



Empowered lives.
Resilient nations.



UN INTERAGENCY
TASK FORCE ON NCDs

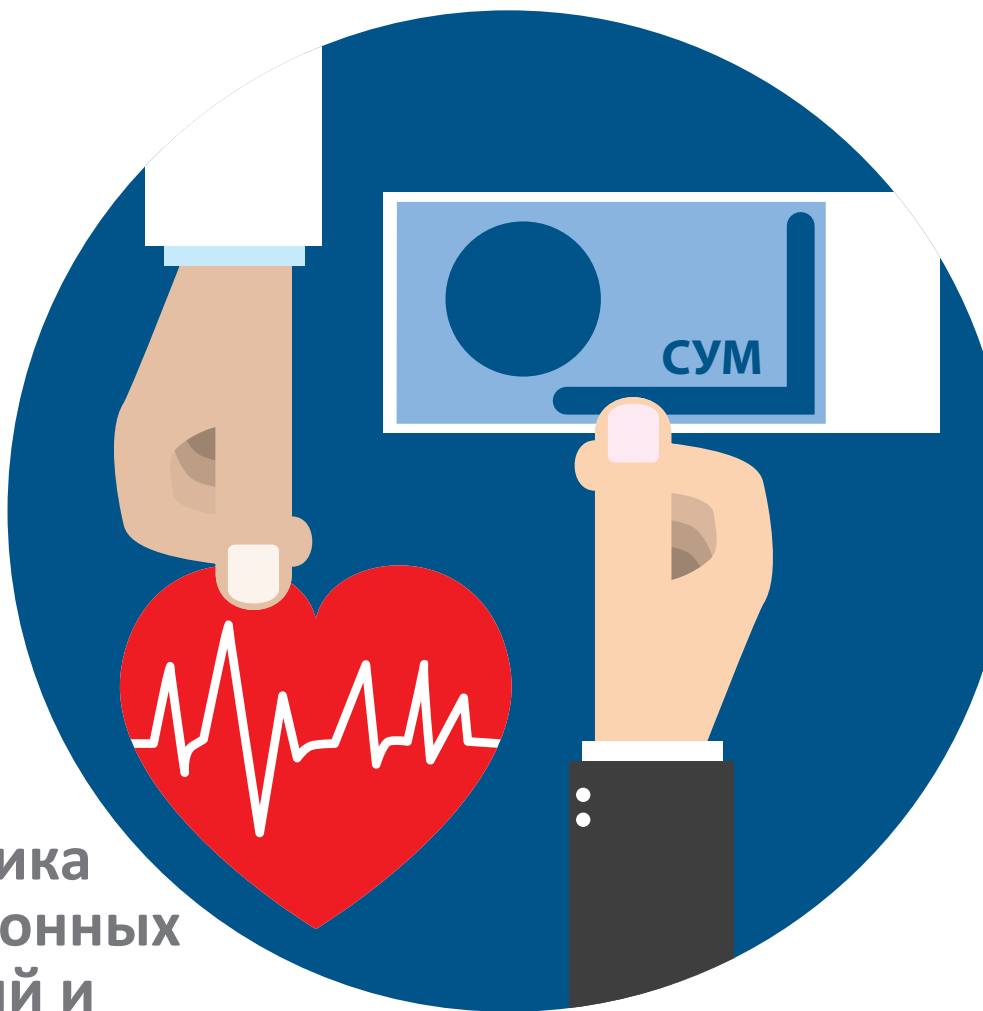


@un_ncd



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Узбекистане

Аргументы в пользу инвестирования



Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Узбекистане

Аргументы в пользу инвестирования

Подготовлено для Министерства здравоохранения Узбекистана

Европейским региональным бюро ВОЗ
Программой развития Организации Объединенных Наций

Jill Farrington
Anna Kontsevaya
Roy Small
Yulia Ermakova
Alexey Kulikov
Lika Gamgabeli
Elena Tsoyi



*Empowered lives.
Resilient nations.*



Аннотация

Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания, а также их факторы риска, являются растущей проблемой в области развития и общественного здравоохранения в Узбекистане. В настоящем докладе предлагаются фактические данные, полученные в результате трех проведенных анализов, подтверждающие, что НИЗ способствуют сокращению объемов производства; в нем также рассматриваются возможные варианты мер, направленных на решение этой проблемы, с обзором относительного возврата инвестиций для каждой меры. Анализ экономического ущерба показал, что экономические потери, обусловленные НИЗ (прямые затраты и потери для экономики), составляют 9,3 трлн. сумов, что эквивалентно 4,7% валового внутреннего продукта страны за 2016 год. В рамках проведения расчета затрат на осуществление вмешательств были предварительно оценены объемы финансирования, необходимые для реализации комплекса профилактических мер и клинических вмешательств, направленных на борьбу с НИЗ. В ходе проведения анализа экономической эффективности были сопоставлены затраты на осуществление вмешательств с прогнозируемым улучшением показателей здоровья и определены пакеты мер, дающие максимальный возврат инвестиций.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

NONCOMMUNICABLE DISEASES – PREVENTION AND CONTROL
CHRONIC DISEASE – ECONOMICS, PREVENTION AND CONTROL
DELIVERY OF HEALTH CARE
HEALTHCARE FINANCING
HEALTH SYSTEMS PLANS
UZBEKISTAN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения 2018 г.

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

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

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

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

Содержание

Выражение благодарности	iv
Сокращения	v
Исполнительное резюме.....	vi
1. Введение	1
Цель экономического анализа в обосновании целесообразности инвестирования.....	2
2. Ситуационный анализ: НИЗ и факторы риска	3
Табак.....	3
Алкоголь.....	4
Недостаток физической активности	4
Соль	5
Метаболические факторы риска	5
3. Меры политики и методы лечения, направленные на снижение бремени НИЗ	6
Табак.....	8
Алкоголь.....	9
Недостаток физической активности	12
Потребление избыточного количества соли, <i>транс</i> -жиров и сахара.....	13
Клинические вмешательства, направленные на лечение ССЗ и диабета	16
Резюме	19
4. Методика.....	20
Расчет экономического ущерба, наносимого НИЗ	21
Расчет затрат на осуществление мер политики и клинических вмешательств.....	22
ROI	22
Анализ институционального контекста	23
5. Результаты	24
Экономический ущерб	24
Затраты на осуществление вмешательств	29
Улучшение показателей здоровья	30
Экономический эффект	31
ROI	31
6. Выводы.....	32
7. Библиография	34
Приложение 1. Данные, использованные для расчета ущерба, наносимого НИЗ	37

Выражение благодарности

Авторы хотели бы выразить свою искреннюю благодарность Министерству здравоохранения Узбекистана и национальной команде, оказавшей содействие в процессе сбора и анализа данных, а также заинтересованным сторонам, которые нашли время, чтобы дать интервью и поделиться своими мнениями в процессе проведения визита.

Экономический анализ проводился Анной Концевой, консультантом ВОЗ и сотрудником Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины, Москва, Российская Федерация, при содействии Юлии Ермаковой, Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины. Настоящий доклад был подготовлен Анной Концевой, Юлией Ермаковой и Jill Farrington, Европейское региональное бюро ВОЗ, при поддержке Алексея Куликова, Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Елены Цой, Страновой офис ВОЗ в Узбекистане, Roy Small и Lika Gamgebeli, Программа развития Организации Объединенных Наций.

Глубокая признательность выражается рецензенту David Torden, а также Kristina Mauer-Stender, Ana Carina Jorge Dos Santos Ferreira Borges Bigot, Joao Rodrigues da Silva Breda, Ivo Rakovac и Jo Jewell, Европейское региональное бюро ВОЗ, за предоставление комментариев. В документе использованы рекомендации Melanie Bertram, штаб-квартира ВОЗ, и Dudley Tarlton и Doug Webb, Программа развития Организации Объединенных Наций, а также элементы подхода, применяемого для обоснования инвестирования в меры, направленные на борьбу с НИЗ, в Кыргызстане, Беларуси, Турции, Вьетнаме и Монголии.

С благодарностью отмечается вклад Странового офиса ВОЗ в Узбекистане и Министерства здравоохранения в организацию визита ВОЗ, а также министерств и национальных ведомств Узбекистана в предоставление материалов, легших в основу настоящего доклада.

Благодарность также выражается Lydia Wanstall и David Breuer за редактирование текста доклада, Виктории Францевой за перевод доклада на русский язык, Lars Møller за подготовку макета и набор текста настоящего доклада, а также Jesus Chew Ambrosio и Anita Strandsbjerg за обеспечение высокого качества публикации.

Оценка проводилась под общим руководством Lianne Kuppens - официального представителя ВОЗ и руководителя странового офиса ВОЗ в Узбекистане, Gauden Galea и Bente Mikkelsen - бывшего и нынешнего директоров Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ, и Nick Banatvala - главы Секретариата Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Подготовка этого доклада координировалась Европейским региональным бюро ВОЗ и Страновым офисом ВОЗ в Узбекистане в рамках Двухгодичных соглашений о сотрудничестве на 2016-2017 и 2018-2019 гг. между Министерством здравоохранения Узбекистана и ВОЗ. Доклад финансировался за счет добровольного вноса Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Сокращения

ВВП	валовой внутренний продукт
ИБС	ишемическая болезнь сердца
НИЗ	неинфекционные заболевания
ОИМ	острый инфаркт миокарда
РКБТ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
LMICs	страны с низким и средним уровнем дохода
MPOWER	Мониторинг употребления табака и меры профилактики; защита людей от табачного дыма; предложение помощи в целях прекращения употребления табака; предупреждение об опасностях, связанных с табаком; обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий; повышение налогов на табачные изделия [пакет мер ВОЗ]
PEN	Пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN)
ROI	возврат инвестиций
SHAKE	эпиднадзор; вовлечение промышленности; стандарты маркировки и маркетинга; повышение осведомленности; создание условий [пакет ВОЗ]
STEPS	Поэтапный подход к эпиднадзору за факторами риска развития хронических заболеваний [ВОЗ]

Исполнительное резюме

В середине 2017 года, учитывая растущий интерес к профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) и реформированию системы здравоохранения Узбекистана, ВОЗ и Министерство здравоохранения страны обсудили потенциальную ценность изучения экономической целесообразности инвестирования в меры борьбы с НИЗ. Поэтому в ноябре 2017 года с целью проведения экономического анализа был организован совместный визит представителей учреждений Организации Объединенных Наций в Узбекистан.

Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания, а также их факторы риска (употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание и недостаток физической активности) являются растущей проблемой в области развития и общественного здравоохранения в Узбекистане и являются причиной 79% всех случаев смерти в стране. Вероятность преждевременной смерти (то есть в возрасте моложе 70 лет) от четырех основных групп НИЗ для человека, проживающего в Узбекистане, в 2015 году была выше, чем 1 из 4. ССЗ являются основной причиной преждевременной смертности в стране, а более высокая мужская смертность и подверженность мужчин нездоровым моделям поведения обуславливают гендерный разрыв. Треть взрослого населения (31%) страдает от артериальной гипертензии; пятая часть подвергается высокому риску инфаркта или инсульта. Кроме того, более четверти мужчин курит; половина взрослого населения имеет избыточный вес или ожирение.

В стране существуют хорошо разработанные политические и законодательные механизмы для решения проблемы НИЗ, особенно направленные на борьбу с факторами риска, однако отсутствует комплексная программа или план действий по НИЗ, а также национальный многосекторальный координационный орган по борьбе с НИЗ. Обзор текущей ситуации с осуществлением мероприятий в отношении НИЗ на уровне мер политики и индивидуальных вмешательств выявил пробелы в реализации рекомендованных ВОЗ экономически эффективных профилактических мер и клинических вмешательств в отношении НИЗ и привлек внимание к тем направлениям, которые нуждаются в укреплении и расширении масштабов для достижения 100% охвата.

Преждевременная смертность, заболеваемость и инвалидизация населения, связанные с НИЗ, оказывают негативное воздействие на социально-экономическое развитие. Как и во многих частях мира, НИЗ в Узбекистане вызывают резкое увеличение затрат на здравоохранение, социальную поддержку и обеспечение, а также приводят к снижению производительности труда. По оценкам, в 2016 году правительство израсходовало 2,1 трлн. сумов на лечение 4 основных групп НИЗ.

В настоящем докладе приводятся фактические данные, демонстрирующие, что НИЗ способствуют сокращению объемов производства, а также обсуждаются потенциальные варианты мер, которые могут быть предприняты для решения этой проблемы, с оценкой относительного возврата инвестиций для каждой меры. Было проведено три анализа.

- Анализ экономического ущерба путем оценки прямых затрат и потерь для экономики, обусловленных НИЗ, продемонстрировал масштаб ущерба, наносимого НИЗ экономике. Прямые затраты на лечение ССЗ, диабета, рака и респираторных заболеваний включают государственные затраты на здравоохранение. В потери для экономики входят пособия по инвалидности, потери от временной нетрудоспособности, потери от снижения производительности труда при формальном присутствии на работе, а также экономические потери вследствие преждевременной смертности граждан трудоспособного возраста.
- Расчет затрат на осуществление вмешательств позволил предварительно оценить объемы финансирования, необходимые для осуществления комплекса мер вмешательств по профилактике НИЗ; пакетов мер политики по сокращению употребления табака, алкоголя, нездорового питания,

повышению уровней физической активности; пакета клинических вмешательств по лечению сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.

- Анализ возврата инвестиций позволил сопоставить суммы предполагаемых затрат на проведение вмешательств, полученные в ходе проведения расчета затрат, с предполагаемым улучшением показателей здоровья и экономическим эффектом от осуществления комплекса вмешательств за 5-и и 15-летний периоды.

Анализ экономического ущерба показал, что государственные затраты на здравоохранение в части затрат на лечение НИЗ являются лишь «верхушкой айсберга»: скрытые потери для экономики, связанные со снижением производительности труда, превышают их в 3,5 раза и составляют 7,3 трлн. сумов. В целом текущий ущерб, наносимый НИЗ экономике Узбекистана, составляет 9,3 трлн. сумов в год, что эквивалентно 4,7% годового валового внутреннего продукта страны.

Меры, направленные на профилактику НИЗ в Узбекистане, относительно низкозатратны и экономически выгодны. Их осуществление потребует вовлечения секторов, находящихся за пределами сектора здравоохранения, таких как сектор финансов, сельского хозяйства и экономики, а положительный эффект от инвестирования в меры борьбы с НИЗ распространится на все правительство и все общество в целом. Анализ затрат на осуществление вмешательств проводился для четырех пакетов мер профилактики и борьбы с НИЗ, направленных на борьбу против табака, вредного употребления алкоголя, увеличение уровней физической активности и улучшение режима питания, а также для пакета клинических вмешательств, направленных на лечение ССЗ и диабета. Затраты на осуществление пакетов мер политики, направленных на сокращение употребления табака, алкоголя, соли, и на увеличение физической активности в период 2018-2022 гг., оцениваются в 6,5 млрд. сумов, 11,7 млрд. сумов, 6,2 млрд. сумов и 7,6 млрд. сумов, соответственно. Клинические вмешательства, направленные на лечение ССЗ и диабета, оказались самыми дорогими; затраты на их осуществление составят 140,7 млрд. сумов.

Согласно результатам экономического моделирования, наиболее экономически выгодными для Узбекистана вмешательствами являются меры, направленные на снижение потребления соли. Коэффициент соотношения затрат и выгод для пакета мер политики, направленных на сокращение потребления соли, составляет 64,8 за 15-летний период. Меры, направленные на сокращение потребления табака и повышение уровней физической активности населения, также обеспечивают высокий возврат инвестиций (ROI). Для мер политики, направленных на сокращение употребления алкоголя, ROI ниже, а осуществление клинических вмешательств, направленных на лечение ССЗ и диабета, дает возврат инвестиций менее 1 сума на каждый 1 сум, инвестированный в их осуществление в течение пятилетнего и пятнадцатилетнего периодов.



1. Введение

В 2015 году неинфекционные заболевания (НИЗ) являлись причиной 79% всех смертей в Узбекистане, что превышает показатель смертности от НИЗ (71%) на глобальном уровне. По последним данным 2015 года, вероятность преждевременной смерти (в возрасте моложе 70 лет) от четырех основных групп НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), диабет, хронические респираторные заболевания или рак) для гражданина Узбекистана выше, чем 1 из 4 (26,9%), с гораздо более высокой вероятностью для мужчин (32,9%), чем для женщин (21,4%) (WHO, 2017a). Этот факт открывает хорошую возможность добиться прогресса в достижении Задачи 3.4 Целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития, направленной на сокращение на одну треть преждевременной смертности от НИЗ к 2030 году.

Воздействие НИЗ на здоровье человека очевидно, но это лишь один аспект проблемы. НИЗ также сопряжены с серьезными экономическими затратами, включающими прямые затраты на здравоохранение, но выходящими далеко за их пределы. НИЗ снижают производительность на макроэкономическом уровне, нарушая полноценное участие человека в трудовой деятельности и оказывая последующее воздействие на самого человека, а также лиц, осуществляющих за ним уход, и государство в целом. Когда люди умирают преждевременно, объем продукции, который они произвели бы в непрожитые годы трудовой деятельности, теряется. Кроме того, люди, страдающие от какого-либо заболевания, чаще пропускают рабочие дни (временная нетрудоспособность) или имеют сниженную работоспособность во время присутствия на рабочем месте (формальное присутствие¹). Экономические потери, связанные с НИЗ, в странах с низким и средним уровнем дохода (LMICs) за период 2011-2030 гг. оцениваются более чем в 21 трлн. долларов США, причем почти треть этой суммы обусловлена ССЗ (Bloom, et al., 2011). Для частных лиц и правительств затраты на лечение проблем здоровья, которые можно было бы предотвратить, могут означать существенные издержки упущенных возможностей,² в том числе снижение инвестиций в образование, транспортные проекты или другие формы человеческого или физического капитала, обеспечивающих возврат в долгосрочной перспективе.

Высокие человеческие и экономические затраты подчеркивают необходимость снижения бремени НИЗ в Узбекистане. ВОЗ отмечает, что риск развития НИЗ может быть уменьшен путем изменения четырех поведенческих факторов риска (употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание и недостаток физической активности), а также таких метаболических факторов риска, как высокое артериальное давление или высокий уровень холестерина (WHO, 2013). На рисунке 1 показаны детерминанты и факторы риска, способствующие развитию НИЗ, многие из которых находятся за пределами контроля одного лишь сектора здравоохранения.

В рамках Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. (WHO, 2013) ВОЗ разработала набор вариантов политики и экономически выгодных мер, направленных на оказание помощи государствам-членам в снижении бремени НИЗ. Эти «лучшие покупки» были обновлены на Всемирной ассамблее здравоохранения 2017 года (WHO, 2017b; 2017c) и включают меры, направленные на снижение поведенческих и метаболических факторов риска, приводящих к развитию НИЗ, а также клинические вмешательства, направленные на профилактику и лечение заболеваний. Недавно проведенный ВОЗ (WHO, 2018a) анализ свидетельствует о том, что на каждый 1 доллар США, инвестированный в реализацию пакета всех 16 «лучших покупок» в странах с низким и средним уровнем дохода, к 2030 году возврат инвестиций составит не менее 7 долларов США. В связи с тем, что в 2014 году более половины всех смертей в Узбекистане были вызваны сердечно-сосудистыми заболеваниями, инсультом, инфарктом миокарда и другими болезнями

¹ «Формальное присутствие» определяется как снижение трудоспособности работника, выполняющего свои функции в состоянии нездоровья.

² «Издержки упущенных возможностей» (или альтернативные издержки) - это экономический термин, обозначающий упущенную выгоду в результате выбора какого-либо альтернативного варианта и отказа от других возможностей. Величина упущенной выгоды определяется полезностью наиболее ценной из отброшенных альтернатив (адаптировано из Oxford Dictionary of Economics [онлайн]).

системы кровообращения (WHO, 2014a), экономический анализ, описанный в данном исследовании, ориентирован в первую очередь на вмешательства, направленные на снижение бремени ССЗ.

Рисунок 1: Детерминанты НИЗ и ответственность за принятие ответных мер



Цель экономического анализа в обосновании целесообразности инвестирования

Отрицательные экономические последствия НИЗ зачастую не принимаются во внимание в процессе выделения бюджетных ассигнований и рассмотрения плюсов и минусов более жестких бюджетно-финансовых и регулирующих мер. Проведение количественной оценки затрат на лечение НИЗ и осуществление мер, направленных на профилактику НИЗ и борьбу с ними, и анализа возврата инвестиций (ROI) для этих мер по сравнению с ценой бездействия, является приоритетной просьбой государств-членов. Аргументы в пользу целесообразности инвестирования призваны помочь странам составить собственные экономические обоснования для осуществления действий, направленных на профилактику НИЗ и борьбу с ними.

В середине 2017 года, учитывая растущий интерес к профилактике НИЗ и реформированию системы здравоохранения Узбекистана, ВОЗ и министерство здравоохранения страны обсудили потенциальную ценность изучения экономической целесообразности инвестирования в меры борьбы с НИЗ. Поэтому в ноябре 2017 года с целью проведения экономического анализа был организован совместный визит представителей учреждений Организации Объединенных Наций в Узбекистан.

Обоснование целесообразности инвестирования позволяет смоделировать ситуацию с учетом расширения масштабов деятельности и без него на среднесрочный (5 лет) и долгосрочный (15 лет) период. Одним из возможных вариантов является сохранение статус-кво, при котором не осуществляется никаких новых мер политики, а существующие масштабы охвата остаются на прежнем уровне, что

позволяет говорить о цене бездействия. При альтернативном варианте в течение следующих 15 лет происходит расширение масштабов выбранных мер и клинических вмешательств. Для проведения анализа был использован Инструмент ВОЗ OneHealth, эпидемиологическая модель здоровья населения, разработанная партнерами Организации Объединенных Наций для целей стратегического планирования и расчета затрат на проведение вмешательств, а также прогнозирования показателей улучшения здоровья, ожидаемого от их осуществления. Показатели улучшения здоровья выражаются в натуральных единицах (число предотвращенных смертей), а также монетизируются с использованием подхода, основанного на оценке человеческого капитала, для определения и анализа коэффициента соотношения выгод и затрат (основной показатель ROI) для каждого пакета вмешательств. Подход, основанный на оценке человеческого капитала, предполагает, что утраченный объем производства эквивалентен общему объему производства, который мог бы быть произведен работниками в течение их трудовой жизни, если бы они доработали до пенсионного возраста.

В Разделе 2 представлен анализ отдельных поведенческих факторов риска развития НИЗ в Узбекистане, включая текущие уровни употребления табака и алкоголя, модели питания и физической активности, а также существующую распространенность среди населения таких метаболических факторов риска, как повышенный общий уровень холестерина и повышенное артериальное давление. В разделе 3 излагаются основанные на фактических данных меры политики и клинические вмешательства, которые могут способствовать сокращению бремени болезней, в частности, ССЗ, а также представлена текущая ситуация с осуществлением этих мер политики и вмешательств в Узбекистане. Раздел 4 описывает методы и инструменты, использованные при проведении анализа. В Разделе 5 представлены результаты, в том числе общий экономический ущерб, а также предполагаемый экономический эффект и улучшение показателей здоровья (например, увеличение продолжительности здоровой жизни, предотвращение смертности и рост производительности) в результате осуществления четырех описанных пакетов мер политики и пакета клинических вмешательств. В Разделе 6 излагаются основные выводы по итогам анализа.

2. Ситуационный анализ: НИЗ и факторы риска

В этом разделе приводится справочная информация, использованная при подготовке анализа целесообразности инвестирования. Она включает общую информацию о НИЗ, а также освещает вопросы о том, в какой степени в узбекском образе жизни представлены поведенческие факторы риска, и какова распространенность метаболических факторов риска, таких как повышенное артериальное давление, повышенное содержание холестерина и диабет. Выбор поведенческих и метаболических факторов риска был сужен таким образом, чтобы сосредоточиться на факторах, наиболее актуальных для экономического анализа.

Табак

Результаты национального исследования ВОЗ по эпиднадзору за факторами риска развития хронических заболеваний (STEPS), проведенного в 2014 году, показали, что 14,4% взрослого населения Узбекистана в возрасте 18-64 лет курит, а почти десятая часть взрослых (9%) курит ежедневно (WHO, 2014b). Существует значительная разница в распространенности курения среди взрослых в зависимости от пола: курят только 1,4% женщин по сравнению с 26,8% мужчин. Бездымный табак употребляют 23,2% мужчин и 0,2% женщин.

В течение семи дней перед проведением опроса среди молодежи (CDC, 2014) 12,6% молодых людей подвергались воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях, и 21,0% молодых людей подвергались воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте или в закрытых общественных местах.

Основные факты приведены во вставке 1.

Алкоголь

Результаты исследования STEPS 2014 года показали, что примерно треть (30,7%) мужчин (и лишь 5,7% женщин) употребляют алкоголь, что означает, что они употребляли алкоголь хотя бы один раз за последние 30 дней (WHO, 2014b). Кроме того, наблюдается снижение уровня употребления алкоголя. В 2010 году³ взрослые узбеки (в возрасте 15 лет и старше) употребляли в среднем 3,2 литра чистого спирта на душу населения; этот показатель снизился до 2,7 литров к 2016 году⁴, что существенно ниже одной трети среднего уровня употребления алкоголя (9,8 литра) для Европейского региона ВОЗ (WHO, 2018a). По результатам оценок, мужчины употребляют в шесть раз больше (4,8 литра) алкоголя на душу населения, чем женщины (0,7 литра).

Часто встречается эпизодическое употребление большого количества алкоголя. Среди лиц, употребляющих алкоголь, 39% взрослых употребляли алкоголь в больших количествах (60 и более граммов чистого алкоголя за раз в течение последних 30 дней), причем количество мужчин среди них почти в три раза больше (47%), чем женщин (17%) (WHO, 2018b).

Основные факты приведены во вставке 2.

Недостаток физической активности

Согласно исследованию STEPS 2014 года, примерно один из шести взрослых узбеков (16,4%) в возрасте 18-64 лет имеет недостаточный уровень физической нагрузки, уделяя физической активности средней интенсивности менее рекомендованных ВОЗ 150 минут в неделю (WHO, 2014b). Недостаток физической активности значительно выше у женщин, чем у мужчин. Около половины (51,5%) всей физической активности связано с работой, третья часть связана с поездками на общественном транспорте (36,0%), и лишь восьмая часть является оздоровительной (12,4%). Женщины уделяют значительно меньше времени всем видам физической активности в день, чем мужчины. Почти три четверти (60,9%) взрослых, и в особенности женщины, не уделяют время физической активности высокой интенсивности.

Основные факты приведены во вставке 3.

Вставка 1: Табак. Краткий обзор

Употребление табака вызывает серьезную озабоченность, поскольку четверть узбекских мужчин курят.

Атрибутивные НИЗ включают множественные формы рака; ишемическую болезнь сердца (ИБС), инсульт и другие ССЗ и болезни системы кровообращения; хроническую обструктивную болезнь легких и пневмокониоз; язвенную болезнь, диабет, катаракту, дегенерацию желтого пятна и ревматоидный артрит.

Вставка 2: Алкоголь. Краткий обзор

Употребление алкоголя вызывает озабоченность, поскольку в среднем мужчины употребляют в шесть раз больше алкоголя, чем женщины, а один из двух мужчин употреблял алкоголь в больших количествах (шесть или более стандартных порций за раз) в прошлом месяце.

Атрибутивные НИЗ включают множественные формы рака, панкреатит, эпилепсию, диабет, цирроз, ИБС, инсульт и другие сердечно-сосудистые заболевания и болезни системы кровообращения.

Вставка 3: Недостаток физической активности. Краткий обзор

Уровень активности значительно выше у мужчин, чем у женщин, причем примерно половина физической активности связана с работой, а третья часть - с ежедневными поездками на общественном транспорте. Один из шести взрослых испытывает недостаток физической активности.

Атрибутивные НИЗ включают ишемическую болезнь сердца, диабет 2 типа, рак молочной железы и толстой кишки (Lee, et al., 2012).

³ Среднегодовой показатель за трехлетний период 2009-2011 гг.

⁴ Среднегодовой показатель за трехлетний период 2015-2017 гг.

Соль

Нездоровое питание включает, например, потребление *транс*-жиров и избыточное потребление натрия (или соли), и сахара. В этом разделе основное внимание уделяется потреблению соли, учитывая наличие данных и возможность моделирования мер политики.

По оценкам, в 2010 году стандартизированный по возрасту коэффициент потребления соли для возрастной группы 20 лет и старше был равен 14,1 г соли в сутки (5,63 г натрия в сутки), что более чем в 2,5 раза превышает существующий рекомендованный ВОЗ уровень потребления соли для взрослых, который составляет 5 г соли в сутки (< 2 г натрия в сутки) (WHO, 2012). Исследование на определение концентрации натрия в суточной моче, проведенное с использованием общепринятых стандартных методов в 2014 году, показало, что для возрастной группы 18-64 лет среднесуточное потребление соли составляло около 14,9 г⁵ в сутки (WHO, 2012).

Результаты исследования STEPS 2014 года показали, что 15,6% взрослых узбеков регулярно добавляют соль в пищу перед ее употреблением и 36,1% добавляют соль при приготовлении пищи, без существенных различий в зависимости от пола (WHO, 2014b).

В 2010 году в возрастной группе 20-69-лет более четверти (28,2%) смертей от сердечно-сосудистых заболеваний было связано с потреблением более 5 г соли в сутки (> 2 г натрия в сутки) (Mozaffarian et al., 2014).

Основные факты приведены во вставке 4.

Метаболические факторы риска

Высокий уровень метаболических факторов риска, таких как повышенное артериальное давление, высокий индекс массы тела или высокое содержание липидов в крови, значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистого события. В Узбекистане половина (50,1%) взрослых имеют избыточную массу тела (29,8%)⁶ или страдают ожирением (20,2%)⁷.

В таблице 1 показана распространенность повышенного артериального давления,⁸ повышенного уровня общего холестерина⁹ и диабета¹⁰ в Узбекистане, по данным исследования STEPS 2014 года.

Таблица 1. Общая распространенность метаболических факторов риска, по возрасту и полу

⁵ ВОЗ и Министерство здравоохранения Узбекистана; неопубликованные результаты перекрестного исследования, проведенного в 2014 году для оценки уровня потребления натрия и калия на основе определения концентрации натрия и калия в суточной моче.

⁶ Индекс массы тела 25,0-29,9 кг/м².

⁷ Индекс массы тела ≥30,0 кг/м².

⁸ Систолическое артериальное давление ≥140 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление ≥90 мм рт.ст., или в настоящее время получает лекарственную антигипертензивную терапию.

⁹ Повышенный уровень общего холестерина ≥ 5,0 ммоль/л или ≥ 190 мг/дл, или в настоящее время получает лекарственную терапию от повышенного холестерина.

¹⁰ Повышенный уровень глюкозы в крови (определялся как концентрация в плазме венозной крови ≥ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) или общая концентрация в цельной капиллярной крови ≥ 6,1 ммоль/л (110 мг/дл)), или в настоящее время получает лекарственную терапию от диабета.

Вставка 3: Соль. Краткий обзор

Уровень потребления соли в

Узбекистане по оценкам, превышает уровень, рекомендованный ВОЗ, в 2-3 раза.

Атрибутивные НИЗ включают рак желудка и повышенный риск развития ИБС, инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний системы кровообращения в связи с гипертонией.

Процент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, связанной с избыточным потреблением соли, составляет 28.2%.

Фактор	Мужчины		Женщины	
	30–44 года	45–64 года	30–44 года	45–54 года
Повышенное артериальное давление	36,0%	61,4%	22,9%	57,1%
Повышенный общий уровень холестерина	43,2%	49,7%	52,5%	64,6%
Диабет	8,6%	15,5%	7,8%	18,6%

Источник: WHO (2014b).

Повышенные уровни любого метаболического фактора могут увеличивать риск сердечно-сосудистого события; риск усугубляется у людей с множественными факторами риска. С помощью таблиц оценки общего риска ССЗ, разработанных ВОЗ, можно оценить десятилетнюю вероятность развития у пациента смертельного или несмертельного сердечно-сосудистого события, на основе шести факторов: пол, возраст, артериальное давление, уровень холестерина, статус курения и наличие или отсутствие диабета (WHO, 2016a). Распространенность высокого сердечно-сосудистого риска среди населения Узбекистана может быть установлена на основе данных исследования STEPS 2014 года, исходя из наличия факторов риска либо ССЗ или диабета в анамнезе (WHO, 2014b). Это означает, что 20,2% взрослых узбеков в возрасте 40–64 лет имеют 30% или выше риск развития смертельного или несмертельного сердечно-сосудистого события в течение 10 лет; этот показатель увеличивается с возрастом, однако существенного различия в зависимости от пола не выявлено (таблица 2).

Таблица 2. Общая распространенность высокого сердечно-сосудистого риска, по возрасту и полу

Фактор	Мужчины		Женщины	
	40–54 года	55–64 года	40–54 года	55–64 года
10-летний риск ССЗ $\geq 30\%$ или уже имеющееся ССЗ	14,1%	22,8%	21,7%	28,4%

Источник: WHO (2014b).

3. Меры политики и методы лечения, направленные на снижение бремени НИЗ

Политика в отношении НИЗ в Узбекистане включает следующие законы и положения (WHO, 2017d):

- Закон 2015 года о наложении штрафов за употребление табачной продукции в рабочих и других общественных местах и увеличении штрафов за употребление алкоголя в общественных местах и табачных изделий в общественном транспорте;
- Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 251 от 29 августа 2015 года об утверждении Концепции и комплекса мер по обеспечению здорового питания населения Республики Узбекистан, включающее требование о размещении на потребительской упаковке информации о количественном содержании сахара, *транс*-жирных кислот и соли, разработке рецептур блюд кулинарных изделий для школьного питания, разработке стандартов содержания *транс*-жиров и солей в отдельных готовых к употреблению продуктах массового потребления, а также об осуществлении мер по профилактике дефицита железа и витаминов среди женщин и детей;

- Постановление Кабинета Министров № 199 от 10 июня 2016 года об ограничении продажи и распространения в сфере розничной торговли алкогольной и табачной продукции лицам, не достигшим двадцатилетнего возраста;
- Постановление Президента № 2597 от 16 сентября 2016 года о совершенствовании мер по ограничению розничной торговли алкогольной продукцией;
- Приказ Министерства здравоохранения № 70 от 30 ноября 2016 года и Приказ Министерства юстиции № 2840 о регулировании процедуры изготовления и размещения предупреждений, не допускающих употребление алкогольной и табачной продукции, а также об информировании населения о специально отведенных местах и/или помещениях, предназначенных для употребления табачной продукции;
- Постановление Главного государственного санитарного врача (СанПиН) №0283-10 от 14 марта 2016 года «Гигиенические требования к безопасности пищевой продукции»: ограничение содержания соли, *транс*-жирных кислот и сахара в продуктах питания, общедоступных для массового потребления;
- Постановление Президента № 2857 от 29 марта 2017 года о мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи, экспериментальном внедрении протоколов ВОЗ в первичной медико-санитарной помощи и использовании с 2018 года передового опыта на национальном уровне;
- Постановление Президента Республики Узбекистан от 5 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию физической культуры и массового спорта», с утвержденной государственной программой и финансированием на 2017-2021 гг. в размере 995,2 млрд. сумов для строительства, реконструкции и оснащения современным спортивным оборудованием 167 спортивных комплексов и бассейнов во всех регионах;
- Указа Президента Республики Узбекистан от 5 марта 2018 года № 5368 «О мерах по коренному совершенствованию системы государственного управления в области физической культуры и спорта».

В Узбекистане существует ряд хорошо разработанных политических и законодательных механизмов для борьбы с НИЗ, особенно с их факторами риска, однако пока отсутствует комплексная программа или план действий по НИЗ, а также многосекторальный координационный орган по борьбе с НИЗ. Тем не менее, в 2018 году в поддержку разработки долгосрочной концепции по коренному совершенствованию системы здравоохранения, Президент создал Координационный совет при Аппарате Президента по критическому анализу системы здравоохранения и разработке кардинальных предложений по реформированию системы здравоохранения и 10 рабочих групп, каждая из которых является межведомственной и межсекторальной. Также разрабатывается межсекторальная Программа формирования здорового образа жизни и профилактики и борьбы с НИЗ.

Как отмечалось в Разделе 1, ВОЗ опубликовала набор вариантов политики и мер вмешательства, направленных на профилактику и лечение НИЗ (WHO, 2017b). В следующих разделах предлагается сопоставление действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними, предпринимаемых в настоящее время на национальном уровне, с набором вариантов политики, рекомендованных ВОЗ, с целью выявления сильных сторон и сторон, нуждающихся в дальнейшей доработке или расширении масштабов для обеспечения полного охвата.

Табак

В 2012 году Узбекистан ратифицировал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) (WHO, 2017e). В стране действует закон о борьбе против табака, но он не является всеобъемлющим. На момент проведения анализа в Узбекистане проходил процесс пересмотра антитабачного закона.

В таблице 3 приведено сопоставление текущей ситуации с осуществлением мер борьбы против табака в Узбекистане с комплексом мер MPOWER (мониторинг употребления табака и меры профилактики; защита людей от табачного дыма; предложение помощи в целях прекращения употребления табака; предупреждение об опасностях, связанных с табаком; обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий; повышение налогов на табачные изделия), по данным Доклада о глобальной табачной эпидемии (WHO, 2017f), результатам анализа институционального контекста и неопубликованного обзора ВОЗ 2017 года по вопросам борьбы против табака и алкоголя.

Таблица 3. Текущая ситуация с осуществлением комплекса мер борьбы против табака MPOWER в Узбекистане

Мера политики	Достижение (максимум 4)	Текущая ситуация с осуществлением
MONITOR – Мониторинг употребления табака	3	Последние и репрезентативные данные для взрослых и молодежи
PROTECT – Защита людей от табачного дыма	2	Из восьми категорий общественных мест ¹¹ , оцененных ВОЗ, лишь в одном (общественный транспорт), в соответствии с законом, действует полный запрет на курение, но соблюдение этого запрета находится на уровне 2 из 10 (уровни ниже 5 считаются низкими уровнями соблюдения). Основная проблема связана с обеспечением выполнения антитабачного законодательства (заинтересованные стороны отметили важность привлечения Министерства внутренних дел к вопросам, связанным с НИЗ). В 2018 году принят новый закон, запрещающий употребление электронных сигарет и кальяна в общественных местах. Существует возрастной ценз на покупку табачной продукции, однако, его строгое соблюдение не обеспечивается.
OFFER – Предложение помощи в целях прекращения употребления табака	3	Доступны никотинзаместительная терапия и/или некоторые другие услуги по прекращению курения (расходы, связанные с, по крайней мере, одной из услуг, покрываются национальной федеральной медицинской страховой компанией или национальной службой здравоохранения).
WARN – Предупреждение об опасностях, связанных с табаком	1-2	В течение последних нескольких лет национальные кампании по борьбе против табака не проводились. На упаковках табачных изделий имеются предупреждения о вреде для здоровья (занимающие 40% поверхности упаковки табачных изделий, совокупно лицевой и оборотной стороны) с рядом соответствующих характеристик (WHO, 2018b).

¹¹ Была проведена оценка законодательства на предмет обеспечения законами, запрещающими курение, среды, полностью свободной от табачного дыма, во всех помещениях каждой из следующих восьми категорий: медицинские учреждения; образовательные учреждения (не включая университеты); университеты; государственные учреждения; закрытые помещения и рабочие места, не входящие в другие категории; рестораны или заведения, в которых преимущественно подается еда; кафе, пабы, бары и объекты, в которых преимущественно подаются напитки; общественный транспорт (WHO, 2017g).

Таблица 3 (продолжение)

Мера политики	Достижение (максимум 4)	Текущая ситуация с осуществлением
ENFORCE - Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий	3	Действует запрет на рекламу на телевидении, радио и в печатных СМИ, но он не распространяется на все формы прямой или косвенной рекламы.
RAISE – Повышение налогов на табачные изделия	2	Согласно MPOWER, налог составляет 35,9% розничной цены самого популярного бренда сигарет; однако специальный акцизный налог составляет лишь 19,2% (по сравнению с глобальной рекомендацией 70%). Дальнейшее повышение налогов на сигареты столкнулось с сопротивлением: основная приводимая причина - то, что это может вынудить население обратиться к тран (нюхательный табак или снафф).

Источник: WHO (2017g).

Как видно из таблицы 3, могут быть приняты дополнительные меры для снижения употребления табака и обеспечения соблюдения обязательств РКБТ ВОЗ в отношении регулирования и налогообложения сигарет и *тран*, а также предупреждений о вреде курения и создания среды, свободной от табачного дыма.

Большинство этих мер политики также являются «лучшими покупками» ВОЗ (WHO, 2017b), то есть выгодными вмешательствами, рентабельность которых составляет ≤ 100 международных долларов на каждый год жизни с поправкой на нетрудоспособность (DALY), которого удалось избежать в странах с низким и средним уровнем дохода (LMICs). Эти меры по большей части соответствуют мерам, перечисленным в Инструменте OneHealth, которые могут быть включены в анализ возврата инвестиций (ROI):

- мониторинг употребления табака и меры профилактики
- защита людей от табачного дыма
- предложение помощи в целях прекращения употребления табака: mCessation
- предупреждение об опасностях, связанных с табаком: предупредительные этикетки
- предупреждение об опасностях, связанных с табаком: кампании в средствах массовой информации
- обеспечение соблюдения запретов на рекламу табачных изделий
- обеспечение соблюдения ограничений доступности табачных изделий для молодежи
- повышение налогов на табачные изделия
- стандартизированная упаковка табачных изделий.

Алкоголь

В Глобальной стратегии и Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя, а также в обновленном Добавлении 3 к Глобальному плану действий ВОЗ по НИЗ на 2013-2020 гг. приводится перечень вариантов политики по сокращению вредного употребления алкоголя (WHO, 2017b). Они приведены в таблице 4 наряду с некоторыми достижениями в области снижения употребления

алкоголя в Узбекистане. В целом, антиалкогольная политика и нормативные документы в Узбекистане могут считаться достаточно сильными.

Таблица 4. Текущая ситуация с осуществлением антиалкогольных мер в Узбекистане

Мера политики	Набор вариантов политики	Текущая ситуация с осуществлением
Налогообложение	Повышение акцизных сборов на алкогольные напитки	Продажа алкоголя без маркировки акцизными марками запрещена. Ставки акцизного налога ежегодно повышаются, исходя из динамики цен, объема реализации продукции, инфляции и других факторов. Несмотря на это, средняя розничная цена на различные алкогольные напитки находится в нижней части диапазона цен для стран Европейского региона ВОЗ.
Реклама	Установление запретов или комплексных ограничений на рекламу алкоголя (в различных видах СМИ) и контроль за их соблюдением	Инструменты политики, перечисленные в начале Раздела 3, включают положения по ограничению рекламы алкоголя. Запрещается любая реклама алкогольной продукции, включая спонсорство мероприятий и использование товарных знаков на одежде. Пропаганда употребления алкоголя запрещена, однако разрешена демонстрация алкогольной продукции в фильмах и реклама в торговых точках.
Доступность	Установление ограничения на физическую доступность алкоголя, продаваемого в розницу (путем ограничения времени продажи алкогольной продукции) и контроль за его соблюдением	Время продажи алкогольной продукции ограничено. Алкоголь может продаваться только в точках розничной торговли, имеющих лицензию на продажу. Размещение точек розничной торговли также ограничено; например, они не должны располагаться в радиусе менее чем 500 метров от учебных, спортивных и религиозных учреждений. Существуют также правила, регулирующие максимальное количество порций алкоголя, которое может подаваться клиенту, а также возможность отказа в продаже алкогольных напитков лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения. Продажа алкоголя лицам, не достигшим двадцатилетнего возраста, запрещена. Заинтересованные стороны отметили недавние положительные изменения в обеспечении соблюдения этого возрастного ценза, когда продавцы стали все чаще проверять возраст потребителей.

Таблица 4 (продолжение)

Мера политики	Набор вариантов политики	Текущая ситуация с осуществлением
Управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения	Установление и контроль за соблюдением законов об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, а также измерение содержания алкоголя в крови на пунктах проверки на трезвость	Нормативно-правовые инструменты не устанавливают максимально допустимые нормы содержания алкоголя в крови водителя (САК) при управлении транспортным средством. Тем не менее, управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения является уголовным преступлением, независимо от САК. Меры наказания за вождение автомобиля в нетрезвом виде очень жесткие, а штрафы высокие. Минимальная заработная плата в стране составляет 173 000 сумов, а штраф за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения – 3 миллиона сумов; оно также может привести к тюремному заключению. Однако, не все полицейские машины оснащены алкотестерами, поэтому водителей, подозреваемых в вождении в нетрезвом виде, направляют на медицинское освидетельствование на состояние опьянения. В 2017 году медицинское освидетельствование на состояние опьянения прошли 135 000 водителей, но положительное заключение было дано лишь в 75 000 случаев.
Краткие консультации	Предоставление кратких психосоциальных консультаций лицам, замеченным в опасном и вредном употреблении алкоголя	В апреле 2017 года было проведено обучение наркологов и инструкторов первичной медико-санитарной помощи с использованием нового Инструментария ВОЗ обучения скринингу и краткому профилактическому консультированию по вопросам употребления алкоголя. Проведение кратких консультаций по вопросам употребления алкоголя и мотивационных интервью также являются частью интегрированного учебного пакета по профилактике НИЗ для врачей и медсестер первичной медико-санитарной помощи в рамках пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) в двух регионах Узбекистана. В остальном, краткие вмешательства не являются частью стандартного набора медицинских услуг в системе первичной медико-санитарной помощи.

Эта оценка согласуется с Докладом о достигнутом прогрессе в области борьбы с неинфекционными заболеваниями 2017 г. (WHO Regional Office for Europe, 2017), в котором общее осуществление мер по сокращению вредного употребления алкоголя оценивается как «частично выполненное». Введены достаточно жесткие меры регулирования, однако их соблюдение не обеспечивается достаточно строго.

Первые три перечисленные в таблице 4 меры политики являются «лучшими покупками» ВОЗ. Четвертая и пятая – «выгодными вмешательствами», экономическая эффективность которых составляет >100 международных долларов на каждый год жизни с поправкой на нетрудоспособность, которого удалось избежать в LMICs. Эти меры по большей части соответствуют мерам, перечисленным в Инструменте OneHealth, которые могут быть включены в анализ возврата инвестиций (ROI):

- обеспечение соблюдения ограничения доступности алкоголя в розничной торговле;
- обеспечение соблюдения ограничений на рекламу алкоголя;

- обеспечение соблюдения законов об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (пункты проверки трезвости);
- повышение налогов на алкогольные напитки.

Недостаток физической активности

В обновленном Добавлении 3 к Глобальному плану действий ВОЗ по НИЗ на 2013-2020 гг. приводится перечень вариантов политики, направленных на повышение уровней физической активности (WHO, 2017b). Они приведены в таблице 5 наряду с некоторыми достижениями в области повышения уровней физической активности в Узбекистане, отмеченными во время визита команды Организации Объединенных Наций.

Таблица 5. Текущая ситуация с осуществлением мер, направленных на повышение уровней физической активности в Узбекистане

Мера политики	Набор вариантов политики	Текущая ситуация с осуществлением
Повышение осведомленности	Информирование и повышение осведомленности в отношении преимуществ физической активности, в том числе кампании в средствах массовой информации, направленные на изменение моделей поведения в отношении физической активности	На местном уровне было проведено ограниченное число кампаний по повышению осведомленности общественности в отношении преимуществ физической активности, в основном ориентированных на молодежь, с использованием печатных и отдельных видеоматериалов.
Система здравоохранения	Предоставление кратких консультаций по вопросам физической активности и направление к специалисту в рамках стандартных услуг первичной медико-санитарной помощи	В рамках пилотных проектов по внедрению PEN в первичной медико-санитарной помощи врачи и медсестры прошли обучение по вопросам проведения консультирования по здоровому образу жизни и кратких вмешательств.
Окружающая среда	Обеспечение учета на макроуровне при проектировании городов основных соображений плотности населения, а также связности улично-дорожной сети, включая тротуары, легкий доступ к различным пунктам назначения, а также доступность общественного транспорта	В Ташкенте имеются общественные/зеленые зоны. Существуют пешеходные дорожки, однако велосипедных дорожек и езды на велосипеде не наблюдалось. В Фергане, во время предыдущего визита ВОЗ, в сельских районах, участвующих в экспериментальном проекте по здоровому образу жизни, наблюдалось использование велосипедов и велосипедных стоянок.
	Обеспечение удобного и безопасного доступа к качественным общественным паркам и адекватной инфраструктуре для содействия пешим и велосипедным прогулкам	

Таблица 5 (продолжение)

Мера политики	Набор вариантов политики	Текущая ситуация с осуществлением
Создание условий	Реализация общешкольных программ, включающих качественное физическое воспитание и наличие соответствующих помещений и программ для физической активности всех детей	На национальном уровне улучшена ситуация с наличием помещений для занятия физической культурой в школах. Созданный Президентом фонд развития детского спорта финансировал реконструкцию и строительство современных детских спортивных комплексов и их оснащение современным спортивным оборудованием. Законодательство предписывает, чтобы Агентство «Узстандарт» обеспечивало мониторинг и контроль качества оснащения всех новых и реконструированных спортивных комплексов.
	Внедрение многокомпонентных программ повышения физической активности на рабочем месте	
Продвижение	Продвижение физической активности посредством организации спортивных групп и клубов, программ и мероприятий	Физическое воспитание в школе не является обязательным; национальный минимум не установлен. Создано новое Министерство дошкольного образования, которое будет поддерживать траекторию здорового образа жизни.
		Создано новое Министерство по делам спорта. При предыдущем Президенте были созданы бесплатные послешкольные спортивные клубы. В последние годы по всей стране построены или модернизированы спортивные комплексы. С 2003 по 2009 год было реконструировано, построено и оснащено оборудованием 1117 детских спортивных комплексов; 82% - в сельской местности. В каждый последующий год планировалось создание от 10 до 50 комплексов. В 2012-2017 гг. на эти цели из государственного бюджета было выделено 11,23 трлн. сумов.

ROI включал следующие изменения политики:

- проведение кампаний по повышению осведомленности общественности о преимуществах физической активности.

Потребление избыточного количества соли, транс-жиров и сахара

Поскольку Инструмент OneHealth пока не предназначен для расчета эффекта от проведения мер, направленных на снижение потребления жиров и сахара, этот раздел посвящен только мерам, направленным на снижение потребления соли.

В Узбекистане отсутствуют конкретные меры политики, направленные на уменьшение потребления соли. В качестве ответной меры на высокую распространенность дефицита микронутриентов проводится

обогащение муки железом и йодирование соли. В таблице 6 сопоставляется текущая ситуация с осуществлением мер по сокращению потребления соли в Узбекистане с комплексом мер пакета ВОЗ SHAKE, предлагающего конкретные шаги, которые могут быть предприняты странами для снижения потребления соли (эпиднадзор; вовлечение промышленности; внедрение стандартов маркировки; повышение осведомленности; создание надлежащих условий) (WHO, 2016b).

Таблица 6. Текущая ситуация с осуществлением мер политики в отношении снижения потребления соли в Узбекистане

Мера политики	Описание ^a	Текущая ситуация с осуществлением
Эпиднадзор: измерение и мониторинг потребления соли	Осуществлять оценку и мониторинг моделей потребления соли среди населения, а также содержания натрия в пище	Исследование STEPS 2014 г. (WHO, 2014b) содержало вопрос о моделях потребления соли; было проведено исследование концентрации натрия в суточной моче для оценки уровней потребления соли (см. подробную информацию в Разделе 2). Мониторинг содержания натрия в пищевых продуктах пока отсутствует, однако его планируется начать в 2019 году.
Вовлечение промышленности в процесс изменения состава продуктов	Установить целевые пределы содержания соли в пищевых продуктах и готовых блюдах и реализовать стратегии, направленные на изменение состава продуктов	Постановлением 2016 года ограничивается содержание соли в общедоступных продуктах питания для массового потребления, но не введено никаких мер по обеспечению их исполнения; лабораторные возможности и даже маркировка пищевых продуктов являются проблемой.
Установить стандарты маркировки и маркетинга: внедрить стандарты для эффективной и точной маркировки и маркетинга продуктов питания	Принять систему маркировки пищевых продуктов на лицевой стороне упаковок (например, цветная кодировка этикетки по содержанию соли, предупреждения о «высоком содержании» соли)	Размещение на потребительской упаковке пищевой продукции информации о пищевой ценности, в том числе о количественном содержании соли, рекомендовано Главным санитарным врачом, но не является обязательным. Поэтому обязательная декларация пищевой ценности продукта, требующая раскрытия содержания соли, отсутствует, также как и простая для понимания система маркировки пищевых продуктов с изображениями, размещаемыми на лицевой стороне упаковки. Также отсутствуют ограничения на маркетинг продуктов питания детям; до настоящего времени не проводилось никаких исследований с целью изучить масштаб и характер проблемы.

Таблица 6 (продолжение)

Мера политики	Описание ^a	Текущая ситуация с осуществлением
Повышение осведомленности: информационно-просветительская работа, направленная на поощрение людей потреблять меньше соли	Осуществлять интегрированные образовательные и просветительские кампании с целью повышения осведомленности о пищевых источниках соли и вреде соли для здоровья, нацеленные на изменение пищевых привычек	Проводится пилотный проект, а также имеются общинные стратегии по формированию здорового образа жизни (включающие здоровое питание) в пилотных регионах (Фергана и Кашкадарья). В рамках пилотного проекта ВОЗ провела серию круглых столов и встреч с представителями средств массовой информации, Ассоциации производителей хлеба и Торгово-промышленной палаты. Национальная команда также провела тренинги для добровольцев из Молодежного союза Узбекистана по вопросам здорового питания и физической активности. В обоих регионах для молодых людей были проведены «здоровые уроки», а затем тренинги по пропаганде здорового образа жизни на основе обучения «равный равному» в летних лагерях и на общинном уровне. Общинные кампании в пилотных регионах включали базовые рекомендации по потреблению фруктов и овощей, снижению потребления соли, <i>транс</i> -жиров, сахара, а также увеличению физической активности, и проводились в местных супермаркетах, в рамках телешоу в СМИ, а также посредством распространения брошюр. Во время домашних визитов к пациентам патронажные медсестры (сестры системы первичного медицинского обслуживания, занимающиеся санпросветом) информируют семьи о пользе здорового питания и приготовления пищи.
Окружение: создание условий, способствующих поощрению здорового питания	Осуществлять многокомпонентные стратегии, направленные на сокращение потребления соли в общественных местах (например, в школах, на рабочих местах, в больницах).	В школах разрабатываются уроки здорового образа жизни.

^a Информация и формулировки в колонке «Описание» взяты из Технического пакета мер по снижению потребления соли SHAKE (WHO, 2016b).

Четыре из этих вмешательств являются «лучшими покупками» ВОЗ (изменение состава продуктов; окружение; повышение осведомленности; маркировка). Эти меры политики соответствуют мерам, перечисленным в Инструменте OneHealth, которые могут быть включены в анализ возврата инвестиций (ROI):

- эпиднадзор
- вовлечение промышленности в процесс изменения состава продуктов
- установление стандартов: размещение маркировки на лицевой стороне упаковок

- установление стандартов: стратегии борьбы с вводящим в заблуждение маркетингом
- повышение осведомленности: образовательная и информационно-просветительская работа
- окружение: стратегии сокращения потребления соли в местах общественного питания.

Кроме того, в обновленном Добавлении 3 к Глобальному плану действий ВОЗ по НИЗ содержатся еще два «выгодных вмешательства» (экономическая эффективность которых составляет ≥ 100 долларов на каждый DALY, которого удалось избежать в LMICs), связанные с употреблением *транс*-жиров и сахара. Текущая ситуация с их осуществлением представлена в таблице 7.

Таблица 7. Текущая ситуация с осуществлением мер политики в отношении *транс*-жиров и сахара

Мера политики	Описание	Текущая ситуация с осуществлением
<i>Транс</i> -жиры	Полное исключение промышленных <i>транс</i> -жиров за счет разработки законов, запрещающих их использование в продовольственной цепочке	В стране пока не существует законодательства, запрещающего использование <i>транс</i> -жиров, но с 2016 года Гигиенические требования к безопасности пищевой продукции ограничивают содержание <i>транс</i> -жиров в продуктах питания массового потребления (однако в каких конкретно продуктах - не определяется). Для продуктов с содержанием жира более 20% максимальное содержание <i>транс</i> -жиров не должно превышать 4 г на 100 г пищевого продукта. Для продуктов с содержанием жира менее 2% оно не должно превышать 10 мг на 100 г пищевого продукта. Однако, поскольку эти требования не поддерживаются никакой дополнительной системой мониторинга и контроля, они не соблюдаются.
Сахар	Сократить потребление сахара за счет эффективного налогообложения сахаросодержащих напитков	Гигиенические требования к безопасности пищевой продукции (см. выше) также ограничивают содержание сахара в продуктах питания массового потребления и требуют включения указания содержания сахара в пищевом продукте в качестве обязательного элемента при маркировке.

Поскольку OneHealth Tool пока не может рассчитывать эффективность вмешательств, не связанных с сокращением потребления соли (например, вмешательств, направленных на сокращение употребления *транс*-жиров и сахара), они не включены в анализ ROI.

Клинические вмешательства, направленные на лечение ССЗ и диабета

В обновленном Добавлении 3 к Глобальному плану действий ВОЗ по НИЗ на 2013-2020 гг. приводятся многочисленные варианты клинических вмешательств, направленных на лечение ССЗ и диабета (WHO, 2017b). Наиболее актуальные для целей настоящего анализа вмешательства приводятся в таблице 8, наряду с оценкой ситуации в Узбекистане. Ситуация с мерами политики в отношении диабета не исследовалась отдельно, но частично затронута в разделе, посвященном оценке и управлению сердечно-сосудистым риском.

Таблица 8. Текущая ситуация с осуществлением клинических вмешательств, направленных на снижение сердечно-сосудистого риска в Узбекистане

Мера политики	Описание	Текущая ситуация с осуществлением
Оценка и управление сердечно-сосудистым риском	Обследование на наличие риска ССЗ и диабета	Ежегодные медицинские осмотры проводятся в стране уже в течении нескольких лет. Исследование STEPS 2014 г. (WHO, 2014b) показало, что 58,7% пациентов, входящих в группу высокого риска ¹² возникновения смертельного или несмертельного сердечно-сосудистого события, получали лечение и консультирование. Несмотря на это, в Докладе ВОЗ доступность оценки и управления сердечно-сосудистым риском была оценена как «невыполненная» в 50% или более учреждений первичной медико-санитарной помощи (WHO Regional Office for Europe, 2017).
	Лекарственная терапия (включая гликемический контроль у пациентов с сахарным диабетом и контроль гипертонии, с использованием подхода, основанного на оценке общего риска) и консультирование для пациентов, перенесших инфаркт или инсульт, и для пациентов в группе высокого ($\geq 30\%$) риска возникновения смертельного или несмертельного сердечно-сосудистого события в ближайшие 10 лет	Исследование STEPS 2014 г. также показало, что только 15,4% пациентов с артериальной гипертонией ¹³ принимают лекарственные препараты и имеют контролируемые уровни АД.
	Лечение пациентов с установленной ИБС и после инфаркта миокарда	Протоколы WHO PEN внедряются в рамках пилотных проектов в восьми клиниках двух регионов Узбекистана, а врачи и медсестры первичной медико-санитарной помощи прошли подготовку по вопросам стратификации и управления сердечно-сосудистым риском. Оценка за 12 месяцев показала высокий охват целевого населения улучшенными методами лечения.

¹² Доля населения в возрасте 40-64 лет с 10-летним риском развития сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 30\%$, или с уже имеющимся ССЗ. 10-летний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 30\%$ определяется на основе возраста, пола, артериального давления, статуса курения (является курильщиком в настоящее время или бросил курить менее чем за год до проведения оценки), общего холестерина и наличия или отсутствия диабета (ранее диагностированного ИЛИ общая концентрация глюкозы в цельной капиллярной крови $\geq 6,1$ ммоль/л).

¹³ Систolicеское артериальное давление ≥ 140 мм рт.ст. и/или диastolicеское артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст., или в настоящее время получает лекарственную антигипертензивную терапию.

Таблица 8 (продолжение)

Мера политики	Описание	Текущая ситуация с осуществлением
Острый инфаркт миокарда (ОИМ) и инсульт	Лечение первичного ОИМ с помощью ацетилсалициловой кислоты или комбинации ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела, либо с помощью тромболитических препаратов, либо путем проведения первичных чрескожных коронарных вмешательств	В настоящее время основное внимание уделяется реформе системы здравоохранения, включая улучшение инфраструктуры и системы оказания неотложной медицинской помощи. Высокие платежи населения за лекарственные препараты являются проблемой.
	Лечение острого ишемического инсульта с помощью внутривенной тромболитической терапии	

Таблица 8 (продолжение)

Мера политики	Описание	Текущая ситуация с осуществлением
Диабет	Гликемический контроль	Одним из результатов экспериментального внедрения протоколов WHO PEN является то, что пациенты с диабетом теперь получают более качественную помощь (доступ к диагностическим тестам и лечению) и добиваются лучшего контроля над диабетом. Доступ пациентов старше 40 лет, страдающих диабетом, к статинам в рамках экспериментального внедрения WHO PEN также улучшился. В принципе, лечение инсулином доступно и полностью возмещается, однако доступ к другим лекарственным препаратам может быть осложнен из-за их стоимости, если пациент не входит в группу наиболее уязвимых больных, для которых возможно возмещение расходов. Патронажные медсестры отвечают за наблюдение пациентов с диабетом и гипертонией и ведение для них соответствующих «терапевтических школ», но эта практика не является стандартизированной; мониторинг результатов не осуществляется; медсестры играют более значимую роль в учреждениях, внедряющих PEN.
		По всей стране пациенты, обращающиеся за медицинской помощью, обращаются к районным или региональным эндокринологам за рецептами на лекарства и назначениями на анализы, такие как анализ крови на гликозилированный гемоглобин, которые не могут быть проведены на уровне первичной медико-санитарной помощи. Качество гликемического контроля не является показателем эффективности для поставщиков медицинских услуг; пациенты могут испытывать трудности с получением глюкометров и тест-полосок, если они живут в сельской местности.
	Диабетическая ретинопатия, обследование и уход за стопами с целью избежания развития осложнений	Патронажные медсестры по всей стране прошли подготовку по вопросам ухода за стопами для диабетиков. В принципе, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи имеются офтальмоскопы, но на практике они могут не работать, или врачи могут быть не уверены в том, как ими пользоваться.

Инструмент OneHealth позволяет проводить анализ возврата инвестиций (ROI) следующего пакета вмешательств:

- обследование на наличие риска ССЗ и диабета
- лечение пациентов группы высокого абсолютного риска ССЗ и диабета (> 30%)
- лечение пациентов с первичным ОИМ аспирином
- лечение пациентов с установленной ИБС и после инфаркта миокарда

- лечение пациентов с установленными цереброваскулярными заболеваниями и после инсульта
- лечение пациентов с ревматической болезнью сердца (бензатин-бензилпенициллином)
- стандартный гликемический контроль
- интенсивный гликемический контроль
- обследование на ретинопатию и проведение фотокоагуляции
- обследование на нейропатию и профилактический уход за стопами.

Резюме

- Обзор текущей ситуации с осуществлением вмешательств в отношении НИЗ на уровне мер политики и индивидуальных вмешательств выявил пробелы в реализации рекомендованных ВОЗ экономически выгодных профилактических и клинических вмешательств в отношении НИЗ и привлек внимание к тем направлениям, которые нуждаются в укреплении и расширении масштабов для обеспечения 100% охвата. Оценка текущих уровней охвата по итогам приведенного выше обзора содержится в таблице 9.

Таблица 9. Оценка текущего уровня охвата вмешательствами по НИЗ, затраты на проведение которых должны быть рассчитаны с применением инструмента OneHealth

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА	
Мониторинг употребления табака и меры профилактики	50%
Защита людей от табачного дыма	50%
Предложение помощи в целях прекращения употребления табака: mCessation	50%
Предупреждение об опасностях, связанных с табаком: предупредительные этикетки	50%
Предупреждение об опасностях, связанных с табаком: кампании в средствах массовой информации	25%
Обеспечение соблюдения запретов на рекламу табака	75%
Обеспечение соблюдения ограничений доступности табачных изделий для молодежи	75%
Повышение налогов на табачные изделия	50%
Стандартизированная упаковка табачных изделий	0%
ВРЕДНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ	
Обеспечение соблюдения ограничения доступности алкоголя в розничной торговле	75%
Обеспечение соблюдения ограничений на рекламу алкоголя	75%
Обеспечение соблюдения законов об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (пункты проверки трезвости)	50%
Повышение налогов на алкогольные напитки	50%
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ	
Проведение кампаний по повышению осведомленности общественности о преимуществах физической активности	50%

Таблица 9 (продолжение)

СОЛЬ	
Эпиднадзор	75%
Вовлечение промышленности в процесс изменения состава продуктов	50%
Установление стандартов: размещение маркировки на лицевой стороне упаковок	50%
Установление стандартов: стратегии борьбы с вводящим в заблуждение маркетингом	25%
Повышение осведомленности: образовательная и информационно-просветительская работа	25%
Окружение: стратегии сокращения потребления соли в местах общественного питания	25%
КЛИНИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: ССЗ	
Обследование на наличие риска ССЗ и диабета	75%
Лечение пациентов группы высокого абсолютного риска ССЗ и диабета (>30%)	50%
Лечение пациентов с первичным ОИМ аспирином	75%
Лечение пациентов с установленной ИБС и после инфаркта миокарда	75%
Лечение пациентов с установленными цереброваскулярными заболеваниями и после инсульта	50%
КЛИНИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: ДИАБЕТ	
Стандартный гликемический контроль	75%
Обследование на ретинопатию и проведение фотоконгуляции	50%
Обследование на нейропатию и профилактический уход за стопами	75%

Примечание. Охват мерами политики оценивался авторами на основе анализа данных в Разделе 3. Результаты были переданы национальной команде для комментариев в ноябре 2017 года.

4. Методика

Многоучрежденческая multidисциплинарная команда, состоящая из представителей Министерства здравоохранения, ВОЗ, Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Программы развития Организации Объединенных Наций и Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины в Москве, Российская Федерация, провела предварительный сбор и анализ данных в Узбекистане в период 27 ноября - 1 декабря 2017 года для подготовки трехуровневого обоснования целесообразности инвестирования в меры профилактики и контроля НИЗ, который был дополнен анализом институционального контекста. В состав команды входили экономисты системы здравоохранения, эпидемиологи и специалисты в области социального развития и общественного здравоохранения. В соответствии с описанной ниже методикой анализа собранных данных была проделана интенсивная работа.

В настоящем разделе представлены различные методы и экономические модели, использованные на разных этапах проведения экономического анализа:

- расчет экономического ущерба, наносимого НИЗ, с точки зрения прямых затрат и потерь для экономики (временная нетрудоспособность, формальное присутствие на работе и преждевременная смертность);

- расчет затрат на осуществление вмешательств (меры политики и клинические вмешательства);
- оценка воздействия на здоровье;
- анализ возврата инвестиций (ROI).

В нем также кратко описываются методы проведения АИК.

Расчет экономического ущерба, наносимого НИЗ

ВОЗ и Программа развития Организации Объединенных Наций разработали модель для расчета экономического ущерба, наносимого НИЗ, которая дает возможность оценить объемы текущих прямых затрат и потерь для экономики, обусловленных НИЗ, в Узбекистане. Данные о населении, с разбивкой по возрасту и полу, использованные для периода 2018-2032 гг., были смоделированы на основе демографических тенденций в 2008-2018 гг. В них входили показатели заболеваемости инфарктом и инсультом с разбивкой по возрасту и полу (в связи с отсутствием конкретных данных по заболеваемости этими болезнями с разбивкой по возрастным группам, к данным о выписке из больницы по кодам групп болезней по МКБ были приложены данные по заболеваемости с разбивкой по возрасту из регистров соседнего Кыргызстана); показатели распространенности диабета, гипертонической болезни и хронических респираторных заболеваний, с разбивкой по возрасту и полу. Для каждого состояния применялись показатели летальности, по возрасту и полу. Моделированием создавались прогнозы распространенности, заболеваемости и смертности от диабета, ССЗ и хронических респираторных заболеваний на период 2018-2032 гг., при условии сохранения текущих показателей.¹⁴ Эти прогнозы суммировались для получения общего показателя распространенности, заболеваемости и смертности для всего населения и населения трудоспособного возраста, определяемого как лица в возрасте 15-64 лет.

Для расчета экономического ущерба предпринимались следующие шаги.

- Поскольку в Узбекистане доступны только общие данные о государственных затратах на здравоохранение, доля общих затрат на здравоохранение, выделяемых на лечение НИЗ, рассчитывалась на основе данных, взятых из анализа ВОЗ 13 стран (Garg & Evans, 2011; см. Приложение 1, таблица A1). Были использованы средние данные для 13 стран. Прямые затраты, не связанные с затратами на медицинское обслуживание, состояли из выплат по инвалидности, которые рассчитывались на основе числа людей, ставших нетрудоспособными в результате определенных заболеваний, а также ежегодных выплат инвалидам.
- Производился расчет годовой ценности (с точки зрения экономического производства) каждого работника в Узбекистане, занятого полный рабочий день. Этот расчет основывался на показателе валового внутреннего продукта (ВВП) на одного занятого, определяемом делением ВВП страны (199,3 трлн. сумов в 2016 г.) на общее число занятых работников. Для нахождения общей численности рабочей силы в Узбекистане были использованы местные данные по общей численности рабочей силы в возрасте 15 лет и старше, уровень безработицы и коэффициент трудового участия.
- Учитывались данные о том, в какой степени НИЗ снижают производительность труда работника. В научной литературе (Anesetti-Rothermel & Sambamoorthi, 2011; Wang et al., 2003) были найдены данные: (а) о снижении коэффициента трудового участия по причине наличия гипертонии, инсульта, ОИМ и диабета; (б) о сокращении количества полностью отработанных часов по причине временной нетрудоспособности; (в) о снижении производительности труда по причине формального присутствия на работе; (г) об общем времени, необходимом для замещения работника (см. Приложение 1, таблица A2).

¹⁴ Модель оценивает рост распространенности, заболеваемости и смертности только на основе роста численности населения, а не роста показателей заболеваемости.

- Определялось точное число работников с НИЗ в Узбекистане в 2016 году. Используя коэффициент трудового участия, показатели уровня безработицы и смертности, было рассчитано число узбеков трудоспособного возраста, имеющих НИЗ. Далее вычиталось число работников, решивших не участвовать в трудовой деятельности или тех, кто был безработным, затем тех, кто не мог участвовать в трудовой деятельности непосредственно по причине наличия НИЗ, и, наконец, умерших. В результате получилось число фактически занятых работников с НИЗ.
- Заключительным шагом был расчет экономических потерь, вызванных преждевременной смертностью, исходя из числа работников, которые умерли, и потенциальных работников, которые не могли участвовать в трудовой деятельности, а также расчет потерь, связанных с временной нетрудоспособностью и формальным присутствием на работе для оставшихся фактически занятых работников с НИЗ. Модель приложила показатели относительной производительности, найденные на втором этапе расчетов, к популяциям, определенным на третьем этапе, и умножила на ВВП на одного занятого. В результате получилась общая сумма потерь для экономики, обусловленная каждой группой НИЗ.

Расчет затрат на осуществление мер политики и клинических вмешательств

Затраты на осуществление мер политики рассчитывались с использованием разработанного ВОЗ Инструмента расчета затрат (WHO Costing Tool) (Chisholm, 2011; WHO, 2012). Затраты на осуществление клинических вмешательств рассчитывались с использованием Инструмента OneHealth. Инструменты идентифицируют, количественно определяют и оценивают каждый ресурс, необходимый для осуществления вмешательств, следующим образом:

- Для каждой меры или вмешательства Инструмент OneHealth или WHO Costing Tool рассчитывает стоимость затрат на человеческие ресурсы; проведение профессиональной подготовки; внешних совещаний; кампаний в средствах массовой информации (например, на телевидении и радио, а также стоимость газетных объявлений); различного прочего оборудования, необходимого для осуществления мер политики и программ.
- В каждой мере заложены допущения, установленные экспертами ВОЗ, о количестве необходимых ресурсов для ее осуществления и обеспечения ее соблюдения. Инструмент OneHealth или WHO Costing Tool оценивает количество ресурсов, необходимых на национальном, региональном и районном уровнях; удельные затраты для каждого ресурса обозначены в базе данных WHO-CHOICE (WHO, 2017h).
- Удельные затраты для каждого ресурса взяты из базы данных WHO-CHOICE (WHO, 2017h).

ROI

ROI - это коэффициент возврата инвестиций, используемый для оценки рентабельности вложений в здравоохранение. Он сопоставляет величину эффекта от меры по укреплению здоровья и сроки его получения с величиной и сроками осуществления инвестиции. ROI - это отношение дисконтированной (текущей) стоимости полученного эффекта к сумме инвестиционных расходов. Будущий эффект дисконтируется, поскольку единица валюты в будущем будет стоить меньше, чем единица валюты на текущий момент в связи с временной стоимостью денег. Анализ возврата инвестиций (ROI), основанный на Excel-модели, разработанной ВОЗ для целей настоящего анализа, позволил определить ценность предполагаемого экономического эффекта от инвестирования в комплекс выгодных вмешательств, определенных в ходе визита. Меры политики, включенные в этот расчет, перечислены выше в таблице 9.

Применяемый метод - это модель ROI для НИЗ, разработанная в 2015 году для применения в рамках Совместной программы ВОЗ/ПРООН по неинфекционным заболеваниям с использованием инструментов OneHealth и WHO Costing Tool. Более подробную информацию об использовании Инструмента OneHealth можно найти в Руководстве по применению Инструмента OneHealth (Avenir Health, 2017) и в новой

руководящей записке для обоснований целесообразности инвестирования в меры профилактики НИЗ и борьбы с ними (WHO & UNDP, 2018).

Для оценки общего эффекта от осуществления комплекса вмешательств на увеличение ВВП, показатели производительности были оценены с использованием следующих шагов.

- Данные по уровню снижения производительности труда работников с НИЗ были использованы таким же образом, как для модели расчета экономического ущерба, наносимого НИЗ. Поскольку проведение вмешательств способствует снижению прогнозируемой заболеваемости ИБС и инсультом, соответственно увеличивается число здоровых лет жизни населения. На основе показателей увеличения продолжительности здоровой жизни, ВВП на одного занятого, а также снижения показателей временной нетрудоспособности и формального присутствия на работе, можно определить увеличение ВВП, ассоциированное с показателями предотвращенной временной нетрудоспособности и формального присутствия на рабочем месте.
- Увеличение коэффициента трудового участия, обусловленное предотвращением смертности, рассчитывалось на основе коэффициента трудового участия для Узбекистана и прогнозируемого числа предотвращенных смертей. Предотвращенная смертность монетизировалась посредством умножения ВВП на одного занятого, как указано выше.

Значения ROI рассчитывались для вмешательств, перечисленных в таблице 9. Выбор этих вмешательств основывался на доступности и достаточности данных для проведения расчетов затрат на осуществление вмешательств и соответствующего улучшения показателей здоровья.

Прогнозируемый экономический эффект от осуществления комплекса выгодных вмешательств, таким образом, состоял из эффектов от предотвращенного формального присутствия на рабочем месте, временной нетрудоспособности и преждевременной смертности. Показатель эффекта от осуществления вмешательства, измеряемый как общее увеличение ВВП, рассчитывался путем суммирования показателей всех трех эффектов.

ROI для Узбекистана был получен путем сопоставления эффекта от осуществления вмешательств (увеличение ВВП) с общим объемом затрат на внедрение и осуществление этих вмешательств. Расчет производился с использованием метода чистой приведенной стоимости для будущих затрат и экономического эффекта, при ставке дисконтирования 3%.

Анализ институционального контекста

Анализ институционального контекста в обосновании целесообразности инвестирования включал встречи представителей многоучрежденческой multidисциплинарной команды миссии ООН с представителями различных государственных ведомств и другими заинтересованными субъектами в стране, в том числе с координатором-резидентом Организации Объединенных Наций и представителями страновой группы Организации Объединенных Наций, доноров и банков развития. На встречах обсуждались вопросы воздействия НИЗ на национальную программу развития и приоритеты различных секторов и заинтересованных субъектов, а также каким образом эти субъекты могут способствовать активизации общеправительственных действий в ответ на НИЗ в Узбекистане, в том числе воплощению в жизнь результатов, полученных по итогам проведенного анализа целесообразности инвестирования. В частности, с 27 ноября по 1 декабря 2017 года члены миссии встретились в двустороннем порядке с представителями министерств здравоохранения, финансов, экономики и труда; представителями страновой группы Организации Объединенных Наций, в том числе с координатором-резидентом Организации Объединенных Наций; представителями Европейского союза, Японского агентства международного сотрудничества, Немецкого общества международного сотрудничества (GIZ); Германского Банка Развития (KfW); Азиатского банка развития. Представители министерства

здравоохранения и члены миссии также организовали многостороннее обсуждение за «круглым столом» с представителями ряда вышеперечисленных субъектов, а также представителями Научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения; Министерства образования; Всемирного Банка; Государственного комитета по статистике; республиканского благотворительного фонда «Махалла». Полезная информация, полученная в ходе этих обсуждений, использована в тексте настоящего доклада.

5. Результаты

В этом разделе дается оценка экономического ущерба, наносимого НИЗ, приводится краткое описание компонентов анализа ROI, в том числе улучшения показателей здоровья, экономического эффекта и общего объема затрат, а также рассматривается возврат инвестиций для каждого пакета вмешательств.

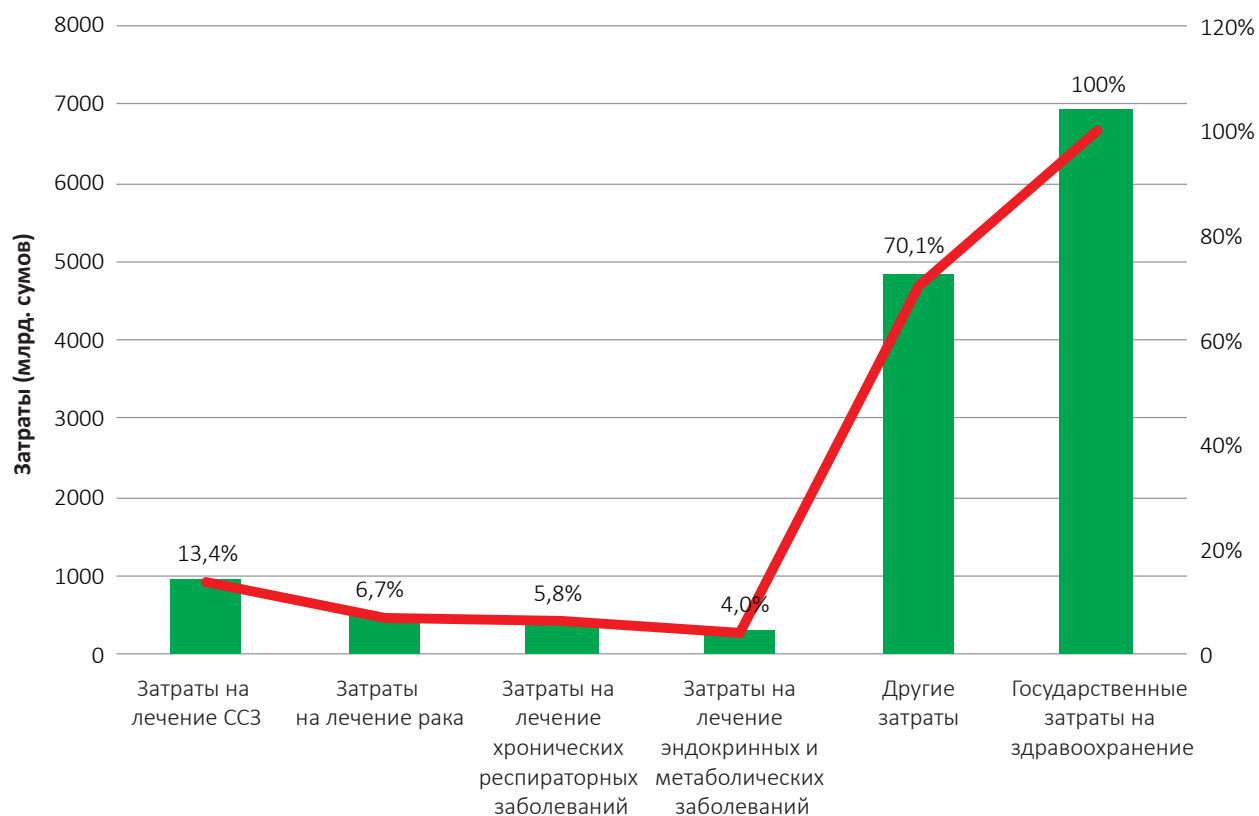
Экономический ущерб

Прямые затраты

Оценка прямых затрат, обусловленных экономическим бременем НИЗ, базировалась только на государственных затратах на здравоохранение и не включала затраты, непосредственно не связанные со здравоохранением, такие как транспорт. Ввиду отсутствия конкретных данных по Узбекистану, были использованы международные данные (см. Приложение 1, таблица A1).

В 2016 году общие государственные затраты на здравоохранение составили в Узбекистане 6,9 трлн. сумов. Как отмечалось ранее, доля общих затрат на здравоохранение, в части затрат на лечение НИЗ, в Узбекистане, оценивалась по структуре затрат по НИЗ, взятых из Национальных счетов здравоохранения 13 других стран (Garg & Evans, 2011). Допуская, что затраты на НИЗ в Узбекистане сопоставимы с затратами этих стран (все страны имеют одинаково тяжелое бремя НИЗ, хотя некоторые из них являются странами с высоким уровнем дохода), 30% государственных затрат на здравоохранение расходуется на лечение НИЗ (13% на лечение ССЗ, 7% - рака, 6% - хронических респираторных заболеваний, 4% - эндокринных и метаболических заболеваний (в основном сахарный диабет)). В 2016 году доля общих затрат на здравоохранение, израсходованных на лечение четырех основных групп НИЗ, составила 2,1 трлн. сумов (рисунок 2).

Рисунок 2. Государственные затраты на здравоохранение, 2016 г., млрд. сумов



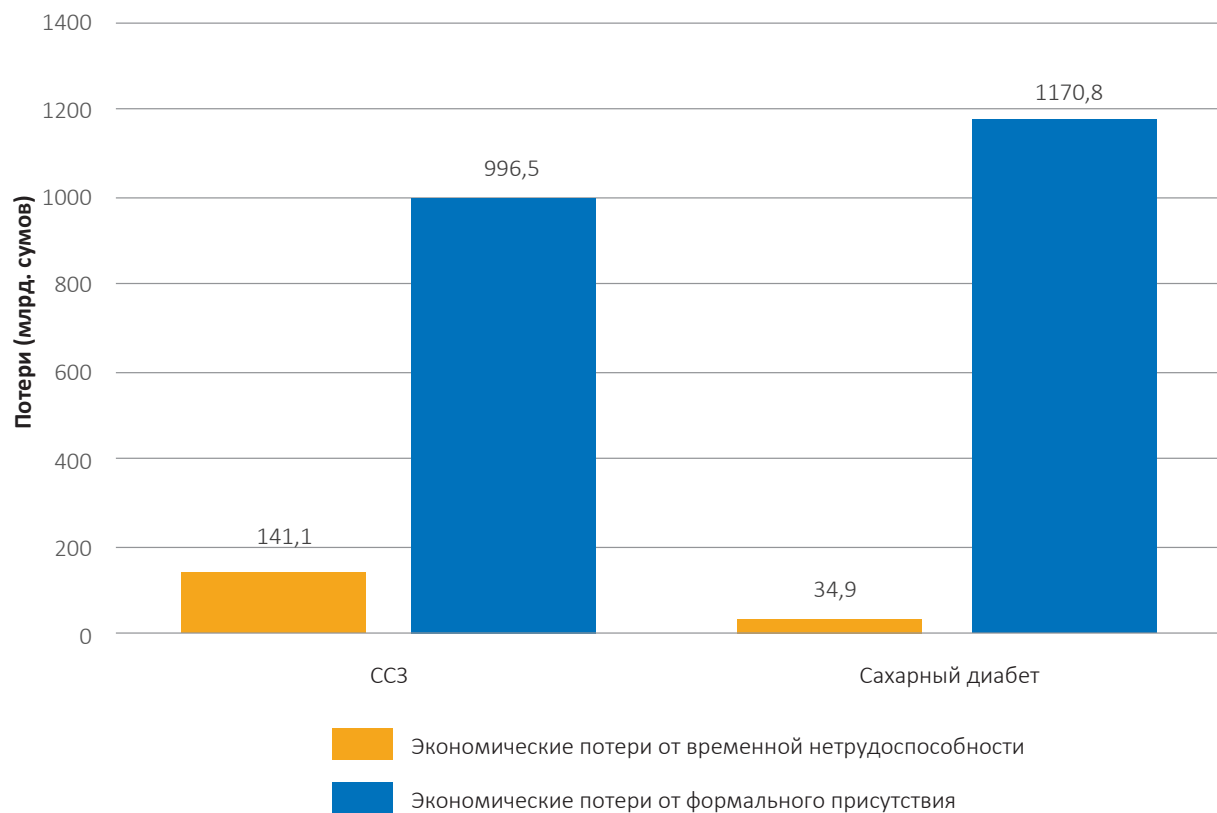
Потери для экономики

Для Узбекистана потери для экономики, обусловленные НИЗ, моделировались, исходя из снижения уровня участия в рабочей силе, повышения уровней временной нетрудоспособности и формального присутствия на работе, а также потерь вследствие преждевременной смертности.

Расчет потерь для экономики (потери от временной нетрудоспособности, формального присутствия на работе и преждевременной смертности) проводился на основе метода оценки человеческого капитала.

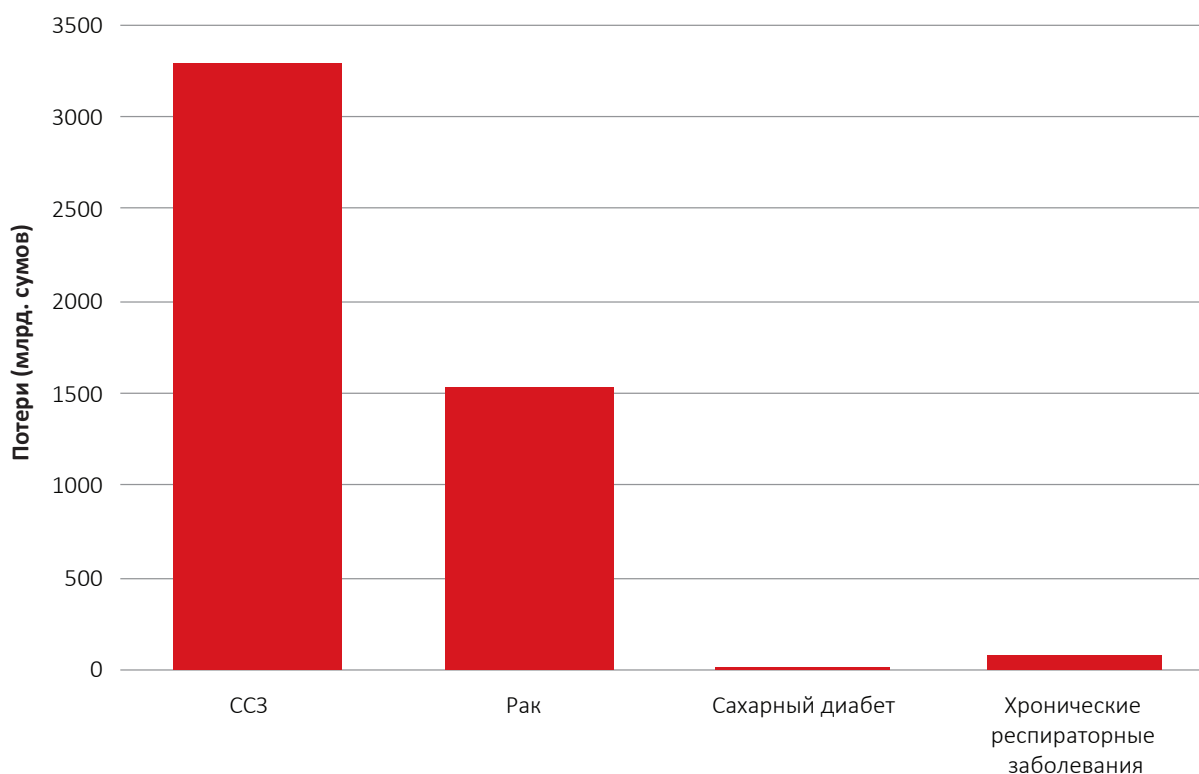
Расчет потерь от временной нетрудоспособности и формального присутствия на работе основывался на доле фактически занятой рабочей силы с НИЗ (рисунок 3). Расчет мог быть произведен только для ССЗ и диабета, поскольку соответствующие исследования по хроническим респираторным и онкологическим заболеваниям в литературе отсутствуют. По оценкам, ежегодные потери производительности, обусловленные временной нетрудоспособностью, эквивалентны полной потере производительности 9413 работниками с ССЗ и 2329 работниками с диабетом, что обходится экономике Узбекистана в 176 млрд. сумов. Соответствующий расчет объема потерь, обусловленных формальным присутствием на работе, показал, что они эквивалентны полной потере производительности 66 483 работниками с ССЗ и 78 116 работниками с диабетом, что обходится экономике в 2 167,3 млрд. сумов.

Рисунок 3. Потери от временной нетрудоспособности и формального присутствия на работе по причине наличия ССЗ и диабета, 2016 г., млрд. сумов



Потери вследствие преждевременной смертности в Узбекистане рассчитывались на основе утраченного объема производства, эквивалентного общему объему производства, который мог бы быть произведен работниками в течение их жизни до достижения пенсионного возраста. Потери, ассоциированные с преждевременной смертностью, рассчитывались путем умножения ВВП на одного занятого на коэффициент трудового участия, на показатель уровня занятости населения определенной возрастной группы, и на 247 674 лет жизни, потерянных в 2016 году по причине наличия 4 основных групп НИЗ. Общие потери, обусловленные преждевременной смертностью работников, оценивались в 4 940,8 млрд. сумов (рисунок 4).

Рисунок 4. Потери от преждевременной смертности от НИЗ, 2016 г., млрд. сумов



Из четырех групп НИЗ, с ССЗ связаны самые высокие потери, ассоциированные с преждевременной смертностью. Диабет не является основной причиной преждевременной смертности, несмотря на то, что им обусловлено снижение производительности труда работника при его формальном присутствии на работе.

Общий экономический ущерб

В таблице 10 суммируются общие объемы прямых затрат и потерь для экономики, обусловленных НИЗ, в Узбекистане. Потери для экономики превышают прямые затраты почти в 3,5 раза (7,3 трлн. сумов). Предполагаемые государственные затраты на лечение 4 основных групп НИЗ уже составляют 2,1 трлн. сумов, а дополнительные потери для экономики вследствие временной нетрудоспособности, формального присутствия и преждевременной смертности исчисляются в 7,3 трлн. сумов. Эти цифры были бы гораздо выше, если бы было возможно рассчитать потери от временной нетрудоспособности и формального присутствия для онкологических и респираторных заболеваний.

Таблица 10. Экономический ущерб от НИЗ в Узбекистане (млрд. сумов), 2016 г.

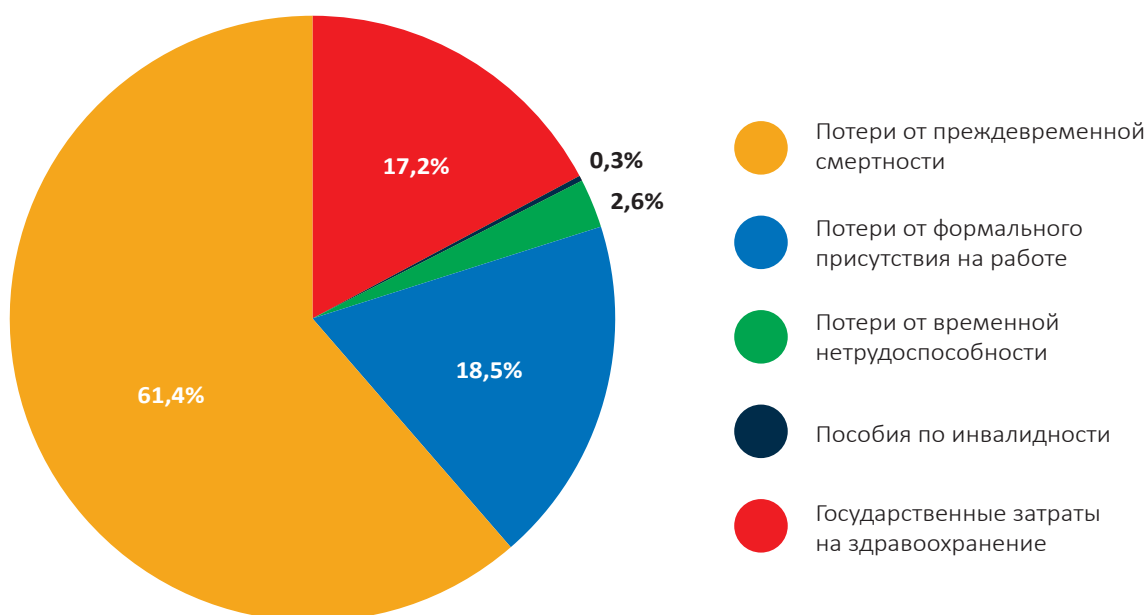
Экономический ущерб	ССЗ	Рак	Эндокринные и метаболические заболевания (в основном диабет)	Хронические респираторные заболевания	Всего
Прямые затраты					
Здравоохранение					
<i>Государственные затраты</i>	924,6	462,3	276,0	400,2	2 063,1
Затраты, не связанные со здравоохранением					
<i>Пособия по инвалидности</i>	14,8	13,5	4,7	----	33,0
Общий объем прямых затрат	939,4	475,8	280,7	400,2	2 096,1
Потери для экономики					
Временная нетрудоспособность	141,1	N/A	34,9	N/A	176,0
Формальное присутствие	996,5	N/A	1 170,8	N/A	2 167,3
Преждевременная смертность	3 299,3	1 536,8	26,3	78,4	4 940,8
Общий объем потерь для экономики	4 436,9	1 536,8	1 232,0	78,4	7 284,1
Общий ущерб	5 376,3	2 012,6	1 512,7	478,6	9 347,2

N/A - сведения отсутствуют.

Общий ущерб, наносимый НИЗ экономике Узбекистана, составил 9,3 трлн. сумов, что эквивалентно 4,7% ВВП за 2016 год.

На рисунке 5 показана структура экономического ущерба от НИЗ в Узбекистане в 2016 году. Государственные затраты составляют лишь 17,2% всех затрат, связанных с НИЗ; это лишь «верхушка айсберга» общего экономического ущерба, наносимого НИЗ.

Рисунок 5. Структура экономического ущерба от НИЗ в Узбекистане, 2016 г.



Затраты на осуществление вмешательств

Затраты на осуществление вмешательств были рассчитаны для периода 2018-2032 гг. В таблице 11 показаны объемы затрат на проведение вмешательств для каждого из первых пяти лет этого периода, а также для пятилетнего и пятнадцатилетнего периодов.

Затраты на проведение клинических вмешательств, направленных на лечение ССЗ, представляют собой крупнейшую статью затрат. Затраты на лечение пациентов с ССЗ и диабетом составят 7,9 млрд. сумов в базовом году и возрастут до 47,5 млрд. сумов к 2022 году. Осуществление полного пакета клинических вмешательств по ССЗ и диабету в течение 5-летнего периода расширения масштабов обойдется стране в 140,7 млрд. сумов.

Общие затраты на осуществление пакета мер борьбы против табака, в соответствии с рекомендациями MPOWER, составят 6,6 млрд. сумов за период 5 лет и 29,5 млрд. сумов за период 15 лет, однако затраты на осуществление индивидуальных вмешательств, входящих в пакет мер, варьируются. Некоторые меры политики, такие как кампании в средствах массовой информации или защита людей от курения, имеют высокие запланированные затраты. Тем не менее, существует целый ряд недорогих антитабачных мер, в том числе размещение предупреждений на упаковках табачных изделий, введение запретов на рекламу табака и повышение налогов.

Таблица 11. Предполагаемые затраты на проведение мер политики и клинических вмешательств (млрд. сумов), 2018-2032 гг.

Пакет вмешательств	2018	2019	2020	2021	2022	Общие затраты за 5 лет	Общие затраты за 15 лет
Пакет мер борьбы против табака	1,7	1,6	1,5	1,7	1,6	6,5	29,6
Пакет мер борьбы против вредного употребления алкоголя	2,6	2,8	3,0	3,3	3,6	11,7	89,0
Пакет мер по повышению осведомленности о преимуществах физической активности	1,4	1,6	1,6	1,6	1,6	6,2	32,2
Пакет мер, направленный на снижение потребления соли	2,3	1,8	1,8	1,8	1,8	7,6	16,7
Все меры политики, всего	8,0	7,8	7,9	8,4	8,6	32,0	167,5
Пакет клинических вмешательств по ССЗ и диабету	7,9	18,7	28,5	38,1	47,5	140,7	1 221,8

Улучшение показателей здоровья

Осуществление всех пакетов мер дает значительное сокращение числа жизней, утраченных по причине наличия ССЗ (таблица 12). Наибольший эффект будет иметь осуществление пакета мер, направленных на снижение потребления соли (60 745 спасенных жизней); за ним следует пакет клинических вмешательств по лечению ССЗ и диабета (18 392) и пакет мер борьбы против табака (18 174).

Таблица 12. Предполагаемое улучшение показателей здоровья за 15-летний период

Пакет вмешательств	Число предотвращенных инсультов	Острая ИБС	Число предотвращенных смертей	Добавленные годы здоровой жизни
Клинические вмешательства по ССЗ и диабету	29 407	21 004	18 392	102 747
Меры борьбы против табака	35 626	20 324	18 174	181 649
Меры, направленные на сокращение вредного употребления алкоголя	28 721	9 006	7 328	97 861
Меры, направленные на повышение уровней физической активности	31 248	20 220	14 301	155 554
Меры, направленные на снижение потребления соли	88 821	74 902	60 745	478 595

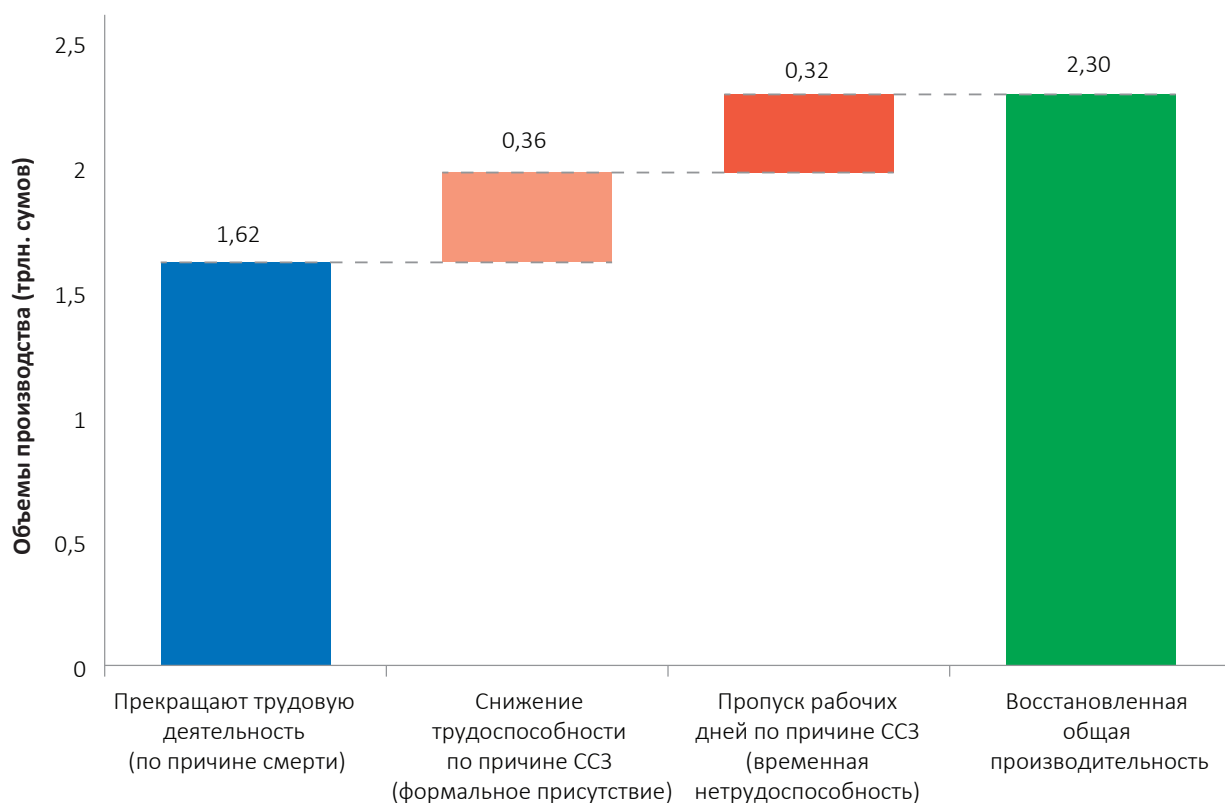
Осуществление каждого пакета мер также способствует увеличению числа лет здоровой жизни населения. Осуществление клинических вмешательств, направленных на лечение ССЗ, а также мер, направленных на борьбу против табака и снижение потребления соли, способствует предотвращению

инсультов и сердечно-сосудистых событий, тем самым предотвращая развитие инвалидизирующих состояний (например, частичного паралича после инсульта), усугубляющих боль и страдания, снижающих мобильность и вызывающих нарушение мышления и речи.

Экономический эффект

С группами НИЗ, включенными в настоящий анализ, связано снижение численности трудовых ресурсов и производительности труда, ассоциированное с преждевременной смертностью, сокращением числа отработанных дней (временная нетрудоспособность) и снижением производительности труда при формальном присутствии на работе (формальное присутствие). На рисунке 6 показан рост производительности труда в результате предотвращения смертности и заболеваемости за 15-летний период, как описано в таблице 12.

Рисунок 6. Восстановление объемов производства, ожидаемое вследствие осуществления мер, направленных на борьбу против табака, увеличение уровней физической активности, снижение потребления соли, и профилактических вмешательств по ССЗ, 15-летний период



Наибольший положительный эффект на производительность труда окажет снижение смертности (70.4% общего роста производительности); за ней следует сокращение числа дней формального присутствия (15,6%) и временной нетрудоспособности (14,0%). Осуществление пакетов мер и клинических вмешательств по лечению ССЗ и диабета в первичной медико-санитарной помощи за 15-летний период позволит обеспечить чистую текущую стоимость в 2,3 трлн. сумов за счет прироста производительности труда (что эквивалентно 1,2% ВВП Узбекистана за 2016 год).

ROI

Сравнение затрат и эффекта от осуществления каждого пакета вмешательств показывает, что все включенные в анализ вмешательства, направленные на профилактику НИЗ, связанные с нездоровыми моделями поведения, на уровне всего населения - меры борьбы против табака и алкоголя, меры,

направленные на сокращение потребления соли и повышение уровней физической активности – имеют ROI более 1 сума на каждый 1 сум, вложенный в осуществление этих мер в течение 15 лет (таблица 13).

Таблица 13. Затраты, эффект от осуществления и ROI, по пакетам вмешательств, за периоды 5 и 15 лет (млрд. сумов)

Пакет вмешательств	5 лет			15 лет		
	Общие затраты	Общий выигрыш в производительности	ROI	Общие затраты	Общий выигрыш в производительности	ROI
Табак	6,0	45,7	7,3	29,6	394,7	13,0
Алкоголь	11,7	4,0	0,4	89,0	175,7	1,9
Физическая активность	6,2	27,3	3,9	32,2	319,1	9,6
Соль	6,7	57,5	8,3	16,7	1 232,8	64,8
Клинические вмешательства по ССЗ	140,7	41,2	0,3	1 221,8	175,7	0,3

Меры, направленные на сокращение потребления соли, имеют самый высокий ROI: на каждый сум, инвестированный в пакет мер по снижению потребления соли, ожидается получить 8,3 сума в первые пять лет и 64,8 сумов за 15 лет. Пакет мер борьбы против табака также характеризуется высоким ROI как за 5-летний, так и за 15-летний период, равно как и пакет мер по увеличению уровней физической активности. Пакет мер борьбы с вредным употреблением алкоголя дает ROI, равный 1,9 за 15-летний период.

Пакет клинических вмешательств, хоть и является важным для осуществления права на здоровье, дает возврат инвестиций менее 1 сума на каждый вложенный сум. Такая ситуация часто встречается в экономике здравоохранения из-за высоких затрат, связанных с медицинским лечением. Кроме того, эти варианты лечения (вторичная профилактика после острых событий) имеют низкий потенциал увеличения коэффициента трудового участия после инсульта, инфаркта миокарда и диабета.

Пакеты мер (направленные на сокращение потребления соли, борьбу против табака и повышение уровней физической активности) представляют собой явно выраженные «лучшие покупки», предлагающие самые высокие ROI за 15-летний период.

6. Выводы

НИЗ представляют значительную угрозу для здоровья населения и экономического развития Узбекистана. В настоящем докладе приводится аргументация в пользу дальнейшего инвестирования в меры, направленные на борьбу с НИЗ. В нем оценивается экономический ущерб от НИЗ для страны и затраты на проведение конкретных вмешательств. В докладе предлагается анализ возврата инвестиций для пяти пакетов мер с целью выявления наиболее экономически выгодных.

В стране существуют хорошо разработанные политические и законодательные механизмы для решения проблемы НИЗ, особенно направленные на борьбу с факторами риска, однако пока отсутствует комплексная программа или план действий по НИЗ. Разрабатывается межсекторальная Программа формирования здорового образа жизни и профилактики и борьбы с НИЗ. Обзор текущей ситуации

с осуществлением вмешательств в отношении НИЗ на уровне мер политики и индивидуальных вмешательств выявил пробелы в реализации рекомендованных ВОЗ экономически выгодных профилактических и клинических вмешательств в отношении НИЗ и привлек внимание к тем направлениям, которые нуждаются в укреплении и расширении масштабов для обеспечения 100% охвата. Несмотря на то, что фактические данные свидетельствуют, например, об избыточном потреблении соли, эффективная политика и меры по его снижению отсутствуют, также как отсутствует политика в отношении маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков детям. Могут быть приняты дополнительные меры для снижения употребления табака и обеспечения соблюдения обязательств РКБТ ВОЗ, в частности в отношении регулирования и налогообложения сигарет и *насвая*, а также предупреждений о вреде курения и создания среды, свободной от табачного дыма. Необходим устойчивый национальный межсекторальный координационный механизм по НИЗ, который позволит объединить и укрепить существующие межведомственные инициативы по НИЗ в Узбекистане.

Анализ экономического ущерба показал, что общие экономические потери от НИЗ составили в 2016 году 9,3 трлн. сумов в год, что эквивалентно 4,7% ВВП страны за 2016 г. Прямые затраты на здравоохранение составляют одну пятую часть этой суммы; более половины обусловлено преждевременной смертностью (61,4% от общей суммы ущерба). Преждевременная смертность от НИЗ обходится экономике в 4,9 трлн. сумов. Помимо преждевременной смертности, в анализе были также количественно оценены потери производительности по причине временной нетрудоспособности (число дней отсутствия на рабочем месте) и формального присутствия (снижение эффективности во время присутствия на рабочем месте) работников с ССЗ и диабетом. Расчет экономического ущерба включал государственные затраты на здравоохранение, но не включал частные расходы. Однако целью анализа был не полный анализ затрат, а анализ затрат с точки зрения государственных расходов и возможного возврата инвестиций.

Меры, направленные на профилактику НИЗ в Узбекистане, являются относительно недорогими и экономически выгодными. Их осуществление потребует вовлечения секторов, находящихся за пределами сектора здравоохранения, таких как сектор финансов, экономики и торговли, и положительный эффект от инвестирования в меры борьбы с НИЗ распространится на все правительство и все общество в целом. Экономический анализ был проведен для пяти пакетов мер: четырех пакетов мер, направленных на снижение распространенности поведенческих факторов риска развития НИЗ - употребление табака, вредное употребление алкоголя, недостаток физической активности и чрезмерное потребление соли - и пакета клинических вмешательств, направленных на лечение ССЗ и диабета. Затраты на осуществление пакетов мер политики, направленных на сокращение употребления табака, алкоголя и соли, а также на увеличение физической активности, были оценены в 6,5 млрд. сумов, 11,7 млрд. сумов, 7,6 млрд. сумов и 6,2 млрд. сумов за 5-летний период, соответственно. Клинические вмешательства, направленные на лечение ССЗ и диабета, оказались самыми дорогими: затраты на их осуществление составят 140,7 млрд. сумов.

Согласно результатам экономического моделирования для анализа ROI, наиболее высокий ROI обеспечивают меры, направленные на сокращение потребления соли. Исходя из этого, первоочередное внимание должно быть незамедлительно уделено расширению эффективных инициатив по снижению потребления соли. Это не повлияет отрицательно на осуществление других инициатив, таких как йодирование соли, которые должны иметь универсальный характер и проводиться в соответствии с политикой ВОЗ. Правительство может принять цели по сокращению содержания соли в промышленно производимых готовых продуктах (таких как хлеб, мясные продукты, острые закуски и напитки), установив максимально допустимые пределы посредством регулирования. Кроме того, правительство может предпринять согласованные усилия по введению обязательного указания количественного содержания натрия на упаковке и внедрить систему маркировки пищевых продуктов на лицевой стороне упаковок, которая дает оценочное суждение о содержании натрия (например, «высокое», «среднее» или «низкое»). Правительство может ввести обязательные ограничения на маркетинг продуктов с высоким содержанием соли (в дополнение к маркетингу продуктов с высоким содержанием жира и сахара).

Наконец, грамотность населения относительно важности сокращения потребления соли может быть улучшена посредством современных информационных кампаний и применения консультирования персоналом первичной медико-санитарной помощи. Снижение употребления табака, например, посредством выполнения обязательств РКБТ ВОЗ, таких как регулирование, увеличение налога на табачные изделия и обеспечение соблюдения положения о создании среды, свободной от табачного дыма, а также повышение уровней физической активности населения, также обеспечат значительный ROI. Экономические преимущества осуществления этих пакетов мер значительно превосходят объемы затрат на их проведение, особенно в долгосрочной перспективе. Коэффициент соотношения затрат и выгод для пакета мер, направленных на сокращение потребления соли, составляет 64,8 за 15-летний период.

Признавая значительность ущерба, наносимого НИЗ здоровью населения и экономике Узбекистана, настоящий доклад дает основание утверждать, что существует потенциал для дальнейшего осуществления мер профилактики НИЗ как на уровне всего населения, так и на индивидуальном уровне, и что осуществление этих мер обеспечит достойный возврат инвестиций. Внедрение пакетов мер потребует структурированного вовлечения секторов за пределами сектора здравоохранения, таких как секторы финансов, экономики и торговли, которые в свою очередь получают существенные преимущества от участия в решении проблемы НИЗ.

7. Библиография

Anesetti-Rothermel A, Sambamoorthi U (2011). Physical and mental illness burden: disability days among working adults. *Popul Health Manag.* 14:223–30.

Avenir Health (2017). One Health Tool [website]. Glastonbury, CT: Avenir Health (<http://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).

Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S et al. (2011). The global economic burden of non-communicable diseases, Geneva: World Economic Forum (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18806en/>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).

Garg CC, Evans DB (2011). What is the impact of noncommunicable diseases on national health expenditures: a synthesis of available data. Geneva: World Health Organization (NCD discussion paper no. 3; <http://www.who.int/healthsystems/NCDdiscussionpaper3.pdf>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).

Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 380:219–29.

Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med.* 2014;371:624–34.

Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D et al. (2003). Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med.* 45:1303–11.

WHO (2012). Sodium intake for adults and children: guideline. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/en/, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).

WHO (2018b). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).

WHO and UNDP (2018). Noncommunicable disease prevention and control: a guidance note for investment cases. Geneva: World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2017). Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe. Theme in focus: progress monitor indicators. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/who-european-office-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncd-office/publications-and-tools/monitoring-noncommunicable-disease-commitments-in-europe.-theme-in-focus-progress-monitor-indicators-2017>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).

Приложение 1. Данные, использованные для расчета ущерба, наносимого НИЗ

Таблица А1. Доля затрат на лечение основных групп НИЗ в общих затратах на здравоохранение

Категория	Австралия	Канада	Чехия	Германия	Эстония	Франция	Грузия	Венгрия	Индия	Республика Корея	Нидерланды	Словения	США
Уровень доходов по классификации Всемирного банка	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Низже среднего	Высокий	Низже среднего	Высокий	Высокий	Высокий	Высокий
Доля Сердечно- затрат по группе болезней	8.6%	9.0%	9.2%	16.2%	22.0%	12.0%	0.8%	18.4%	15.6%	13.4%	11.1%	13.6%	17.0%
Онкологические заболевания	4.7%	3.1%	5.5%	7.9%	9.4%	7.1%	1.9%	8.2%	4.7%	7.7%	5.5%	6.7%	7.2%
Эндокринные заболевания и метаболические нарушения	4.4%	2.1%	2.0%	4.0%	5.4%	3.9%	0.0%	6.1%	4.8%	4.1%	2.7%	2.4%	4.4%
Респираторные заболевания	4.8%	4.5%	3.2%	5.4%	7.2%	7.3%	0.4%	5.8%	8.9%	10.8%	4.9%	6.2%	6.6%
Всего для 4 групп НИЗ	22.5%	18.7%	19.9%	33.5%	44.0%	30.3%	3.1%	38.5%	34.0%	36.0%	24.2%	28.9%	35.2%

Источник: адаптировано из Garg CC, Evans DB (2011). What is the impact of noncommunicable diseases on national health expenditures: a synthesis of available data. Geneva: World Health Organization (NCD discussion paper no. 3; <http://www.who.int/healthsystems/NCDdiscussionpaper3.pdf>, по состоянию на 24 сентября 2018 г.).

Таблица А2. Данные о производительности

Заболевание	Значение параметра	Год	Источник данных	Подробная информация об источнике данных
Снижение коэффициента трудового участия				
Гипертония	11,0%	2009	Barnay & Debrand	Barnay T, Debrand T (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. Questions d'Économie Santé. 109 (http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html), по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
Инсульт	11,0%	2009	Barnay & Debrand	Barnay T, Debrand T (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. Questions d'Économie Santé. 109 (http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html), по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
ОИМ	11,0%	2009	Barnay & Debrand	Barnay T, Debrand T (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. Questions d'Économie Santé. 109 (http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html), по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
Диабет 2 типа	11,0%	2009	Barnay & Debrand	Barnay T, Debrand T (2006). Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe. Questions d'Économie Santé. 109 (http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html), по состоянию на 24 сентября 2018 г.).
Сокращение отработанного рабочего времени из-за временной нетрудоспособности				
Гипертония	0.5%	2011	Mitchell & Bates	Mitchell RJ, Bates P (2011). Measuring health-related productivity loss. Popul Health Manag. 14(2): 93–8.
Инсульт	5.5%	2011	Mitchell & Bates	Mitchell RJ, Bates P (2011). Measuring health-related productivity loss. Popul Health Manag. 14(2): 93–8.
ОИМ	1.1%	2011	Mitchell & Bates	Mitchell RJ, Bates P (2011). Measuring health-related productivity loss. Popul Health Manag. 14(2): 93–8.
Диабет 2 типа	0.3%	2011	Mitchell & Bates	Mitchell RJ, Bates P (2011). Measuring health-related productivity loss. Popul Health Manag. 14(2): 93–8.
Снижение производительности вследствие формального отсутствия на работе				
ССЗ и инсульт	3.7%	2011	Wang et al.	Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D et al. (2003). Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. J Occup Environ Med. 45(12):1303–11.
Диабет	11%	2011	Holden et al.	Holden L, Scuffham PA, Hilton MF, Ware RS, Vecchio N, Whiteford HA (2011). Which health conditions impact on productivity in working Australians? J Occup Environ Med. 53(3):253–7. doi:10.1097/JOM.0b013e31820d1007.
Время, необходимое для замещения работника (% года)	20%	2012	Boushey & Glynn	Boushey H, Glynn SJ (2012). There are significant business costs to replacing employees. Washington (DC): Center for American Progress (https://www.americanprogress.org/issues/labor/report/2012/11/16/44464/there-are-significant-business-costs-to-replacing-employees/), по состоянию на 24 сентября 2018 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int