Метформина -Информированность населения о НИЗ и последствиях диабета -Обучение регулярному самоконтролю пациентов, как часть консультаций -Развитие школы диабета -Развитие официальной регистрации побочных	-Улучшенные знания по диабета -Улучшенный доступ к лекарственным средствам -Снижение финансового бремени -Снижение уровня осложнений и госпитализаций	-Улучшенное лечение и ведение диабета со стороны пациентов Снижение случаев госпитализации пациентов и бремени Снижение уровня осложнений у пациентов

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	Систему здравоохранения
		эффектов инсулинов и лекарственных средств		
Участие общества и диабетических ассоциаций	-Большая часть мероприятий, проводимых ассоциациями, сосредоточены в Бишкеке -Вопросы диабета обсуждаются на высоком уровне -Деятельность Ассоциаций ограничена из-за отсутствия финансирования	-Развитие и усиление роли Ассоциаций в обучении пациентов -Определить роль диабетических ассоциаций в адвокации и обучении	-Развитие поддержки со стороны сообществ и проведение мероприятий по информированности	-Развитие поддержки со стороны сообществ и проведение мероприятий -Обсуждение вопросов диабета на политическом уровне
Законодательство и нормативные документы	-Хорошая политическая и законодательная рамочная основа для профилактики и борьбы с НИЗ - Межотраслевые вопросы координации НИЗ ограничены -ПГГ гарантирует бесплатные медицинские услуги для больных с СД, в том числе инсулины -Диабет приоритезирован	-Разработать план действий по реализации программы по диабету -Дальнейшее усиление межсекторального взаимодействия по вопросам предупреждения НИЗ, в том числе предупреждения сахарного диабета -Пересмотреть Закон о диабете с вовлечением	-Соответствующая стратегическая и законодательная база -Фокус Правительства на НИЗ -Наличие гарантированных медицинских услуг	-Соответствующая стратегическая и законодательная база

	Результаты	Рекомендации	Ожидаемое воздействие на:	
			Пациентов	Систему здравоохранения
	путем принятия отдельной программы по сахарному диабету -Закона КР «О сахарном диабете» требует пересмотра	всех заинтересованных сторон		

11. Список литературы

1. Улучшение показателей по НИЗ: Барьеры и возможности систем здравоохранения, Страновая оценка по Кыргызстану: акцент на сердечнососудистых заболеваниях, Мелитта Якаб и др.
2. Национальный статистический комитет (2010), Интегрированное обследование домашних хозяйств в Кыргызстане». Модуль по здравоохранению
3. Исследование STEPS на основе инструмента ВОЗ по распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний, 2013
4. Кыргызстан: Внедрение PEN протокола для оптимизации диагностики диабета (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/activities/)
5. Проект FEEDcities Среда питания в городах Восточной Европы и Центральной Азии, Кыргызстан 2017
6. 20-я редакция Модельного списка основных лекарственных средств ВОЗ, 2016
7. Всемирная организация здравоохранения, данные по ATC/DDD
8. Государственный реестр ЛС, 2018 (http://212.112.103.101/reestr), г. Бишкек
9. ППКР от 9 октября 2012 года N 693 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств в Кыргызской Республике»
10. Экспресс - оценка доступа к инсулину и оказания помощи больным сахарным диабетом в Кыргызстане. Документ исследования №66, 2010
11. Tricco C, Ashoor HM, Antony J, *et al*. Safety, effectiveness, and cost effectiveness of long acting versus intermediate acting insulin for patients with type 1 diabetes: systematic review and network meta-analysis. BMJ 2014:349:g5459.
12. IDF Diabetes Atlas 7th Edition. Brussels, 2015
13. Measuring medicine prices, availability affordability and price components, 2nd edition, WHO/HAI, 2008
14. NICE, Key therapeutic topics: Type 2 diabetes mellitus, 15 January 2015/
15. NICE: Diabetes (type 1 and type 2) in children Diabetes (type 1 and type 2) in children and y and young people: diagnosis and young people: diagnosis and management, 2015.
16. Comparison of Clinical Outcomes and Adverse Events Associated With Glucose-Lowering Drugs in Patients With Type 2 Diabetes: Meta-analysis. – JAMA July 19, 2016
17. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2015, 7: approaches to glycemic treatment. Diabetes Care. 2015;38(suppl): S41-S48.
18. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2012. Diabetes Care. 2013;36(4):1033-1046.
19. Клиническое руководство «Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа», Приказ МЗ КР №691 от 09.09.2016