

Профилактика неинфекционных
заболеваний и борьба с ними в

Кыргызстане

обоснование инвестиций



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
ПРЕЗИДЕНТИНЕ КАРАШТУУ
СТРАТЕГИЯЛЫК ДЕМИЛГЕЛЕР
УЛУТТУК ИНСТИТУТУ



Профилактика неинфекционных
заболеваний и борьба с ними в

Кыргызстане

обоснование инвестиций



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
ПРЕЗИДЕНТИНЕ КАРАШТУУ
СТРАТЕГИЯЛЫК ДАМУУГЕЛЕР
УЛУТТУК ИНСТИТУТУ



МЕЖУЧРЕЖДЕНЧЕСКАЯ ЦЕЛЕВАЯ
ГРУППА ООН ПО НЕИНФЕКЦИОННЫМ
ЗАБОЛЕВАНИЯМ



Авторские права

Данную публикацию можно свободно цитировать, распространять, адаптировать в любом формате полностью или частично при условии правильного указания на оригинальный источник. Этот материал не может быть использован в коммерческих целях или для получения прибыли без получения письменного разрешения.

Рекомендуемая ссылка

Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Кыргызстане обоснование инвестиций. Министерство здравоохранения Кыргызстана; 2025.

Опубликовано:

Министерство здравоохранения

Московская 148, Бишкек

Кыргызстан

<https://www.med.kg>

© Министерство здравоохранения Кыргызстан, 2025

Содержание

Выражение признательности	iv
Сокращения	v
Кыргызстан: основные выводы	vi
Резюме	viii
1. Введение	1
2. Анализ ситуации	7
2.1 Специфика страны	9
2.2 Бремя НИЗ и связанные с ними факторы риска	10
2.3 Законодательство и политика в области НИЗ	13
2.4 Медико-санитарные услуги в связи с НИЗ: их наличие и доступ к ним	16
2.5 Ресурсы в сфере НИЗ	17
2.6 Медико-санитарная информация о НИЗ	18
3. Методология	21
3.1 Расчет экономического бремени НИЗ	22
3.2 Расчет затрат на меры политики и клинические вмешательства	23
4. Результаты	29
4.1 Оценка экономического бремени	30
4.2 Затраты на мероприятия	35
4.3 Польза для здоровья и спасенные жизни	36
4.4 Экономическая выгода и предотвращение затрат	37
4.5 Окупаемость инвестиций	38
5. Заключение и рекомендации	41
5.1 Предлагаемые рекомендации	44
Приложение 1. Меры по НИЗ, по которым осуществлена калькуляция расходов в рамках инструмента «Единое здоровье», в исходной точке и после 15 лет	50

Выражение признательности

Настоящий доклад был подготовлен в сотрудничестве между ВОЗ и Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) при координации Секретариата Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций (ЮНИАТФ) по профилактике НИЗ и борьбе с ними при технической поддержке R-Health Consult (RHC).

Обоснование инвестиций в сфере НИЗ в Кыргызстане осуществлено под общим руководством Алмаза Исанова, Главы управления политических и экономических исследований Администрации Президента Кыргызской Республики.

Особая благодарность выражается Бубужан Арыкбаевой, заместителю министра здравоохранения Кыргызской Республики, а также Жарасул уулу Элдияру, директору Института исследований экономической политики Кыргызской Республики за ведущую роль и лидерство на всех этапах подготовки данного доклада. Общую разработку и надзор за обоснованием инвестиций возглавляли Илария Корацца, Алексей Куликов и Надя Путуд (ЮНИАТФ). Экономический анализ, а также институциональный анализ и анализ контекста были выполнены группой RHC, в частности Ребеккой Аарсанд, Анной Концевой, Динарой Муканеевой и Нео Тапелой.

Особая благодарность также выражается Вячеславу Пак и Салтанат Омуралиевой из Института исследований экономической политики Кыргызской Республики, которые участвовали в сборе качественных данных посредством углубленных интервью.

ЮНИАТФ также выражает признательность следующим лицам, которые внесли вклад в успешное завершение этого доклада: Айдана Айтназарова, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики; Алиина Алтымышева, Страновой Офис ВОЗ в Кыргызстане; Даниэла Коррейя и Сумуду Кастуриараччи, Европейское Региональное бюро ВОЗ; а также Марина Смелянская и Дадли Тарлтон (ПРООН).

Выражаем благодарность Джейн Уорд и Джереми Уорду за техническое редактирование, а также Жюзанне Шрек за дизайн и верстку отчета и Юрию Сомову за перевод на русский язык.

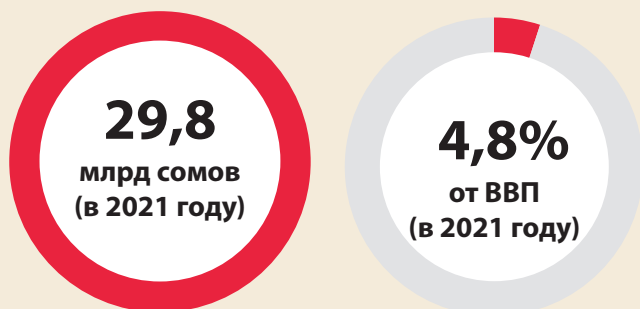
Доклад был профинансирован за счет добровольного взноса Российской Федерации.

Сокращения

ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ГЖКИ	Годы жизни, скорректированные на инвалидность
ГББ	Глобальное бремя болезней (обследование)
ВВП	валовой внутренний продукт
СНСД	страны с низким или средним уровнем дохода
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
HEARTS	Пакет технических мер для управления сердечно-сосудистыми заболеваниями на первичном уровне здравоохранения
НИЗ	Неинфекционные заболевания
MPower	Пакет мер против табака, разработанный ВОЗ РКБТ
ООР	дать расшифровку на русском общепринятую
PEN	комплекс основных мер по профилактике и ведению неинфекционных заболеваний на первичном уровне здравоохранения
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ЦУР	цель в области устойчивого развития
STEPS	Исследование STEPS по эпиднадзору НИЗ и их риск-факторов на национальном уровне (ВОЗ)

Кыргызстан: основные выводы

Бремя НИЗ



В 2021 г. общее бремя четырех основных групп НИЗ для экономики Кыргызстана составило **29,8 млрд сомов**, что эквивалентно **4,8%** валового внутреннего продукта (ВВП) за этот год.

Прямые затраты (медицинские расходы), связанные с четырьмя основными НИЗ, составили **7,9 млрд сомов**. Дополнительные косвенные расходы, связанные с отсутствием на работе, презентеизмом и преждевременной смертностью, связанной с ССЗ и диабетом, были почти в три раза выше – **21,9 млрд сомов**.

Прямые и Косвенные затраты



Требуются инвестиции

Инвестиции, необходимые для выбранных пакетов наилучших покупок в течение 15 лет:



355,5
млн сомов

МЕРЫ ПО
БОРЬБЕ С
ТАБАКОМ



794,1
млн сомов

МЕРОПРИЯТИЯ
ПО БОРЬБЕ С
АЛКОГОЛЕМ



324,5
млн сомов

МЕРОПРИЯТИЯ
В СФЕРЕ
ФИЗИЧЕСКОЙ
АКТИВНОСТИ



284,5
млн сомов

МЕРОПРИЯТИЯ
ПО СНИЖЕНИЮ
ПОТРЕБЛЕНИЯ
СОЛИ



37 561,7
млрд сомов

КЛИНИЧЕСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА
В СВЯЗИ С ССЗ И
ДИАБЕТОМ

Окупаемость инвестиций



За 15 лет производительность восстановится на **34,4 млрд сомов!**
То есть затраты на осуществление стратегических мер по борьбе с факторами риска (1,8 млрд сомов) (сокращение потребления соли, борьба с табаком и алкоголем, продвижение физической активности очень экономически выгодны .

Возврат инвестиций (ROI) на каждый вложенный 1 сом в течение 15 лет

		Возврат инвестиций	Прирост производи- тельности (млрд сомов)	Спасенные жизни
	МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ СОЛИ	82,12	14,68	35 166
	МЕРЫ ПО БОРЬБЕ С ТАБАКОМ	36,60	8,16	19 708
	МЕРОПРИЯТИЯ ПО БОРЬБЕ С АЛКОГОЛЕМ	16,25	7,04	19 231
	КЛИНИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СВЯЗИ С ССЗ И ДИАБЕТОМ	0,06	2,53	7752
	МЕРОПРИЯТИЯ В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ	11,05	2,03	5484

Резюме

Обзор

Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как диабет, болезни сердечно-сосудистой системы, инсульт, онкологические заболевания, хронические Легочные заболевания, являются серьезной проблемой общественного здравоохранения и устойчивого развития. Бремя НИЗ и связанных с ними факторов риска является в Кыргызстане значительным и продолжает расти. Воздействие выходит за рамки слабого здоровья и страданий людей и их семей. НИЗ также характеризуются серьезными социальными и экономическими последствиями, включая рост нагрузки на и без того ограниченные ресурсы системы здравоохранения и снижение экономической производительности, поскольку люди, страдающие НИЗ, с большей вероятностью покинут рынок труда (из-за преждевременной смерти или инвалидности), пропустят рабочие дни (вынужденное отсутствие на работе) или будут работать с ограниченными возможностями (презентеизм). Кроме того, существует взаимоусугубляющая связь между социально-экономическим положением и факторами риска НИЗ, что может вести к возникновению самоусиливающегося порочного круга повышенной уязвимости, обнищания, повышения нагрузки на систему здравоохранения и негативных последствий для других секторов.

В настоящем докладе представлены результаты обоснования необходимости инвестирования в профилактику НИЗ и борьбу с ними в Кыргызстане – расширение масштабов экономически эффективных мер политики и клинических вмешательств в области НИЗ. Анализ был сосредоточен на четырех основных группах НИЗ: ССЗ (сердечно-сосудистые заболевания), диабет, хронические легочные заболевания и онкологические заболевания. Анализ экономически эффективных мероприятий, также известных как рекомендованные ВОЗ «оптимальные по затратам меры», включает 14 клинических вмешательств (таких как, скрининг на ССЗ/диабет, фармакологическое лечение пациентов с 10-летним риском ССЗ, превышающим 20%, ретинопатию и фотокоагуляцию) и 23 меры политики на популяционном уровне, направленные на факторы риска НИЗ (такие как налогообложение табака и размещение на упаковке предупреждений о вреде для здоровья, запреты на рекламу алкоголя, просвещение и информирование по вопросам потребления натрия).

Описаны экономические данные обоснования инвестирования, включая затраты на мероприятия, улучшение показателей здоровья и экономические выгоды. В настоящем докладе содержатся рекомендации по практическим шагам, которые правительство Кыргызстана может предпринять для укрепления, основанного на участии всех государственных структур и всего общества, подхода к профилактике НИЗ и борьбе с ними, подкрепляемого экономическими данными и оценкой политического и институционального контекста.



Стоимость неинфекционных заболеваний

83%
всех
случаев
смерти

В 2021 г. НИЗ
для экономики
Кыргызстана
составило
29,8 млрд сомов

Согласно оценкам данных Глобального исследования бремени болезней (ГББ) за 2019 г., на НИЗ приходится 71% общего бремени болезней в Кыргызстане (измеряемого в годах жизни, скорректированных на инвалидность (ГЖКИ)). Ежегодно НИЗ уносят 28 842 жизни (83% всех случаев смерти) в Кыргызстане. Последние по времени репрезентативные статистические данные о распространенности НИЗ и связанных с ними факторах риска ограничены. Результаты обследования по методике STEP за 2013 г. (подход STEPwise к эпиднадзору за факторами риска НИЗ) свидетельствуют о высокой распространенности употребления табака (26% среди взрослых в возрасте 25–64 лет) и повышенном артериальном давлении (30,9% среди мужчин и 26,6% среди женщин в возрасте 25–44 лет), а также о недостаточной физической активности и избыточном потреблении соли.

В 2021 г. общее бремя четырех основных групп НИЗ для экономики Кыргызстана составило 29,8 млрд сомов, что эквивалентно 4,8% валового внутреннего продукта (ВВП) за этот год. Прямые затраты (медицинские расходы), связанные с четырьмя основными НИЗ, составили 7,9 млрд сомов, измеренные в формате государственных расходов и выплат по инвалидности. Прямые расходы, связанные с НИЗ, составляют лишь 17,4% от всех расходов, связанных с НИЗ, т. е. лишь верхушку айсберга общего экономического бремени. Дополнительные косвенные расходы, связанные с отсутствием на работе, презентеизмом и преждевременной смертностью, связанной с ССЗ и диабетом, были почти в три раза выше – 21,9 млрд сомов. Сердечно-сосудистые и онкологические заболевания были наиболее затратными из четырех основных НИЗ с точки зрения преждевременной смертности, и на них пришлось 11,1 млрд сомов и 4,8 млрд сомов соответственно. Общее экономическое бремя, по оценкам, оказалось бы еще выше, если бы можно было рассчитать затраты, связанные с вынужденным отсутствием на работе и презентеизмом в связи с онкологическими и хроническими респираторными заболеваниями (данных для проведения такого анализа было недостаточно). Среди косвенных затрат три четверти пришлось на преждевременную смерть (16,5 млрд сомов). Презентеизм, который был более заметным, чем вынужденное отсутствие на работе, привел к убыткам, эквивалентным труду 17 094 работающих с полной занятостью работников в год и соответствующим финансовым потерям в размере 5,0 млрд сомов.

Эти цифры свидетельствуют о том, что экономическое бремя, связанное с НИЗ, выходит за рамки расходов системы здравоохранения и приводит к снижению экономической производительности и потере жизней кормильцев для семей и экономики. Необходим подход, основанный на участии всех государственных структур и различных секторов, и другие секторы выиграют от поддержки усилий по профилактике НИЗ и борьбе с ними, поскольку их результатом станет наличие более здоровой и производительной рабочей силы.

Несмотря на такое крупное экономическое бремя, пробелы в лечении и обслуживании остаются значительными. Существуют проблемы и критические пробелы в обслуживании, чему способствуют ограниченность финансирования; преобладание основанных на специализированной помощи и на медицинских учреждениях моделей оказания медицинской помощи; отсутствие репрезентативной медико-санитарной информации о НИЗ на национальном уровне и неравномерное распределение услуг здравоохранения в сельской местности.

Реагируя на эти вызовы и укрепляя национальную систему реагирования на НИЗ, Кабинет Министров обладает значительными сильными сторонами и располагает возможностями, которые можно использовать. Существует предыдущее обоснование инвестиций в профилактику НИЗ и борьбу с ними (2017 г.), руководство на высоком уровне и многосекторальная приверженность решению проблемы НИЗ (например, Комитет высокого уровня при премьер-министре), различные поддерживающие законодательные, политические и широкие инструменты заинтересованных сторон (такие как инициатива «Здоровый гражданин Кыргызстана», Национальная программа и план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними в период 2013-2020 гг., Высший совет женщин в Парламенте), а также позитивные результаты в области достижения задач в рамках целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Создание Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) позволило предоставлять врачам ПМСП (ПМСП) с 2019 г. стимулирующие выплаты за раннее выявление и лечение НИЗ и нарушений психического расстройства. Кроме того, наблюдается динамика, связанная с укреплением системы охраны психического здоровья (готовится обоснование инвестиций в профилактику нарушений психического здоровья и борьбу с ними), усилия по достижению которой могут быть синергичными с усилиями, направленными на борьбу с НИЗ.

Зачем инвестировать в пакеты НИЗ с наилучшей покупкой



Результаты обоснования инвестиций показывают, что расширение масштабов мероприятий по НИЗ в течение следующих 10–15 лет будет иметь следующие последствия.

**Спасет
87 341
ЖИЗНЬ**

Спасет 87 341 жизнь и принесет 617 278 лет здоровой жизни к 2037 г. Все эти меры позволят значительно сократить число потерянных жизней, а также увеличить общее количество приобретенных лет здоровой жизни. Наибольший эффект будет от мероприятий по сокращению потребления соли (35 166 спасенных жизней и приобретение 268 002 лет здоровой жизни за 15 лет), за которыми следуют мероприятия по борьбе с табаком (19 708 спасенных жизней) и мероприятия, связанные с алкоголем (19 231 спасенная жизнь). Предотвращая сердечно-сосудистые события, такие как инсульт и инфаркт миокарда, мероприятия, направленные на снижение факторов риска НИЗ, могут помочь людям избежать инвалидизирующих состояний (таких как частичный паралич после инсульта), которые могут усиливать боль и страдания, а также снижать способность функционировать и экономическую производительность. Кроме того, расходы на здравоохранение будут сокращены в результате предотвращения 37 324 инсультов и 31 063 случаев острых нарушений в результате ишемической болезни сердца за период длительностью 15 лет.

**Предоставление
экономических
выгод**

Восстановит производительность на 34,4 млрд сомов за 15 лет. Эта экономическая выгода значительно перевешивает затраты (1,8 млрд сомов) на осуществление стратегических мероприятий, направленных на снижение факторов риска НИЗ (сокращение потребления соли, борьба с алкоголем и табаком, поощрение физической активности). Анализ показывает, что все комплексы мероприятий, направленные на снижение факторов риска НИЗ, являются оптимальными по затратам мерами и обеспечат соотношение выгоды и затрат свыше 10,0 в течение 15 лет. Комплекс мер по сокращению потребления соли имеет самое высокое соотношение выгоды и затрат среди всех мероприятий: на каждый инвестированный сом ожидаемая доходность составляет 17 сомов в течение первых 5 лет и 82 сома в течение 15 лет. Наибольшее положительное влияние на производительность окажет снижение смертности (73,3% от общего прироста производительности), за которым следует снижение презентеизма (17,3%) и вынужденного отсутствия на работе (9,3%).

Общая стоимость комплекса мер по борьбе с табаком, исходя из рекомендаций по пакету мер MPOWER, составит 114,1 млн сомов в течение 5 лет. Оценка: 182,6 млн сомов для комплекса мер по борьбе с алкоголем, 80,3 млн сомов для комплекса мер по снижению потребления соли и 108,2 млн сомов для мероприятий по повышению осведомленности о необходимости физической активности. Существует множество малозатратных стратегий по борьбе с табаком, включая предупреждающие надписи на упаковках, запрет на рекламу табачных изделий и повышение налогов.

Комплекс клинических вмешательств обеспечивает возврат инвестиций в размере менее 1 сома на 1 инвестированный сом, в точках 5 лет и 15 лет. Это связано с высокими затратами, связанными с медицинским лечением, учитывая, что варианты лечения имеют лишь небольшой потенциал увеличения участия в составе рабочей силы после обширного инсульта или инфаркта. Окупаемость инвестиций может быть оптимизирована за счет более ранней диагностики и более эффективной первичной профилактики, такой как лечение гипертензии. Недостаточная отдача от инвестиций, однако, не означает отсутствие экономической эффективности: такие меры могут быть экономически эффективными в других видах экономического анализа. Кроме того, комплекс клинических вмешательств важен для реализации права на здоровье.

Повышение экономической производительности, такое как расширение участия в составе рабочей силы, сокращение случаев отсутствия на работе, не являются единственными факторами, которые необходимо учитывать при оценке преимуществ инвестиций в мероприятия по борьбе с НИЗ. Более целостная оценка выгод включает социальную ценность здоровья, где была бы оправдана внутренняя ценность улучшения здоровья как самоцели. При рассмотрении социальной ценности здоровья оценки соотношения выгод и затрат и окупаемости инвестиций для отдельных мероприятий являются еще более благоприятными.

Рекомендации для рассмотрения



Результаты данного инвестиционного обоснования подтверждают значительное экономическое воздействие НИЗ в Кыргызстане. Кроме того, они показывают, что инвестиции в ряд основанных на научных данных мероприятий могут значительно предотвратить НИЗ и уменьшить воздействие этих патологических состояний на людей, их ожидаемую продолжительность жизни и национальные экономические потери (Таблица 1). Для дальнейшего укрепления многосекторальных, основанных на участии всех государственных структур и всего общества мер реагирования на НИЗ и повышения их воздействия можно предпринять следующие практически реализуемые шаги.

Повысить налоги на алкоголь и табак

Повысить налоги на алкоголь и табак и обеспечить соблюдение Закона о табаке от 2021 г. Повышение налогов на алкоголь, рекомендация, которая также включена в доклад об обосновании инвестиций в области психического здоровья, снизит доступность алкоголя, его потребление и увеличит доходы. Доходы, полученные от налогообложения алкоголя и табака, следует направить на мероприятия по профилактике НИЗ и борьбе с ними, включая повышение уровня оплаты труда и профессиональной подготовки медицинских работников, а также усиление защиты от катастрофических расходов. Серьезная нехватка финансирования определена как одно из основных препятствий на пути укрепления системы охраны психического здоровья Кыргызстана. Обеспечение соблюдения достойного одобрения Закона от 2021 г. «О защите здоровья граждан Кыргызстана от последствий потребления табака, никотина и воздействия окружающего табачного дыма и аэрозоля» требует внесения изменений в Кодекс Кыргызстана о нарушениях, чтобы можно было установить соответствующие санкции.

Активизировать меры по сокращению потребления соли

Активизировать меры по сокращению потребления соли. Установлено, что этот комплекс мер обеспечивает особенно высокую отдачу от инвестиций. Масштабные просветительские кампании могут осуществляться в партнерстве с гражданским обществом, средствами массовой информации и другими заинтересованными сторонами. Что касается инициатив по сокращению потребления алкоголя, табака и соли, то может возникнуть необходимость в противодействии вмешательству и содействии диалогу между частным и государственным секторами и партнерству с участниками отрасли (чья коммерческие интересы/стимулы могут вести в сторону ухудшения здоровья в долгосрочной перспективе).

Укреплять
секторальную
координацию и
подотчетность

Укреплять межведомственную координацию и подотчетность, в том числе в рамках программ по НИЗ, охране психического здоровья и травматизму. Целенаправленные усилия по улучшению межведомственной и межсекторальной координации могут позволить более эффективно и синергетически решать общие проблемы и бороться с факторами риска в области НИЗ, травматизма и психического здоровья. Для укрепления поддержки проектов в рамках государственно-частного партнерства в секторе здравоохранения можно более активно привлекать гражданское общество (организации пациентов, группы активистов), профессиональные сообщества, неправительственные организации и субъектов частного сектора.

Повысить
качество услуг
в сфере

Повысить качество услуг в сфере НИЗ и обеспечить их более справедливое распределение. Укреплять службы для обеспечения ранней диагностики и улучшения общего регулирования риска ССЗ в рамках ПМСП. Продолжать использовать существующие сельские комитеты по здравоохранению и специалистов широкого профиля, одновременно укрепляя системы направления пациентов, чтобы пациенты из сельских районов, нуждающиеся в комплексной медицинской помощи, могли получать необходимые им услуги. Использовать стимулы в виде заработной платы и другие подходы для улучшения распределения медицинских работников в сельских районах страны, содействовать закреплению медицинских кадров на местах.

Мониторинг и
оценка

Наращивать потенциал в области мониторинга и оценки НИЗ. Укреплять ключевые реестры (по онкологическим заболеваниям, инсультам, инфарктам, диабету) в отношении выявления случаев заболеваний, полноты данных и репрезентативности на национальном уровне. Эти усилия могут быть ускорены за счет новых цифровых и мобильных технологий здравоохранения, а также стандартов операционной совместимости. Практическое и интегрированное число показателей, в которых используются данные обследований, реестров, медицинской документации, а также данные, непосредственно сообщаемые пациентами, может дать информацию, полезную для мониторинга бремени болезней, воздействия мероприятий на уровне системы здравоохранения на жизнь пациентов, помочь выявлять и распространять передовую практику, а также отслеживать и улучшать результаты, а также соразмерять их с международными стандартами.

Таблица 1. Подведение основных результатов

Каждый год результатом НИЗ становятся...	За 15 лет принятие новых мер и интенсификация существующих мер...
более 28 000 смертей (83% всех смертей)	спасут 87 341 жизнь и принесут 617 278 лет здоровой жизни
затраты в сумме 7,9 млрд сомов в виде расходов на здравоохранение	сократят расходы на здравоохранение в результате предотвращения 37 324 инсультов и 31 063 случаев острых нарушений в результате ишемической болезни сердца
издержки в сумме 21,9 млрд сомов в виде потерь экономической производительности	предотвратят экономические потери в размере 34,4 млрд сомов (повышение производительности)
общие экономические издержки, эквивалентные 4% ВВП (29,8 млрд сомов)	принесут экономические выгоды в размере 34,4 млрд сомов, что значительно превышает затраты (3,5 млрд сомов) на интенсификацию мероприятий, снижающих факторы риска, связанные с НИЗ, и обеспечат коэффициент окупаемости инвестиций, превышающий 10

Введение

1. Введение

Глобальное бремя НИЗ является значительным и продолжает расти (1,2). НИЗ являются одной из основных причин смертности и плохого здоровья и самочувствия во всем мире, в том числе в Кыргызстане.

По оценкам, в 2016 г. от НИЗ умерло 40,5 млн человек (71% всех случаев смерти во всем мире) (1). Из них, по оценкам, 1,7 млн (4% всех случаев смерти от НИЗ) произошли среди людей в возрасте до 30 лет, 15,2 млн (38%) – среди людей в возрасте 30–70 лет и 23,6 млн (58%) – среди людей в возрасте 70 лет и старше. Подавляющее большинство случаев смерти от НИЗ (32,2 млн или 80% всех случаев смерти от НИЗ) было вызвано четырьмя основными группами болезней: онкологическими заболеваниями, ССЗ, хроническими респираторными заболеваниями и диабетом. В странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД) НИЗ являются причиной примерно 8,5 млн случаев преждевременной смерти в год, при этом 40% этих смертей приходится на ССЗ, а на рак – 27% (3). Самые высокие уровни риска смертельного исхода от НИЗ были отмечены в СНСД, при этом страны Центральной Азии и Восточной Европы лидируют по риску смертельного исхода от НИЗ среди мужчин (1).

НИЗ оказывают далеко идущие последствия и включают в себя страдания отдельных лиц и их семей, а также издержки для государства. По прогнозам, в период с 2010 по 2030 г. общемировые экономические потери, связанные с нелечеными НИЗ, составят 47 трлн долл. США (4). Неинфекционные заболевания, особенно при поздней диагностике, могут вести к высоким расходам на здравоохранение и экономическому ущербу. Когда люди умирают преждевременно или становятся инвалидами в результате обширного инсульта или ампутации конечности из-за диабета, результаты труда, которые они могли бы произвести за оставшиеся годы занятости, теряются. Кроме того, люди, страдающие хроническими заболеваниями, с большей вероятностью пропускают рабочие дни (вынужденное отсутствие на работе) или работают с пониженной производительностью на рабочем месте (презентеизм). Для физических лиц и правительств расходы на здравоохранение могут означать значительные альтернативные издержки, включая сокращение инвестиций в образование, транспортные проекты или другие формы человеческого или физического капитала, которые могут принести долгосрочную отдачу.

Существует также действующая в двух направлениях связь между социальными и экономическими условиями и НИЗ и благополучием (5,6). К таким последствиям относится снижение экономической производительности, поскольку люди, страдающие НИЗ, находятся в трудоспособном возрасте и с большей вероятностью покинут рынок труда (из-за преждевременной смерти или инвалидности), пропустят рабочие дни или будут работать с пониженной производительностью. В свою очередь, социально-экономические условия и связанные с ними факторы неравенства оказывают сильное воздействие на защиту от НИЗ и укрепление благополучия. При этом некоторые люди в большей степени подвержены воздействию факторов риска и имеют меньше доступа к образованию и информированности, защитной профессиональной среде, мероприятиям по диагностике и лечению. Когда НИЗ не лечатся, а социально-экономические условия ухудшаются, эта двусторонняя взаимосвязь может превратиться в негативно усиливающийся порочный круг повышенной уязвимости, который увеличивает нагрузку на и без того истощенные ресурсы

системы здравоохранения, что негативно сказывается на других секторах. Таким образом, инвестиции в профилактику НИЗ и борьбу с ними открывают возможности для достижения успехов в области здравоохранения, экономики и общества.

Существуют основанные на фактических данных экономически эффективные мероприятия по профилактике НИЗ и борьбе с ними. ВОЗ разработала перечень вариантов политики и эффективных с точки зрения затрат мероприятий, также известных как «оптимальные по затратам меры», в помощь усилиям стран-членов по борьбе с НИЗ. Эти варианты включают меры по сокращению тех или иных видов поведения (например, курение) и снижению метаболических факторов риска (таких как повышенное кровяное давление) и описаны в вспомогательных инструментах внедрения, таких как Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (7), Руководство по разработанному ВОЗ комплексу основных мер по профилактике НИЗ (PEN) и борьбе с ними посредством ПМСП с в условиях ограниченных ресурсов (8), разработанный ВОЗ технический пакет HEARTS по лечению ССЗ в условиях ПМСП (9). Примерами таких мер являются снижение спроса на табак путем налогообложения табачных изделий, запрета на рекламу и меры политики по созданию среды, свободной от табачного дыма; создание условий для здорового питания за счет политики сокращения потребления соли и ограничения маркетинга, ориентированного на детей; проведение кампаний по просвещению и информированию населения; предоставление основанных на фактических данных услуг ПМСП для оценки и снижения факторов риска ССЗ. Тем не менее принятие и масштабирование таких мероприятий на национальном уровне оказались ограниченными, особенно в СНСД. Реагирование на бремя НИЗ осложняется различными факторами, в том числе финансовыми и ресурсными ограничениями, а также конкуренцией между существующими потребностями в ограниченных ресурсах.

Укрепление политики и увеличение инвестиций в борьбу с НИЗ полезны как для общественного здравоохранения, так и для устойчивого развития. Инвестиции в научно обоснованные меры борьбы с НИЗ могут улучшить общее состояние здоровья и качество жизни людей, а также увеличить ожидаемую продолжительность жизни. Кроме того, такие инвестиции будут способствовать достижению ряда целей в области устойчивого развития (ЦУР), включая задачу 3.4 («К 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия»), задачу 4 (образование), задачу 5 (гендерные аспекты), задачу 8 (занятость и экономический рост), задачу 10 (равенство), задачу 11 (безопасные города), и задачу 17 (партнерство, создание потенциала и мобилизация внутренних ресурсов). Борьба с НИЗ имеет важнейшее значение для осуществления концепции ЦУР, касающейся построения справедливого, инклюзивного и равноправного общества. Это также соответствует видению Кыргызстана, сформулированному в Национальной стратегии развития (2018–2040 гг.), и глобальному обязательству «никого не оставить без внимания».

Однако реагирование на экономические и социальные последствия НИЗ осложняется различными факторами, в том числе финансовыми и ресурсными ограничениями, а также конкуренцией за ограниченные ресурсы. В связи с этим количественная оценка затрат и выгод от мероприятий по профилактике НИЗ и борьбе с ними, а также вытекающих из них показателей окупаемости инвестиций является одним из приоритетных запросов со стороны государств-членов. Обоснование инвестиций призвано помочь странам сформулировать собственные экономические доводы в пользу действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними, а также создать условия для принятия мер в различных секторах (10).

В настоящем докладе представлены доводы в пользу инвестирования в профилактику НИЗ и борьбу с ними в Кыргызстане. Он отталкивается от предыдущего обоснования инвестиций в области НИЗ в Кыргызстане, опубликованного в 2017 г. (11). Обоснование инвестиций призвано помочь странам сформулировать собственные экономические и политические обоснования действий по борьбе с НИЗ с учетом затрат и выгод от расширения масштабов действий, а также издержек, связанных с их непринятием, на исходном уровне (2022 г.), через 10 лет (2032 г.) и через 15 лет (2037 г.). Настоящий доклад содержит следующие разделы:

- в разделе 2 описывается ситуация с НИЗ в Кыргызстане, а также текущие и планируемые ответные меры Правительства;
- в разделе 3 описывается методология, используемая для выполнения экономического анализа;
- в разделе 4 представлены результаты анализа;
- в разделе 5 делаются выводы на основе этих результатов и даются рекомендации для рассмотрения правительством Кыргызстана в целях укрепления и масштабирования экономически эффективных стратегий и клинических вмешательств, направленных на борьбу с НИЗ.



Фотография: © WHO/Mikhail Grigorev



Анализ ситуации

2. Анализ ситуации

Обзоры эпидемиологии болезней и анализ институционального контекста были проведены в дополнение к экономическому анализу и определению возможностей для действий, которые могут быть предприняты в Кыргызстане. Целью здесь было оценить политическое пространство, имеющее отношение к принятию, осуществлению и обеспечению соблюдения политики в области НИЗ, а также выявить наиболее перспективные возможные политические траектории для страны (такие как области общего консенсуса, наличие политического аппетита, препятствия для принятия).

Анализ институционального контекста проводился группой по обоснованию инвестиций с января по июнь 2023 г. Выводы и рекомендации были основаны на кабинетном исследовании и интервью.

- **Кабинетное исследование** было выполнено для характеристики эпидемиологического бремени болезней и национальных мер реагирования на сегодняшний день (например, политика и нормативные акты, финансирование, ресурсы, планы действий, программы и услуги, воздействие), другой соответствующей информации о страновом контексте, социально-экономических характеристиках и соответствующих исторических событиях. Были проанализированы существующие правовые, политические и программные документы, проведен целевой обзор литературы и выполнен описательный анализ баз данных, находящихся в открытом доступе (например, GBD Exchange).
- **Интервью с ключевыми источниками информации (онлайн) и дискуссии в группах с различными заинтересованными сторонами** были проведены с целью понимания различных субъектов, их интересов, потенциала оказывать влияние, а также институциональных и управленческих механизмов. Эти консультации позволили получить представление об историческом наследии, социальных тенденциях, возможностях и вызовах, которые могут повлиять на успех мер в сфере НИЗ. В марте 2023 г. в рамках страновой миссии по НИЗ, проведенной Межучрежденческой целевой группой Организации Объединенных Наций, состоялись обсуждения в группах, в которых приняли участие представители перечисленных ниже учреждений:
- Администрация
- Министерство здравоохранения (в том числе руководитель Комитета по ЦУР и руководитель Фонда обязательного медицинского страхования)
- Министерство труда, социального обеспечения и миграции
- Министерство образования и науки
- Министерство финансов
- Министерство экономики и коммерции
- Министерство юстиции
- Комитет по социальным вопросам и политике Парламента Кыргызстана
- Министерство транспорта и коммуникаций
- Альянс женских законодательных инициатив Кыргызстана (Женские Советы)
- Исполнители программ по НИЗ и клиницисты (в государственном и частном секторах, организациях гражданского общества/НПО)

- Люди с соответствующим личным опытом
- Страновой Офис ВОЗ в Кыргызстане.

2.1 Специфика страны

Кыргызстан является не имеющей выхода к морю страной в Центральной Азии, классифицируемой Всемирным банком как СНСД. По состоянию на 2021 г. в стране проживает 6,6 млн человек (12), почти две пятых (37,8%), из которых составляют дети в возрасте до 18 лет (12). Ожидаемая продолжительность жизни – 71,7 года (мужчин – 67,8 лет, женщин – 76 лет). На сегодняшний день Кыргызстан обладает значительными достижениями в области общественного здравоохранения и развития, некоторые из которых отражены в таблице 1. К ним относятся достижение 4-й цели тысячелетия в области развития и снижение младенческой и детской смертности на две трети по сравнению с 1990 г. (13). Кроме того, в то время как Кыргызстан занял 122-е место (из 189 стран) по индексу человеческого развития (13), он оказался на 48-м месте в деле достижения ЦУР по данным за 2019 г. (14). Тем не менее Кыргызстан сталкивается с рядом ограничений. К ним относятся текущие расходы на здравоохранение на душу населения в размере 64 долл. США (один из самых низких показателей в Европейском регионе ВОЗ) (15), острая нехватка важнейших кадров здравоохранения, высокие расходы из собственных средств (ООР) (на которые приходится 45% текущих расходов на здравоохранение) (таблица 2). История Кыргызстана влияет на текущие меры реагирования его системы здравоохранения на НИЗ. В 1990-х гг. система здравоохранения в Кыргызстане, как и во многих странах бывшего Советского Союза, была ослаблена из-за сокращения финансирования (18). В 2010 г. в Кыргызстане произошли межэтнические конфликты. Это привело к отъезду специалистов в области психического здоровья, перемещению 400 000 человек (19).

Таблица 2. Статистика развития Кыргызской Республики

Категория	Показатель	Кыргызстан	Год, с которым проводится сравнение
Общее	Население (млн чел.) ^a	6,7	2021
Общее	ВВП, млрд долл. США в текущих ценах ^a	8,5	2021
Общее	ВВП на душу населения, в текущих долл. США ^a	1277	2021
Общее	Доступ к электричеству (%) ^a	100	2020
Общее	Люди, пользующиеся услугами санитарии, организованными с соблюдением требований безопасности (% населения) ^a	92	2020
Общее	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет) ^a	72	2018
Общее	Текущие расходы на здравоохранение, на душу населения ^b	73	2021
Общее	Расходы из собственных средств как % от текущих расходов на здравоохранение ^b	40,7	2021

Источники: ^aВсемирный банк (16); ^bВОЗ (17).

2.2 Бремя НИЗ и связанные с ними факторы риска

В этом разделе представлена справочная информация, которая служит основой для анализа обоснования инвестиций. Охвачены распространенность и ареал распространения болезней, варианты образа жизни (например, табак и вредное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность и нездоровое питание) и метаболические факторы риска (такие как повышенные артериальное давление, уровень сахара и холестерина в крови).

2.2.1 Заболевания

В таблице 2 приведена краткая информация о бремени НИЗ в Кыргызстане. По оценкам в ГББ за 2019 г., на НИЗ пришлось 28 842 случая смерти (83% всех случаев смерти) и 71% бремени болезней (в пересчете на ГЖКИ) в Кыргызстане. Наиболее важные выводы о распространенности и распространении заболеваний:

НИЗ являются ведущей причиной смертности в стране, на их долю ежегодно приходится 83% всех случаев смерти (и 71% ГЖКИ) в Кыргызстане (ГББ за 2019 г.). В целом, по оценкам, НИЗ ежегодно уносят 28 842 жизни (ГББ за 2019 г.), и в настоящее время вероятность преждевременной смерти каждого гражданина (в возрасте до 70 лет) от НИЗ составляет один к пяти (20);

- стандартизированный по возрасту показатель преждевременной смертности от четырех основных НИЗ (ССЗ, диабет, рак и хронические респираторные заболевания) в Кыргызстане в 2019 г. составил 715 случаев на 100 000 населения;
- стандартизированный по возрасту показатель преждевременной смертности от четырех основных НИЗ в возрасте 30–69 лет в Кыргызстане в 2013 г. (последний год, по которому имеются данные) составил 833 случая на 100 000 населения для мужчин и 417 на 100 000 для женщин (средние показатели по Европейскому региону ВОЗ составляют 548 и 266 соответственно);
- только на ССЗ приходится половина (50,4%) всех случаев смерти, связанных с НИЗ;
- для лиц в возрасте 0–64 года смертность от ССЗ превышает смертность среди женщин в 2,5 раза;

по данным Национального статистического комитета Кыргызстана, в 2021 г. было диагностировано 37 032 новых случая ССЗ, и 7884 случая онкологических заболеваний (12); и

- по оценкам, 17,4% для взрослых кыргызстанцев в возрасте 40–64 лет существует вероятность смертельного или нефатального сердечно-сосудистого события в течение 10 лет на уровне 30% или выше, и этот 10-летний риск увеличивается с возрастом.

Таблица 3. Бремя НИЗ в Кыргызстане, оценки в ГББ за 2019 г.

Заболевание	Смерти, (кол-во, %)	Коэфф. смертн. (на 100 000 населения)	Коэфф. смертн. (стандартиз. по возрасту на 100 000 населения)	ГЖКИ (кол-во, %)
Все причины	34 676 (100)	530,6	809,3	1 651 025 (100)
4 основных НИЗ	28 842 (83,2)	331,3	715,9	1 172 333 (71)
ССЗ	17 482 (50,4)	267,5	466,3	373 500 (22,7)
Диабет	322 (0,9)	4,9	7,0	25 306 (1,5)
Рак	4 150 (12,0)	63,5	90,5	125 238 (7,6)
Хронич. респ. заболевания	1 513 (4,0)	23,2	41,1	44 911 (3,0)

Источник: Институт показателей и оценки здоровья (21).

2.2.2 Факторы риска, связанные с образом жизни

В 2013 г. в Кыргызстане было проведено репрезентативное на национальном уровне обследование населения, в котором оценивались факторы риска НИЗ и использовалась методология ВОЗ STEP (22). Обследование показало тревожно высокую распространенность поведенческих и метаболических факторов риска НИЗ. Временные тенденции, основанные на подходе STEPS к данным эпиднадзорного обследования факторов риска НИЗ, в данном случае не могли быть оценены, однако это можно будет сделать после завершения обследования STEPS за 2023 г.

Употребление табака. Курят 25,7% взрослого населения в возрасте 24–64 лет (почти все они курят ежедневно). Курение в большей степени распространено среди мужчин, чем среди женщин: только 2,7% женщин курили, в то время как среди мужчин курили до 48,2%. Бездымный табак употребляют 10,1%. Помимо этого, 11,9% женщин и 36,7% мужчин подвергались воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте или в общественных местах. Табак в Кыргызстане употребляют как пожилые, так и молодые люди. Последнее по времени глобальное исследование проблемы табакокурения среди молодежи (2019 г.) показало, что среди молодежи 2,4% подростков в возрасте 13–15 лет (4,2% юношей; 0,9% женщин) курили сигареты; 5,1% (7,6% мужчин; 2,9% женщин) употребляли бездымный табак; 2,8% (3,9% мужчин, 1,7% женщин) использовали электронные сигареты (23). Популяционные поперечные обследования показали, что 49,7% студентов университетов употребляли табак в 2014 г. (24), а 21% (34% среди мужчин и 6% среди женщин) студентов-медиков ежедневно курили сигареты (25). В этом обследовании студентов-медиков распространенность использования электронных сигарет была низкой, но распространенность употребления табачных кальянов была высокой, достигая 85% среди студентов 6-го курса мужского пола (25).

Таблица 4. Употребление табака по результатам глобального исследования проблемы табакокурения среди молодежи за 2019 г., Кыргызстан

Показатель	Распространенность среди молодежи
Курит сигареты в настоящее время	2,4
Курит кальян в настоящее время	1,8
Употребление электронных сигарет	2,8
Воздействие вторичного табачного дыма в домашних условиях	16,8
Заметили рекламу табака в местах продажи	26,7

Источник: Минздрав Кыргызской Республики (23).

Вредное употребление алкоголя. Обследование STEPS за 2013 г. показало, что 44,8% мужчин и 17,7% женщин употребляли алкоголь, то есть сообщали о том, что употребили алкогольный напиток в предыдущем месяце. Среди потребителей алкоголя 22,8% мужчин употребляли алкоголь чрезмерно (выпивали шесть или более алкогольных напитков за один раз) в течение предыдущего месяца, по сравнению с 2,7% женщин. В среднем, среди потребителей алкоголя мужчины употребляли 5,1 напитка за один раз, а женщины — 2,5 напитка (26).

Недостаточная физическая активность. По данным обследования STEPS за 2013 г., примерно каждый девятый (11,4%) взрослый кыргызстанец в возрасте от 25 до 64 лет был недостаточно активен, занимаясь физической активностью умеренной интенсивности менее 150 минут в неделю. Показатели недостаточной физической активности были выше среди женщин, чем среди мужчин, а также среди тех, кто живет в городах, в сравнении с жителями сельской местности. Около половины (53,6%) физической активности было связано с работой; в некоторых случаях она была связана с транспортом (42,7%), и очень небольшая часть физической активности носила рекреационный характер (3,7%).

Нездоровое питание. В Кыргызстане одни из самых высоких в мире показателей потребления натрия. В 2010 г. стандартизированное по возрасту потребление соли/натрия для людей в возрасте 20 лет и старше составило 5,18 г в день, что превышает рекомендацию ВОЗ в 2 г в день. Соответственно, Кыргызстан вошел в число стран с самым высоким уровнем потребления среди 66 стран, охваченных обследованием (27). Результаты обследования STEPS в 2013 г. показывают, что около пятой части (18%) взрослого населения Кыргызстана регулярно добавляли в пищу дополнительную соль. Поперечное исследование проб пищевых продуктов показало, что содержание натрия в промышленных пищевых продуктах в Кыргызстане колеблется от 19 до 658 мг на порцию. Большинство натрий-калиевых соотношений превышали рекомендуемый уровень 1,0, а самые высокие соотношения были обнаружены в промышленных напитках, где это соотношение составляло 16,4 (28). Одно исследование анализа макронутриентов показало высокое содержание насыщенных жиров и трансжирных кислот в некоторых домашних традиционных блюдах и закусках (29).

Одним из таких блюд являются манты, порция которых содержит 30,2 г насыщенных жиров и 2,9 г трансжирных кислот (29). Обследование STEPS за 2023 г. показало, что 74% взрослых кыргызстанцев в возрасте от 24 до 64 лет потребляют недостаточное количество фруктов и овощей (22).

Эти результаты открывают возможности для снижения потребления с использованием различных каналов, включая законодательство, связанное с переработанными пищевыми продуктами и напитками, а также просвещение и повышение информированности населения в целом.

2.2.3 Метаболические факторы риска

По данным обследования STEPS за 2013 г. в отношении НИЗ, по оценкам, треть взрослых в возрасте от 24 до 64 лет (33,1%) в Кыргызстане имеют избыточную массу тела с показателем массы тела более 25 кг/м²; четверть (23,1%) взрослого населения страдает ожирением (показатель массы тела более 35 кг/м²). У 4,5% повышен уровень сахара в крови, у 23,6% повышенный уровень холестерина в крови, у 48,7% повышенное артериальное давление. Оценки, основанные на Комплексном обследовании домашних хозяйств в Кыргызстане в 2010 г., показали, что низкие показатели приема антигипертензивных препаратов частично отражали низкую ценовую доступность этих препаратов (30). В исследовании, в котором использовались данные обследования STEPS из 44 СНСД для оценки эффективности системы здравоохранения по каскаду лечения гипертонии – распространенность диагностированного, подвергающегося лечению и находящегося под контролем артериального давления (целевое артериальное давление <140/90 мм рт. ст.) (31). Кыргызстан вошел в число стран, наряду с Бангладеш, Бразилией и Коста-Рикой, которые показали лучшие результаты по каскаду лечения гипертонии, чем прогнозировалось, исходя из ВВП на душу населения (31). К факторам, способствующим этому, относятся наличие сельских комитетов здравоохранения (31) и общая доступность антигипертензивных препаратов благодаря ФОМС (гарантированный государством комплекс льгот и дополнительный пакет лекарств) (32); эти активы могут быть использованы для усиления национальных мер реагирования по снижению факторов риска НИЗ и в более общем плане по борьбе с другими патологическими состояниями, например в сфере психического здоровья.

2.3 Законодательство и политика в области НИЗ

В Кыргызстане создана прочная политическая и законодательная база для профилактики НИЗ и борьбы с ними. На рис. 1 представлены этапы прогресса Кыргызстана в осуществлении научно обоснованных мер политики и клинических вмешательств по борьбе с НИЗ.

Рис. 1. Прогресс и примеры достижений Кыргызской Республики в национальных мерах реагирования на НИЗ

Показатель ВОЗ по мониторингу прогресса
в области НИЗ и достижения (2022 г.)

Примеры мер реагирования
на национальном уровне

-  **1** Национальные целевые показатели по НИЗ
-  **2** Данные о смертности
-  **3** Обследования факторов риска
-  **4** Национальная комплексная политика/
стратегия/ план действий по НИЗ
-  **5** Меры по снижению
спроса на табак:
 -  **a** повышение акцизов и цен
 -  **b** политика в отношении запрета курения
 -  **c** крупные графические предупреждения о вреде
для здоровья/ запреты на рекламу
 -  **d** стимулирование продаж и спонсорство
кампаний в средствах
 -  **e** массовой информации
-  **6** Меры по сокращению вредного
употребления алкоголя:
 -  **a** ограничения физической доступности
 -  **b** запреты на рекламу или всесторонние ограничения
 -  **c** повышения акцизов
-  **7** Меры по сокращению
нездорового питания:
 -  **a** политика в отношении соли/ натрия
 -  **b** политика в отношении насыщенных
жирных кислот и трансжиров
 -  **c** ограничения на маркетинг для детей
 -  **d** ограничения на маркетинг заменителей
грудного молока
-  **8** Кампания по просвещению и
повышению осведомленности
населения о физической активности
-  **9** Рекомендации по лечению рака, ССЗ,
диабета и хронических респираторных
заболеваний
-  **10** Медикаментозная терапия/
консультирование для профилактики
инфарктов и инсультов

- Национальная программа по НИЗ
и План действий на 2013-2020 гг. с
определением имеющихся целевых
показателей
- Доступные реестры:
новорожденных, смертей, диабета,
инсульта (субнациональные)
- Национальные обследования,
в том числе: STEPS 2013,
Демографическое и медико-
санитарное обследование за 2012 г.

Закон 2021 г. «Об охране здоровья
граждан Кыргызской Республики от
последствий потребления табака,
никотина и воздействия вторичного
табачного дыма и аэрозолей»,
включающий электронные системы
доставки никотина

Налоги на алкоголь для
отечественных продуктов
и ограничения на рекламу
алкогольных напитков (Закон о
рекламе 2006 г.)

Программы для всех школьных
учреждений, включающие более
здоровое питание и качественное
физическое воспитание; программы
физической активности на рабочем
месте; несколько массовых
просветительских кампаний
(например, «Месяц здорового
питания»)

Разработанный ВОЗ комплекс
основных мер по профилактике
НИЗ и борьбе с ними, принятый в
2018 г.; в ходе реализации проекта
было обучено 590 семейных врачей,
1738 медсестер и 821 член сельских
комитетов здравоохранения.

Ожидалось, что Национальная программа реформы здравоохранения «Ден соолук» на 2012–2018 гг. приведет к ежегодному снижению смертности от ССЗ на 1%. Национальная программа и План действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг. представляют собой национальную стратегию осуществления научно обоснованных стратегий и клинических вмешательств, основанных на рекомендованных ВОЗ затратоэффективных мерах и межсекторальных действиях в области охраны здоровья.

Сдвиг в национальной стратегии в сфере здоровья произошел в 2018 г., когда Правительство Кыргызстана внедрило три стратегических документа, в которых в совокупности были сформулированы основы политики и оперативный план по улучшению здоровья и благополучия в Кыргызстане и достижению устойчивого развития. К этим документам относятся:

- Национальная стратегия развития Кыргызстана на 2018–2040 гг.
- Программа развития Кыргызстана на 2018–2022 гг.: Единство. Доверие. Созидание.
- Программа правительства Кыргызстана по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 гг.: «Здоровый человек – процветающая страна» (Здоровье-2030).

Употребление табака. Кыргызстан ратифицировал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака в 2003 г. Закон «Об охране здоровья граждан Кыргызстана от вредного воздействия табака» был принят в 2006 г., а в 2009 г. в него были внесены изменения. В сентябре 2021 г. Президент Кыргызстана подписал Закон «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики от последствий потребления табака, никотина и воздействия вторичного табачного дыма и аэрозоля» (33). Этот основополагающий закон, вступивший в силу 13 октября 2021 г., представляет собой законодательный инструмент для осуществления положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и, таким образом, для защиты здоровья граждан страны. Настоящий Закон (статья 5) распространяется на использование электронных систем доставки никотина. Впервые в истории Кыргызстана Закон (статья 8) предусматривает защиту государственной политики от вмешательства со стороны табачной промышленности (33). Меры по ограничению спроса на табак и его употребления, содержащиеся в Законе, включают:

- запреты на курение и использование электронных систем доставки никотина и кальянов повсеместно на работе и в общественных местах, включая остановки общественного транспорта и такси (единственное исключение – разрешается оборудование комнат для курения в аэропортах);
- запреты на продажу всех табачных изделий детям до 18 лет и через все обезличенные формы продажи, включая торговые автоматы (однако запрет на продажу через интернет не утвержден);
- запреты на все формы рекламы, стимулирования продаж и спонсорства табачных изделий, в том числе в торговых точках;
- графические предупреждения о вреде для здоровья, покрывающие 65% основной площади поверхности табачных изделий;

- запрет на вводящую в заблуждение информацию (менее вредно) на потребительской упаковке нагревательных и электронных систем доставки никотина и сопутствующих аксессуаров.

Употребление алкоголя. Был принят ряд мер по сокращению вредного употребления алкоголя. К ним относятся повышение налогов на алкоголь для отечественной продукции, ограничения на рекламу алкогольных напитков (Закон о рекламе 2006 г.), запрет на продажу алкоголя в общественном транспорте, государственных учреждениях, парках, городских площадях, детских площадках, а также образовательных, медицинских, спортивных и культурных учреждениях и организациях, а также принятие более строгого законодательства об уровне алкоголя в крови (максимум 0,3 г/л) при вождении (13). Следует отметить, что около 40% алкоголя, потребляемого в Кыргызстане, импортируется или производится нелегально (34) – на это не повлияло повышение налогов.

Нездоровое питание. Министерство образования в партнерстве с Министерством здравоохранения реформировало стратегию школьного питания, чтобы создать больше здоровых вариантов. Существует программа по продовольственной безопасности и питанию, а также разработаны рекомендуемые нормы потребления пищевых продуктов для здорового питания. Действует технический регламент Таможенного союза ТР ТС 022/2011 «Пищевая продукция в части ее маркировки», который предусматривает обязательную маркировку ликеро-водочных изделий, безалкогольных напитков и других пищевых продуктов.

Физическая активность. В Бишкеке и Оше был достигнут определенный прогресс в создании общественных мест, пригодных для пешеходного и велосипедного движения, при поддержке инициативы «Здоровые города», сопровождающийся организацией велосипедных и пешеходных дорожек. Обеспечено включение в программы всех школьных учреждений качественного физического воспитания.

Просвещение в отношении НИЗ. Было развернуто несколько массовых просветительских кампаний в целях повышения осведомленности о факторах риска НИЗ и о том, как их можно свести к минимуму. Среди кампаний имеются следующие: «Вы курите? Проверьте легкие» и «Месяц здорового питания» (35). В этих кампаниях задействованы сельские комитеты по здравоохранению, чьими услугами охвачены 80% территории Кыргызстана и которые являются основным активом в охвате и вовлечении общественности.

2.4 Медико-санитарные услуги в связи НИЗ: их наличие и доступ к ним

В 2018 г. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики приняло разработанный ВОЗ комплекс основных мер PEN и внедрило их, чтобы помочь работникам ПМСП лучше предотвращать, диагностировать и лечить НИЗ (36). В ходе осуществления проекта подготовку прошли 590 участковых терапевтов, 1738 медсестер и 821 член сельских комитетов по здравоохранению (36). Организованы группы поддержки по просвещению пациентов, действующие в клиниках ПМСП под руководством медсестер. Первоначально финансируемая Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству, эта программа PEN в настоящее время полностью интегрирована в комплекс услуг ПМСП в Кыргызстане (36). В

одном квазиэкспериментальном исследовании, в котором в 2018 г. (до осуществления) и в 2021 г. (после осуществления) были обследованы несвязанные выборки из приблизительно 2000 взрослых, было выявлено повышение информированности о распространенности факторов риска НИЗ с течением времени (с 61% в 2018 г. до 87% в 2021 г.) и повышение объема самостоятельно сообщаемой информации о здоровом образе жизни в 2021 г. по сравнению с 2018 г. (рост физической активности и снижение распространенности курения) (36).

Однако эти услуги распределены неравномерно, и систематическая оценка соблюдения руководящих принципов и воздействия еще не выполнена. Оценка качества медицинской помощи важна для обеспечения того, чтобы инвестиции в оказываемые услуги приводили к ожидаемым конечным результатам в виде улучшения показателей выживаемости, заболеваемости и экономической производительности. Исследования патологических состояний, поддающихся лечению, продемонстрировали, что низкое качество медицинской помощи является причиной значительной доли смертей в СНСД (37). Что касается ССЗ, то во всем мире было около 2,5 млн случаев смерти в результате медицинской помощи, вызванных низким качеством медицинской помощи (пациенты получали медицинскую помощь, которая не соответствовала научно обоснованным рекомендациям), что намного превышает количество случаев смерти из-за плохого доступа к медицинской помощи/неиспользования медицинской помощи при тех же патологических состояниях (37).

2.5 Ресурсы в сфере НИЗ

Хроническое недофинансирование часто упоминается в качестве одного из ключевых барьеров качественной медицинской помощи. В настоящее время бюджет здравоохранения Кыргызстана составляет 0,24 млрд долл. США, то есть 3,4% всего ВВП. В 2022 г. на долю НИЗ приходилось 30% ежегодных расходов на стационары в Кыргызстане (согласно интервью с ключевыми источниками информации). Программа профилактики НИЗ и борьбы с ними в Кыргызстане опирается на различные внутренние и внешние источники финансирования. Самым крупным источником является счет государственного бюджета, при этом имеются взносы на целевые проекты из муниципальных бюджетов (например, на оборудование велосипедных дорожек) и ФОМС (например, на оборудование в поликлиниках). К внешним источникам финансирования относятся Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству, ВОЗ, а также объединенное финансирование в рамках межсекторального подхода SWAp-2, возглавляемое Всемирным банком.

ФОМС функционирует как единая система по оплате медицинских услуг, объединяющая государственные средства на национальном уровне для закупки стандартизированного комплекса услуг у организаций здравоохранения (которые в основном являются государственными) (15,38,39). Текущие расходы на здравоохранение на душу населения являются одними из самых низких в Европейском регионе ВОЗ, а расходы из собственных средств составляют 45% от текущих расходов на здравоохранение (15). Лекарственные средства являются основными составляющими в рамках сумм, оплачиваемых из собственных средств, в стационарных, амбулаторных условиях и в условиях самостоятельного лечения (15). Одно исследование показало, что в период с 2012 по 2018 г. расходы из собственных средств увеличились примерно на 6 долл. США, а расходы на стационарное лечение стали

для пользователей максимальным бременем (13,6 долл. США), за ними следовали расходы на самостоятельное лечение (10,7 долл. США) и амбулаторное лечение (9 долл. США). В период с 2012 по 2018 г. от 0,378 до 2,084 млн человек (6,33%) понесли катастрофические расходы на здравоохранение. Более высокому риску катастрофических расходов были подвержены домохозяйства, расположенные в сельской местности, или домохозяйства, которые возглавляются овдовевшим(-ей) или одиноким главой семьи (40).

Финансовая защита со стороны ФОМС и предоставляемые ФОМС льготы ограничены ненадлежащим внесением обязательных взносов на медицинское страхование (налог на заработную плату). Это приводит к нехватке финансирования и означает, что 26% населения, состоящего из относительно уязвимых групп населения, не могут воспользоваться более низкими доплатами за стационарное лечение или доступом к субсидируемым и покрываемым Фондом амбулаторным лекарствам. Предоставление исключений по результатам проверки нуждаемости (непосредственно для малоимущих) пока не выполнено и потребует совместного подхода с Министерством труда, социального обеспечения и миграции (38,39).

Национальный статистический комитет Кыргызстана сообщил, что в 2021 г. в Кыргызстане насчитывалось 14 004 врача, 28 357 медсестер и акушеров, а также 27 579 больничных коек (12). В то время как учреждения ПМСП и больницы широко распределены по всей стране, распределение персонала варьируется. Показатель соотношения врачей к населению в городах значительно выше, чем в сельской местности (15). Заработная плата медицинских работников низкая. Средняя заработная плата врача (и эквивалентных профессий) составляла 26 000 кыргызских сомов в месяц или 312 000 кыргызских сомов (3710 долл. США) в год. Средняя заработная плата медсестры (эквивалентные профессии) составила 18 000 сомов в месяц или 216 000 сомов (2568 долл. США) в год (15).

2.6 Медико-санитарная информация о НИЗ

В Кыргызстане действует трехуровневая информационная система здравоохранения. Сбор данных осуществляется на уровне центров семейной медицины (ПМСП), на региональном и национальном уровнях. Существуют некоторые источники данных, которые могут быть использованы для мониторинга бремени НИЗ и факторов риска, а также воздействия национальных мер реагирования в Кыргызстане. Созданы следующие национальные реестры: Реестр новорожденных, Реестр младенческой смертности, Реестр больных сахарным диабетом, Реестр материнской смертности (34). Созданы субнациональные и меньшие по охвату реестры, например по инсульту (34) и диабету, однако они носят более целевой характер, и их результаты могут не быть репрезентативными в отношении бремени заболеваний по всей стране. Существует реестр онкологических заболеваний, однако есть признаки, что онкологические данные сообщаются не полностью – причем чаще среди девочек, чем мальчиков, и, вероятно, чаще недостаточно сообщается о случаях заболевания в сельских районах, учитывая, что услуги по диагностике и лечению рака по-прежнему в значительной степени сосредоточены в крупных городах (41).

Данные о факторах риска НИЗ получены в результате следующих популяционных обследований взрослых и детей:

- Кыргызстан STEPS (2013 г.)

Демографическое обследование и обследование состояния здоровья населения за 2012 г. (42);

Глобальные исследования проблемы табакокурения среди молодежи в 2004, 2008, 2014 и 2019 гг. (43);

4-е обследование в рамках инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением, 2017/2018 гг. (44).

Республиканский медицинский информационный центр также собирает данные о факторах риска НИЗ, но это данные о людях, которые обращаются к врачу, и об организациях здравоохранения, которые участвуют в пилотных проектах. Следовательно, они не являются популяционными, и представленная информация может не отражать данные людей, проживающих в других районах, обслуживаемых организациями здравоохранения, не участвующими в программе.

Второе обследование STEPS должно было начаться в мае 2023 г. (45). Это позволит получить обновленные оценки распространенности НИЗ и факторов риска, а также получить информацию о тенденциях с течением времени за счет сравнения с первоначальным обследованием, проведенным в 2013 г.



Методология

3. Методология

В этом разделе описываются методы и экономические модели, используемые при расчете экономического бремени НИЗ с точки зрения прямых и косвенных затрат (вынужденное отсутствие на работе, презентеизм и преждевременная смерть; мероприятия по расчету затрат (клинические и политические вмешательства); оценка воздействия на здоровье; и анализ окупаемости инвестиций.

3.1 Расчет экономического бремени НИЗ

Разработана модель расчета экономического бремени НИЗ, которая позволяет оценить текущие прямые и косвенные затраты, связанные с НИЗ, в Кыргызстане. Расчеты основывались на данных, предоставленных национальными органами через страновое бюро ВОЗ. Данные, использованные для населения в разбивке по возрасту и полу за период 2021–2036 гг., были смоделированы в инструменте «Единое здоровье» (46). Были включены показатели заболеваемости инфарктом миокарда и инсультом в разбивке по возрасту и полу, а также распространенность диабета, гипертонии и хронических респираторных заболеваний в разбивке по возрасту и полу, предоставленные местными специалистами. Показатели смертности в разбивке по возрасту и полу применялись для каждого заболевания. Модель предоставила прогнозы по числу впервые выявленных случаев заболевания и ранее диагностированных случаев, а также смертности от ССЗ, диабета и хронических респираторных заболеваний в период с 2021 по 2036 г., при том допущении, что текущие показатели останутся неизменными.¹ Эти прогнозы были обобщены как общая заболеваемость, распространенность и смертность как для всего населения, так и для населения трудоспособного возраста, определяемого как лица в возрасте 15–65 лет.

Для расчета экономических затрат были выполнены следующие шаги.

- Общие государственные расходы на здравоохранение и доля общих расходов на здравоохранение, приходящаяся на НИЗ, были предоставлены Страновым Офисом ВОЗ.
- Годовая стоимость (с точки зрения экономической производительности) каждого трудящегося, занятого полное рабочее время в Кыргызстане, рассчитывалась исходя из величины ВВП на одно занятое лицо, определяемого как ВВП Кыргызстана (739,8 млрд сомов в 2021 г., местные данные), деленный на общую численность занятой рабочей силы. Для определения общей численности занятой рабочей силы в Кыргызстане использовались местные данные об общей численности рабочей силы в возрасте 15 лет и старше (2 680 500, местные данные), уровне безработицы (5,3%, местные данные) и уровне участия в составе рабочей силы (66,8%, местные данные).
- Были включены данные о том, в какой степени НИЗ снижают производительность работников. В научной литературе (47,48) были найдены показатели, описывающие (i) снижение участия в составе рабочей силы в связи с гипертонией, инсультом, острым инфарктом миокарда и диабетом; (ii) сокращение отработанных часов при полной занятости из-за невыхода на работу; и (iii) снижение производительности из-за презентеизма.

¹ Модель оценивает рост распространенности заболевания и числа впервые выявленных случаев заболевания, а также смертность только за счет роста населения, а не за счет роста заболеваемости.

- Количество людей с НИЗ, работавших в составе рабочей производительной силы в Кыргызстане в 2021 г., определялось на основе уровня участия в составе рабочей силы, безработицы и показателей смертности. В рамках модели сначала было оценено число лиц трудоспособного возраста с НИЗ, затем вычли тех, кто решил не участвовать в составе рабочей силы или были безработными, отминусовали, кто не мог участвовать в рабочей силе именно из-за их НИЗ, и наконец вычли тех, кто уже умер. На выходе получалась оценка числа активных работников с НИЗ.
- Заключительные шаги заключались в подсчете экономических потерь от преждевременной смерти, исходя из числа умерших работников и потенциальных работников, которые не могли участвовать в составе рабочей силы, а также издержек, связанных с вынужденным отсутствием на работе и презентеизмом для живущих активных работников с НИЗ. В модели применялись соответствующие показатели производительности, полученные на втором этапе, к группам населения, определенным на третьем этапе, и они умножались на ВВП из расчета на одно занятое лицо. Это позволяло подсчитать общие косвенные затраты на каждое из НИЗ.

3.2 Расчет затрат на меры политики и клиническое вмешательство

Затраты на меры политики были рассчитаны с помощью инструмента ВОЗ для калькуляции затрат (49). Инструмент «Единое здоровье» был использован для расчета стоимости клинических вмешательств путем определения, количественной оценки и стоимостной оценки каждого ресурса, необходимого для вмешательства (46). Для каждой меры политики инструмент ВОЗ для калькуляции затрат или инструмент «Единое здоровье» включал в себя затраты на людские ресурсы, обучение и подготовку, внешние совещания, кампании в средствах массовой информации (например, время на телевидении и радио и рекламу в газетах) и различное оборудование, необходимое для осуществления мер политики и программ. Каждая мера политики включает в себя допущения, сделанные экспертами ВОЗ, относительно объема материалов, необходимых для ее осуществления и обеспечения соблюдения. Затем для оценки объема необходимых ресурсов на национальном, региональном и районном уровнях был использован инструмент ВОЗ для калькуляции затрат или инструмент «Единое здоровье». Удельные затраты на расходные позиции были получены из базы данных WHO-CHOICE (50,51).

Окупаемость инвестиций и соотношение затрат и выгод являются показателями эффективности инвестиций в здравоохранение, поскольку величина и сроки получения выгод от медико-санитарных мероприятий напрямую сравниваются с величиной и сроками инвестиционных затрат. Соотношение затрат и выгод представляет собой отношение дисконтированной (приведенной) стоимости выгод к инвестиционным затратам. Будущие затраты и выгоды дисконтируются, так как единица валюты в будущем стоит меньше, чем единица сегодня, из-за временной стоимости денег. Анализ окупаемости инвестиций, основанный на модели Excel®, разработанной ВОЗ для этого анализа, позволил оценить экономические выгоды, получаемые от инвестирования в комплекс экономически эффективных мероприятий, определенных ВОЗ («оптимальные по затратам меры»). В таблице 5 перечислены директивные и клинические вмешательства, включенные в этот расчет.

Таблица 5. Расходы на мероприятия по НИЗ, рассчитанные с помощью инструмента «Единое здоровье»

ССЗ и диабет
Скрининг на риск ССЗ/диабета
Последующий уход за лицами с низким риском ССЗ/диабета (абсолютный риск: 10-20%)
Лечение лиц с очень высоким уровнем холестерина, но низким абсолютным риском ССЗ/диабета (<20%)
Лечение лиц с высоким кровяным давлением, но низким абсолютным риском ССЗ/диабета (<20%)
Лечение лиц с абсолютным риском ССЗ/диабета 20-30%
Лечение лиц с высоким абсолютным риском ССЗ/диабета (>30%)
Лечение новых случаев острого инфаркта миокарда аспирином
Лечение лиц с диагностированной ишемической болезнью сердца и после инфаркта миокарда
Лечение лиц с установленными цереброваскулярными заболеваниями и после инсульта
Лечение лиц с ревматической болезнью сердца (бензатин-пенициллином)
Стандартный гликемический контроль
Интенсивный гликемический контроль
Скрининг на ретинопатию и фотокоагуляция
Скрининг на невропатию и профилактический уход за ступнями ног
Меры политики популяционный уровень
Табак
Табак: отслеживать употребление табака/меры по профилактике употребления табака
Табак: защитить людей от табачного дыма
Табак: предложить помощь в отказе от употребления табака: mCessation
Табак: предупредить об опасности: размещение надписей, предупреждающих о вреде для здоровья
Табак: предупредить об опасности: кампания в СМИ
Табак: ввести запреты на рекламу табачных изделий
Табак: обеспечить соблюдение ограничения доступа молодежи к табачным изделиям
Табак: повысить налоги на табак

Таблица 5. продолжение

Табак: обезличенная упаковка табачных изделий
Предложить помощь в отказе от употребления табака: краткосрочное вмешательство
Алкоголь
Опасное употребление алкоголя: обеспечить соблюдение ограничений на доступность алкоголя в розничной торговле
Опасное употребление алкоголя: обеспечить соблюдение ограничений на рекламу алкоголя
Опасное употребление алкоголя: обеспечить соблюдение законов о вождении в нетрезвом виде (контрольно-пропускные пункты трезвости)
Опасное употребление алкоголя: повысить налоги на алкогольные напитки
Скрининг на предмет опасного и вредного употребления алкоголя и краткосрочное вмешательство
Физическая активность
Недостаточная физическая активность: просветительские кампании в целях повышения уровня физической активности
Недостаточная физическая активность: краткие рекомендации в рамках планового ухода
Натрий
Натрий: эпиднадзор
Натрий: повлиять на промышленность в целях изменения состава
Натрий: принять стандарты: маркировка на лицевой стороне упаковки
Натрий: принять стандарты: стратегии борьбы с вводящим в заблуждение маркетингом
Натрий: знания: просветительская и коммуникационная работа
Натрий: условия: стратегии сокращения потребления соли в общественных местах общественного питания

Модель окупаемости инвестиций была разработана в 2015 г. ВОЗ и Программой развития Организации Объединенных Наций и основана на инструменте «Единое здоровье» и инструменте ВОЗ для калькуляции затрат. Более подробная информация об использовании инструмента «Единое здоровье» доступна в Руководстве (46) и обсуждается в методической записке по обоснованию инвестиций в профилактику НИЗ и борьбу с ними (10).

Для определения общего влияния комплекса мероприятий на ВВП была проведена оценка показателей производительности в рамках следующих этапов.

- Величина, на которую НИЗ снижают производительность труда работников, была отмечена моделью экономического бремени НИЗ. Поскольку эти мероприятия снижают прогнозируемое распространение ишемической болезни сердца и инсульта, имеет место связанное с ними увеличение числа здоровых лет жизни населения. Учет этого увеличения параллельно с ВВП на одного работающего и снижение показателей вынужденного отсутствия на работе и презентеизма позволяет определить прирост ВВП, относимый на стоимость предотвращенных отсутствия на работе и презентеизма.
- Повышение уровня участия в составе рабочей силы в результате предотвращенных смертей было рассчитано на основе коэффициента участия в составе рабочей силы в Кыргызстане и прогнозируемого числа предотвращенных смертей. Предотвращенная смертность монетизировалась путем умножения показателя ВВП из расчета на одного работника, как указано выше.

Окупаемость инвестиций была рассчитана для мероприятий, перечисленных в таблице 4. Они были отобраны из имеющихся данных, чтобы обеспечить достаточные данные для расчета затрат и воздействия на здоровье.

- Таким образом, прогнозируемые экономические выгоды от осуществления мероприятий, которые считаются экономически эффективными, включают в себя ценность предотвращаемого презентеизма, ценность предотвращаемого отсутствия на работе и ценность предотвращенной смертности. Воздействие мероприятия, измеряемое как общий прирост ВВП, рассчитывалось путем объединения всех трех видов выгоды.
- Окупаемость инвестиций для Кыргызстана была получена путем сравнения воздействия (увеличения ВВП) мероприятий с общей стоимостью разработки и осуществления этих мероприятий. Она рассчитывалась с использованием подхода чистой приведенной стоимости к будущим затратам и экономическим выгодам с дисконтированием в размере 3%.



Фотография: © World Bank

Результаты



4. Результаты

В этом разделе представлены: оценка экономического бремени НИЗ, краткое изложение составных частей анализа окупаемости инвестиций, включая пользу для здоровья, экономические выгоды и общие затраты, а также обсуждение окупаемости инвестиций для каждого комплекса мероприятий.

4.1 Оценка экономического бремени

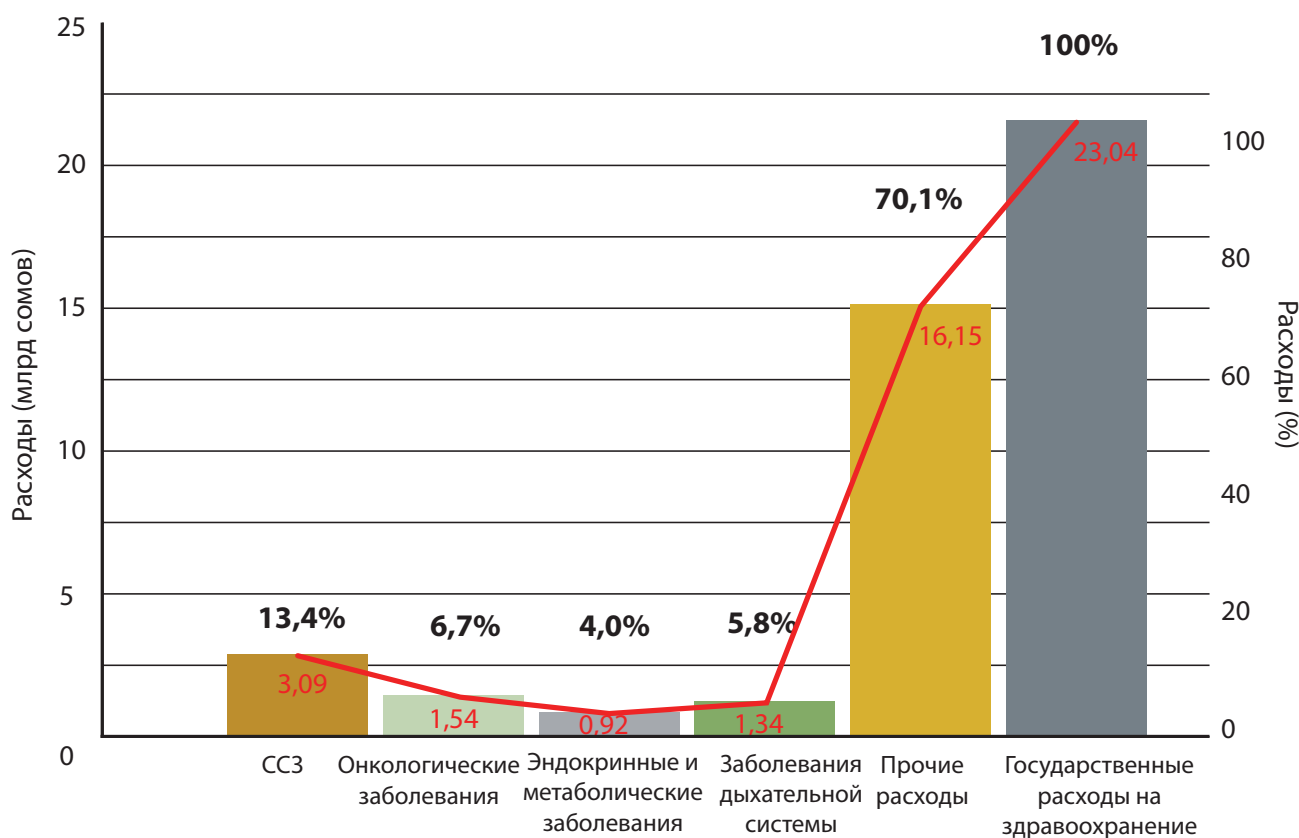
4.1.1 Прямые затраты

Оценка прямых затрат экономического бремени применима только к государственным расходам на здравоохранение. Она не включает частные расходы на здравоохранение из собственных средств, расходы на сторонних страховщиков и расходы, не связанные с медицинским обслуживанием, такие как транспорт.

По данным Национального статистического комитета Кыргызстана, общие расходы на здравоохранение в Кыргызстане в 2021 г. составили 44,4 млрд сомов. Государственные расходы на здравоохранение составили 23,0 млрд сомов или 52,0% от общих расходов на здравоохранение.

Как отмечалось выше, доля в общих расходах на здравоохранение каждой группы НИЗ (ССЗ, диабет, рак и хронические респираторные заболевания) известна из национальных счетов здравоохранения. При условии отсутствия изменений в этой разбивке, ежегодные расходы на четыре основные группы НИЗ в 2021 г. составили 6,89 млрд сомов: 3,09 млрд сомов (13,4% от общих расходов на здравоохранение) на ССЗ, 1,54 млрд сомов (6,7%) на рак, 1,34 млрд сомов (5,8%) на хронические респираторные заболевания; и 0,92 млрд сомов (4,0% от общих расходов на здравоохранение) на эндокринные и метаболические заболевания (в первую очередь, диабет) (рис. 2).

Рис.2. Государственные расходы на здравоохранение в Кыргызстане Республике, в млрд сомов, 2021 г.

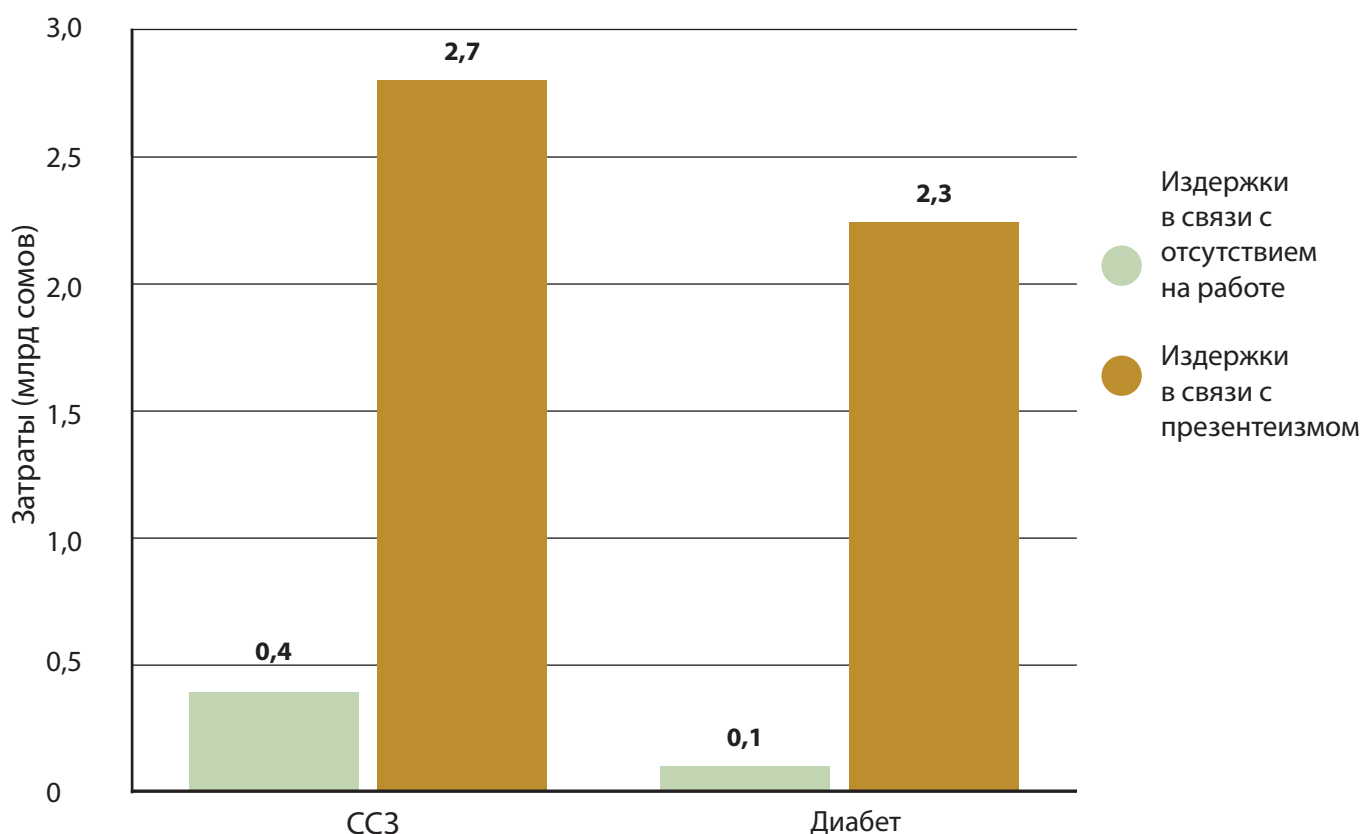


4.1.2 Косвенные затраты

Косвенные экономические потери в силу НИЗ в Кыргызстане были рассчитаны на основе сокращения участия в составе рабочей силы, роста вынужденного отсутствия на работе и презентеизма, а также преждевременной смерти. Косвенные затраты (потери из-за невыхода на работу, презентеизма и преждевременной смерти) были рассчитаны с использованием метода человеческого капитала. Расчет отсутствия на работе и презентеизма основывался на методе человеческого капитала и доле рабочей силы, страдающей от НИЗ. На рис. 3 представлены результаты за 2021 г. Эти цифры можно было рассчитать только для ССЗ и диабета, поскольку при поиске литературы не было найдено соответствующих исследований по хроническим респираторным заболеваниям и раку.

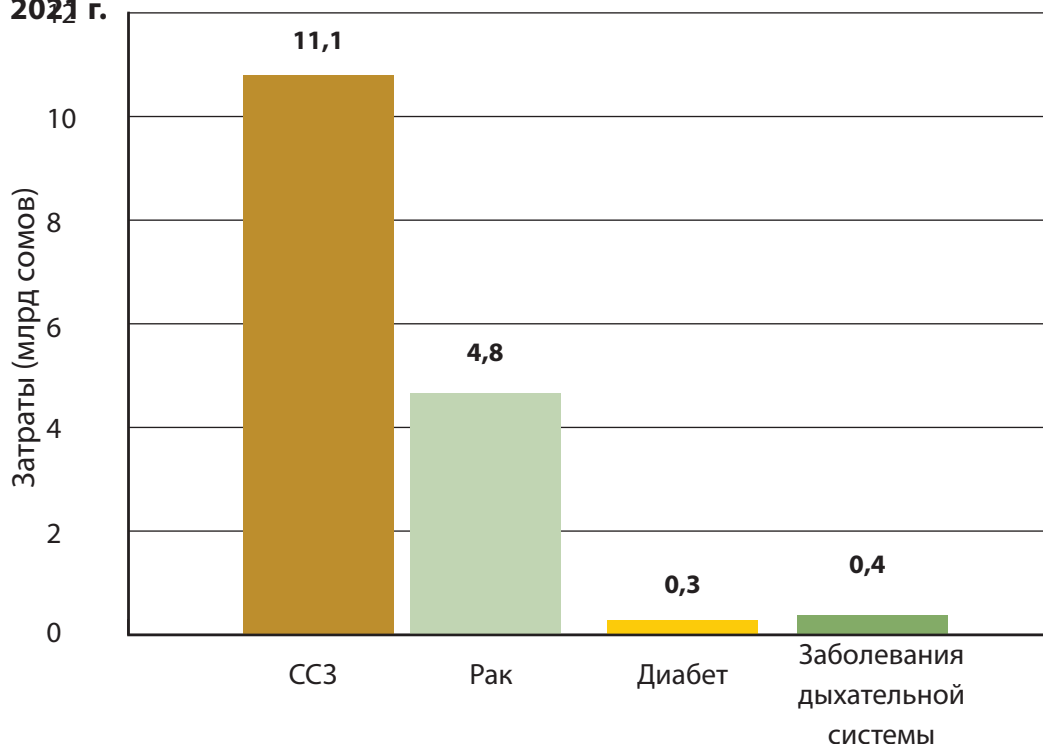
Потери производительности из-за вынужденного отсутствия на работе в год были оценены как эквивалентные потере производительности 1357 работников из-за ССЗ и 236 работников из-за диабета, в результате чего общие издержки отсутствия на работе в Кыргызстане составили 435,5 млн сомов. Что касается презентеизма, то соответствующий расчет показал, что потеря производительности была эквивалентна 9177 полностью производительным работникам от ССЗ и 7917 полностью производительным работникам от диабета, в результате чего бремя презентеизма составило 5,0 млрд сомов.

Рис 3. Издержки в связи с вынужденным отсутствием на работе и презентеизмом в связи с ССЗ и диабетом, в млрд сомов, 2021 г.



Потери из-за преждевременной смерти также оценивались с помощью подхода, основанного на человеческом капитале. Было показано, что они эквивалентны общему эквивалентному объему продукции, произведенному работниками в течение их жизни до достижения ими пенсионного возраста. Издержки преждевременной смерти рассчитывались путем определения доли потерянных лет жизни среди трудоспособного населения (коэффициент участия в составе рабочей силы, умноженный на долю занятости в зависимости по возрасту) в связи с четырьмя основными НИЗ в 2021 г., и умножения этой цифры на ВВП в расчете на одного работающего. Общие затраты в связи с преждевременной смертностью оценивались в 16,6 млрд сомов (рис. 4).

Рис 4. Затраты в связи с преждевременной смертностью от четырех НИЗ, в млрд сомов, 2021 г.



ССЗ и рак являются самыми дорогостоящими из четырех НИЗ с точки зрения преждевременной смертности, в то время как экономическое бремя смертности, связанной с диабетом и респираторными заболеваниями, ограничено.

4.1.3 Общие экономические затраты

В таблице 6 приведены суммарные прямые и косвенные затраты в связи с НИЗ в Кыргызстане. Косвенные экономические затраты в три раза превышали прямые затраты (расходы на здравоохранение). Предполагаемые прямые затраты, измеряемые как государственные расходы и пособия по инвалидности по четырем основным НИЗ, в сумме составили 7,9 млрд сомов, а дополнительные потери экономики из-за вынужденного отсутствия на работе, презентеизма и преждевременной смерти составили еще 21,9 млрд сомов. Эта итоговая сумма, вероятно, была бы еще выше, если бы можно было оценить затраты в связи с вынужденным отсутствием на работе и презентеизмом в связи с онкологическими и хроническими респираторными заболеваниями.

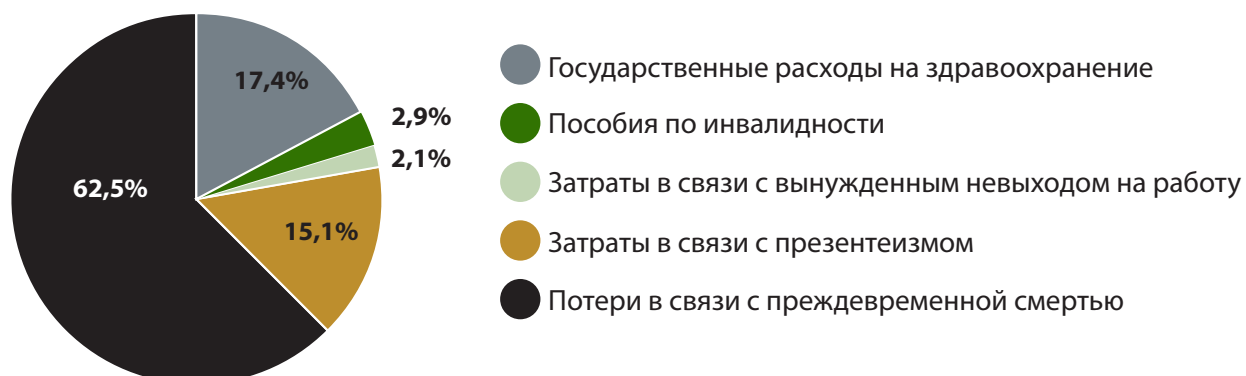
Таблица 6. Экономическое бремя НИЗ в Кыргызской Республике, в млн сомов, 2021 г.

Затраты	ССЗ	Рак	Эндокринные и метаболические заболевания (преимущественно сахарный диабет)	Хронические респираторные заболевания	Итого
Прямые затраты					
Государственные расходы на здравоохранение	3 087,6	1 543,8	921,7	1 336,4	6 889,5
Пособия по инвалидности	519,2	191,5	209,0	62,1	981,8
Итого прямые затраты	3 606,9	1 735,3	1 130,6	1 398,5	7 871,3
Косвенные затраты					
Вынужденное отсутствие на работе	366,7	NA	68,8	NA	435,5
Презентеизм	2 675,3	NA	2 307,7	NA	4 983,0
Преждевременная смертность	11 065,6	4 789,6	306,8	352,9	16 514,9
Итого косвенные затраты	14 107,6	4 789,6	2 683,3	352,9	21 933,4
Общие затраты	17 714,5	6 525,0	3 814,0	1 751,3	29 804,7

NA: нет в наличии.

Таким образом, общее бремя НИЗ для экономики Кыргызстана составляет 29,8 млрд сомов, что в 2021 г. было эквивалентно 4% ВВП. На рис. 5 показана структура экономического бремени НИЗ в Кыргызстане в 2021 г. Прямые затраты в связи с НИЗ (государственные расходы на здравоохранение) составили лишь 17,4% от всех расходов, связанных с НИЗ, то есть всего лишь верхушку айсберга общего экономического бремени.

Рис 5. Структура экономического бремени НИЗ в Кыргызстане, 2021 г.



4.2 Затраты на мероприятия

Затраты на мероприятия были оценены на период 2023–2037 гг. В таблице 7 приведены затраты за каждый из первых пяти лет этого периода, а также суммарные цифры за 5 и 15 лет. С клиническими вмешательствами по ССЗ связаны максимальные оценки затрат. В 2027 г. ежегодные расходы на лечение людей с ССЗ и диабетом, по оценкам, поднимутся до 1744,5 млн сомов. Осуществление всего комплекса клинических вмешательств по ССЗ и диабету обойдется в 6744,9 млн сомов в течение пятилетнего периода масштабирования и в 37 561,7 млн сомов за полные 15 лет.

Общая стоимость комплекса мер по борьбе с табаком, основанная на рекомендациях по пакету мер MPOWER, по оценкам, составит 114,1 млн сомов в течение 5 лет и 355,5 млн сомов в течение 15 лет, хотя затраты на осуществление отдельных мероприятий в комплексе варьируются. Некоторые меры политики, такие как кампании в средствах массовой информации и защита людей от курения, требуют крупных предстоящих расходов. Множество малозатратных стратегий по борьбе с табаком также являются целесообразными и практичными вариантами, включая маркировку на упаковках, содержащую предупреждения о вреде для здоровья, запрет на рекламу табачных изделий и повышение налогов. Часть пакета мер, касающаяся борьбы с алкоголем, обойдется примерно в 182,6 млн сомов за 5 лет, комплекс мер по снижению потребления соли – в 80,3 млн сомов, а мероприятия по повышению осведомленности о необходимости физической активности – в 108,2 млн сомов. В приложении 1 перечислены включенные в анализ директивные и клинические вмешательства.

Таблица 7. Оценочные затраты на директивные и клинические вмешательства, в млн сомов, 2023–2037 гг.

Вмешательство	2023 г.	2024 г.	2025 г.	2026 г.	2027 г.	Итого за 5 лет	Итого за 15 лет
Комплекс мероприятий по борьбе с табаком	23,8	25,4	20,3	23,5	21,1	114,1	355,5
Комплекс мероприятий по борьбе с алкоголем	35,9	36,6	34,1	38,3	37,7	182,6	794,1
Комплекс мер по повышению информированности о необходимости физической активности	21,6	21,6	21,6	21,6	21,6	108,2	324,5
Комплекс мер по снижению потребления соли	14,0	17,7	16,1	16,2	16,3	80,3	284,5
Все меры политики, всего	95,3	101,3	92,1	99,7	96,8	485,1	1 758,6
Комплекс клинических вмешательств по ССЗ и диабету	969,4	1 151,2	1 341,1	1 538,7	1 744,5	6 744,9	37 561,7
Итого	1 064,7	1 252,5	1 433,2	1 638,4	1 841,3	7 230,1	39 320,4

4.3 Польза для здоровья и спасенные жизни

В совокупности эти мероприятия позволят значительно сократить число жизней, потерянных из-за причин, связанных с ССЗ (таблица 8). Мероприятия по сокращению потребления соли окажут наибольшее воздействие с точки зрения смертности (35 166 спасенных жизней); за ними последуют мероприятия по борьбе с табаком (19 708) и алкоголем (19 231).

Таблица 8. Предполагаемая польза для здоровья в течение 15 лет от связанных с ССЗ мер

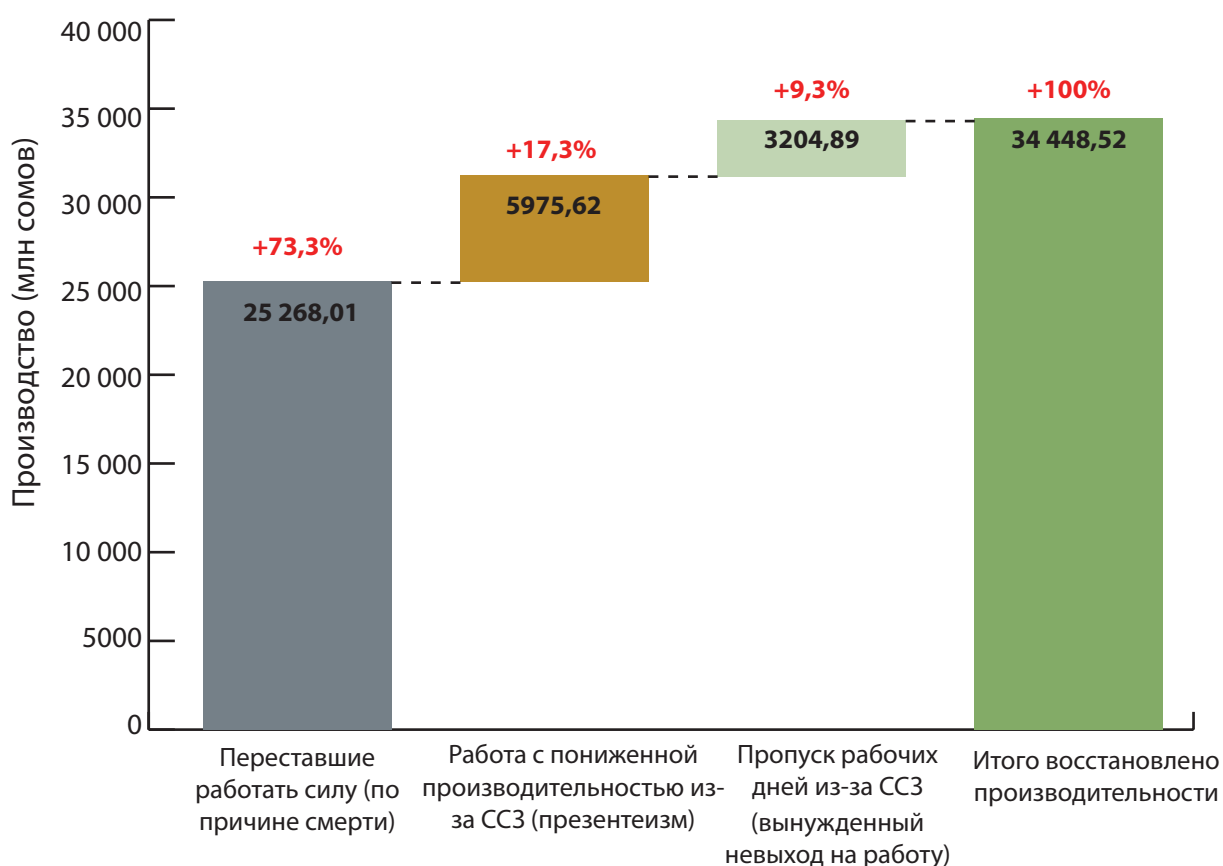
Комплекс мер	Предотвращенные инсульты	Предотвращенные случаи острой ишемической болезни сердца	Предотвращенная смертность	Приобретенные годы здоровой жизни
Клинические вмешательства в связи с ССЗ и диабетом	29 782	21 323	35 166	268 002
Мероприятия по борьбе с табаком	856	1 088	7 752	26 991
Мероприятия по борьбе с алкоголем	3 576	4 527	19 708	147 061
Мероприятия в сфере физической активности	2 393	3 173	19 231	134 800
Мероприятия по снижению потребления соли	717	952	5 484	40 424

Каждый набор мероприятий также добавит годы здоровой жизни. Комплексы мер по соли, алкоголю, табаку, физической активности, клиническим вмешательствам предотвращают инсульты и сердечно-сосудистые события, и, следовательно, люди могут избегать инвалидизирующих состояний (таких как частичный паралич после инсульта), способных усиливать боль и страдания, снижать подвижность и отрицательно влиять на речь и мышление. Отсюда следует, что самое большое число лет здоровой жизни добавляется за счет мер по сокращению потребления соли (приобретается 268 002 года здоровой жизни), мероприятий по борьбе с табаком (приобретается 147 061 год здоровой жизни) и мероприятий по борьбе с алкоголем (приобретается 134 800 лет здоровой жизни).

4.4 Экономическая выгода и предотвращение затрат

Все НИЗ, проанализированные в данной модели, снижают численность рабочей силы и производительность труда из-за преждевременной смертности, вынужденного отсутствия на работе и презентеизма. На рис. 6 показан прирост производительности труда в результате предотвращения смертей и случаев заболеваемости за 15 лет, исходя из данных, указанных в таблице 7.

Рис. 6. Восстановление объема производства в результате мероприятий по профилактике употребления табака и алкоголя, недостаточной физической активности, избытка соли и первичной профилактики ССЗ за 15 лет



Наибольшее положительное влияние на производительность оказывает снижение смертности (73,3% от общего прироста производительности), за которым следует снижение презентеизма (17,3%) и вынужденного отсутствия на работе (9,3%).

4.5 Окупаемость инвестиций

Сравнение затрат и выгод от каждого комплекса мероприятий показывает, что все профилактические мероприятия на уровне населения в отношении связанного с риском поведения, включенные в анализ, – сокращение потребления соли, отказ от табака, повышение физической активности, а также клинические вмешательства по ССЗ и диабету – приносят пользу, превышающую стоимость их осуществления, за период в 15 лет (таблица 9).

Таблица 9. Затраты, выгоды и соотношение затрат и выгод через 5 и 15 лет, по комплексу мер (в млн сомов)

Комплекс мер	5 лет			15 лет		
	Общие затраты	Общий прирост производительности	Окупаемость инвестиций	Общие затраты	Общий прирост производительности	Окупаемость инвестиций
Табак	114,1	826,8	7,54	355,5	8 162,9	36,60
Алкоголь	182,6	815,4	4,64	794,1	7 037,1	16,25
Физическая активность	108,2	236,7	2,28	324,5	2 028,3	11,05
Соль	80,3	1 295,3	16,92	284,5	14 685,2	82,12
Клинические вмешательства в связи с ССЗ и диабетом	6 744,9	305,2	0,05	37 561,7	2 535,0	0,06

Комплекс мер по сокращению потребления соли имеет самое высокое соотношение затрат и выгоды среди всех мероприятий: на 1 сом, инвестированный в этот комплекс мер, ожидаемая доходность составляет 17 сомов в течение первых 5 лет и 82 сома в течение 15 лет. Кроме того, в течение 15 лет мероприятия по борьбе с табаком приносят высокую отдачу от инвестиций в размере 37 сомов. Мероприятия по физической активности обеспечивают самую низкую отдачу от инвестиций: 2 сома за 5 лет и 11 сомов за 15 лет.

Комплекс клинических вмешательств хотя и важен для осуществления права на здоровье, обеспечивает возврат инвестиций в размере менее 1 сома на 1 сом, вложенный в течение первых 5 лет. Это – частый результат в экономических аспектах здравоохранения из-за высокой стоимости медицинского лечения. Кроме того, такие варианты, как лечение, вторичная профилактика после критических событий и другие, обладают лишь небольшим потенциалом увеличения участия в составе рабочей силы после инсульта, инфаркта миокарда или диабета. При этом недостаточная отдача от инвестиций не означает отсутствия экономической эффективности: такие меры могут быть экономически эффективными в других видах экономического анализа.

Комплексы мер политики по сокращению потребления соли, борьбе с алкоголем и табаком, поощрению физической активности, несомненно, являются наиболее оптимальными по затратам мерами, обеспечивающими самую высокую отдачу от инвестиций в течение 15 лет.

Заключение и рекомендации



5. Заключение и рекомендации

Результаты данного обоснования инвестиций подтверждают значительное экономическое воздействие НИЗ в Кыргызстане. Кроме того, они показывают, что инвестиции в ряд научно обоснованных мероприятий могут значительно улучшить ожидаемую продолжительность жизни, здоровье и благополучие людей, а также уменьшить потери национальной экономики. В таблице 10 обобщены основные выводы. Во вставке 1 перечислены выявленные сильные и слабые стороны, возможности и угрозы.

Таблица 10. Подведение основных результатов

Каждый год результатом НИЗ становятся	За 15 лет принятие новых мер и интенсификация существующих мер
более 28 000 смертей (83% всех смертей)	спасут 87 341 жизнь и принесут 617 278 лет здоровой жизни
затраты в сумме 7,9 млрд сомов в виде расходов на здравоохранение	сократят расходы на здравоохранение в результате предотвращения 37 324 инсультов и 31 063 случаев острых нарушений в результате ишемической болезни сердца
издержки в сумме 21,9 млрд сомов в виде потерь экономической производительности	предотвратят экономические потери в размере 34,4 млрд сомов (повышение производительности)
общие экономические издержки, эквивалентные 4,8% ВВП (29,8 млрд сомов)	принесут экономические выгоды в размере 34,4 млрд сомов, что значительно превышает затраты 1,8 млрд сомов) на интенсификацию мероприятий, снижающих факторы риска, связанные с НИЗ, и обеспечат коэффициент окупаемости инвестиций, превышающий 10.

Вставка 1. Результаты анализа сильных, слабых сторон, возможностей, угроз

Сильные стороны	Слабые стороны
- Наличие прочного законодательства и мер политики, поддерживающих профилактику НИЗ и борьбу с ними - Лидерство и преданность делу на высоком уровне, а также осуществление разработанных ВОЗ рекомендаций PEN - Сельские комитеты по здравоохранению - Опыт выполнения задач в рамках целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия	- Недостаточное финансирование, приводящее к пробелам в оказании услуг и высоким расходам домохозяйств из собственных средств - Нехватка людских ресурсов в секторе здравоохранения - Неравный доступ к высококачественной медицинской помощи и неравенство в ее наличии - Ограниченные репрезентативные данные на национальном уровне – реестры, последние имеющиеся данные STEPS устарели (2013 г.) и могут не отражать текущее бремя
Возможности	Угрозы
- Улучшение межведомственной и межсекторальной координации, которая позволила бы решить общие проблемы, связанные с НИЗ, травматизмом и инициативами в области психического здоровья. - Обеспечение соблюдения существующих законов и мер политики - Реструктуризация Кабинета Министров и Канцелярии Президента в 2022 г. - Цифровая эпоха и трансформация, которые могут помочь устранить пробелы в данных	- Высокие расходы из собственных средств, подвергающие пациентов риску катастрофических расходов - Экономические сдвиги и факторы неопределенности после инфекции COVID-19

5.1 Рекомендации для рассмотрения

Для дальнейшего укрепления многосекторальных, основанных на участии всех государственных структур и всего общества мер реагирования на НИЗ и для повышения их воздействия можно предпринять следующие практически реализуемые шаги.

ПОВЫСИТЬ НАЛОГИ НА АЛКОГОЛЬ И ТАБАК И ОБЕСПЕЧИТЬ СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНА О ТАБАКЕ ОТ 2021 Г.

Повышение налогов на алкоголь – рекомендация, которая также включена в доклад об обосновании инвестиций в области психического здоровья,² – снизит доступность алкоголя, его потребление и увеличит доходы. Базовый уровень налогообложения и 15-летние целевые показатели страновой группы представлены в приложении 1. Доходы, полученные от налогообложения алкоголя и табака, следует направить на проведение мероприятий по профилактике НИЗ и борьбе с ними, включая повышение уровня оплаты труда и профессиональной подготовки медицинских работников, а также усиление защитных механизмов от катастрофических расходов. Серьезная нехватка финансирования определена в качестве одного из основных препятствий на пути укрепления системы охраны психического здоровья в Кыргызстане. Обеспечение соблюдения достойного одобрения Закона от 2021 г. «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от последствий потребления табака, никотина и воздействия окружающего табачного дыма и аэрозоля» требует внесения изменений в Кодекс Кыргызстана о нарушениях, чтобы можно было установить соответствующие санкции.

АКТИВИЗИРОВАТЬ МЕРЫ ПО СОКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ СОЛИ.

Установлено, что этот комплекс мер обеспечивает особенно высокую отдачу от инвестиций. Масштабные просветительские кампании могут осуществляться в партнерстве с гражданским обществом, средствами массовой информации и другими заинтересованными сторонами. Что касается инициатив по сокращению потребления алкоголя, табака и соли, то может возникнуть необходимость в противодействии вмешательству и содействии диалогу между частным и государственным секторами и партнерству с участниками отрасли, чьи коммерческие интересы/стимулы могут вести в сторону ухудшения здоровья в долгосрочной перспективе.

2 Минздрав Кыргызстана, Европейское региональное бюро ВОЗ, Программа развития Организации Объединенных Наций. Профилактика психических расстройств и борьба с ними в Кыргызстане: обоснование инвестиций; в разработке.

УКРЕПЛЯТЬ МЕЖСЕКТОРАЛЬНУЮ КООРДИНАЦИЮ И ПОДОТЧЕТНОСТЬ, В ТОМ ЧИСЛЕ В РАМКАХ ПРОГРАММ ПО НИЗ, ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ТРАВМАТИЗМУ.

Целенаправленные усилия по улучшению межведомственной и межсекторальной координации могут позволить более эффективно и синергетически решать общие проблемы и бороться с факторами риска в области НИЗ, травматизма и психического здоровья. Для укрепления поддержки проектов в рамках государственно-частного партнерства в секторе здравоохранения можно более активно привлекать субъекты гражданского общества (организации пациентов, группы активистов), в дополнение к профессиональным сообществам, неправительственным организациям и субъектам частного сектора.

ПОВЫСИТЬ КАЧЕСТВО УСЛУГ В СФЕРЕ НИЗ И ОБЕСПЕЧИТЬ ИХ БОЛЕЕ СПРАВЕДЛИВОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ.

Укреплять службы для обеспечения ранней диагностики и улучшения общего регулирования риска ССЗ в рамках ПМСП. Продолжать использовать существующие сельские комитеты по здравоохранению и специалистов широкого профиля, одновременно укрепляя системы направления пациентов, чтобы пациенты из сельских районов, нуждающиеся в комплексной медицинской помощи, могли получать необходимые им услуги. Использовать стимулы в виде заработной платы и другие подходы для улучшения распределения медицинских работников в сельских районах Кыргызстана, содействовать закреплению медицинских кадров на местах.

НАРАЩИВАТЬ ПОТЕНЦИАЛ В ОБЛАСТИ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ НИЗ.

Укреплять ключевые реестры (такие как по онкологическим заболеваниям, инсультам, инфарктам, диабету) в отношении выявления случаев заболеваний, полноты данных и репрезентативности на национальном уровне. Эти усилия могут быть ускорены за счет новых цифровых и мобильных технологий здравоохранения, а также стандартов операционной совместимости. Практическое и интегрированное число показателей, в которых используются данные обследований, реестров, медицинской документации, а также данные, непосредственно сообщаемые пациентами, может дать информацию, полезную для мониторинга бремени болезней, а также воздействия мероприятий на уровне системы здравоохранения на жизнь пациентов, помочь выявлять и распространять передовую практику, отслеживать и улучшать результаты, а также соразмерять их с международными стандартами.

Библиография¹

1. Bennett JE, Stevens GA, Mathers CD, Bonita R, Rehm J, Kruk ME et al. NCD countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2018;392(10152):1072–88 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31992-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31992-5)).
2. Benziger CP, Roth GA, Moran AE. The Global Burden of Disease Study and the preventable burden of NCD. *Glob Heart*. 2016;11(4):393–7 (<https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.10.024>).
3. Bertram M, Banatvala N, Kulikov A, Belausteguigoitia I, Sandoval R, Hennis A et al. Using economic evidence to support policy decisions to fund interventions for non-communicable diseases. *BMJ*. 2019;365:1648 (<https://doi.org/10.1136/bmj.l1648>).
4. Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376624>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Kien VD, Van Minh H, Giang KB, Dao A, Tuan LT, Ng N. Socioeconomic inequalities in catastrophic health expenditure and impoverishment associated with non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):169 (<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0460-3>).
6. Gutierrez JP, Bertozzi SM. Non-communicable diseases and inequalities increase risk of death among COVID-19 patients in Mexico. *PLOS One*. 2020;15(10):e0240394 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240394>).
7. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/94384>).
8. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/133525>).
9. WHO HEARTS: technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/252661>).
10. Non-communicable disease prevention and control: a guidance note for investment cases. New York: United Nations Development Programme; 2019 (<https://www.undp.org/publications/non-communicable-disease-prevention-and-control-guidance-note-investment-cases>).
11. Prevention and control of noncommunicable diseases in Kyrgyzstan: the case for investment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/351407>).
12. Statistics of the Kyrgyz Republic. Bishkek: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic; 2024 (<http://stat.kg/en/>).
13. SDG voluntary national review on the implementation of the Sustainable Development Goals in the Kyrgyz Republic 2020. New York: United Nations; 2020 (<https://kyrgyzstan.un.org/en/53961-voluntary-national-review-implementation-sustainable-development-goals-kyrgyz-republic-2020>).

¹ Вся библиография по состоянию на 22 мая 2024 г.

14. The Global action plan in Kyrgyzstan: coming together for healthy lives and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://www.who.int/europe/publications/m/item/the-global-action-plan-in-kyrgyzstan-coming-together-for-healthy-lives-and-well-being>).
15. Kyrgyzstan health system review. Health Systems in Transition, 24(3). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363175>).
16. World Bank open data country profiles [online database]. Washington (DC): World Bank; 2024 (<https://data.worldbank.org/>). Licence: CC-BY 4.0.
17. Global health expenditure database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://apps.who.int/nha/database>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. Aliev AA, Roberts T, Magzumova S, Panteleeva L, Yeshimbetova S, Krupchanka D et al. Widespread collapse, glimpses of revival: a scoping review of mental health policy and service development in central Asia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021;56(8):1329–40 (<https://doi.org/10.1007/s00127-021-02064-2>).
19. Molchanova E, Kirn E, Galako T. Psychiatry in the Kyrgyz Republic: in between the Soviet past and a vague future. In: Bhugra D, Tse S, Ng R, Takei N, editors. Routledge Handbook of Psychiatry in Asia. New York: Routledge; 2016:11–17 (<https://www.routledge.com/Routledge-Handbook-of-Psychiatry-in-Asia/Bhugra-Tse-Ng-Takei/p/book/9780367581732>).
20. Noncommunicable diseases progress monitor 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353048>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
21. Global burden of disease study 2021: results. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2021 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>).
22. Tabta AA, Makhmutkhodzhaev SA, Kydyralieva RB, Altymysheva AT, Dzhakipova RS, Zhorupbekova KS et al. [Prevalence of risk factors of non-communicable disease in Kyrgyzstan: assessment using WHO STEPS approach]. Kardiologiya. 2016;56(11):86–90 (<https://doi.org/10.18565/cardio.2016.11.86-90>) (in Russian).
23. Global youth tobacco survey 2019. Bishkek: Ministry of Health of the Kyrgyz Republic; 2019 (<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/885>).
24. Pengpid S, Peltzer K, Mirrakhimov EM. Prevalence of health risk behaviors and their associated factors among university students in Kyrgyzstan. Int J Adolesc Med Health. 2014;26(2):175–85 (<https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0516>).
25. Brimkulov N, Vinnikov D, Dzhilkiadarova Z, Aralbaeva A. Tobacco use among Kyrgyzstan medical students: an 11-year follow-up cross-sectional study. BMC Public Health. 2017;17(1):625 (<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4547-6>).
26. National Centre of Cardiology and Internal Medicine, Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Professional Development, Ministry of Health. STEPS 2013. Geneva: WHO NCD Microdata Repository; 2013 (<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/271>).

27. Powles J, Fahimi S, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Ezzati M et al. Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. *BMJ Open*. 2013;3(12):e003733 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003733>).
28. De Morais IL, Lunet N, Albuquerque G, Gelormini M, Casal S, Damasceno A et al. The sodium and potassium content of the most commonly available street foods in Tajikistan and Kyrgyzstan in the context of the FEEDCities Project. *Nutrients*. 2018;10(1):98 (<https://doi.org/10.3390/nu10010098>).
29. Albuquerque G, Lança de Morais I, Gelormini M, Sousa S, Casal S et al. Macronutrient composition of street food in central Asia: Bishkek, Kyrgyzstan. *Food Sci Nutr*. 2020;8(10):5309–20 (<https://doi.org/10.1002/fsn3.1753>).
30. Murphy A, Jakab M, McKee M, Richardson E. Persistent low adherence to hypertension treatment in Kyrgyzstan: how can we understand the role of drug affordability? *Health Policy Plan*. 2016;31(10):1384–90 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czw080>).
31. Geldsetzer P, Manne-Goehler J, Marcus ME, Ebert C, Zhumadilov Z, Wesseh CS et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. *Lancet*. 2019;394(10199):652–62 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30955-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30955-9)).
32. Medicine: prices, availability, affordability in Kyrgyz Republic. Bishkek: Medicines Transparency Alliance; 2015 (<https://www.google.com/l?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwio9oCD0OBAxWDiFwKHVvwBdsQFnoECA0QAw&url=https%3A%2F%2Fhaiweb.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F10%2FKyrgyzstan-Report-Pricing-Surveys-2015.pdf&usg=AOvVaw2zmX1KM3Gseb4d4QFSddOS&opi=89978449>).
33. Kyrgyzstan: new, comprehensive tobacco control act adopted. Geneva: WHO Framework Convention on Tobacco Control; 2021 (<https://portal-uat.who.int/fctcapps/fctcapps/fctc/implementation-database/news/kyrgyzstan-new-comprehensive-tobacco-control-act-adopted>).
34. Mantingh F, Stachenko S, Popovich M, Moldokulov O, Loyola E, Kontsevaya A et al. Progress report on the implementation of Kyrgyzstan's programme and action plan on prevention and control of noncommunicable diseases, 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/375260>).
35. Healthy Eating Month starts in schools of Kyrgyzstan. Bishkek: United Nations in Kyrgyz Republic; 15 March 2021 (<https://kyrgyzstan.un.org/en/116317-healthy-eating-month-starts-schools-kyrgyzstan>).
36. Muratalieva E, Ablezova M, Djamangulova T, Hoffarth T, Kissimova-Skarbek K, Graeser S et al. Addressing non-communicable diseases in primary healthcare in Kyrgyzstan: a study on population's knowledge and behavioral changes. *Int J Public Health*. 2023;68:1605381 (<https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605381>).
37. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203–12 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)).

38. Jakab Z, Marmot M. Social determinants of health in Europe. *Lancet*. 2012;379(9811):103–5 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61511-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61511-0)).
39. Jakab M, Akkazieva B, Babicht J. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/329444>).
40. Iamshchikova M, Mogilevskii R, Onah MN. Trends in out of pocket payments and catastrophic health expenditure in the Kyrgyz Republic post “Manas Taalimi” and “Den Sooluk” health reforms, 2012–2018. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):1–17 (<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01358-2>).
41. Data shapes people’s views on cancer in Kyrgyzstan [website]. In: Home/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 15 February 2023 (<https://www.who.int/europe/news/item/15-02-2023-data-shapes-people-s-views-on-cancer-in-kyrgyzstan>).
42. Kyrgyz Republic demographic and health survey 2012. Bishkek: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, ICF International; 2013 (<https://dhsprogram.com/publications/publication-fr283-dhs-final-reports.cfm>).
43. Surveillance of noncommunicable diseases: Kyrgyzstan [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/kyrgyzstan>).
44. Childhood obesity surveillance initiative (COSI): Kyrgyzstan: fourth round of data collection (2017/2018). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/356346>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
45. Kyrgyzstan annually loses 17 billion soms due to non-communicable diseases. 24.KG News Agency. 19 April 2023 (https://24.kg/english/263666_Kyrgyzstan_annually_loses_17_billion_soms_due_to_non-communicable_diseases/).
46. OneHealth Tool. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2017 (<https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>).
47. Anesetti-Rothermel A, Sambamoorthi U. Physical and mental illness burden: disability days among working adults. *Popul Health Manag*. 2011;14:223–30 (<https://doi.org/10.1089/pop.2010.0049>).
48. Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D et al. Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med*. 2003;45:1303–11 (<https://doi.org/10.1097/01.jom.0000100200.90573.df>).
49. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://iris.who.int/handle/10665/44706>).
50. Bertram MY, Stenberg K, Brindley C, Li J, Serje J, Watts R, Edejer TT. Disease control programme support costs: an update of WHO-CHOICE methodology, price databases and quantity assumptions. *Cost Eff Resour Alloc*. 2017;15:21 (<https://doi.org/10.1186/s12962-017-0083-6>).
51. Stenberg K. Econometric estimation of WHO-CHOICE country-specific costs for inpatient and outpatient health service delivery. *Cost Eff Resour Alloc*. 2018;16:11 (<https://doi.org/10.1186/s12962-018-0095-x>).

Приложение 1. Меры по НИЗ, по которым осуществлена калькуляция расходов в рамках инструмента «Единое здоровье», в исходной точке и после 15 лет

Мероприятия для НИЗ	Охват, %	
	Исходн. уровень, 2023 г.	Целевой ориентир, 2037 г.
ССЗ и диабет		
Скрининг на риск ССЗ/диабета	27	50
Последующий уход за лицами с низким риском ССЗ/диабета (абсолютный риск: 10-20%)	14	30
Лечение лиц с очень высоким уровнем холестерина, но низким абсолютным риском ССЗ/диабета (<20%)	56	65
Лечение лиц с высоким кровяным давлением, но низким абсолютным риском ССЗ/диабета (<20%)	42	60
Лечение лиц с абсолютным риском ССЗ/диабета 20-30%	61	75
Лечение лиц с высоким абсолютным риском ССЗ/диабета (>30%)	59	75
Лечение новых случаев острого инфаркта миокарда аспирином	34	65
Лечение лиц с диагностированной ишемической болезнью сердца (ИБС) и после инфаркта миокарда	52	70
Лечение лиц с установленными цереброваскулярными заболеваниями и после инсульта	40	70
Лечение лиц с ревматической болезнью сердца (бензатин-пенициллином)	10	20
Стандартный гликемический контроль	1	75
Интенсивный гликемический контроль	12	20
Скрининг на ретинопатию и фотокоагуляция	24	50
Скрининг на невропатию и профилактический уход за ступнями ног	20	40
Меры политики —популяционный уровень		
Табак		
Табак: отслеживать употребление табака/меры по профилактике употребления табака	24	100
Табак: защитить людей от табачного дыма	50	100
Табак: предложить помощь в отказе от употребления табака: mCessation	20	100
Табак: предупредить об опасности: размещение надписей, предупреждающих о вреде для здоровья	100	100
Табак: предупредить об опасности: кампания в СМИ	20	100

Приложение 1. продолжение.

Табак: ввести запреты на рекламу табачных изделий	35	100
Табак: обеспечить соблюдение ограничения доступа молодежи к табачным изделиям	50	100
Табак: повысить налоги на табак	14	100
Табак: обезличенная упаковка табачных изделий	0	100
Предложить помощь в отказе от употребления табака: краткосрочная мера вмешательства	25	80
Алкоголь		
Опасное употребление алкоголя: обеспечить соблюдение ограничений на доступность алкоголя в розничной торговле	20	100
Опасное употребление алкоголя: обеспечить соблюдение ограничений на рекламу алкоголя	50	100
Опасное употребление алкоголя: обеспечить соблюдение законов о вождении в нетрезвом виде (контрольно-пропускные пункты трезвости)	50	100
Опасное употребление алкоголя: повысить налоги на алкогольные напитки	0	100
Скрининг на предмет опасного и вредного употребления алкоголя и краткосрочная мера вмешательства	1	60
Физическая активность		
Недостаточная физическая активность: информационные кампании с призывом повысить уровень физической активности	20	100
Недостаточная физическая активность: краткие рекомендации в рамках планового ухода	30	80
Натрий		
Натрий: эпиднадзор	0	100
Натрий: повлиять на промышленность в целях изменения состава	0	100
Натрий: принять стандарты: маркировка на лицевой стороне упаковки	0	100
Натрий: принять стандарты: стратегии борьбы с вводящим в заблуждение маркетингом	0	100
Натрий: знания: просветительская и коммуникационная работа	5	100
Натрий: условия: стратегии сокращения потребления соли в убрать местах общественного питания	0	100

