

О Т Ч Е Т

о визите в Туркменистан д-ра Энрике ЛОЙОЛЫ, Координатора программы ВОЗ по контролю за неинфекционными заболеваниями, Офис ВОЗ в России, профессора А.Е.ИВАНОВОЙ, Директора Сотрудничающего Центра ВОЗ по анализу статистики здоровья населения (Россия) и г-жи Д.А.СЮНЯКОВОЙ, старшего научного сотрудника Центрального научно-исследовательского Института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России 6-13 февраля 2016 г.

Цель визита: оценить систему сбора и формирования медицинской статистики в Туркменистане с позиций возможности оценки на ее основе индикаторов Глобального мониторинга НИЗ.

В рамках визита состоялись следующие встречи с:

- д-ром А. Атаевым, Заместителем министра здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана;
- д-ром Эргешовым, Начальником лечебно-профилактического отдела МЗ и МПТ;
- д-ром Бахар Агаевой, Начальником отдела информации и статистики МЗиМПТ;
- д-ром О. Гуйджевой, Директором Статистического центра здравоохранения МЗиМПТ;
- г-жой О. Гельдыевой, Директором Информационного Центра МЗиМПТ;
- д-ром Миве Бердымурадовой, Директором Научно-клинического центра Онкологии и ознакомление с работой по созданию регистра онкологических больных;
- д-ром Я. Гараджаевым, Директором Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии и ознакомление с работой Центра по мониторингу и оценке кардиологической службы;
- г-жой Б.Гайыровой, Руководителем Аналитического отдела международного учебно-научного центра МЗиМПТ и ознакомление с работой Аналитического отдела МЗиМПТ;
- визит в Учреждение первичного звена здравоохранения для ознакомления с системой регистрации медицинской информации на уровне первичного звена («электронные медицинские карты»).

По результатам проведенных встреч и обсуждений со специалистами различных учреждений здравоохранения, органов управления здравоохранением и

аналитических подразделений складывается следующая **ситуация с информационным обеспечением мониторинга НИЗ.**

1. Организация медицинской помощи. Медицинская помощь оказывается на трех уровнях: на районном, областном и центральном, в Национальных клинических высокотехнологичных Центрах. Житель Туркменистана может обратиться в любое учреждение здравоохранения, как по месту жительства, так и в любом другом месте, включая высокотехнологичные центры. Таким образом, необходим инструмент, позволяющий объединять информацию о контактах пациента с различными структурами оказания медицинской помощи.
2. Финансирование медицинской помощи. В не зависимости от места жительства медицинская помощь оказывается бесплатно семейным врачом, а специализированная помощь - декретированным контингентам (дети, подростки, беременные женщины, инвалиды, участники ВОВ, Афганских и Чернобыльских событий, и отдельные категории больных), остальным категориям – платно. В Туркменистане функционирует система добровольного медицинского страхования (ДМС). Размер страховых взносов составляет ежемесячно 2% от заработной платы, стипендий, пенсий и доходов, а для граждан без систематических доходов – от установленной базовой величины. ДМС дает 50%-ную скидку на обследование и лечение, 90%-ную скидку на лекарственные препараты (из списка страхового перечня лекарств), 50%-ную скидку на санаторное оздоровление (1 раз в год), право на выбор семейного врача и ЛПУ. Предпринимаются шаги для улучшения доступа к специализированной и высокотехнологичной помощи категорий населения с низкими доходами, не относящимся к льготным (декретированным) группам, в том числе – лицам с НИЗ, не имеющим инвалидности.
3. Статистический учет медицинской помощи при заболеваниях.
 - Учетным документом в амбулаторно-поликлинических учреждениях является статистический талон для регистрации уточненных (заключительных) диагнозов, который содержит следующие характеристики: ФИО, пол, год рождения, адрес, уточненный (заключительный) диагноз и его код по МКБ-10. В талоне отмечается, был ли это новый случай или ранее выявленное заболевание.
 - В стационаре учетным документом является карта выбывшего из стационара. Она содержит следующие характеристики: ФИО, год рождения, адрес, дата поступления, дата выписки, отделение, диагноз при поступлении, диагноз при выписке (и коды диагнозов по МКБ-10), причина выписки (выздоровление, улучшение, смерть,

перевод в другое отделение/стационар), патологоанатомический диагноз в случае смерти, проведенные оперативные вмешательства и их даты, наличие осложнений.

- Помимо общей системы учета существуют особенности, характерные для регистрации ряда заболеваний, в том числе онкологических. По месту выявления онкологического заболевания заполняется извещение, а также протокол на запущенный случай, если выявляется новообразование на 3-й – 4-й стадии. В извещении содержатся следующие признаки: ФИО, пол, год рождения, место жительства, диагноз. Извещение и протокол отправляется в поликлинику по месту обслуживания пациента, где он берется на диспансерный учет. На каждого пациента ведется, наряду с амбулаторной, индивидуальная контрольная карта диспансерного наблюдения. В ней фиксируются помимо паспортных признаков также: пол, год рождения, место жительства, место работы, даты посещений, проведенные манипуляции, изменения диагноза. Информация передается с уровня поликлиники на 2 уровень (диспансер – госпиталь). Сверка данных производится периодически.

4. Формирование статистической медицинской отчетности. На основе учетных документов в каждом лечебно-профилактическом учреждении составляются государственные и ведомственные виды статистических отчетов. Эти отчеты в настоящее время составляются путем сортировки и группировки учетных документов и внесения данных в компьютер для формирования статистических отчетов. Далее статистический отчет в электронном виде передается на следующий уровень, где он суммируется с аналогичными отчетами других учреждений. Таким образом, отчеты от городского и районного уровня поступают на областной уровень, а затем и на центральный уровень (Статистический центр здравоохранения) для формирования отчетов в целом по стране.

Помимо учреждений здравоохранения, подведомственных системе МЗиМП, существуют ЛПУ, обслуживающие сотрудников других ведомств: Министерства обороны, внутренних дел, гражданской авиации и другие. Эти ЛПУ формируют статистические отчеты по тому же алгоритму, что и ЛПУ, подведомственные МЗиМП. Но отчетность они представляют в Государственный комитет по статистике. Туда же представляет отчетность и Статистический Центр МЗиМП. В Государственном Комитете по статистике формируется государственный статистический отчет о заболеваниях, материально-технических, кадровых ресурсах и деятельности учреждений здравоохранения.

5. Новые возможности.

- В ЛПУ г. Ашхабада осуществляется реализация проекта по электронному документообороту. Центром системы является база данных прикрепленного населения, которая может обновляться за счет дополнения новых пациентов, обратившихся в данное учреждение. Вход в базу данных осуществляется по электронной карте пациента, содержащей набор паспортных данных, позволяющих однозначно идентифицировать индивида. Регистратура осуществляет направление пациента к врачу или на диагностические исследования в электронном режиме. У каждого специалиста в кабинете установлен компонент компьютерной системы, позволяющей видеть и редактировать записи истории болезни данного пациента, включая данные проведенных диагностических исследований. Реализация этого проекта во всех ЛПУ могла бы позволить решать следующие задачи:

- аккумулировать информацию о контактах пациента с различными ЛПУ;
- на различных уровнях оказания медицинской помощи вести регистры пациентов с НИЗ;
- сформировать базы данных для проведения аналитических исследований по оценке эффективности медицинских вмешательств, качеству оказания медицинской помощи, контролю факторов риска у пациентов с НИЗ и другие задачи.

Вместе с тем, демонстрационный проект информационной системы пока не содержит процедур и алгоритмов, позволяющих решать аналитические задачи.

- На базе поликлиники № 10 г. Ашхабада рассматривается проект анкетирования прикрепленного на участке населения силами семейного врача и медсестры. Анкета содержит в числе прочих вопросы о факторах риска НИЗ. Вместе с тем, представленный проект анкеты пока является слишком объемным; рассчитан на ответы в текстовом варианте; отсутствует техническое задание на компьютерную обработку и анализ данных. Кроме того, повсеместное внедрение практики подобных опросов избыточно для целей оценки распространенности факторов риска, для чего достаточно проведение выборочных исследований.

6. Статистический учет данных о смертности. Поскольку в рамках визита не было предусмотрено посещение Государственного комитета Туркменистана по статистике, информация о статистическом учете данных о смертности получена в ходе обсуждения со специалистами Статистиче-

ского Центра МЗиМП, поликлиники № 10 г. Ашхабада, госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии.

Врачебное свидетельство о смерти выписывается в течение 3-х дней после наступления смерти. Если его не забирает родственник, в течение месяца, оно отправляется ЛПУ в органы ЗАГС. Для контроля и выявления медицинских свидетельств, которые были получены в ЛПУ, но не донесены родственниками в органы ЗАГС, проводится ежемесячная сверка.

Если смерть наступила дома и семья не вызвала врача для констатации смерти и оформления свидетельства о смерти, мулла напоминает родственникам о необходимости пригласить врача (результат работы с духовенством). Если захоронение состоялось до визита врача, родственники обращаются в суд, который выносит решение, подтверждающее факт смерти. Решение суда передается в органы ЗАГС для оформления свидетельства о смерти.

По мнению специалистов Туркменистана, в стране обеспечивается высокая полнота учета случаев смерти (более 90%). Однако, как показал переход в 2007 г. на новые, рекомендованные ВОЗ, критерии живорождения, младенческая смертность выросла лишь к 2010 г. (с 12,1% (2006г.) до 15,8% (2010г.), на 31%), хотя наибольший прирост должен был произойти в первый год после перехода на новые критерии.

Для контроля качества кодирования причин смерти специалистами МЗ и МП Туркменистана, периодически проводится учеба, мониторинг, осуществляемый с привлечением специалистов из ведущих научно-клинических центров и ЛПУ всех уровней. Вместе с тем, проблемой остаются случаи, когда факт смерти установлен по решению суда. В этом случае выставляется диагноз «причина смерти не известна». По свидетельству специалистов доля таких случаев составляет до 5% в Ашхабаде, и 7%-10% в районах.

Проблемы и ограничения существующей на сегодняшний день системы сбора информации о НИЗ:

1. Статистический медицинский отчет содержит не полную информацию о заболеваемости НИЗ, дифференцированную по крупным возрастным группам (выделены категории детского, подросткового и взрослого населения), не полный набор диагностических групп. Исключение составляет отчет по онкологическим заболеваниям, туберкулезу, который содержит данные по широкому набору диагнозов, в 5-летней группировке по возрасту, а также полу.
2. Статистические медицинские отчеты не содержат информации по распространенности факторов риска, а также данных о профилактических вмешательствах, кроме общих сведений о числе проведенных лекций,

теле- и радиопередач, бесед и пр. Для оценки распространенности факторов риска необходимо проведение выборочных исследований.

3. Статистический отчет не содержит детализированных данных о проведенных медицинских вмешательствах, исключая общие цифры проведенных диагностических процедур и оперативных пособий без привязки к пациентам с определенными видами патологии.
4. Система электронного документооборота находится в стадии доработки, а, потому, пока не может рассматриваться как реальный источник информации для мониторинга НИЗ.
5. Поскольку в рамках визита не было предусмотрено посещение Государственного комитета Туркменистана по статистике, данные о смертности нуждаются в детальном анализе с целью установления полноты регистрации случаев смерти и достоверности кодирования причин смерти.

С учетом данных ограничений в настоящее время **Туркменистан располагает информацией из медицинской и государственной статистической отчетности (полностью или частично) для мониторинга следующих индикаторов:**

- преждевременная смертность от НИЗ (вероятность смерти в конкретном возрасте от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, или хронических заболеваний дыхательной системы);

- заболеваемость онкологической патологией по локализациям рака (количество новых случаев заболевания раком конкретного типа, происходящих в популяции за один год, на 100 тыс. населения);

- вредное потребление алкоголя: связанная с алкоголем заболеваемость и смертность (взрослые от 15 лет и старше, страдающие от расстройств, вызванных употреблением алкоголя (в соответствии с МКБ-10: F10.1 «Вредное употребление алкоголя»; F10.2 «Алкогольная зависимость» в течение конкретного календарного года);

- основные лекарственные средства и технологии для НИЗ (доля общественных и частных учреждений здравоохранения, имеющих: лекарства – по крайней мере, аспирин, статины, ингибитор ангиотензин-1-превращающего фермента, тиазид диуретик, блокатор кальциевых каналов длительного действия, бета-блокатор, метформин, инсулин, бронходилататор и стероидный ингалятор. Технологии – по крайней мере, прибор для измерения артериального давления, прибор для измерения веса, для измерения сахара в крови и уровня холестерина (с полосками и полосками мочи для анализа альбумина);

- паллиативное лечение (доступ к паллиативному лечению, оцениваемый с помощью морфинаэквивалент потребления сильных опиоидных анальгетиков (исключая метадон) в каждом случае смерти от рака);
- ликвидация транс-жиров (принятие национальной политики, ограничивающей поставки насыщенных жирных кислот и частично исключаящей гидрогенизированные растительные масла в пищевых поставках, соответственно, в пределах национального контекста и национальных программ);
- вакцинация против вируса папилломы человека (наличие вакцины против вируса папилломы человека как части национальной программы иммунизации);
- маркетинг для детей (политика по сокращению воздействия на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли);
- вакцинация против гепатита В (процентное отношение годовалых младенцев, получивших три дозы вакцины против гепатита В в данном году).

Для оценки и мониторинга следующих показателей требуется проведение специальных опросов населения. Целесообразно использовать анализ проведенных в Туркменистане опросов, включая STEPS, на предмет наличия необходимых данных по индикаторам:

- вредное потребление алкоголя: потребление на душу взрослого населения (потребление чистого алкоголя (этанол) в литрах на человека (от 15 лет и старше) в течение календарного года);
- вредное потребление алкоголя: эпизодические запои (эпизодические запои среди взрослого населения определяются, если они информируют об употреблении 6 (60 граммов) или более стандартных доз алкоголя за один прием);
- гиподинамия у подростков (процент подростков, участвующих в физической активности от умеренной до энергичной интенсивности менее 60 минут ежедневно. Подростки определяются в возрасте от 10 до 19 лет или в соответствии с национальным определением);
- гиподинамия у взрослых (стандартизованная по возрасту распространенность недостаточно физически активных лиц в возрасте старше 18 лет; в соответствии с критериями физической активности);
- потребление соли (среднее ежедневное стандартизованное по возрасту потребление населением соли (хлорид натрия, поваренная соль) в граммах среди взрослого населения старше 18 лет);

- потребление табака среди подростков (процент подростков, которые в настоящее время потребляют любые табачные изделия);
- потребление табака взрослыми (стандартизованная по возрасту распространённость текущего потребления табака среди взрослого населения в возрасте старше 18 лет);
- повышенное артериальное давление (доля лиц в возрасте 18 лет и старше, имеющих систолическое артериальное давление ≥ 140 и /или диастолическое артериальное давление ≥ 90);
- среднее артериальное давление (стандартизированное по возрасту среднее систолическое артериальное давление у лиц в возрасте 18 лет и старше);
- повышенное содержание глюкозы в крови / диабет (стандартизованная по возрасту распространённость повышенного содержания глюкозы в крови /диабета у лиц в возрасте 18 лет и старше или медикаментозное лечение по поводу повышенного содержания глюкозы в крови);
- избыточный вес и ожирение у подростков (распространённость избыточного веса и ожирения у подростков в соответствии с критериями роста и веса ВОЗ);
- избыточный вес и ожирение у взрослых (стандартизованная по возрасту распространённость избыточного веса и ожирения у лиц в возрасте 18 лет и старше в соответствии с критериями индекса массы тела (ИМТ));
- насыщенный жир (стандартизованная по возрасту средняя доля общего потребления энергии из насыщенных жирных кислот у лиц в возрасте 18 лет и старше);
- низкое потребление фруктов и овощей (стандартизованная по возрасту распространённость лиц в возрасте 18 лет и старше, потребляющих менее 5 порций (400 г) общего объема фруктов и овощей в день);
- повышенный общий холестерин (стандартизованная по возрасту распространённость повышенного холестерина среди лиц в возрасте 18 лет и старше в соответствии с критериями ≥ 5.0 ммоль/л (190 мг/дл);
- среднее общее количество холестерина (стандартизированное по возрасту среднее общее количество холестерина у лиц в возрасте 18 лет и старше);
- лекарственная терапия и консультирование для профилактики инфарктов и инсультов (доля лиц в возрасте 40 лет и старше с 10-летним риском $CC3 \geq 30\%$, включая лиц с имеющимися $CC3$, получающих лекарственную терапию и консультирование, включая гликемический контроль для предотвращения инфарктов и инсультов);

- скрининг на рак шейки матки (доля женщин в возрасте 30-49 лет, прошедших скрининг на рак шейки матки хотя бы раз, или чаще, и более низких или высоких возрастных групп по данным национальных программ или политики).

Рекомендации:

1. Проанализировать ТЗ (техническое задание) на разработку системы электронного документооборота на уровне поликлиники для оценки аналитических возможностей по мониторингу НИЗ.
2. Обосновать на основе данных последней переписи населения репрезентативную выборку для проведения опросов населения с целью мониторинга распространенности факторов риска дифференцированно по социально-демографическим признакам.
3. Целесообразно использовать анализ проведенных в Туркменистане опросов, включая STEPS, на предмет наличия необходимых данных о поведенческих факторах риска среди детского и взрослого населения.
4. Разработать программу по обучению сотрудников Статистического и Аналитического центров при МЗиМП Туркменистана методам анализа статистических данных в рамках мониторинга индикаторов НИЗ. Привлечь к этой работе возможности ЕРБ ВОЗ и СЦ ВОЗ.
5. Проанализировать программы высшего профессионального медицинского образования с тем, чтобы дополнить их изучением методов эпидемиологии и статистики.
6. Осуществить знакомство персонала Аналитического Центра с деятельностью аналитических подразделений в европейских странах и странах СНГ с тем, чтобы определить направления деятельности и спектр вопросов АЦ.
7. Провести при поддержке ВОЗ анамнестическое обследование для уточнения полноты регистрации случаев смерти.