



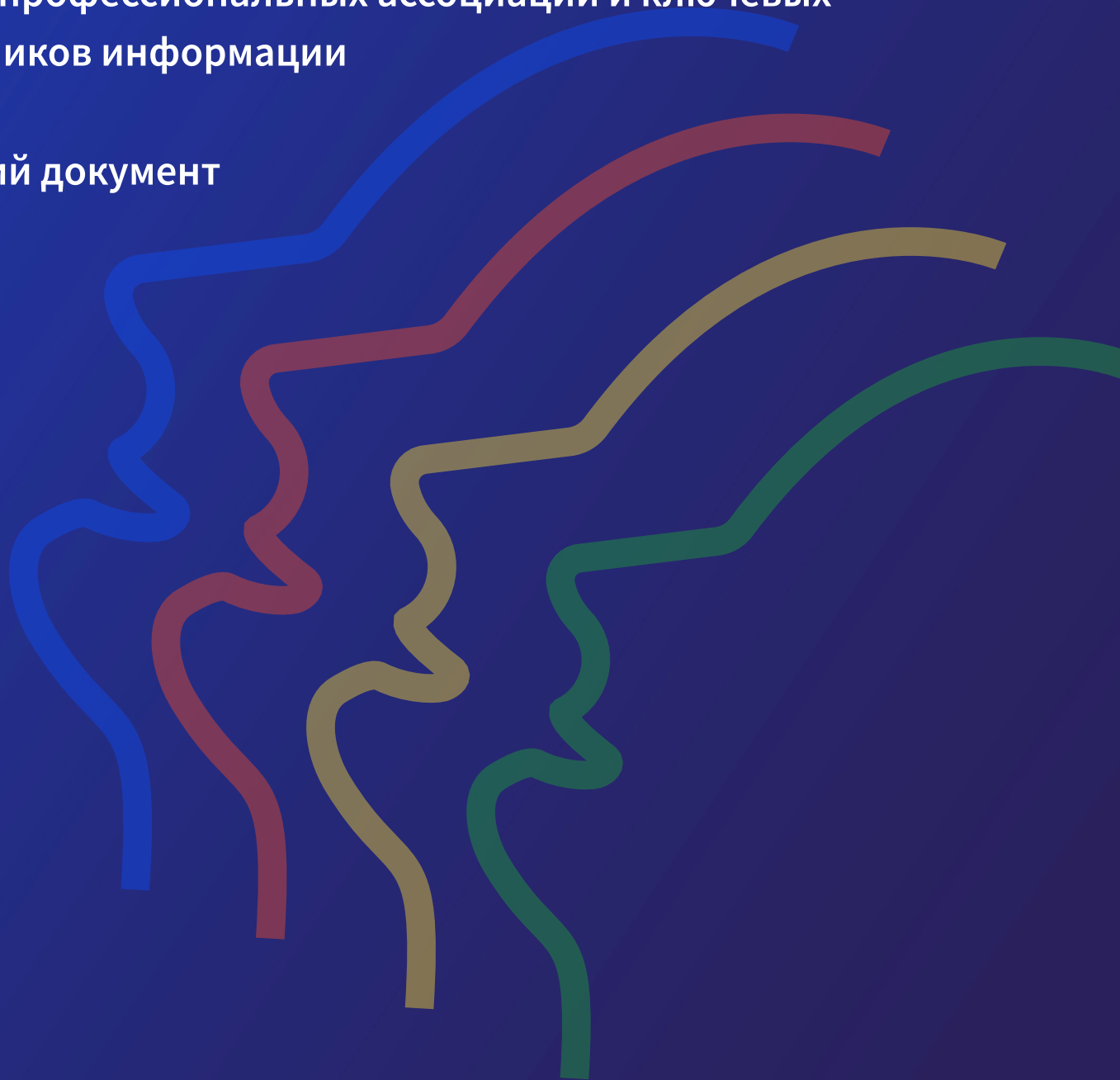
Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Скрининг на диабетическую ретинопатию в Европейском регионе ВОЗ: планы по разработке программ и факторы, способствующие и препятствующие проведению скрининга

Опрос профессиональных ассоциаций и ключевых
источников информации

Рабочий документ





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Скрининг на диабетическую ретинопатию в Европейском регионе ВОЗ: планы по разработке программ и факторы, способствующие и препятствующие проведению скрининга

Опрос профессиональных ассоциаций и ключевых
источников информации

Рабочий документ

Аннотация

ВОЗ рекомендует проведение скрининга всех пациентов с диабетом на диабетическую ретинопатию (ДР) и своевременное лечение тех, кто в нем нуждается, в качестве эффективного вмешательства для профилактики развития этого серьезного неинфекционного заболевания. Европейское региональное бюро ВОЗ поручило Ливерпульскому университету, Соединенное Королевство, провести анализ ситуации со скринингом на диабетическую ретинопатию и планов наращивания потенциала в государствах-членах Европейского региона ВОЗ. Целью ситуационного анализа является обзор текущей ситуации, планов по разработке программ скрининга, а также факторов, способствующих и препятствующих проведению скрининга на диабетическую ретинопатию в Европейском регионе ВОЗ, путем изучения мнений представителей профессиональных организаций офтальмологов и эндокринологов в государствах-членах. Информация собиралась путем проведения опроса. Ответы на вопросы были получены от респондентов их 45 из 53 государств-членов. Результаты опроса представлены в двух докладах: первый, опубликованный в начале 2021 г. Европейским региональным бюро ВОЗ, посвящен обзору текущей ситуации. Настоящий, второй, доклад посвящен обзору планов по разработке программ скрининга, а также факторов, способствующих и препятствующих проведению скрининга на диабетическую ретинопатию. Ситуационный анализ показывает, что странам Европейского региона ВОЗ необходимо предпринять дополнительные усилия для повышения эффективности программ скрининга на диабетическую ретинопатию. Это позволит уменьшить бремя нарушений зрения и слепоты по причине ДР в странах Региона.

© Всемирная организация здравоохранения, 2021 г.

Все права защищены.

Настоящий информационный документ по вопросам здравоохранения предназначен только для ограниченной аудитории. Не допускается его рецензирование, реферирование, цитирование, воспроизведение, транслирование, распространение, перевод или адаптация, частично или полностью, в любой форме и любыми средствами.

Обозначения, используемые в настоящем информационном документе по вопросам здравоохранения, 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.

Информация, содержащаяся в настоящем информационном документе по вопросам здоровья распространяется без какой-либо гарантии ее полноты и правильности со стороны Всемирной организации здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Заявление об отказе от ответственности: В документе содержатся предварительные результаты. С комментариями обращаться по электронному адресу: eunecd@who.int.

Макет: Charlotte Allen.

Содержание

Выражение благодарности	v
Сокращения	vi
Краткий обзор	vii
Введение	1
Методология	2
Результаты	3
Заполнение вопросника	3
Общие наблюдения и ограничения, связанные с ответами на вопросы	3
Общие комментарии к ответам	4
Основные выводы и интерпретация результатов	4
Темы в соответствии с кратким руководством по скринингу на диабетическую ретинопатию	7
Дизайн программы скрининга: систематический или неорганизованный скрининг	7
Дизайн программы скрининга: частота проведения скрининга	8
Ресурсы и инфраструктура: кадровое обеспечение	8
Ресурсы и инфраструктура: оборудование и технологии	9
Маршрут	10
Качество	11
Равенство в доступе	12
Операционная инфраструктура: стратегическое руководство и управление	13
Операционная инфраструктура: финансирование здравоохранения	14
Мониторинг и оценка	15
Обсуждение	17
Заключение	19
Библиография	20
Приложение 1. Вопросник для ситуационного анализа	21

Приложение 2. Классификация государств-членов Европейского региона ВОЗ	24
Приложение 3. Страны-участницы и респонденты опроса	27

Выражение благодарности

Настоящий доклад является частью инициативы Европейского регионального бюро ВОЗ, направленной на совершенствование практики проведения скрининга на всех этапах жизни с целью повышения его эффективности, максимального увеличения пользы и минимизации вреда. Техническое и концептуальное руководство подготовкой доклада осуществляла Jill Farrington под общим руководством Nino Berdzuli, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Доклад подготовлен: Deborah M. Broadbent, Ливерпульский университет, Соединенное Королевство; Sue Cohen, Европейское региональное бюро ВОЗ; Katie Curran, Королевский университет Белфаста, Соединенное Королевство; Simon P. Harding, Ливерпульский университет, Соединенное Королевство; Tunde Peto, Королевский университет Белфаста, Соединенное Королевство; Pilar Vazquez-Arango, Ливерпульский университет, Соединенное Королевство; Maria Lasiera Losada, Европейское региональное бюро ВОЗ; Jill Farrington, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Данная публикация стала возможной благодаря финансовой поддержке правительств Дании, Германии и Российской Федерации.

Сокращения

ДР	диабетическая ретинопатия
ЕС	Европейский союз
ИИ	искусственный интеллект
ЛУ	Ливерпульский университет
ОКТ	оптическая когерентная томография
СВД	страна(ы)/регион(ы) с высоким уровнем дохода
ССД	страна(ы) со средним уровнем дохода (страны с доходом ниже или выше среднего уровня)

Краткий обзор

ВОЗ рекомендует проведение скрининга всех пациентов с диабетом на диабетическую ретинопатию (ДР) и своевременное лечение тех, кто в нем нуждается, в качестве эффективного вмешательства для профилактики развития нарушений зрения и слепоты. Диабетическая ретинопатия остается ведущей причиной нарушений зрения и слепоты в Европейском регионе ВОЗ, от которой, согласно оценкам, страдают 950 тысяч жителей Региона.

Европейское региональное бюро ВОЗ поручило Ливерпульскому университету, Соединенное Королевство, провести анализ ситуации со скринингом на диабетическую ретинопатию в 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ. В соответствии с классификацией групп кредитования Всемирного банка, 33 из этих стран относятся к странам/регионам с высоким уровнем дохода, а 20 - к странам со средним уровнем дохода (доход ниже или выше среднего) (1).

Свое мнение данной проблеме было предложено высказать национальным профессиональным ассоциациям офтальмологов и диабетологов. Такой подход позволял провести оценку мнения отдельных организаций и отдельных лиц, а не мнения национального или регионального министерства здравоохранения.

Инструментарий для проведения опроса был разработан с целью охвата трех основных направлений: организация скрининга в стране/регионе, планы по разработке программ скрининга в будущем, а также факторы, способствующие и препятствующие проведению скрининга. Ответы на вопросы были проанализированы с использованием количественных и качественных методов. В предыдущем докладе представлены результаты ответов на вопросы о текущей ситуации в каждой стране/регионе (2).

Настоящая публикация посвящена результатам второго направления исследования, в котором основное внимание уделялось разработке программ скрининга на будущее, а также планам по усовершенствованию программ скрининга на диабетическую ретинопатию и факторами, способствующими и препятствующими проведению скрининга. В данном разделе опроса использовались открытые вопросы. Описания, полученные в ответ на вопросы, были проанализированы с использованием качественной тематической структуры. Полученные по итогам темы были сгруппированы аналогично первому докладу, который в свою очередь составлен в соответствии со структурой, использованной в публикации Регионального бюро «Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство» (3).

Из 53 государств-членов на опрос откликнулись респонденты из сорока пяти. Одно государство-член представило четыре заполненных вопросника, по одному от каждой автономной администрации, соответственно, всего было проанализировано 48 вопросников. Из них все респонденты, кроме одного, предоставили информацию по разделу, посвященному разработке программ скрининга в будущем.

Интерпретация описаний и частоты появления конкретной темы требовали особого внимания. Респондентам не обязательно было отвечать на все вопросы, а также не было предоставлено инструкций относительно объема ответов. На детализацию и объем ответа также мог оказывать влияние уровень владения респондентов английским языком.

По всем вопросам респонденты продемонстрировали заинтересованность и твердую решимость разрабатывать эффективные программы скрининга на диабетическую ретинопатию. Были представлены содержательные и глубокие комментарии.

Основные выводы по результатам опроса:

- Довольно часто возникала тема важности проведения систематических или организованных программ скрининга. Идеальная модель программы скрининга в будущем, описанная респондентами, представляла национальную программу с центральным регистром диабета, национальными руководствами и последовательным подходом к градированию. Отсутствие координации и единых руководящих принципов, а также фрагментация системы, были названы респондентами факторами, препятствующими проведению эффективного скрининга.
- Некоторые респонденты указали на важность подготовки кадров для проведения скрининга. Мнения респондентов различались по вопросу о проведении подготовки только офтальмологов или также других профессиональных групп, например медсестер.
- В ответ на вопрос о планах на будущее или идеальных моделях программ скрининга, многие респонденты отметили необходимость наличия дополнительного оборудования и новых и обновленных технологий для проведения скрининга и лечения. В качестве основных тем были определены телемедицина, цифровая ретиная фотография и системы скрининга на диабетическую ретинопатию на основе искусственного интеллекта.
- Несмотря на то, что термин «маршрут скрининга» непосредственно не упоминался, респонденты выделили в качестве общей темы важность наличия системы, позволяющей определять группы пациентов для участия в скрининге, а также проводить скрининг без потери контакта с пациентом в дальнейшем. Респонденты акцентировали внимание на важности наличия систем медицинской информации, регистров диабета, а также механизмов приглашения и направления к специалистам в любой новой модели программы скрининга.
- Важность качества, наличия системы обеспечения качества, а также системы мониторинга и оценки программы скрининга на диабетическую ретинопатию не отмечались среди важных тем. Эти аспекты были упомянуты лишь несколькими респондентами, в чьих странах уже существуют эффективно функционирующие программы скрининга.
- Неравенство в доступе и низкий уровень участия были названы некоторыми респондентами в качестве препятствий для эффективной программы скрининга на ДР. Эти факторы обусловлены низкой приверженностью пациентов, недостаточной осведомленностью о скрининге на диабетическую ретинопатию и ограниченной доступностью в сельских и отдаленных районах.
- Многие респонденты определили широкий круг препятствий, связанных со стратегическим руководством и управлением системы здравоохранения. К ним были отнесены отсутствие стратегической направленности, нормативно-правовых барьеров для проведения скрининга (в том числе проблема использования персональных данных пациента), проблемы управления взаимодействием между частным и государственным секторами здравоохранения, а также отсутствие стратегического руководства в отношении программ скрининга на диабетическую ретинопатию.
- Наблюдалось заметное несоответствие между частым упоминанием вопросов стратегического руководства и управлением как препятствий для успешного проведения программы скрининга на диабетическую ретинопатию и отсутствием включения респондентами этих аспектов в планы или идеальные модели программ скрининга. Это может указывать на то, что профессиональные группы менее осведомлены о важности таких аспектов, как стратегическое руководство и управление при разработке новой программы скрининга, и может быть важным направлением для лиц, формирующих политику, участвующих в организации программ скрининга на диабетическую ретинопатию.

- Одним из важных факторов успеха было определено взаимодействие с заинтересованными сторонами, например, медицинскими специалистами или ассоциациями и группами пациентов, однако акцент на этой теме мог быть связан с наличием конкретного вопроса о взаимодействии.

Обозначенные темы четко сопоставляются со структурой руководства «Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство» (3). Это свидетельствует о том факте, что руководство охватывает большинство проблем, с которыми сталкиваются врачи клинической практики и лица, формирующие политику, при разработке новой программы скрининга. Некоторые элементы руководства представлены в планах или идеальных моделях программ скрининга, описанных респондентами, гораздо больше, чем другие. Оборудование, персонал и наличие регистров диабета упоминались более часто, однако обеспечение качества, равенства в доступе, а также мониторинг и оценка, упоминались реже. Задача лиц, формирующих политику, будет состоять в учете всех аспектов руководства при разработке программ скрининга на диабетическую ретинопатию.

Очевидно, что многие специалисты, участвовавшие в опросе, с энтузиазмом относятся к разработке более систематических и всесторонних программ скрининга на ДР. Однако для достижения успеха этим специалистам потребуется поддержка лиц, формирующих политику, для решения структурных вопросов, в том числе наличия национальных стратегий, мер регулирования и механизмов финансирования. Работа с лицами, формирующими политику, будет также необходима для обеспечения стратегического руководства на национальном уровне для разработки маршрута скрининга на диабетическую ретинопатию, необходимого для решения проблемы фрагментации и неорганизованности программ скрининга, имеющихся в настоящее время в ряде стран.

Результаты показывают, что сотрудничество медицинских специалистов и лиц, формирующих политику, позволит разработать согласованную национальную стратегию скрининга на диабетическую ретинопатию и сделать скрининг на ДР более систематическим/организованным, справедливым и эффективным.

Публикация Европейского регионального бюро ВОЗ «Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство» (3) содержит рекомендации в отношении разработки более систематической программы скрининга на диабетическую ретинопатию на основе маршрута скрининга. Однако, в отсутствие совместных действий медицинских специалистов и лиц, формирующих политику, направленных на обеспечение более систематического подхода к скринингу на ДР, все больше пациентов с диабетом в Европейском регионе будут неоправданно подвергаться осложнениям, связанным с нарушением зрения и слепотой.

Библиография

1. World Bank country and lending groups. In: World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, accessed 25 May 2021).
2. Скрининг на диабетическую ретинопатию в Европейском регионе ВОЗ: текущая ситуация. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 г. (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/505332/Diabetic-retinopathy-screening-prelim-findings-consultation-rus.pdf, по состоянию на 25 мая 2021 г.).
3. Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 г. (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/diabetic-retinopathy-screening-a-short-guide-2020>, по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Настоящий документ является рабочим; с комментариями обращаться по адресу электронной почты: eunccd@who.int.

Введение

ВОЗ рекомендует проведение скрининга всех пациентов с диабетом на диабетическую ретинопатию (ДР) и лечение для профилактики слепоты в качестве эффективного вмешательства в борьбе с серьезным неинфекционным заболеванием (1).

Европейское региональное бюро ВОЗ разработало рекомендации по проведению программ скрининга на диабетическую ретинопатию и подготовило краткое руководство для лиц, формирующих политику, по вопросам скрининга на различные заболевания на всех этапах жизни (2). В ноябре 2020 г. на основе общего руководства было подготовлено и опубликовано руководство для лиц, формирующих политику, руководителей общественного здравоохранения и старших сотрудников медицинских учреждений: «Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство» (3). Данное руководство посвящено вопросам повышения эффективности программ скрининга на диабетическую ретинопатию путем перехода от неорганизованных программ скрининга к более систематическим, с использованием принципов скрининга, изложенных Wilson и Jungner (4), и маршрута проведения скрининга.

Европейское региональное бюро ВОЗ поручило Ливерпульскому университету, Соединенное Королевство, провести анализ ситуации со скринингом на диабетическую ретинопатию и планов создания потенциала в государствах-членах Европейского региона ВОЗ. Специалисты Ливерпульского университета принимали участие в проводившихся ранее исследованиях скрининга на диабетическую ретинопатию, организованных под эгидой общеевропейской группы интересов, созданной в 2005 г. (5).

Цель ситуационного анализа - описать текущее состояние дел со скринингом на диабетическую ретинопатию, планы стран/регионов по разработке программ скрининга в будущем, а также факторы, способствующие и препятствующие проведению скрининга на ДР в Европейском регионе ВОЗ. Для целей настоящего доклада факторы, способствующие проведению скрининга, определяются как факторы, поддерживающие проведение программ скрининга. Анализ основывался на мнениях и точках зрения представителей профессиональных организаций офтальмологов и эндокринологов в государствах-членах, и был предназначен для выявления тенденций и конкретных подходов к проведению скрининга на диабетическую ретинопатию, которые могут быть полезны для информирования лиц, формирующих политику, старших сотрудников медицинских учреждений, руководителей общественного здравоохранения, профессиональных ассоциаций и ассоциаций пациентов, а также других заинтересованных сторон, участвующих в планировании, разработке и проведении программ скрининга на диабетическую ретинопатию.

Настоящий доклад представляет собой второй доклад по результатам исследования. Первый доклад посвящен обзору текущей ситуации со скринингом на диабетическую ретинопатию (6). Второй доклад посвящен обзору планов по разработке программ скрининга в будущем, а также факторов, препятствующих и способствующих прогрессу в этом направлении.

Методология

Опрос был разработан для заполнения респондентами, представляющими профессиональные ассоциации каждого государства-члена Европейского региона ВОЗ.

Информация для ситуационного анализа собиралась с использованием инструмента опроса. Дополнительные демографические данные были взяты с Европейского портала информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ (7).

Специалистами Ливерпульского университета в сотрудничестве с ВОЗ был разработан специальный вопросник, основанный на предыдущих аналогичных исследованиях, проведенных командой университета (5). Вопросы, включенные в вопросник, были составлены с целью охвата трех основных направлений: организация скрининга в стране/регионе, планы по разработке программ скрининга в будущем, а также факторы, способствующие и препятствующие проведению скрининга. Респондентам также было предложено представить ссылки на соответствующие стратегии в области проведения скрининга, клинические руководства и информационные материалы для пациентов. В настоящем докладе основное внимание уделяется результатам опроса по двум основным направлениям: планы по разработке программ скрининга и факторы, способствующие и препятствующие проведению скрининга, которые были обозначены в последнем разделе опроса, связанном с разработкой программ скрининга в будущем.

Был составлен перечень профессиональных офтальмологических и диабетических организаций в каждой стране. Исследовательская группа направила письмо в профессиональные организации в странах, где таковые имелись. Каждой организации было предложено выдвинуть кандидатуру офтальмолога и диабетолога для заполнения вопросника. В случае отсутствия профессиональной организации, Региональное бюро связалось со страновыми офисами ВОЗ и/или министерствами здравоохранения для определения наиболее подходящего специалиста для заполнения вопросника.

Таким образом, ответы на вопросы в большей степени отражают точку зрения номинированных организаций/отдельных лиц, чем национальных/региональных министерств здравоохранения. Инструмент опроса и полученные ответы были представлены на английском языке.

В разделе опроса, посвященном разработке программ скрининга в будущем, использовались открытые вопросы, поэтому респонденты имели возможность предоставить настолько детальную информацию, насколько они пожелали. По каждому вопросу раздела двумя представителями группы исследователей, независимо друг от друга извлекался весь текст ответа, и затем ответ классифицировался согласно основным темам и подтемам. Темы сопоставлялись, и различия обсуждались до достижения консенсуса. Повествовательные описания анализировались с использованием качественной тематической структуры.

С целью выявления тенденций в ответах на вопросы, страны были сгруппированы в соответствии с критериями валового национального дохода Всемирного банка (8) и членством в признанных политических группах (таких как Европейский союз).

Вопросник, использованный для ситуационного анализа, приведен в Приложении 1, классификация государств-членов – в Приложении 2, а перечень стран и респондентов, принявших участие в опросе, – в Приложении 3.

Результаты

Заполнение вопросника

В Европейском регионе ВОЗ 53 государства-члена. Разработанный вопросник заполнили респонденты, представляющие профессиональные ассоциации 43 государств-членов. Две страны (Туркменистан и Узбекистан) представили ответы от министерства здравоохранения. Профессиональные ассоциации или министерства здравоохранения восьми государств-членов (Беларусь, Эстония, Франция, Исландия, Казахстан, Монако, Северная Македония и Румыния) либо не вернули вопросник, либо сообщили, что не могут его заполнить.

Соединенное Королевство представило четыре заполненных вопросника, по одному от каждой из четырех автономных администраций: Англии, Северной Ирландии, Шотландии и Уэльса.

Таким образом, ответы были получены от 45 государств-членов, и было проанализировано 48 заполненных вопросников.

Из 45 государств-членов, представивших ответы на вопросы:

- двадцать девять стран принадлежат к группе стран с высоким уровнем дохода (СВД),
- а 16 - к странам с низким и средним уровнем дохода (ССД);
- четырнадцать стран были членами ЕС до 2004 г. и входят в группу ЕС-15,¹ 11 присоединились после 2004 г. и относятся к группе ЕС-13 (см. Приложение 2);
- девять стран входят в группу Содружества Независимых Государств;
- пять стран являются членами Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы.

Один респондент (из Туркменистана), вернувший опрос, не ответил ни на один из вопросов раздела, посвященного планам разработки программ скрининга на будущее. Соответственно, в данном докладе представлен анализ 47 опросов.

Общие наблюдения и ограничения, связанные с ответами на вопросы

Были выявлены значительные различия в том, как респонденты ответили на вопросы. Некоторые представили дополнительную информацию и подтверждающие документы, другие дали краткие ответы. В некоторых случаях опросник заполняли несколько человек, вследствие чего были представлены различные точки зрения или ответы. Это было отмечено в соответствующих случаях.

Некоторые респонденты отмечали, что могут представить информацию только по своей больнице или региону, но не по всей стране. Данное ограничение было отмечено соответствующим образом.

В ряде случаев вопросы были оставлены респондентами без ответа. Было невозможно определить, сделано ли это по причине невозможности ответить на вопрос, отсутствия информации по данному вопросу или случайного пропуска вопроса. Для целей анализа описаний, к темам причислялись только ответы, пропуски/отсутствия ответов не принимались во внимание.

¹ Соединенное Королевство не являлось членом ЕС на момент проведения опроса (2020 г.), однако являлось членом ЕС до 2004 г., поэтому для целей настоящего документа считается частью группы ЕС-15.

Опрос был разослан на английском языке и требовал ответов на английском или русском языках. Два заполненных опроса были переведены с русского языка, все остальные были представлены на английском языке. Язык опроса был признан ограничением, поскольку понимание респондентами вопроса или их способность выразить детальную информацию на английском языке могли повлиять на качество ответов на некоторые вопросы.

Общие комментарии к ответам

Из 47 опросов, в которых содержалась информация по вопросу разработки программ скрининга на будущее, в некоторых была предоставлена информация по всем трем вопросам: планам на будущее, факторам, способствующим и препятствующим проведению скрининга. Другие предоставили информацию только по отдельным вопросам. Два респондента (из Турции и Украины) не предоставили конкретной информации об идеальных моделях программ скрининга или планах на будущее, а пять (из Бельгии, Российской Федерации, Сан-Марино, Швейцарии и Соединенного Королевства (Шотландии)) не представили никакой информации о факторах, препятствующих проведению скрининга. Тридцать респондентов представили информацию о факторах, способствующих проведению скрининга.

Основные выводы и интерпретация результатов

Результаты настоящего доклада представлены в двух частях. В первой части предлагаются общие ответы по трем основным типам вопросов: планы в отношении программ скрининга на диабетическую ретинопатию, факторы, способствующие и препятствующие проведению скрининга.

Во второй части темы представлены в соответствии со структурой, используемой в публикации «Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство» (3) (см. таблицу 1). Результаты представлены по каждому элементу структуры в соответствии с планами и факторами, способствующими и препятствующими проведению скрининга.

Таблица 1. Согласование тем со структурой Краткого руководства

Структура и подтемы	Темы, обозначенные в описании
Дизайн программы скрининга: систематический или неорганизованный скрининг	Программа скрининга организована как систематическая или оппортунистическая Имеются/не имеются национальные/региональные руководства, протоколы и маршруты (Не)последовательный/(не)скоординированный подход по между специалистами в различных областях Фрагментирована или централизованно/регионально организована
Дизайн программы скрининга: частота проведения скрининга	Использование годичных, переменных или ориентированных на риски интервалов между скринингами
Ресурсы и инфраструктура	Кадровый потенциал и профессиональная подготовка Оборудование для проведения скрининга, обследования и лечения Новые технологии
Маршрут	Определение когорты, регистр диабета, приглашения, система напоминаний, направление пациентов на обследование и лечение, системы медицинской информации и электронные карты пациентов
Качество	Использование стандартов качества, оценки качества и аудита, а также шаги по повышению качества (за исключением профессиональной подготовки и образования - обозначены в разделе «Кадровый потенциал»)

Таблица 1. (продолжение)

Структура и подтемы	Темы, обозначенные в описании
Равенство в доступе	(Не)Равенство в доступе, уровень охвата, уровень участия и грамотность в вопросах здоровья, в том числе приверженность и осведомленность пациентов
Операционная инфраструктура: стратегическое руководство и управление	Руководство, стратегическая направленность, правовые/нормативные требования, взаимодействие с заинтересованными сторонами, организация системы здравоохранения, включая государственный/частный сектор
Операционная инфраструктура: финансирование	Финансирование и методы финансирования скрининга и лечения
Мониторинг и оценка	Мониторинг и оценка программы (включая регистры нарушений зрения)

В соответствующих случаях частота возникновения тем указывается с использованием следующих терминов: «несколько» (< 15%), «некоторые» (16-49%), «многие» (50-69%) и «большинство» (70-100%). Для иллюстрации тем использовался дословный текст ответов. Текст приводится без отнесения к какой-либо стране/региону.

Планы по разработке программ скрининга

Респондентам был задан вопрос о существующих в их странах планах по разработке программ скрининга на диабетическую ретинопатию. К этой теме относились два вопроса, несколько различавшиеся по своей направленности: «Какова идеальная модель программы скрининга на диабетическую ретинопатию, подходящая для вашей страны/региона?» и «Каковы основные требования, необходимые для разработки идеальной национальной/региональной программы скрининга?».

Из 45 респондентов, представивших информацию по этой теме, 32 были из стран, входящих в СВД, и 13 из ССД. Респонденты определили основные аспекты, актуальные, по их мнению, для их конкретной страны/региона. Часть респондентов рассказала об эффективно работающих элементах программы, другая поделилась планами по разработке программ скрининга в их стране/регионе, третья представила описание идеальной модели программы.

Степень подробности варьировала между респондентами. Некоторые выразили свою точку зрения по теме одним предложением, другие изложили планы более подробно. В некоторых случаях было трудно определить, отражают ли ответы респондентов реалистичные планы или идею создания идеальной системы на будущее.

Факторы, препятствующие проведению скрининга

Респондентам был задан вопрос: «Что вы считаете факторами, препятствующими проведению скрининга в настоящее время?»

Некоторые респонденты указали факторы, препятствующие проведению скрининга, в ответах на другие вопросы раздела; любое описание, содержащее факторы, препятствующие проведению скрининга, учитывалось, независимо от того, к какому разделу оно принадлежало.

Факторы, препятствующие проведению скрининга на диабетическую ретинопатию, были определены респондентами из 42 стран/регионов. Из них 14 принадлежали к ССД и 28 к СВД.

Факторы, способствующие проведению скрининга

В ходе исследования были выявлены факторы, которые могут способствовать проведению эффективного скрининга на диабетическую ретинопатию. Были заданы следующие вопросы: «Каковы ваши советы для достижения успеха?» и «Как вы оцениваете успех вашей программы, если таковая у вас имеется, в настоящий момент?»

Третий вопрос темы - «Каков ваш опыт взаимодействия с поставщиками медицинских услуг (руководителями, компаниями медицинского страхования, частным и государственным секторами) и пациентами?» - предопределил преобладание темы взаимодействия с заинтересованными сторонами в разделе факторов, способствующих проведению скрининга (25 из 47 респондентов). Некоторые респонденты отметили эффективное взаимодействие между органами государственного управления и программами скрининга на диабетическую ретинопатию; другие предложили эффективное сотрудничество между поставщиками медицинских услуг и взаимодействие с общественностью и пациентами.

Более подробно эти вопросы рассматриваются ниже.

В целом, 30 из 47 респондентов сообщили о факторах, способствующих проведению скрининга, по сравнению с 42 из 47 респондентов, сообщивших о факторах, препятствующих проведению скрининга.

Темы в соответствии с кратким руководством по скринингу на диабетическую ретинопатию

Дизайн программы: систематический или неорганизованный скрининг

Планы по разработке программ скрининга

Многие респонденты (17 из 30) отметили важность разработки систематической национальной программы в ответе на вопрос об идеальной модели программы скрининга для их страны. Один из респондентов отметил: «Разработка национальных руководств по скринингу и национальной модели программы скрининга с использованием ретинальной фотографии и автоматического градирования [является идеальной моделью программы скрининга]». Другой сообщил об успешности программы скрининга в их стране, отметив, что «в нашей стране работает [идеальная модель] - единая национальная программа скрининга на ретинопатию».

Респондент из страны с уровнем дохода выше среднего указал на важность наличия национальной программы, отметив, что «единственный действенный способ раннего выявления диабетической ретинопатии – это широкомасштабная программа скрининга населения».

Факторы, способствующие проведению скрининга

В качестве возможного объяснения было предложено недостаточное понимание важности скрининга на диабетическую ретинопатию среди некоторых групп специалистов. Недостаточная вовлеченность административного персонала не была связана с уровнем дохода страны/региона. Респондент из СВД отметил «отсутствие осведомленности [о скрининге на диабетическую ретинопатию] у лиц, принимающих решения, администраторов и медицинских работников (в основном [врачей общей практики], и, в том числе, офтальмологов и диabetологов)».

Также были определены особенности организационной структуры. Один из респондентов из СВД сообщил, что «примерно 80% скрининга на диабетическую ретинопатию децентрализовано и не проводится на базе больниц; это потенциальный барьер для оптимизации».

Некоторые респонденты отметили неудовлетворительное взаимодействие между офтальмологами и эндокринологами/диабетологами, а также отсутствие единых руководств или протоколов, что препятствует эффективности лечения. Один респондент отметил отсутствие «общего языка» между специалистами, а другой подчеркнул «отсутствие согласованности в ведении пациентов с диабетом между офтальмологами и эндокринологами».

В качестве возможного объяснения было предложено недостаточное понимание важности скрининга на диабетическую ретинопатию среди некоторых групп специалистов. Недостаточная вовлеченность административного персонала не была связана с уровнем дохода страны/региона. Респондент из СВД отметил «отсутствие осведомленности [о скрининге на диабетическую ретинопатию] у лиц, принимающих решения, администраторов и медицинских работников (в основном [врачей общей практики], и, в том числе, офтальмологов и диабетологов)».

Факторы, способствующие проведению скрининга

Системный подход как ключ к успеху был выделен лишь несколькими респондентами (4 из 30), в контексте эффективно функционирующей программы скрининга. Как отметил респондент из СВД, «[для достижения успеха стране] требуется единый национальный подход с централизованным финансированием, аудитом, установлением стандартов и обеспечением качества».

Дизайн программы скрининга: частота проведения скрининга

Несколько респондентов (7 из 45) из СВД с эффективно функционирующими программами скрининга, обсудили планы по проведению программ скрининга на диабетическую ретинопатию с использованием индивидуальных интервалов между скринингами, определяемых на основе риска. Переход к интервалам, основанным на оценке риска, был обозначен в качестве следующего шага в разработке программы в этих странах. По словам одного респондента, необходимо «полное внедрение индивидуальных интервалов между скринингами в соответствии с национальными руководствами (т.е. использование более длительных интервалов между скринингами для пациентов с низким риском)».

Ресурсы и инфраструктура: кадровое обеспечение

Планы по разработке программ скрининга

Профессиональная подготовка большего числа сотрудников для участия в программах скрининга на диабетическую ретинопатию была темой, обозначенной некоторыми респондентами (14 из 45) в планах разработки программ. Среди них многие (8 из 14) обсуждали только подготовку офтальмологов для проведения градирувания. Один респондент из СВД пояснил: «Необходима подготовка квалифицированных офтальмологов для диагностики и лечения диабетической ретинопатии». Другой отметил, что «для успеха программы необходима подготовка специалистов». Однако другие респонденты рассматривали возможность профессиональной подготовки врачей общей практики, медсестер и техников. Один из респондентов отметил: «[Мы должны] обучить медсестер и техников проведению ретинальной фотографии. Изображения будут оцениваться офтальмологами - специалистами-ретинологами, работающими в офтальмологических отделениях».

Респондент из СВД отметил: «Число офтальмологов на душу населения достаточное, наличие большего числа техников и администраторов могли бы сделать проведение [скрининга] более эффективным». Аналогичное мнение было высказано другим респондентом, который написал: «Для идеальной национальной программы скрининга [необходимы] профессиональная подготовка и повышение квалификации офтальмологов, медсестер и техников, которые смогут проводить скрининг по всей стране».

Факторы, препятствующие проведению скрининга

Некоторые респонденты (9 из 42) назвали нехватку медицинских работников препятствием для проведения скрининга на диабетическую ретинопатию. Из них многие (6 из 9) были из ССД. Респонденты также отметили нехватку специалистов, а некоторые сообщили, что это является особой проблемой в более отдаленных районах; по мнению одного респондента, «доступ к специалистам для жителей малых городов ограничен». Проблема не ограничивается лишь специалистами. Респондент сообщил также, что «не хватает подготовленных медсестер и техников для проведения ретинальной фотографии».

Отсутствие профессиональной подготовки также было определено в качестве проблемы. Респондент из ССД отметил: «Не хватает подготовленных специалистов-ретинологов для проведения ранней диагностики ДР». Отсутствие профессиональной подготовки отмечалось в качестве фактора недостаточной осведомленности офтальмологов о важности проведения скрининга на диабетическую ретинопатию и использования согласованных рекомендаций.

Оплата труда персонала была определена в качестве препятствия; один респондент отметил: «Существует нехватка медицинских работников, и оплата их труда неадекватная».

Факторы, способствующие проведению скрининга

Наличие персонала обсуждалось четырьмя респондентами в разделе о факторах, способствующих проведению скрининга. Один представитель из страны с доходом выше среднего отметил: «У нас много офтальмологов... во всех городах [страны]». По словам другого: «Медицинские работники принимают активное участие», а один респондент сообщил: «Мы работали над несколькими проектами и довольно успешно взаимодействовали с поставщиками медицинских услуг (в том числе по вопросам их профессиональной подготовки), в районах есть [практикующие врачи], которые готовы пройти подготовку и принять участие в проведении скрининга в будущем».

Ресурсы и инфраструктура: оборудование и технологии

Планы по разработке программ скрининга

Многие респонденты (23 из 45) подняли вопрос о необходимости наличия дополнительного оборудования и новых и обновленных технологий для проведения скрининга и лечения. Среди основных тем, выявленных в ходе опроса, были телемедицина, цифровая ретинальная фотография и системы градиентирования диабетической ретинопатии на основе искусственного интеллекта (ИИ).

Некоторые респонденты (7 из 23) из СВД сообщили, что использование систем на основе ИИ входило в их планы по разработке программ скрининга. Один респондент заявил: «Стратифицированная на основе риска модель с предварительной градацией изображений при помощи ИИ в дополнение к имеющейся модели [была бы идеальной моделью скрининга]». Еще один респондент предложил «внедрение скрининга на основе искусственного интеллекта», а другой - использование «телемедицины или искусственного интеллекта в кабинете [врача общей практики] и принятие решений подготовленными и опытными офтальмологами». Один респондент из страны с низким доходом обозначил ряд компонентов, необходимых для разработки подходящей модели скрининга на диабетическую ретинопатию в их стране, отметив: «В идеале, [необходима] связь онлайн-мониторинга, осуществляемого в государственном секторе, с телемедициной и предоставлением консультаций коллегами из-за границы».

Некоторые респонденты (8 из 23) предлагали использование телемедицины. Наиболее частой темой, обсуждавшейся респондентами, была цифровая ретинальная фотография (n=10) и оптическая когерентная томография (ОКТ) (n=5). Как пояснил один респондент из СВД, «использование телемедицины было бы идеальным в сочетании с ретинальной фотографией и/или ОКТ». Другой отметил: «Внедрение телеофтальмологии, которая заполнит пробел между уровнями первичной и вторичной медико-санитарной помощи, [было бы идеально]».

Факторы, препятствующие проведению скрининга

Отсутствие подходящего оборудования для скрининга на диабетическую ретинопатию было определено некоторыми респондентами в качестве препятствующего фактора (11 из 42). Один респондент из ССД отметил, что для проведения скрининга в их стране потребуется широкий спектр оборудования, в том числе биомикроскопы с щелевой лампой, и выразил надежду, и что новые технологии позволят решить существующие проблемы: «В [национальном центре] существует потребность в ретинальных камерах и щелевых лампах (как минимум) для использования офтальмологами. Наличие этого оборудования позволит документировать результаты лечения. Специальное приложение для мобильного телефона будет очень полезно для офтальмологов, работающих с пациентами с ДР, для диагностики и оценки результатов лечения».

Отсутствие ОКТ и возможностей для лазерного лечения также было отмечено несколькими респондентами в качестве препятствия.

Несколько респондентов отметили, что телемедицина, искусственный интеллект или машинное обучение могут предложить решения существующих проблем, однако в настоящее время ни одна из этих возможностей не реализуется. Один респондент из СВД отметил: «В настоящее время проблемой является рост числа больных сахарным диабетом. Однако существуют технические возможности, например, машинное обучение, чтобы решить эту проблему».

Факторы, способствующие проведению скрининга

Лишь трое респондентов назвали оборудование или технологии способствующим или важным фактором успеха их программы. Один респондент из страны с уровнем дохода выше среднего отметил отсутствие проблем с доступом к технологиям: «У нас достаточное количество оборудования для... ОКТ, [флюоресцентной ангиографии глазного дна] и других технологий во всех городах [нашей страны]». Один респондент из СВД сообщил: «[Нашим] самым большим достижением [является] возмещение [стоимости лечения ингибиторами фактора роста эндотелия сосудов]», а другой добавил, что в их «[стране доступны] цифровая визуализация, наличие множественных пунктов доступа для пациентов и инфраструктура для передачи медицинских записей и изображений в каждом регионе».

Маршрут

Несмотря на то, что термин «маршрут» непосредственно не упоминался, респонденты часто указывали на важность наличия системы медицинской информации и передачи данных на этапах маршрута, включая определение когорты для участия в скрининге с использованием регистров диабета, приглашений, тестирования и направления на лечение.

Планы по разработке программ скрининга

Некоторые респонденты (23 из 45) подчеркнули необходимость наличия надежных систем медицинской информации. Среди них большинство (18 из 22) отметили, что регистры диабета/электронные базы данных пациентов необходимы для разработки и управления эффективными программами скрининга на диабетическую ретинопатию. Один респондент заявил: «Для обеспечения качества данных о состоянии здоровья лучше всего было бы иметь полное право собственности на данные в централизованном регистре». Другой отметил, что «идеальной моделью программы скрининга была бы система, использующая информационные записи о пациентах с автоматической системой приглашений и напоминаний, разработанной с помощью государственной организации и национального здравоохранения».

Еще один респондент из страны с уровнем дохода выше среднего отметил, что «создание электронной базы данных с архивированием ретинальных фотографий должно стать следующим этапом в разработке методов лечения пациентов с диабетической ретинопатией в [нашей стране]. Это расширит

возможности оценки медицинских данных пациентов в динамике, в том числе с целью проведения заочных консультаций, удаленного мониторинга и информационного взаимодействия, необходимого для оценки эффективности лечения».

Два респондента обсудили планы по разработке надежных платформ обмена данными и ретинальными изображениями. Один сообщил, что «[необходима] адаптация существующих систем передачи изображений», а другой отметил, что «чрезвычайно важно наладить логистику между специалистами для проведения регулярного и быстрого обмена данными, что позволит обеспечить интегрированный подход к лечению, диагностике и профилактике сахарного диабета и его осложнений, в том числе ДР».

В нескольких опросах (n=6) в качестве важного компонента планов по разработке программ скрининга конкретно упоминались электронные карты пациентов. По словам одного респондента, «поскольку существует централизованная компьютеризированная система [электронных медицинских карт], идеальной моделью была бы интеграция скрининга в программное обеспечение, позволяющее приглашать всех пациентов с диагнозом «диабет» на скрининг/обследование у офтальмолога. Программное обеспечение на данном этапе пока не имеет такой возможности».

Факторы, препятствующие проведению скрининга

Некоторые респонденты (12 из 42) назвали неадекватные системы медицинской информации препятствием для прогресса в организации эффективных программ скрининга на диабетическую ретинопатию. Многие из них (10 из 12) особо отметили отсутствие регистра диабета. Один респондент из СВД прокомментировал, что сопротивление сбору персональных данных может сыграть решающую роль в создании регистра, отметив, что «основными проблемами являются полное отсутствие регистров, а также их неполнота (и практически врожденное сопротивление пациентов постановке на учет)».

Трудности с электронными картами и электронной передачей данных также рассматривались как проблемы, препятствующие проведению эффективного скрининга. Респондент из СВД отметил, что «существующим в настоящее время препятствием является отсутствие потока клинических данных между врачами общей практики и офтальмологами».

Факторы, способствующие проведению скрининга

Респонденты 8 из 30 стран/регионов предложили в качестве рецепта для достижения успеха программ создание маршрута скрининга. Один респондент из ССД отметил, что важным фактором успеха программы в их стране стала недавнее создание системы электронного здравоохранения: «Система электронного здравоохранения начала работать и должна помочь улучшить ситуацию с выявлением пациентов с [диабетом] и внесением их в регистр». Аналогично, другой респондент отметил, что их страна «находится в процессе создания собственного регистра ДР».

Один респондент прокомментировал важность использования стандартных протоколов или алгоритмов, отметив, что «ключевой идеей в [нашей стране] является включение в повседневную клиническую практику стандартного алгоритма для ежегодного осмотра офтальмологом пациентов с сахарным диабетом, что позволит добиться успеха».

Качество

По итогам опроса, обеспечение качества не было обозначено как общая тема. Десять респондентов упоминали аспекты качества или проведение аудита в ответах на вопросы последнего раздела опроса; девять респондентов были из СВД с эффективно функционирующими программами скрининга.

Восемь респондентов назвали стандарты качества, обеспечение качества или проведение аудитов важными факторами успеха их программы, при этом один из них отметил: «Каждые три года мы проводим внешние проверки качества для всех программ».

Равенство в доступе

Планы по разработке программ скрининга

Некоторые респонденты (13 из 45) сообщили, что в их планы включены вопросы, связанные с повышением уровней участия и/или обеспечением равного доступа к скринингу. Один респондент отметил: «Необходимо снизить уровень неучастия за счет лучшего информирования и наблюдения за пациентами с диабетом», в то время как другой подчеркнул, что «следующим шагом является расширение охвата населения качественным скринингом и предоставление лечения пациентам».

Один респондент отметил, что единственным способом преодоления неравенства в доступе и низкого уровня участия населения является популяционная программа скрининга: «В нашей стране большинство пациентов с сахарным диабетом не соблюдают режимов лечения диабетической ретинопатии и профилактических мер. Среди причин - отсутствие у пациента осведомленности и интереса, нехватка местных офтальмологов, географическая удаленность или отсутствие надлежащего оборудования для диагностики диабетической ретинопатии. Поэтому в настоящее время единственный надежный способ раннего выявления диабетической ретинопатии - это проведение широкомасштабной популяционной программы скрининга».

Факторы, препятствующие проведению скрининга

Некоторые респонденты (17 из 42) назвали проблемы, связанные с неравенством в доступе к скринингу, или низкий уровень участия, факторами, препятствующими проведению эффективного скрининга.

Несколько стран/регионов (СВД и ССД) подняли проблему неравенства в доступе к услугам в сельских и удаленных районах или регионах за пределами столицы. Один респондент заметил: «Огромные различия в доступе к медицинской помощи между сельскими и городскими районами не позволяют многим пациентам получить адекватное и своевременное лечение диабетической ретинопатии».

В некоторых ответах отмечалась приверженность пациентов, и ее связь, например, с грамотностью в вопросах здоровья, при этом несколько респондентов упомянули недостаточную осведомленность пациентов о диабетической ретинопатии и ее осложнениях. Респондент из СВД прокомментировал: «У пациентов недостаточно информации, поскольку мы видим много запущенных случаев, пациенты обращаются за помощью очень поздно с осложнениями на поздних стадиях [пролиферативной диабетической ретинопатии]. Пациенты обратились бы за помощью раньше, если бы имели надлежащую информацию о необходимости и преимуществах скрининга».

Отсутствие осведомленности представляется не единственной проблемой. Один респондент из СВД с эффективно работающей системой приглашений отметил, что «пациенты, не соблюдающие рекомендации, - это обычно пациенты с тяжелыми психическими заболеваниями, серьезными сопутствующими заболеваниями или деменцией, а также пациенты с низким социально-экономическим статусом и низкой грамотностью в вопросах здоровья».

Факторы, способствующие проведению скрининга

Некоторые респонденты (9 из 30) поделились примерами факторов, способствовавших достижению успеха в решении проблемы низкого участия в скрининге. Один респондент сообщил, что в их стране «[имеется] легкий и бесплатный доступ к медицинским учреждениям», а другой прокомментировал: «[наша система страхования] предоставляет финансирование и, следовательно, обеспечивает наличие широкого доступа к скринингу для всех застрахованных пациентов с диабетом. Пациенты с диабетом, участвующие в программе скрининга, доверяют программе и с удовольствием приходят на скрининг».

Несколько респондентов сообщили о своем опыте в области повышения осведомленности пациентов о риске развития диабетической ретинопатии. Один респондент из СВД подчеркнул важность использования личного опыта как способа «позитивного взаимодействия с пациентами, потерявшими зрение, рассказывая их истории в средствах массовой информации, одновременно обнажая «ахиллесову пяту» оппортунистического скрининга, делая частную историю универсальной».

Операционная инфраструктура: стратегическое руководство и управление

Планы по разработке программ скрининга

Некоторые респонденты (12 из 45) говорили о важности стратегического руководства и управления в разделе о планах разработки программ скрининга. Один респондент из СВД подчеркнул важность стратегического руководства, отметив: «Программы здравоохранения получают одобрение у органов власти... организациям нужен энтузиазм». Другой указал на потенциальную роль нормативно-правовых факторов в успешной реализации программы, отметив, что существует необходимость «применения санкций к пациентам и врачам, не соблюдающим правила».

Респонденты проиллюстрировали важность центрального правительства в разработке программ скрининга на диабетическую ретинопатию. Один, например, отметил, что «идеальной моделью программы скрининга была бы система, использующая информационные записи о пациентах с автоматической системой приглашений и напоминаний, разработанной с помощью государственной организации сектора и национального здравоохранения». Другой заметил, что «министерство здравоохранения, институт общественного здравоохранения и фонд здравоохранения играют ведущую роль в улучшении охвата скринингом на диабетическую ретинопатию».

Факторы, препятствующие проведению скрининга

Многие респонденты (25 из 42) упоминали вопросы, относящиеся к категории стратегического руководства и управления. Некоторые (5 из 25) отмечали отсутствие национальной стратегии или национального плана для решения проблемы диабета или скрининга на диабетическую ретинопатию. Например, «отсутствует общая стратегическая направленность всей системы лечения диабета, и это оказывает влияние на проведение скрининга».

Некоторые другие упоминали правовые или нормативные факторы, препятствующие проведению скрининга на диабетическую ретинопатию. Они оказывают иное воздействие. В некоторых случаях они касаются возможности получения доступа к персональным данным пациентов или обмена ими в программах скрининга. Один респондент прокомментировал: «Доступ к индивидуальным медицинским данным ограничен из-за регулирующих органов, которые препятствуют эффективному междисциплинарному управлению заболеваниями». Другой заметил, что «использование телемедицины вместе с ретинальной фотографией и/или ОКТ была бы идеальной возможностью, но правовая система нашей страны не одобряет этот тип обследования».

Роль государства в надзоре за взаимодействием частного и государственного медицинского секторов при проведении скрининга на диабетическую ретинопатию стала темой для обсуждения для нескольких респондентов. Один респондент из СВД прокомментировал роль оптиков, отметив: «оптики посредством активного маркетинга убедили многих пациентов с диабетом... что они в одиночку могут справиться с их проблемами и проблемой скрининга без участия офтальмологов. ... Это можно интерпретировать как 100% отклонение в сторону коммерческих интересов. Однако доступность и число оптиков превышает число офтальмологов в [нашей стране]».

Другой респондент отметил, что в их стране имеется «очень обширный частный сектор, предоставляющий офтальмологические услуги, а государственный сектор недостаточно финансируется и плохо координируется».

Среди других упомянутых проблем было отсутствие стратегического руководства применительно к скринингу на диабетическую ретинопатию. Один респондент из ССД отметил, что препятствием является «отсутствие национального общества и председателя общества диабетической ретинопатии». Несколько респондентов из СВД прокомментировали трудности в разработке по причине отсутствия координации, руководства и направленности. «Часто бывает сложно координировать действия с министерством здравоохранения, советом по социальному обеспечению и руководящим персоналом государственных больниц», - сказал один из них.

Факторы, препятствующие проведению скрининга, обусловленные структурой систем здравоохранения, были отмечены несколькими респондентами. К ним были отнесены факторы, связанные с моделями заказа медицинских услуг в некоторых странах/регионах, которые медленно меняются или действуют как препятствие на пути к более качественному обслуживанию. Один респондент, например, отметил, что модели «заказа услуг медленно меняются, и медленно принимаются новые идеи».

Факторы, способствующие проведению скрининга

Многие респонденты (21 из 30) отметили эффективность взаимодействия между органами государственного управления их стран и поставщиками медицинских услуг, однако важно учитывать, что это было в ответ на конкретный вопрос о взаимодействии с заинтересованными сторонами.

Респонденты рассказали об эффективных аспектах взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами в их стране/регионе. Один из представителей СВД отметил, что «как медицинские работники, так и большинство пациентов активно взаимодействуют», а другой сообщил, что их «[страна] добилась большого прогресса, особенно в области информационного взаимодействия между диabetологами и офтальмологами». Один респондент из страны с доходом выше среднего сообщил: «Мы работали над несколькими проектами и довольно успешно взаимодействовали с поставщиками медицинских услуг (в том числе по вопросам их профессиональной подготовки)».

Только два респондента, из стран с эффективно работающими программами скрининга, указали другие факторы стратегического руководства или управления, способствующие достижению успеха. Первым подчеркивалась важность устойчивого стратегического руководства в интересах общественного здоровья и использования фактических данных: «Борьба с негативом должна осуществляться напрямую на основе доказательств, данных и разъяснений. Вы столкнетесь с множеством причин, почему скрининг не будет работать в вашей стране, однако принципы остаются теми же». Другой респондент упомянул проведение мониторинга эффективности программы под руководством министерства здравоохранения: «Вся система здравоохранения, включая министерство здравоохранения, руководителей [поставщиков] и медицинского персонала всех клиник первичной медико-санитарной помощи, хорошо осведомлены о важности скрининга. Процент пациентов с диабетом, прошедших обследование глазного дна, является одним из показателей качества, по которому каждая клиника первичной медико-санитарной помощи оценивается [поставщиком], и маркером качества, по которому [поставщик] оценивается министерством здравоохранения».

Операционная инфраструктура: финансирование здравоохранения

Планы по разработке программ скрининга

Несмотря на то, что финансирование является важным аспектом программ скрининга на диабетическую ретинопатию, немногие респонденты (6 из 45) указали на это как на проблему.

Один респондент из СВД отметил: «Нам необходимо сотрудничество и диалог между диабетологами и офтальмологами. Национальную программу скрининга на диабетическую ретинопатию возможно создать при надлежащей организации и финансировании». Другой подчеркнул, что «[программы скрининга на ДР] должны быть санкционированы органами здравоохранения и поддерживаться с финансовой [и] технической точки зрения», в то время как респондент из страны с уровнем дохода выше среднего предложил, что «идеальной моделью программы [была бы] национальная программа скрининга с активной системой вызовов пациента. [Рекомендуется] ... увеличение финансирования (государственных и частных поставщиков медицинских услуг)».

Факторы, препятствующие проведению скрининга

Некоторые респонденты (16 из 42) назвали недостаток финансовых средств или финансирования проблемой, негативно влияющей на прогресс в организации программы скрининга на диабетическую ретинопатию. Примечательно, что только некоторые (6 из 14) респондентов из ССД особо отметили отсутствие финансирования как препятствие для проведения скрининга на диабетическую ретинопатию, при этом один из них отметил: «настоящее препятствие - это нехватка финансовых средств и ресурсов». Отсутствие финансирования не ограничивается ССД; один респондент из СВД отметил наличие «страха перед инвестициями и правилами, связанными с дополнительными затратами/сбережением (средств), в том числе на региональном уровне здравоохранения».

Некоторые респонденты (5 из 16) прокомментировали проблемы с системами страхования. Один респондент отметил: «Финансирование в системе национального медицинского страхования обычно ограничено, сегментировано и распределяется между поставщиками услуг на протяжении года. Это создает препятствия для доступа многих застрахованных пациентов к систематическому скринингу с помощью ретинальной фотографии и ОКТ». Другой представитель СВД высказал аналогичное мнение, отметив, что в их стране «нет закона и бюджета для проведения активного скрининга, [и] слишком низкое начисление оплаты за проводимые консультации и процедуры». Один респондент выразил обеспокоенность по поводу того, какое влияние политика страховых компаний может оказывать на лечение ДР: «Проблема, которая остается нерешенной, заключается во взаимодействии с организацией медицинского страхования в области возмещения стоимости лечения [ингибиторами фактора роста эндотелия сосудов]. Страховые компании ввели очень строгие критерии для проведения такого лечения».

Факторы, способствующие проведению скрининга

Немногие респонденты (3 из 30) из СВД, считают программу скрининга на диабетическую ретинопатию в их стране адекватно финансируемой. Один респондент пояснил, что финансирование раньше было препятствием, которое было преодолено за счет эффективного взаимодействия с заинтересованными сторонами; другой сообщил, что «в офтальмологические отделения было вложено более 140 миллионов за семь лет»; третий отметил, что «в целом система общественного здравоохранения хорошо функционирует [в нашей стране], и большая часть расходов покрывается за счет медицинского страхования».

Мониторинг и оценка

Несмотря на то, что в вопросе упоминалась оценка, она была обозначена в качестве темы только в нескольких опросах (n=5), полученных от представителей СВД.

Несколько респондентов отметили невозможность получения данных или качество имеющихся данных, что также связано с отсутствием регистров. Один респондент отметил, что «показатели эффективности и клинические критерии для сравнительной оценки согласованы на национальном уровне. Из-за отсутствия национальной базы данных для скрининга на диабетическую ретинопатию у нас пока нет точных данных по показателям эффективности по всей стране».

Один респондент описал свой опыт ведения регистра нарушений зрения и его важность для демонстрации успеха программы, отметив: «Отличная работа говорит сама за себя как на индивидуальном уровне, так и согласно данным регистра нарушений зрения [нашей страны]».

Другой респондент из СВД также упомянул, что наличие регистров нарушений зрения необходимо для мониторинга нарушений зрения и слепоты, обусловленных ДР, и обеспечения лучших результатов лечения пациентов с терминальной стадией диабетической ретинопатии. Респондент рекомендовал «создать регистр слепоты для оценки распространенности нарушений зрения и слепоты, вторичных по отношению к диабету, а также оценки прогрессирования ретинопатии (от диагноза до терминальной стадии заболевания), что позволит оценить эффективность местной программы скрининга и офтальмологических услуг, а также предложения соответствующей помощи для слабовидящих в случае наступления терминальной стадии заболевания».

Обсуждение

Результаты настоящего доклада перекликаются со многими из более ранних докладов (6), в которых было выявлено, что, несмотря на наличие в большинстве стран/регионов тех или иных программ скрининга на диабетическую ретинопатию, скрининг в значительной степени неорганизован/несистематичен, преимущественно проводится офтальмологами, и в ряде стран/регионов отсутствует оборудование для проведения эффективного скрининга и лечения.

Выводы, содержащиеся в предыдущем докладе, вместе с тематическим анализом текста в настоящем докладе, предлагают лицам, формирующим политику, важную и значительную информацию о проблемах, с которыми они могут столкнуться в ходе разработки более систематических и эффективных программ скрининга на ДР, направленных на предоставление более всеобъемлющей помощи пациентам с диабетом в Европейском регионе ВОЗ.

Ответы 47 респондентов предоставили богатый материал для тематического анализа. Было много общего между поднимаемыми респондентами вопросами.

В некоторых случаях интерпретация ответов оказалась сложной задачей, поскольку точка зрения респондента была неясна. Например, в ответах на вопрос о ключевых аспектах успешных программ или об идеальной модели программы скрининга, иногда было трудно определить, отражают ли ответы респондентов их мнение, реальный опыт или, в случае идеальной модели, реалистичные планы или идею создания идеальной системы на будущее. Языковой и культурный барьеры также могли приводить к неправильному толкованию ответов. При проведении нового опроса, эти аспекты необходимо учесть в методологии.

Часто поднималась тема о важности систематических или организованных программ скрининга. Отсутствие координации, единых руководств и фрагментация системы были отмечены респондентами как факторы, препятствующие проведению эффективных программ скрининга. Некоторые респонденты выразили желание использовать более систематический и организованный подход к скринингу в будущей модели программы, в частности, предлагалось разработать национальную программу с центральным регистром диабета, национальными руководствами и согласованным подходом к градированию.

Отмечалась важность профессиональной подготовки кадров здравоохранения, занятых в программе скрининга, однако были высказаны различные мнения по поводу профессиональной подготовки только для офтальмологов или также для других групп медицинского персонала, в том числе медсестер. Профессиональные и нормативные барьеры, связанные с использованием других групп медицинского персонала, могут играть определенную роль в принятии этих решений; использование других групп медицинского персонала для проведения скрининга может быть менее актуальным в странах/регионах с большим количеством медперсонала в отделениях офтальмологии.

Отвечая на вопрос о планах на будущее или идеальных моделях программ скрининга, многие респонденты отметили потребность в дополнительном оборудовании и новых и обновленных технологиях для проведения скрининга и последующего лечения. Телемедицина, цифровая ретинальная фотография и системы скрининга на диабетическую ретинопатию на основе искусственного интеллекта были определены в ходе опроса в качестве основных направлений. Некоторыми респондентами (из СВД) также упоминались вопросы, связанные с установлением интервалов между скринингами на основе оценки рисков.

Несмотря на то, что термин «маршрут» непосредственно не упоминался респондентами, в качестве общей темы выделялась важность наличия системы, обеспечивающей выявление пациентов и их продвижение по маршруту скрининга, без утраты контакта с ними. Это подчеркивает необходимость наличия системы медицинской информации, регистров диабета, а также механизмов приглашения и направления к специалисту в любой новой модели скрининга. Лица, формирующие политику, могут найти концепцию маршрута полезной для решения вопросов, связанных с системами медицинской информации и преодолением организационной разобщенности, а также для создания более эффективных программ скрининга.

Важность качества, системы обеспечения качества или мониторинга и оценки программы скрининга на диабетическую ретинопатию не поднималась в качестве важной темы. Отмечались немногочисленные упоминания этих аспектов респондентами из СВД с эффективно функционирующими в течение многих лет программами скрининга. Включение вопросов обеспечения качества в программу скрининга на раннем этапе является важной задачей для лиц, формирующих политику, работающих над созданием новых программ скрининга.

Некоторые респонденты назвали неравенство в доступе и недостаточный уровень участия препятствием для проведения эффективной программы скрининга на ДР. Это связано с низким уровнем приверженности пациентов, недостаточной осведомленностью о скрининге на диабетическую ретинопатию и неадекватной доступностью в сельских и отдаленных районах. Однако вопросы, связанные с ограниченным доступом к скринингу или повышением грамотности в вопросах здоровья, поднимались не настолько часто, насколько можно было бы ожидать. Возможно, респонденты отдавали приоритет решению других проблем, прежде чем сосредоточиться на проблеме недостаточного уровня участия.

Многими респондентами был выделен широкий спектр препятствий, связанных со стратегическим руководством и управлением системой здравоохранения, в том числе отсутствие стратегической направленности, нормативно-правовые факторы, препятствующие проведению скрининга (связанных с вопросами обмена персональными данными), управление взаимодействием между частным и государственным секторами здравоохранения, отсутствие стратегического руководства применительно к скринингу на диабетическую ретинопатию. Однако наблюдалось заметное несоответствие между частым упоминанием этих вопросов как препятствий для успешного проведения программы скрининга на диабетическую ретинопатию и отсутствием включения респондентами этих аспектов в планы или идеальные модели программ скрининга. Это может указывать на то, что профессиональные группы менее осведомлены о важности таких аспектов, как стратегическое руководство и управление, при разработке новой программы скрининга, и может быть важным аспектом для лиц, формирующих политику, участвующих в организации программ скрининга на диабетическую ретинопатию.

В качестве важной темы было отмечено взаимодействие с заинтересованными сторонами как часть стратегического руководства и управления. Для лиц, формирующих политику, такое взаимодействие может стать важным инструментом в разработке программ скрининга на диабетическую ретинопатию.

Обозначенные темы четко сопоставляются со структурой руководства «Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство» (3). Это свидетельствует о том факте, что руководство охватывает большинство проблем, с которыми сталкиваются врачи клинической практики и лица, формирующие политику, при разработке новой программы скрининга. Некоторые элементы руководства представлены в планах или идеальных моделях программ скрининга, описанных респондентами, гораздо больше, чем другие. Оборудование, персонал и наличие регистров диабета упоминались более часто, однако обеспечение качества, равенства в доступе, а также мониторинг и оценка, упоминались реже. Задача лиц, формирующих политику, будет состоять в учете всех аспектов руководства при разработке эффективных программ скрининга на диабетическую ретинопатию.

Заключение

Результаты опроса профессиональных ассоциаций, представленные в настоящем и более раннем докладе, содержащем обзор текущей ситуации (6), свидетельствуют о том, что, несмотря на признание скрининга на диабетическую ретинопатию важной мерой общественного здравоохранения, направленной на снижение уровней нарушений зрения и слепоты, многим странам/регионам Европейского региона еще предстоит внедрить эффективные и комплексные программы скрининга.

Многие специалисты, принявшие участие в опросе, с энтузиазмом относятся к разработке более систематических и комплексных программ скрининга на ДР. Однако для достижения успеха им потребуется поддержка со стороны лиц, формирующих политику, для решения структурных вопросов, связанных с национальными стратегиями, регулированием и финансированием. Им также будет необходимо сотрудничество с лицами, формирующими политику, для обеспечения стратегического руководства на национальном уровне для разработки маршрута скрининга, позволяющего решить проблему фрагментированного и неорганизованного подхода к скринингу, который в настоящее время используется в ряде стран/регионов.

Результаты показывают, что сотрудничество специалистов и лиц, формирующих политику, позволит создать согласованную национальную стратегию проведения скрининга на диабетическую ретинопатию и сделать скрининг на диабетическую ретинопатию более систематическим, справедливым и эффективным.

Публикация Европейского регионального бюро ВОЗ «Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство» (3) содержит рекомендации в отношении разработки более систематической программы скрининга на диабетическую ретинопатию на основе маршрута скрининга. Однако, в отсутствие совместных действий медицинских специалистов и лиц, формирующих политику, направленных на обеспечение более систематического подхода к скринингу на диабетическую ретинопатию, все больше пациентов с диабетом в Европейском регионе будут неоправданно подвергаться осложнениям, связанным с нарушением зрения и слепотой.

Библиография²

1. Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259464/WHO-NMH-NVI-17.9-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
2. Программы скрининга: краткое руководство. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 г. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330828/9789289054812-rus.pdf>).
3. Скрининг на диабетическую ретинопатию: краткое руководство. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336660>).
4. Wilson JMG., Jungner G. Принципы и практика обследований на заболеваемость. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1968 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf?sequence=17).
5. Screening for diabetic retinopathy in Europe [website]. Liverpool: University of Liverpool; 2020 (<http://www.drscreening2005.org.uk/index.html>).
6. Скрининг на диабетическую ретинопатию в Европейском регионе ВОЗ: текущая ситуация. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 г. (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/505332/Diabetic-retinopathy-screening-prelim-findings-consultation-rus.pdf).
7. Среднегодовая численность населения. На сайте: Европейский портал информации здравоохранения [онлайн база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 г. (https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_1-0010-mid-year-population/).
8. World Bank country and lending groups. In: World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>).

² Все ссылки по состоянию на 25 мая 2021 г.

Приложение 1.

Вопросник для ситуационного анализа

Скрининг на диабетическую ретинопатию – Ситуационный анализ для стран Европейского региона ВОЗ

Лето 2020 г.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, проконсультировавшись с другими коллегами, по мере необходимости, чтобы убедиться, что ответы описывают, насколько это возможно, текущую ситуацию в вашей стране. Если данные отсутствуют, просьба указать.

Население вашей страны

- Число имеющих офтальмологов, обученных лечению на диабетическую ретинопатию и макулопатии.
- Число людей с потерей зрения, обусловленной диабетом, где это известно (просьба указать источник, например, регистр больных с потерей зрения, национальная организация, занимающаяся оказанием помощи людям с нарушениями зрения/сбором данных).

Текущая ситуация с проведением скрининга в вашей стране

Если в вашей стране федеративная или региональная система здравоохранения, пожалуйста, опишите различные варианты.

- Имеется ли в вашей стране национальная политика/стандарты/показатели эффективности/клинические руководства по скринингу/лечению на диабетическую ретинопатию? Если да, пожалуйста, включите ссылки на сайты или файлы (на языке оригинала, если нет на английском языке).
- Каким образом определяются лица, соответствующие критериям проведения скрининга (например, через регистр диабета, регистр врачей общей практики, систему отпуска препаратов по рецепту)?
- Каким образом люди приглашаются на скрининг (официальное письменное приглашение, устная рекомендация, приглашение по телефону, просьба пациента, неформальный способ, другое – пожалуйста, опишите)?
- Имеется ли официальная система приглашения и повторного приглашения?
- Оцените, пожалуйста, какая доля населения, страдающего диабетом, приглашается на скрининг в вашей стране?

- Какая доля приглашенных фактически участвует в скрининге? Как это оценивается?
- Имеется ли система мониторинга фактического участия населения в скрининге (защитный механизм)?
- Какие методы скрининга имеются (укажите все, что применимо)?

Прямая офтальмоскопия		Оптометрист	
Ретинальная фотография		Технический специалист	
Биомикроскопия глаза с помощью щелевой лампы		Эндокринолог	
		Офтальмолог	

- Какова частота проведения скрининга?
- Во многих странах рекомендуется проводить скрининг каждый год. Введены ли в вашей стране более длительные интервалы между скринингами (например, два года)? Если да, основано ли это на оценке риска (пожалуйста, укажите используемые факторы риска)?
- Какие системы существуют в вашей стране для обеспечения качества программ скрининга? Проводится ли аудит для оценки эффективности программы? Имеются ли у вас какие-либо стандарты качества, мониторинг которых вы осуществляете?
- Имеются ли в вашей стране соответствующие клинические рекомендации? Если да, включите, пожалуйста, ссылки.
- Какое обучение и аттестация доступны для специалистов, в том числе для технического персонала? (Включите, пожалуйста, мастер-оптиков, оптометристов, офтальмологов).
- Какова степень доступа к таким процедурам, как лазерная терапия, внутриглазные инъекции (ингибиторы фактора роста эндотелия сосудов, стероиды) и витрэктомия?
- Используются ли при проведении программы скрининга какие-либо новые технологии, например, оптическая когерентная томография, автоматизированное градирование, электронные системы передачи данных (включая телемедицину), цифровое наблюдение?
- Доступны ли в вашей стране информационные материалы по скринингу на нарушения зрения для диабетиков? Если да, включите, пожалуйста, ссылки.
- Из каких средств покрывается проведение скрининга – страхование, частные средства, доплата в соответствии с условиями страховой компании, центральный бюджет? Производится ли оплата диабетиком? Пожалуйста, заполните таблицу.

	Скрининг	Система приглашений и напоминаний	Лечение ретинопатии
Страхование, частные средства, доплата, центральный бюджет, другое			
Требуется ли доплата от пациента? Да/нет			

Разработка программ скрининга на будущее

- Какова будет идеальная модель программы скрининга на диабетическую ретинопатию, подходящая для вашей страны?

- Каковы основные требования, необходимые для разработки идеальной национальной программы скрининга? Что вы считаете факторами, препятствующими проведению скрининга в настоящее время?
- Каков ваш опыт взаимодействия с поставщиками медицинских услуг (руководителями, компаниями медицинского страхования, частным и государственным секторами) и пациентами на данный момент?
- Как вы оцениваете успех вашей программы, если таковая у вас имеется, в настоящий момент?
- Каков ваш рецепт успеха? Пожалуйста, поделитесь вашими ключевыми достижениями.

Вопросы для оценки того, является ли скрининг организованным/систематическим или неорганизованным

- Имеется ли в вашей стране национальная политика/стандарты/показатели эффективности/клинические руководства по скринингу/лечению на диабетическую ретинопатию? Если да, пожалуйста, включите ссылки на сайты или файлы (на языке оригинала, если нет на английском языке).
- Каким образом определяются лица, соответствующие критериям проведения скрининга (например, через регистр диабета, регистр врачей общей практики, систему отпуска препаратов по рецепту)?
- Каким образом люди приглашаются на скрининг (официальное письменное приглашение, устная рекомендация, приглашение по телефону, просьба пациента, неформальный способ, другое – пожалуйста, опишите)?
- Имеется ли официальная система приглашения и повторного приглашения?
- Оцените, пожалуйста, какая доля населения, страдающего диабетом, приглашается на скрининг в вашей стране?
- Какая доля приглашенных фактически участвует в скрининге? Как это оценивается?
- Какие системы существуют в вашей стране для обеспечения качества программ скрининга? Проводится ли аудит для оценки эффективности программы? Имеются ли у вас какие-либо стандарты качества, мониторинг которых вы осуществляете?
- Имеются ли в вашей стране соответствующие клинические руководства? Если да, включите, пожалуйста, ссылки.

Приложение 2.

Классификация государств-членов Европейского региона ВОЗ

В таблице A2.1 представлена классификация государств-членов, использованная при анализе результатов опроса.

Таблица A2.1. Классификация государств-членов, использованная при анализе результатов опроса^a

Страна	Уровень дохода	Группа ЕС ^b	Другая группа
Австрия	Высокий	EC-15	–
Азербайджан	Выше среднего	NA	CHГ
Албания	Выше среднего	NA	SEEHN
Андорра	Высокий	NA	–
Армения	Выше среднего	No	CHГ
Беларусь	Выше среднего	NA	CHГ
Бельгия	Высокий	EC-15	–
Болгария	Выше среднего	EC-13	–
Босния и Герцеговина	Выше среднего	NA	SEEHN
Венгрия	Высокий	EC-13	–
Германия	Высокий	EC-15	–
Греция	Высокий	EC-15	–
Грузия	Выше среднего	NA	–
Дания	Высокий	EC-15	Северные страны
Израиль	Высокий	NA	SEEHN
Ирландия	Высокий	EC-15	–
Исландия	Высокий	NA	Северные страны

Таблица А2.1 (продолжение)

Страна	Уровень дохода	Группа ЕС ^b	Другая группа
Испания	Высокий	ЕС-15	–
Италия	Высокий	ЕС-15	–
Казахстан	Выше среднего	NA	СНГ
Кипр	Высокий	ЕС-13	–
Кыргызстан	Ниже среднего	NA	СНГ
Латвия	Высокий	ЕС-13	–
Литва	Высокий	ЕС-13	–
Люксембург	Высокий	ЕС-15	–
Мальта	Высокий	ЕС-13	–
Молдова	Выше среднего	NA	СНГ
Монако	Высокий	NA	–
Нидерланды	Высокий	ЕС-15	–
Норвегия	Высокий	NA	Северные страны
Польша	Высокий	ЕС-13	–
Португалия - Центральный регион ^c	Высокий	ЕС-15	–
Российская Федерация	Выше среднего	NA	СНГ
Румыния	Выше среднего	ЕС-13	SEEHN
Сан-Марино	Высокий	NA	–
Северная Македония	Выше среднего	NA	SEEHN
Сербия	Выше среднего	NA	SEEHN
Словакия	Высокий	ЕС-13	–
Словения	Высокий	ЕС-13	–
Соединенное Королевство ^d	Высокий	ЕС-15e	–
Таджикистан	Ниже среднего	NA	СНГ
Туркменистан	Выше среднего	NA	СНГ
Турция	Выше среднего	NA	–
Украина	Ниже среднего	NA	СНГ
Финляндия	Высокий	ЕС-15	Северные страны
Франция	Высокий	ЕС-15	–
Хорватия	Высокий	ЕС-13	–
Черногория	Выше среднего	NA	SEEHN
Чехия	Высокий	ЕС-13	–

Таблица А2.1 (продолжение)

Страна	Уровень дохода	Группа ЕС ^b	Другая группа
Швеция	Высокий	ЕС-15	Северные страны
Швейцария - Лозанна ^c	Высокий	NA	–
Узбекистан	Ниже среднего	NO	СНГ
Эстония	Высокий	ЕС-13	–

СНГ: Содружество Независимых Государств.

ЕС: Европейский союз.

NA: нет данных.

SEEHN: Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы.

^a Данная классификация верна с 1 июля 2021 г.

^b ЕС-15: член ЕС до 2004 г.; ЕС-13: член ЕС после 2004 г.

^c Респонденты ответили на вопросы по собственному региону или больнице, не представляя национальную точку зрения.

^d Соединенное Королевство представило четыре заполненных вопросника, по одному от каждой из четырех автономных администраций: Англии, Северной Ирландии, Шотландии и Уэльса.

^e Соединенное Королевство не было членом ЕС на момент проведения опроса (2020 г.), но было членом ЕС до 2004 г., поэтому для целей настоящего доклада считается частью группы ЕС-15.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2020 г.). Путеводитель по базе данных «Здоровье для всех» на Европейском портале информации здравоохранения [онлайн база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ ([https:// gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/](https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/), по состоянию на 25 мая 2021 г.).

Приложение 3.

Страны-участницы и респонденты опроса

Страны-участницы и респонденты опроса представлены в Таблице А3.1.

Таблица А3.1. Страны-участницы и респонденты опроса

Страна	Респондент(ы)
Австрия	Felix Aberer
	Sonja Karst
Азербайджан	Мушфиг Каримов
Албания	Julinda Jaho
	Mimoza Meco
	Florian Toti
Андорра	Miquel Álvarez Marfany
	Xavier Avellanet Viladomat
Армения	Диана Андреасян
	Наира Гогян
	Нуне Егиазарян
Бельгия	Christophe De Block
	Werner Dirven
Болгария	Alek Oscar
	Galateya Tsvetkova
Босния и Герцеговина	Halida Basić
	Amina Godinjak
	Meliha Halilbašić
	Amra Nadarević Vodenčarević
Венгрия	Miklós Resch
Германия	Hansjürgen Agostini
	Hans-Peter Hammes
	Klaus Lemmen
	Focke Ziemssen
Греция	Maria Niskopoulou
Грузия	Ана Апулава
	Елена Шелестова
	Лика Цуцкиридзе
Дания	Toke Bek
	Jakob Grauslund
	Marit Jørgensen

Таблица А3.1 (продолжение)

Страна	Респондент(ы)
Израиль	Irit Hochberg Gabriel Katz Naim Shehadeh
Ирландия	David Keegan
Испания	Rodrigo Abreu Iñaki Llorente Gomez Alicia Pareja Ríos
Италия	Roberto Perilli Massimo Porta
Кипр	Andreas Kontos
Кыргызстан	Назгуль Омуракунова
Латвия	Guna Laganovska
Литва	Vilma Jurate Balciuniene Edita Prakapiene
Люксембург	Sandra Cardillo
Мальта	Alastair Bezzina John Grech Hardie Mario Vella
Молдова	Natalia Palarie Alexa Zinaida
Нидерланды	Yvonne de Jong-Hesse Reinier Schlingemann Erik Serné
Норвегия	Dag Fosmark Per Medbøe Thorsby
Польша	Elżbieta Bandurska-Stankiewicz Wojciech Matuszewski Sławomir Teper
Португалия	João-Filipe Raposo José Cunha-Vaz
Российская Федерация	Дмитрий Липатов Ольга Викулова
Сан-Марино	Gabriele Rinaldi
Сербия	Nebojsa Lalić Dijana Risimić Jelena Vasiljević
Словакия	Viera Donicova Zbynek Schroner Jana Stefanickova
Словения	Mojca Urbančič

Таблица А3.1 (продолжение)

Страна	Респондент(ы)
Соединенное Королевство	Sanjiv Banerjee Hamish Courtney Michael Gavin David Owens Tunde Peto Sam Philip Peter Scanlon John Wilding
Таджикистан	Саломат Касимова Хакима Каримзаде
Туркменистан	Министерство здравоохранения
Турция	Z. Sehnaz Karadeniz
Узбекистан	Министерство здравоохранения
Украина	Андрей Король Яна Саенко
Финляндия	Nina Hautala Henna Cederberg-Tamminen Paula Summanen
Хорватия	Dario Rahelić Martina Tomić
Черногория	Sreten Kavaric Emir Muzurovic
Чехия	Terezie Pelikanova Tomas Sosna
Швейцария	Lazaros Konstantinidis Anne WojtusCHГzyn
Швеция	Karl-Johan Hellgren Johan Jendle

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

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int