



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Консультативное совещание по
Плану действий в поддержку
реализации Европейской стратегии
профилактики неинфекционных
заболеваний и борьбы с ними**

Копенгаген, Дания, 17-18 марта 2011 г.

Отчет о работе совещания

РЕЗЮМЕ

В течение 17-18 марта 2011 г. 79 участников, включая технических партнеров по проблеме НИЗ из 36 государств-членов, 1 неправительственную организацию, 7 наблюдателей и Секретариат ВОЗ, собрались вместе, чтобы разработать пятилетний оперативный план действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, а также внести свой вклад в подготовку и определение позиции Европейского региона по проблеме НИЗ накануне Глобальной министерской конференции и Совещания Организации Объединенных Наций высокого уровня. Кроме того, у участников была возможность обсудить комплекс практических действий, которые могут быть предприняты государствами-членами, ВОЗ и партнерами в ответ на эпидемию, а также провести обзор уже предпринятых в масштабе Европейского региона мер противодействия неинфекционным заболеваниям.

Ключевые слова

CHRONIC DISEASE - PREVENTION AND CONTROL
STRATEGIC PLANNING
DELIVERY OF HEALTH CARE - ORGANIZATION AND ADMINISTRATION
INTERNATIONAL COOPERATION
EUROPE

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Sherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Вместо этого можно также заполнить онлайн-форму заявки на документацию, медико-санитарную информацию или направить запрос на получение разрешения на цитирование или перевод публикаций непосредственно на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения 2012

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения приветствует запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод своих публикаций – будь то частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительно границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

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 выделены начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения предприняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако публикуемый материал распространяется без каких-либо гарантий, явно выраженных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование данного материала несет сам читатель. Ни при каких обстоятельствах Всемирная организация здравоохранения не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования. Взгляды, выраженные конкретными авторами, редакторами или группами экспертов, не обязательно совпадают с решениями или обозначенным курсом действий Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

	Стр.
Введение	4
Открытие совещания	4
Цели и задачи совещания	4
Предыстория и контекст консультаций	4
План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними	6
Опыт стран, сильные стороны и потребности в области борьбы с НИЗ	8
Обратная связь	8
Дискуссия	12
Тематические разделы Плана действий по НИЗ	13
В1: Создание альянсов и сети и поощрение участия граждан	13
В2: Усиление систем эпиднадзора, мониторинга и оценки	15
В3: Учет социальных детерминант НИЗ	18
В4: Укрепление здоровья и профилактика заболеваний	20
В5: Ориентация служб здравоохранения на профилактику и помощь при хронических состояниях	22
Подготовка к Глобальной министерской конференции и Совещанию ООН высокого уровня	24
Обзор подготовительного процесса	24
НИЗ и вопросы развития	25
Дискуссия	26
Очередные шаги	27
Заключительное заседание	27
Выводы	28
Приложение 1	
Предварительная программа работы	31
Приложение 2	
Список участников	34
Приложение 3	
Предложения по улучшению ситуации	41

Введение

Открытие совещания

Консультативное совещание государств - членов Европейского региона ВОЗ проходило 17-18 марта 2011 г. в Копенгагене, Дания, и его устроителем было Европейское региональное бюро ВОЗ. В работе совещания участвовали национальные технические координаторы по неинфекционным заболеваниям (НИЗ) и другие заинтересованные стороны в целях разработки пятилетнего оперативного плана в поддержку реализации Европейской стратегии профилактики НИЗ и борьбы с ними («Европейской стратегии борьбы с НИЗ»).

Д-р Jose Martin Moreno, Директор по управлению программами Европейского регионального бюро ВОЗ, обратился с приветственной речью к участникам совещания от имени Регионального директора. Он отметил роль д-ра Gudjon Magnusson, бывшего Директора по управлению программами, в качестве лидера при формулировании Европейской стратегии борьбы с НИЗ, которая была одобрена государствами-членами в 2006 году. Оратор охарактеризовал события, прошедшие за истекший период, и в общих чертах рассказал о параллельно проводимой работе по разработке Европейской политики здравоохранения ВОЗ «Здоровье-2020» и подготовке к Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с НИЗ и предстоящему в сентябре 2011 г. Совещанию высокого уровня по проблеме НИЗ под эгидой Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Поскольку этот период времени ассоциируется с глобальными возможностями, он предложил участникам делать ставку на свои функциональные обязанности и постараться осмыслить суть потенциальных достижений по истечении пятилетнего срока.

Цели и задачи совещания

Д-р Gauden Galea, Директор Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья, предложил участникам кратко рассказать о себе. В состав 79 участников совещания вошли представители 36 государств-членов и 1 межправительственной организации, 7 наблюдателей от неправительственных организаций, 4 временных советника ВОЗ и сотрудники Секретариата ВОЗ (Приложение 2). Перед участниками совещания были поставлены следующие основные задачи: провести обзор действий в ответ на неинфекционные заболевания во всех странах Европейского региона; согласовать между собой реально осуществимый комплекс мероприятий на уровне государств-членов, ВОЗ и партнеров по противодействию эпидемии на ближайшие пять лет вплоть до 2016 г.; и внести свой вклад в формирование позиции Европейского региона по проблеме НИЗ и вопросам развития накануне проведения Глобальной министерской конференции и Совещания Организации Объединенных Наций высокого уровня.

Предыстория и контекст консультаций

Д-р Roberto Bertollini, Главный научный специалист Европейского регионального бюро ВОЗ, приветствовал участников и представил ораторов, выступавших после него.

Д-р Agis Tsouros, Руководитель Отдела политики и «сквозных» программ и специальных проектов Регионального директора, изложил концепции и принципы Европейской

политики здравоохранения «Здоровье-2020». Эти концептуальные рамки политики призваны служить всеобъемлющей «зонтичной» надстройкой в целях согласованной и интегрированной взаимосвязи различных элементов практической деятельности ВОЗ. Замысел политики «Здоровье-2020» состоит в том, чтобы у людей была возможность полностью реализовать свой потенциал здоровья и благополучия. Эта политика должна нести в себе вызовы современности, носить практический характер и основываться на фактических данных и истинных ценностях. В основе ее развития заложен принцип самого широкого участия, обеспечивающий вовлечение многочисленных партнеров и выступающий в качестве генератора дискуссии внутри стран. В процессе разработки политики необходимо будет найти ответы на целый ряд вопросов, в частности относительно того, какие целенаправленные вмешательства принесут наибольший эффект и какие потенциальные возможности являются наиболее перспективными. Затем выступающий перечислил вопросы, имеющие большое значение для достижения максимального воздействия, как например, превращение вопросов здравоохранения в неотъемлемый компонент сферы ответственности всех властных структур и необходимость инвестирования в деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Такая постановка вопроса повысит шансы проведения в жизнь Европейской стратегии борьбы с НИЗ и Плана действий по ее реализации.

Проф. Karl Andersen, представляя Больницу при Национальном университете Исландии и выступая от имени Европейского альянса по хроническим заболеваниям, дал общий анализ бремени НИЗ в Европе и наиболее удачных стратегий борьбы с ними. Несмотря на заметный прогресс по таким отдельным направлениям работы, как снижение распространенности табакопотребления, имеют место некоторые вызывающие беспокойство тенденции, как например, ожирение и диабет. Оратор обратил внимание на трехкратную разницу в стандартизованных показателях смертности от НИЗ во всей Европе, которая во многом обусловлена различиями в статистике смертей от сердечно-сосудистых болезней. В тех случаях, когда удавалось значительно снизить смертность от ишемической болезни сердца (ИБС), данные модельных расчетов главным образом говорили о таком улучшении ситуации за счет влияния на факторы риска и лишь в небольшом проценте случаев благодаря лечению. Если взять для примера Исландию, то там сокращение частоты ИБС на 80% за период 1981-2006 гг. в основном произошло в результате относительно несущественного снижения уровня холестерина и артериального давления среди населения, а также уменьшения наполовину распространенности табакокурения. Вместе с тем, ухудшение некоторых факторов риска (ожирение и диабет) отрицательно сказалось на выгодах, ставших возможными благодаря названным другим достижениям. Выступающий обрисовал достоинства и недостатки осуществляемых на уровне популяции стратегий и стратегий по предотвращению высокого риска и пришел к выводу о том, что обе стратегии необходимы, но все же большего внимания заслуживает работа непосредственно среди населения. И наконец, он привел примеры проводимых странами стратегий по снижению уровня потребления соли, трансжиров и насыщенных жиров и распространенности курения, благодаря чему, скорее всего, можно обеспечить максимальное воздействие на ИБС и экономию затрат.

План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними

Д-р **Gauden Galea** представил План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними («План действий по НИЗ»). Оратор пояснил, что работа по этому документу ведется параллельно с

разработкой политики «Здоровье-2020» с упором на системные риски и ответные действия со стороны общества, а также с подготовкой программного документа по системам здравоохранения и общественному здоровью, который ставит перед системой здравоохранения непростую задачу взаимодействия внутри сектора и формирования более прочных связей между отдельными направлениями практической деятельности. Он обратил внимание на три аспекта для рассмотрения в связи с НИЗ, а именно на роль сети социальных связей в «распространении» неинфекционных заболеваний и их факторов риска; на существование многих контингентов среди населения в целом, причем некоторые из них являются особенно уязвимыми, что в еще большей степени усложняет комплексный характер стратегии профилактики на «популяционном уровне»; и на усилия со стороны промышленных кругов оказывать свое влияние на политику здравоохранения путем лоббирования и использования других методов, которые не принимаются на наш страх и риск в расчет. Признавая роль комплексного, интегрированного подхода к Европейской стратегии борьбы с НИЗ, План действий в отношении НИЗ главным образом ориентирован на несколько приоритетных задач, выполнение которых представляется реальным в пятилетний срок. Поскольку существует опасность не добиться ничего, взявшись буквально за все, выступающий предложил краткий перечень основных направлений работы, которые могут обеспечить ощутимые выгоды для Европы к концу 5-летнего периода.

Затем он предложил сотрудникам Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья рассказать о своей работе и, в частности, о том, в какой мере она перекликается с Планом действий по НИЗ.

Д-р Valentina Baltag, Технический специалист Отдела охраны здоровья подростков, поделилась информацией о деятельности по линии программ охраны здоровья матерей, детей и подростков, а также охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Благодаря Плану действий по НИЗ сотрудники Отдела проанализировали действующие связи между курируемыми ими направлениями программной деятельности и проблемой НИЗ и постарались представить себе, как можно организовать работу по-другому. Факторы риска накапливаются в течение всей жизни, начиная с внутриутробного периода развития. Масса тела при рождении является прогностическим фактором развития НИЗ в предстоящей жизни, и в последнее время они уделяли пристальное внимание процедуре регистрации массы тела при рождении. НИЗ, в частности ожирение и диабет у матери, могут негативно повлиять на исходы беременности; течение беременности сказывается на вероятности возникновения НИЗ в будущем, например, увеличение массы тела и вызванная беременностью гипертензия могут обусловить повышение риска развития НИЗ в предстоящие годы жизни. Мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний могут быть интегрированы в систему дородового наблюдения. Программы охраны здоровья детей и подростков нередко сфокусированы на проблемах диареи и сексуального здоровья; теперь наступил подходящий момент, чтобы обратить свой взор на проблему НИЗ.

Г-жа Rula Houry, представляющая Программу борьбы против табака, сообщила участникам совещания о ратификации Рамочной конвенции по борьбе против табака (РКБТ) 46 странами и Европейским союзом. Применительно к деятельности Альянсов РКБТ служит мощным инструментом, а основным игроком на этом поле является гражданское общество. В системе эпиднадзора в центре внимания находилась гармонизация данных; на нынешнем этапе для использования доступны четыре стандартизованные методики проведения выборочных обследований наряду с целым набором вариантов. Они также занимаются сбором национальных расчетных данных о

распространенности табакокурения в странах, которые подлежат стандартизации для последующей сопоставимости. В связи с социальными детерминантами здоровья в последнее время был опубликован доклад M-POWER по проблеме табакопотребления среди женщин. Проведение в жизнь РКБТ требует общегосударственного подхода. Что же касается систем здравоохранения, то по данным свежего глобального обследования среди специалистов здравоохранения оказалось, что лишь немногие из них профессионально подготовлены эффективно противодействовать табакокурению; они могут предложить модель для проведения такой работы.

Д-р Joao Rodrigues da Silva Breda, Руководитель программы по вопросам питания, физической активности и ожирения, сообщил о том, что 1 ребенок из каждых 4 детей в Европе страдает избыточной массой тела или ожирением, и в большей степени это происходит с представителями групп населения с более низким социально-экономическим статусом. Ежедневно четверо из десяти граждан Европы не занимаются достаточной физической активностью. На европейском уровне были приняты различные декларации и курсы действий, в том числе План действий в области пищевых продуктов и питания, а также Хартия по борьбе с ожирением, и многие страны Европы реализуют свою собственную политику; например, в 36 государствах-членах предприняты новые инициативы в отношении мониторинга и эпиднадзора. Возглавляемая им программа может внести конкретный вклад в работу по каждому из пяти направлений практической деятельности в рамках Плана действий по НИЗ, а применительно к предложенным приоритетным задачам, заслуживающим особого внимания, они могут поделиться конкретным опытом в решении вопросов маркетинга, ориентированного на детей, и организации сети по снижению уровня потребления соли.

Д-р Lars Møller рассказал о работе программы борьбы со злоупотреблением алкоголем и незаконными лекарственными средствами. В Европе отмечается самый высокий уровень потребления алкоголя по сравнению с любым другим Регионом ВОЗ. Внутри Региона наблюдаются огромные различия в отношении характера и уровня употребления алкоголя, причем эти уровни повышаются в восточной части Европы. Европа оказалась первой из Регионов ВОЗ, где на этот счет был разработан план действий, осуществление которого началось в 1992 году. Они работали вместе с Европейской комиссией в целях снижения уровня потребления и уменьшения вреда. Действует новая информационная система по проблеме алкоголизма, а недавно был подготовлен доклад о ситуации с алкоголем в Европе.

Д-р Matt Muijens, Руководитель программы по охране психического здоровья, сказал, что связь между НИЗ и психическим здоровьем является очень тесной. У людей с задержками умственного развития могут возникать проблемы с доступом к достойному медобслуживанию, и несмотря на их нередкую принадлежность к высокому риску, они могут совсем не получать помощи по поводу НИЗ. Бремя болезни оказывается крайне высоким среди лиц с психическими расстройствами, а страдающие значительной сопутствующей патологией умирают в более молодом возрасте. Поведенческие факторы риска могут быть повышенными, например уровень распространенности курения оказывается высоким у лиц с тревожными расстройствами. Существует мощный социальный градиент по развитию стресса и сердечно-сосудистой болезни. Раздел охраны психического здоровья не является одним из основных в Планах действий по НИЗ, поскольку в 2012 г. по этой тематике будет разработана отдельная стратегия.

И наконец, **д-р Dinesh Sethi**, Технический специалист по профилактике насилия и травматизма, говорил о взаимном наложении факторов риска по развитию НИЗ и

возникновению травм, как например, алкоголя и бедности. Подход с позиции исследования жизненного пути человека тесно связан с рискованным поведением в подростковом возрасте, которое оказывает влияние на дальнейшее проявление как НИЗ, так и травматизма. Транспортная политика тесно связана с такими другими повестками дня, как изменение климата, и непосредственно касается общественного здоровья. Необходимы единые подходы, предусматривающие межсекторальное взаимодействие и укрепление систем здравоохранения.

Опыт стран, сильные стороны и потребности в области борьбы с НИЗ

Участники, разделившись на пять малых групп, работали параллельно по той же тематике. Поставленная перед ними цель состояла в обобщении отечественного опыта, сильных сторон и потребностей в области борьбы с НИЗ, особенно в свете предложенных первоочередных мер практического свойства. Задачи этого упражнения сводились к следующему: получить представление об основных сильных сторонах и потребностях стран; узнать о других достижениях стран в области борьбы с НИЗ, которыми они гордятся и готовы поделиться с другими; оказать содействие ВОЗ в выявлении тех стран, которые обладают интересным опытом для его последующего применения в рамках исследования на конкретном примере.

Обратная связь

На послеполуденном заседании, во время которого в роли председателя выступала **д-р Sheela Reddy, Соединенное Королевство**, были озвучены результаты дискуссий в рабочих группах.

Д-р Alban Ylli, Албания, сообщил об итогах работы в группе А1, в состав которой вошли представители Албании, Бельгии, БЮР Македонии, Норвегии, Португалии, Румынии, Турции и Хорватии. Сначала он коротко рассказал о сильных сторонах общего характера. В каждой стране принята какая-то политика и имеются планы с упором на конкретные аспекты НИЗ, например в отношении табака, онкологических заболеваний; в некоторых странах реализуются более комплексные стратегии борьбы с НИЗ (Бельгия, Македония, Румыния). В каждой стране предусмотрены целевые ресурсы и структуры в поддержку информационных систем, включая данные, касающиеся НИЗ, и несмотря на их большой объем, они могут оказаться недостоверными или не находить своего применения. Фискальная политика в отношении табака и алкоголя проводится всеми странами; в некоторых странах такая политика может быть связана с финансированием медицинской помощи (Норвегия, Румыния). Во всех странах организуются связанные с НИЗ информационно-пропагандистские кампании среди населения в целом или учащихся школ. Во всех странах работают некоторые службы раннего выявления и вторичной профилактики; в отдельных случаях они достаточно развиты и систематизированы.

Далее, переходя к рассмотрению общих потребностей, следует отметить, что в связи с разработкой комплексных планов в отношении НИЗ возникает проблема. Странам необходимо в большей степени полагаться на совместные усилия при формировании таких планов; когда есть такие планы, то они должны быть в большей степени ориентированы на первичную профилактику и предусматривать выделение дополнительных ресурсов на оказание первичной медико-санитарной помощи. Во-вторых, существует необходимость в стандартизации индикаторов по НИЗ в

сотрудничестве со всеми действующими международными организациями. Эти индикаторы должны использоваться не только для измерения бремени болезни, но и для мониторинга программ. Министерства здравоохранения должны занимать более активную позицию лидера и обеспечивать большой объем ресурсов в поддержку межсекторальных подходов, поскольку другие министерства могут оказаться пассивными и незаинтересованными. В деле повышения санитарной грамотности могут использоваться новые технологии, однако их нужно адаптировать к конкретной культуре и уровню образования. И наконец, занимающиеся ведением НИЗ службы в системе здравоохранения должны быть более интегрированными и предусматривать должное вовлечение первичного звена.

Д-р Liis Rooväli, Эстония, представила результаты работы в группе А2, в состав которой вошли представители Болгарии, Боснии и Герцеговины, Испании, Польши, Словакии и Эстонии. Во всех странах есть национальный план развития здравоохранения или разработаны небольшие отдельные стратегии, к примеру в отношении рака или ожирения, хотя и могут возникать вопросы с проведением их в жизнь. Если в одних странах эти комплексные и проблемно-ориентированные стратегии взаимосвязаны, то в других этого нет. Практически ни в одной стране нет данных с распределением по социально-экономической категории, и не существует системы регистрации данных заболеваемости и ведения регистров по отдельным нозологическим формам. Выступающая предложила ВОЗ провести анализ того, какие индикаторы необходимы, и создать руководство по сбору данных и мониторингу. В связи с фискальной политикой большинство стран провело в жизнь законы в отношении табака, хотя перед ними могут возникать потенциальные этические проблемы ввиду использования поступлений от акцизов на табачные изделия для финансирования мероприятий общественного здравоохранения. Почти во всех странах были предприняты некоторые инициативы в поддержку физической активности населения, как например, обустройство велосипедных дорожек. Они нуждались в укреплении своих связей с местным населением в целях формулирования политики. Что касается вторичной профилактики, то почти во всех странах действует система скрининга на рак шейки матки и молочной железы, а в некоторых случаях – ободочной и прямой кишки. Система первичной медико-санитарной помощи нуждается в усилении и более полной ориентации на вопросы профилактики. В целом, суть их предложения заключалась в том, чтобы План действий по НИЗ был более конкретным относительно того, что нужно делать, и какими вариантами и методиками следует руководствоваться.

Имея в виду направление акцизных сборов на табачные изделия на финансирование мероприятий общественного здравоохранения, Секретариат ВОЗ считает, что это допустимо для снижения уровня потребления такой продукции и одновременно для роста объема поступлений.

Один из участников поставил вопрос о том, что, возможно, ВОЗ и ЕС сочтут целесообразным изложить эти аргументы министерствам финансов в порядке оказания помощи министерствам здравоохранения. **Д-р Stefano Vettorazzi, Европейская Комиссия**, отметил, что ЕС не располагает полномочиями на этот счет, и вопрос о целевом использовании таких поступлений полностью зависит от решения государств-членов.

Д-р Theodora Stavrou, Греция, представила итоги работы в группе А3, в состав которой вошли представители Боснии и Герцеговины, Греции, Литвы, Сербии, Соединенного

Королевства, Финляндии и Швейцарии. Она изложила мнения членов неоднородной группы, поскольку если в одних странах вполне успешно реализуются комплексные национальные стратегии или планы, то в других странах таковые существуют только на бумаге. Они ощущают необходимость в более тесной интеграции комплексных национальных стратегий здравоохранения и стратегий в отношении отдельных факторов риска, включая связанную с этим политику, к примеру в области предупреждения несчастных случаев. Необходимо усовершенствовать системы медико-санитарной информации. Было бы уместно, если бы ВОЗ и ЕС пользовались одинаковыми индикаторами и выделяли ключевые показатели, с тем чтобы можно было собирать высококачественные данные с использованием единой методологии путем проведения организованной в масштабе страны работы. Фискальная политика главным образом касалась сферы табакокурения, а не снижения уровня потребления соли. В связи с пищевыми продуктами существуют более благоприятные для здоровья альтернативы, однако они сопряжены с удорожанием питания. Что же касается санитарной грамотности, то участники считают изменение стереотипов поведения проблематичным; необходимы четкие и логически последовательные обращения к населению. Нужна информация, основанная на доказательствах и отвечающая растущим запросам населения, в том числе такая, которая также служила бы руководством к действию для страдающих НИЗ лиц, чтобы они могли справиться со своим состоянием здоровья. Было бы полезно иметь более четкое общеевропейское руководство по оценке рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний, равно как и методические рекомендации ВОЗ относительно того, что подлежит скринингу, каким образом и в какие сроки. Они считали полезным, если бы ВОЗ придавала особое значение финансированию специализированных и профилактических служб. И наконец, они выступали в поддержку союза с НПО, профессиональными ассоциациями и промышленностью, когда это целесообразно, но в любом случае не с табачной промышленностью.

Со своими замечаниями выступали и другие члены рабочей группы. Интеграционные процессы также касались клиницистов разного профиля, в частности, кардиологов и онкологов и других. Еще один участник дискуссии предложил создавать системы для мониторинга новой программы, в связи с чем **д-р Stefano Vettorazzi, Европейская комиссия**, пояснил, что Европейской комиссии было поручено отслеживать сделанные Советом в декабре 2010 г. выводы по теме «Новаторские подходы к ведению хронических заболеваний в системах общественного здравоохранения и медобслуживания» наряду с продолжением процесса осмысления и подготовкой доклада к 2012 году.

Д-р Mariella Borg-Buontempo, Мальта, сообщила о результатах работы в группе А4, в состав которой вошли представители Австрии, Бельгии, Венгрии, Израиля, Латвии, Мальты и Словении. В большинстве стран из этой группы есть национальные планы, хотя одни из них находятся на этапе планирования, а другие в стадии пересмотра. В большинстве случаев проводятся регулярные выборочные обследования, и есть возможность получать дезагрегированные данные. Ощущается насущная потребность в сотрудничестве между разными секторами, особенно с учетом необходимой долгосрочной перспективы. При реализации концепции «здоровье во всех аспектах политики» дискуссию следует проводить на раннем этапе во избежание проблем в будущем с осуществлением мер в области налогообложения и сбыта продукции. К этой работе следует приобщать все государственные сектора, обеспечивая, по мере необходимости, должную координацию с ними. В большинстве стран проводится работа в отношении санитарной грамотности, укрепления здоровья и расширения возможностей и полномочий местного населения, но эти меры недостаточны и нуждаются в усилении.

Необходима более тесная координация и коммуникация между заинтересованными сторонами. Это непростая, ориентированная на перспективу работа, и, руководствуясь прагматичными и реалистичными соображениями, необходимо определить реально достижимые краткосрочные цели ради демонстрации определенных успехов и в то же время ставить перед собой более долгосрочные цели.

Высказываясь по вопросу расстановки приоритетов направлений практической деятельности, другой член рабочей группы добавила, что специалисты могут оказаться в очень сложном положении при попытке достигнуть компромисса, и признала, что невозможно в одночасье решить все насущные проблемы. При решении вопроса о том, с чего начать, выступающая рекомендовала сосредоточиться на тех участках работы, в отношении которых достигнут наибольший консенсус, и затем переходить к более жестким мерам. Кроме того, прозвучали комментарии по поводу обязательного подключения оппозиции к процессу вовлечения политических деятелей, так как в противном случае любые перестановки в правительстве могут привести к существенному пересмотру проводимой политики.

Д-р Джейхун Маммадов, Азербайджан, сообщил об итогах работы в группе А5, в состав которой вошли представители Азербайджана, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Нидерландов, Республики Молдова, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана. Дискуссия в группе проходила активно. У большинства стран есть национальные программы по конкретным болезням или факторам риска, как например, по ССБ, диабету, поощрению здорового образа жизни, борьбе против табака, йодированию соли, охране психического здоровья. Эти программы могли бы служить прочным фундаментом для их превращения в комплексный план борьбы с НИЗ, хотя такие масштабные, интегрированные стратегии по НИЗ осуществляются лишь в немногих случаях. В некоторых странах действительно имело место проявление политической воли, однако в целом ряде других стран предприняты лишь робкие усилия по проведению в жизнь связанного с НИЗ действующего законодательства, в частности касающегося борьбы против табака и алкоголя. Необходимо наращивать потенциал сектора здравоохранения, чтобы оказывать влияние на политические круги и другие сектора, в том числе на судьбу решения вопросов фискальной политики и сбыта продукции, в частности, налогообложения. Вопросы питания также заслуживают более пристального внимания, особенно в плане снижения уровня потребления соли. В отдельных странах проводился анализ ситуации с НИЗ, однако есть необходимость в совершенствовании информационных систем, чтобы точнее мониторировать или отслеживать связанные с НИЗ аспекты и руководствоваться полученной информацией при планировании. Некоторые страны испытывают дефицит персонала в сельских районах и первичном звене медобслуживания. Очередные насущные задачи, о которых шла речь, состоят в более широком вовлечении местного населения и разработке стандартов качества ведения хронических заболеваний. В деле формирования повестки дня важнейшая роль отводится помощи со стороны ВОЗ.

Один из участников предложил прояснить ситуацию в свете обсуждения вопросов как йодирования соли, так и снижения уровня ее потребления. **Д-р Joao Rodrigues da Silva Breda, Руководитель программы по вопросам питания, физической активности и ожирения**, отметил, что для некоторых государств-членов проблема йод-дефицитных состояний является довольно острой. В рамках совместных программ можно одновременно решать вопросы йодирования соли и снижения уровня ее потребления.

Дискуссия

В состоявшейся по итогам работы в группах дискуссии приняли участие представители 3 стран (Литвы, Соединенного Королевства и Эстонии), а также Секретариат ВОЗ.

Все выступающие, похоже, высказывались в пользу осуществления комплексного, интегрированного подхода и в то же время предлагали прилагать совместные усилия в отдельных случаях, чтобы добиться реальных перемен. Концепция интеграции во всех ее проявлениях нуждается в вычленении главного, особенно если иметь в виду общие факторы риска и их мультипликативный эффект.

Очевидно, что Европейская стратегия борьбы с НИЗ и План действий по НИЗ структурированы по-разному, и их позиции не соответствуют Глобальному плану действий по НИЗ, поэтому представляется целесообразным провести между ними параллели, чтобы можно было проще отслеживать действующие взаимосвязи. Было бы полезно иметь более четкое представление о происхождении разных элементов, а также о том, что лежит в основе расстановки приоритетов.

При выборе конкретных направлений практической деятельности возникает дополнительный смысл в том, чтобы отобрать такие, которые сохраняют общие элементы, связывающие воедино группы с конкретными нозологиями, например, акцент на снижение уровня потребления соли может представлять интерес для НПО со специализацией в области сердечно-сосудистой патологии и в меньшей степени для НПО в сфере онкологии, тогда как борьба против табака в равной степени притягательна для обеих НПО.

Тематические разделы Плана действий по НИЗ

После перерыва на кофе участники совещания продолжили свою работу в формате пяти параллельных заседаний. Проект Плана действий по НИЗ состоит из пяти основных тематических разделов, каждый из которых сопровождается перечнем возможных направлений практических действий. Целью этого заседания был тщательный анализ каждого тематического раздела (по одному разделу на группу), а также рассмотрение вопросов расстановки странами своих приоритетов и измерения хода работы по их реализации. Конкретные задачи этого заседания включали в себя следующее: провести обзор одного из направлений практической деятельности, обобщив общие замечания по поводу его содержания и принципа осуществления; обсудить основные действия со стороны государств-членов и ВОЗ на ближайшие пять лет и установить, какие 2-3 направления работы следует считать приоритетными; обдумать, какие целевые показатели могут быть определены для данного раздела практической деятельности и, в частности, для предлагаемых приоритетных направлений; рассмотреть, каким образом можно будет измерять ход работы по данному разделу практической деятельности и конкретно по приоритетным направлениям; определить, каким образом предложения по данному направлению работы отражают концепцию и принципы политики «Здоровье-2020». На начальном этапе работы в группах в форме 5-минутных выступлений каждой из них удалось «посеять одно или несколько зерен», чтобы инициировать дискуссию по предложенной теме.

Д-р Vlasta Hrabek-Zerjavic, Хорватия, выступая в роли председателя на утреннем пленарном заседании, начала свою речь со слов благодарности в адрес организаторов совещания за прием накануне вечером. Она вновь напомнила присутствующим о цели утреннего заседания – заслушать отзывы о работе на параллельных заседаниях и согласовать дальнейшие шаги в отношении Плана действий по НИЗ.

В1: Создание альянсов и сети и поощрение участия граждан

Обратная связь

Д-р Alban Ylli, Албания, сообщил о результатах дискуссии в *Рабочей группе В1: Создание альянсов и сети и поощрение участия граждан*, председателем которой был д-р Pol Gerits, Бельгия. В состав группы вошли представители следующих стран: Албании, Бельгии, БЮР Македонии, Португалии и Румынии. В роли «генераторов идей» выступили проф. Stig Pramming и проф. Vilius Grabauskas, Литва, а от персонала ВОЗ в работе участвовали д-р Nedret Emiroglu, Руководитель Отдела инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды, и д-р Dinesh Sethi, Технический специалист по вопросам профилактики насилия и травматизма.

Дискуссия не строилась вокруг ситуации в отдельных странах, а была ориентирована на необходимость совместной работы и создания альянсов. Речь шла о том, какие заинтересованные стороны должны быть вовлечены и какой будет их роль, какие задачи необходимо выполнить и как обеспечить эффективность работы в составе сети, учитывая вопросы осуществимости и устойчивости сетевого взаимодействия. Участники описали два уровня сетевого взаимодействия – региональный уровень в Европе с вовлечением международных органов и НПО и национальный. Применительно к обоим уровням работы в составе сети поставленные на пятилетие задачи таковы: добиться большей координации и системности и тем самым повысить эффективность информационно-пропагандистских мероприятий; согласовать общую платформу между разными сторонами-участниками сети (единые принципы, общий язык); наращивать потенциал среди НПО (объединений специалистов и групп граждан); согласовывать новые идеи и законченные решения; и стремиться к более активному подключению СМИ к работе. Они отметили, что финансовая устойчивость является важнейшим фактором успешной работы в сети на обоих уровнях.

Дискуссия

В состоявшейся по итогам работы в группах дискуссии приняли участие представители 5 стран (Албании, Израиля, Испании, Соединенного Королевства, Хорватии), 3 наблюдателя, 2 временных советника ВОЗ, а также председатель и Секретариат ВОЗ.

Обстоятельная дискуссия проходила по вопросу совместной работы с промышленностью и участия последней в деятельности альянсов по профилактике НИЗ и борьбе с ними. Обсуждались пути взаимодействия с промышленностью без получения от нее ресурсов или рекомендаций. Некоторые ссылались на возникшие трудности, тогда как другие больше говорили о положительном опыте в этом отношении; в той и другой ситуации целесообразным представляется определить границы взаимоотношений наряду с определенными обязательствами и конкретными целями. Прошла своего рода дискуссия по поводу того, действительно ли некоторые отрасли, в частности спортивные

организации и страховые компании, заинтересованы в формировании здорового образа жизни и преследуют общие со здравоохранением цели. Было отмечено, что могут возникать различия в тех сферах, в которых готов участвовать частный сектор. Так, например, пищевая промышленность, скорее всего, пожелает приобщиться к таким областям деятельности, как медико-санитарная информация, что представляется менее эффективным, тогда как сектор общественного здоровья в большей степени заинтересован в других вопросах, как например, соль, насыщенные жиры, сбыт продукции. Саморегулирование промышленности, выпускающей табачные изделия и спиртные напитки, оказалось несостоятельным, и есть такие примеры, как маркетинг, ориентированный на детей, то есть именно в этом случае частный сектор должен проявлять высокий уровень ответственности, но этого не происходит. Участникам напомнили о том, что промышленность является полноправным членом общества и значимой заинтересованной стороной. У нее можно многому научиться и апробировать свои идеи, но для этого нужен иной подход. Промышленности может быть предложена определенная роль в практической деятельности по охране здоровья при соблюдении установленных правил этики, доведенных до сведения промышленных кругов. Признавая наличие широких перспектив для взаимодействия с частным сектором, но в определенных границах, Секретариат ВОЗ предложил подготовить первичный набор методических рекомендаций по взаимодействию, которые в дальнейшем могут быть доработаны в поддержку Плана действий. Этот документ может найти применение в случае возникновения потенциального конфликта интересов и обеспечить гарантии того, чтобы частный сектор не только не пользовался конкурентным преимуществом, но и не оказывал влияния на нормативную деятельность.

Была отмечена необходимость создания соответствующей региональной сети наряду с формированием, когда это уместно, и национальной сети. Приводились конкретные примеры альянсов, создаваемых в странах и на международном уровне, в состав которых входят работники здравоохранения и объединения пациентов. По общему мнению, в деятельности таких альянсов более эффективным представляется акцент на сопутствующие состояния и общие факторы, а не ориентация отдельно взятых альянсов на конкретные группы заболеваний. Особо отмечалась важность ведения диалога с врачами и работы с ними в целях улучшения клинической практики.

Были высказаны конкретные предложения по формулированию содержания этого тематического раздела Плана действий по НИЗ. Выполняемые ВОЗ функции и задачи должны быть отделены от тех, которые находятся в ведении государств-членов, так как в противном случае будет происходить их частичное дублирование, и это может привести к дальнейшим дебатам. Что касается наднационального сотрудничества, то в нем должны участвовать ОЭСР и Европейский союз, причем следует внести ясность, кто чем занимается, чтобы каждая сторона не пыталась заниматься буквально всем. Работа официальных СМИ должна быть предельно прозрачной, а деятельность социальных СМИ не должна игнорироваться, особенно когда речь идет об организации работы с молодым поколением.

B2: Усиление систем эпиднадзора, мониторинга и оценки

Обратная связь

Д-р Liis Rooväli, Эстония, сообщила о результатах дискуссии в *Рабочей группе B2: Усиление систем эпиднадзора, мониторинга и оценки*, председателем которой была

Jasminka Vuckovic, Босния и Герцеговина. В состав группы вошли представители стран, являющихся членами Европейского союза, а именно: Болгарии, Боснии и Герцеговины, Испании, Польши, Финляндии и Эстонии. В роли «генераторов идей» выступили проф. Kari Kuulasmaa, Финляндия, и проф. Maximilian de Courten, Европейский альянс по хроническим заболеваниям, а от персонала ВОЗ в работе участвовали Claudia Stein, Директор Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, Trudy Wijnhoven, Технический специалист по вопросам питания, физической активности и ожирения, г-жа Rula Nabil Khoury, Региональный специалист по эпиднадзору, Борьба против табака, и д-р Manfred Huber, Координатор по вопросам здорового долголетия, нетрудоспособности и долгосрочной медицинской помощи.

Системы мониторинга разных стран сильно отличаются между собой. Все они занимаются учетом данных смертности и сведений о заболеваемости среди госпитализированных больных и обеспечивают ведение онкологических регистров. В отдельных случаях дополнительно созданы региональные или учрежденческие регистры по таким нозологическим формам, как инфаркт миокарда, сахарный диабет или инсульт, хотя некоторые из них работают в рамках проектов. Во всех странах, как правило, с периодичностью один раз в 3-5 лет проводятся выборочные обзоры медико-санитарной информации по факторам риска, некоторые из которых могут быть представлены с распределением по социально-экономическому статусу. Все страны принимали участие в Продольных исследованиях по формированию благоприятных для здоровья стереотипов поведения у детей школьного возраста и в Проекте, посвященном обследованию школьников в европейских странах на предмет употребления алкоголя и наркотических средств (ESPAD), одни страны проводят выборочные исследования состояния здоровья, другие занимаются обследованиями состояния питания, третьи проводят специальные исследования. В целом имеется достаточно ресурсов для осуществления систематических выборочных обследований. В ряде стран имеется доступ к данным о страховании здоровья вместе с персональными идентификаторами и сведениями о прописывании лекарственных средств. В некоторых странах действуют системы мониторинга реализации национальных стратегий и планов действий. В Эстонии проведено общенациональное исследование бремени болезни с использованием модели ВОЗ «CHOICE» (выбор экономически эффективных вмешательств), которая позволяет установить зависимость бремени болезни от определенных факторов риска и которая оказалась мощным инструментом.

Члены группы убеждены в важности проведения мониторинга/оценки, имея в виду два аспекта, а именно: проведение как общей оценки рисков здоровью и ситуации с НИЗ, так и оценки пятилетнего Плана действий по НИЗ. По их мнению, аналитическая часть документа является очень слабой, и они обратили внимание на очевидное отсутствие научной составляющей в Плане действий по НИЗ, в то время как таковая находит свое отражение в Европейском плане действий по НИЗ. Они считают необходимым проведение научных исследований и получение фактических данных; сюда может быть включена оценка последствий и экономической эффективности целенаправленных вмешательств, сопоставление результатов конкретных действий с исходами, а также поиск наиболее эффективных путей принятия решений относительно использования или экономии финансовых средств. Участники отметили, что решения о сокращении финансирования легко принимаются в той стране, где отсутствуют фактические данные, но если сбор таких данных не проводится, то тем самым они вредят самим себе. Члены группы подчеркнули значимость общей системы мониторинга для отслеживания хода работы, признавая необходимость ее комплексного характера для осуществления всеобъемлющего интегрированного подхода. Они рекомендовали ВОЗ разработать

конкретный документ или создать координирующий орган по отработке принципиального подхода к тому, каким образом проводить мониторинг и что должно быть его объектом. В связи с этим необходимо пользоваться комбинацией разных источников данных и методологий, приемлемых для стран с разным уровнем доходов населения, и определить несколько действительно конкретных, реалистичных индикаторов для сбора стандартизованных данных и проведения адресных мероприятий среди целевых групп. С учетом долгосрочной перспективы усилия по проведению мониторинга/оценки ситуации с НИЗ и факторов риска должны быть интегрированы в общую систему медико-санитарной информации в целях поддержки существующих связей и устойчивости и отслеживания отдаленных результатов работы по противодействию НИЗ. Участники рекомендовали ВОЗ координировать свои усилия и сотрудничать с другими международными организациями в поддержку мониторинга и оценки на страновом уровне, проведения международного сравнительного анализа и ориентации на передовые достижения и методы.

Суть их заключительных замечаний по доработке содержания документа заключалась в следующем: усилить аналитическую часть, чтобы она была отражена не только в названии раздела; более конкретно и предметно сформулировать направления практических действий в поддержку проведения их в жизнь в странах; обратить внимание на специфику потребностей в информации для лиц, формулирующих политику, и заинтересованных сторон; и усилить раздел, посвященный обмену передовой практикой.

Дискуссия

В состоявшейся по итогам работы в группах дискуссии приняли участие представители 8 стран (Бельгии, БЮР Македонии, Израиля, Казахстана, Румынии, Словении, Турции, Финляндии), 2 наблюдателя и 1 временный советник ВОЗ, а также председатель и Секретариат ВОЗ. Во время дискуссии речь шла не только об этом разделе, но и были высказаны общие замечания, касающиеся Плана действий по НИЗ.

Рекомендации должны соответствовать специфике практических действий, индикаторам, подходам к проведению мониторинга и оценки применительно к другим планам действий ВОЗ, направленных на конкретные факторы риска. Были высказаны предостережения по поводу ставки исключительно на рандомизированные контролируемые испытания для получения доказательств, поскольку они основываются лишь на небольшой выборке лиц, страдающих каким-либо заболеванием. Кроме того, следует принимать во внимание данные «натурных экспериментов», которые говорят о последствиях вмешательств на уровне генеральной совокупности. В целом, как считают участники, уже накоплен достаточный объем фактических данных в пользу того, чтобы приступить к практическим действиям, не ожидая получения дополнительных сведений. При усилении аналитической части раздела следует не допускать отрыва от конкретных мер и скорее заниматься аналитикой, а не практикой. Эта часть должна быть нацелена на выявление целого ряда действий и определение сопутствующих им индикаторов. Прозвучали высказывания относительно разницы между качественной оценкой профилактических вмешательств и вмешательств иного характера. Была отмечена необходимость разработки исходных /результатирующих индикаторов и индикаторов хода работы, равно как и количественных показателей, отражающих межсекторальное сотрудничество с распределением по каждому сектору в отдельности.

Было еще раз подчеркнуто, что дискуссии в группах строились вокруг двух аспектов, один из которых заключался в аналитическом подходе к Плану действий по НИЗ в краткосрочной перспективе, а другой – в развитии систем медико-санитарной информации в более отдаленной перспективе. Есть определенный смысл в том, чтобы в первом случае иметь в распоряжении конкретные целевые показатели, так как они могут склонить политиков к действию, как например, в области борьбы против табака. Может потребоваться время для разработки целевых показателей и определения их типа, хотя окончательное решение на этот счет может быть принято позднее; к тому же это будет сложно сделать, пока не будет известно, какие направления практических действий будут фигурировать в остальной части документа, и каким образом будет проводиться оптимальная оценка хода работы по их реализации, например, с учетом действующих альянсов и сопутствующих состояний. Для помощи в этом деле может быть создан Комитет экспертов. Можно использовать скоринговую систему для сопоставления хода работы по проведению в жизнь той или иной серии намеченных мер. Перечень индикаторов может быть стандартизованным, тем более если предусматриваются конкретные действия по признанию разнообразия в странах и наличие индикаторов, чувствительных к такому разнообразию.

Замечания участников, судя по всему, сводились к двум мнениям относительно стиля изложения Плана действий по НИЗ в целом, а именно: согласно одному из них, предлагается осуществлять подход к Глобальному плану действий в свете его масштабных, устремленных в будущее целей, тогда как другое мнение склонялось в пользу более конкретного подхода по уточнению того, кто что делает, с использованием каких ресурсов, и перед кем следует отчитываться за проделанную работу и за какой срок. Было высказано предположение, что последний подход может содействовать усилению проводимой странами работы по первичной профилактике. Достигнутый консенсус, скорее всего, допускал осуществление подхода с позиции обоих вариантов, позволяющих сохранять чувствительность при разных уровнях развития, с тем чтобы разные страны могли воспользоваться разными типами решений. Поэтапный подход в зависимости от имеющихся в странах ресурсов был предложен в качестве организационного принципа формирования Плана действий.

В3: Учет социальных детерминант НИЗ

Обратная связь

Д-р *Theodora Stavrou*, Греция, сообщила о результатах дискуссии в *Рабочей группе В3: Учет социальных детерминант НИЗ*, председателем которой была д-р *Sheela Reddy*. В состав группы вошли представители следующих стран: Бельгии, Боснии и Герцеговины, Венгрии, Греции, Кыргызстана, Сербии, Словакии, Словении, Турции и Хорватии. В роли «генераторов идей» выступили д-р *Jozica Zakotnik* и г-н *Erik Blas*, а от персонала ВОЗ в работе участвовали д-р *Agis Tsouros* и д-р *Manfred Huber*.

Во многих отношениях, как она полагает, проходившие в группе дискуссии перекликаются с дебатами в двух предыдущих группах. В целом ощущалось единодушие относительно необходимости учета социальных детерминант, тем более что разговоров по проблеме неравенства много, однако ничего не делается. Сбор данных занимает важное место, но уже накоплено достаточно доказательств, чтобы действовать. По-видимому, как и в связи с ранее состоявшимися групповыми дискуссиями, следует рассмотреть поэтапный подход. Участники согласны с необходимостью сбора дезагрегированных

данных. Это также означает, что надо выходить за рамки уже имеющихся баз данных, поскольку в плановом порядке не поступают сведения о лицах, не обращающихся за медицинской помощью. Они обсудили интересные инициативы по оказанию влияния на правительство в целях актуализации соблюдения принципа справедливости. Есть необходимость в улучшении коммуникации с населением и использовании СМИ для привлечения внимания к проблеме социальной несправедливости. Специалисты здравоохранения должны быть профессионально подготовлены к тому, чтобы признавать значимость социальных детерминант. Они поделились успешным опытом вовлечения в эту работу органов местного самоуправления. Участники отметили, насколько сложно бывает изменить стереотипы поведения социально ущемленных групп населения. Они сочли полезным понятие «пропорциональный универсализм», которое фигурирует в Докладе Мармота о социальных детерминантах (Соединенное Королевство), суть которого состоит в проведении адресных мероприятий среди социально не защищенных групп при сохранении всеобщей структуры обслуживания населения.

Члены группы рекомендовали придать более конкретный характер направлениям практической деятельности в рамках Плана действий по НИЗ. Суть приоритетных действий будет заключаться в том, чтобы проводимая политика подвергалась мониторингу и оценке, а данные эпиднадзора за НИЗ совершенствовались за счет их распределения по возрасту, полу и социальной прослойке. Потребуется наращивание потенциала для осуществления такого нового подхода. Признавая важность целенаправленных вмешательств на ранних этапах жизни человека, участники также полагают, что на протяжении всей жизни должен существовать некий континуум, и что расстановка приоритетов и разбивка жизненного пути на отдельные составляющие сопряжены с трудностями. Они обсудили вопросы оценки воздействия принципа справедливости и сочли целесообразным разработку соответствующего набора инструментов; похоже, что в этом деле определенный опыт накоплен только в Соединенном Королевстве. Что касается целевых показателей, оказалось, что национальный перечень индикаторов существует только в Соединенном Королевстве. Участники заинтересовались, что подлежит количественной оценке (вложения, ход работы, результат) в этой стране.

Дискуссия

В состоявшейся по итогам работы в группах дискуссии приняли участие представители 4 стран (Бельгии, Словении, Соединенного Королевства, Турции), 3 наблюдателя, 1 временный советник ВОЗ, а также председатель и Секретариат ВОЗ.

Это направление усилий относится к числу значимых, но непростых вопросов. Были предложены такие практические советы, как необходимость постановки во главу угла нескольких важных детерминант, в частности гендерных факторов и аспектов образования, и планирования начального этапа, а не занятие позиции беспомощности и бездействия. Обращалось внимание на уже проделанную на субнациональном уровне хорошую работу, например на инициативу «здоровые города», которая может служить удачным примером для национального уровня. Складывалось мнение, что специалисты общественного здравоохранения и других областей нуждаются в помощи путем обучения на положительных примерах, овладения методиками и наращивания потенциала по выстраиванию отношений с государственными органами и другими секторами. Несомненно, под эгидой Европейской комиссии действует рабочая группа по обеспечению равенства в вопросах охраны здоровья, которая занимается разработкой методики оценки воздействия принципа справедливости.

Данные могут оказаться большой силой и стратегически важными. Вместе с тем, могут возникать разногласия между специалистами по НИЗ, которые уже осведомлены относительно того, о чем говорят данные, и неспециалистами, которые являются относительно не осведомленными. Ввиду такого разрыва ощущается дефицит осознания актуальности вопроса среди политиков, и, несмотря на это, бытует мнение, что это скорее вопрос индивидуального выбора, а не назревшая необходимость в конкретных действиях в области общественного здравоохранения. Нужны не только достоверные данные, но и более полное понимание ситуации с гуманистических позиций, включая сбор информации с помощью разных методологий, к примеру посредством дискуссии в фокус-группах. Было предложено, чтобы ВОЗ взяла на себя ответственность за содействие в налаживании связей между экспертами и политиками, а также за обеспечение доступности данных и их распространение в разных форматах в разных аудиториях и с использованием разных СМИ.

Были озвучены высказывания в поддержку дальнейшего усиления компонента социальных детерминант в рамках плана действий, с тем чтобы они носили более конкретный характер в отношении практических действий и значимости смежных секторов, а также было предложено объединить эту часть с разделами документа по укреплению здоровья. Участники высказались за осуществление поэтапного подхода, как это уже предлагалось в связи с дискуссиями по разделу эпиднадзора, путем реальных усилий как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. С учетом широты тематического охвата План действий по НИЗ не может быть нацелен на все аспекты, но вместо этого может подсказать, что конкретно может сделать программа борьбы с НИЗ с точки зрения отражения социальных детерминант. На уровне сектора здравоохранения можно добиться большего, как например, организовать гендер-ориентированные формы обслуживания наряду со всеобщим доступом, охватом определенных групп и отчетностью по проявлениям несправедливости.

В4: Укрепление здоровья и профилактика заболеваний

Д-р Mariella Borg-Buontempo, Мальта, сообщила о результатах дискуссии в *Рабочей группе В4: Укрепление здоровья и профилактика заболеваний*, председателем которой была д-р Ruth Weinstein, Израиль. В состав группы вошли представители следующих стран: Израиля, Латвии и Мальты. В роли «генератора идей» выступила д-р Sylvie Stachenko, а от персонала ВОЗ в работе участвовали Lars Møller и Joao Rodrigues da Silva Breda.

Опять-таки, было немало общего между дискуссиями в этой и других группах. Складывалось такое впечатление, что идея «интеграции» нашла своего отражения в этом тематическом разделе, и участники предложили акцентировать внимание именно на этом, обеспечив охват как межсекторальных, так и внутрисекторальных компонентов. Кроме того, по их мнению, компонент профилактики не нашел должного отражения в данном разделе, и его следует усилить, уточнив сферу ответственности сторон, не относящихся к системе здравоохранения. Они пришли к выводу, что работа в области санитарной грамотности проводится на разных уровнях (клиенты, специалисты здравоохранения, политики), и поэтому предложили исключить это направление из структуры приоритетных действий и перенести его в рубрику горизонтальных тем в качестве всеохватывающего компонента, создав тем самым условия для интеграции. Таким же образом, участники отметили, что социальные детерминанты должны носить всеобъемлющий характер, выступая в качестве горизонтального компонента, проходящего

через все направления практической деятельности, наряду с санитарной грамотностью, так как в настоящий момент последняя находит свое отражение лишь в дезагрегированных данных в рамках систем эпиднадзора. Члены группы были вынуждены признать, что принцип справедливости не включен в контекст приоритизации, однако они считают необходимым не забывать об этом. Они полагают, что в отношении программ для местного населения и расширения его возможностей и полномочий фактических данных недостаточно, а отслеживание реальных результатов представляется проблематичным. Разные сценарии требуют доказательств на разных уровнях, на которых нужно действовать, а не находиться в состоянии оцепенения в ожидании необходимых фактических данных, хотя в такой ситуации можно было бы воспользоваться наилучшими имеющимися доказательствами, обеспечивая непрерывный мониторинг, чтобы узнать больше и внести коррективы. Фактические данные говорят о том, что не следует заниматься делом в одиночку, тем более что самыми эффективными оказываются многокомпонентные программы.

Что касается более конкретных замечаний, то, по мнению участников, этот раздел можно было бы улучшить следующим образом:

- Несмотря на то, что психическое здоровье не представлено в виде одного из основных состояний в рамках Плана действий по НИЗ, соответствующий комментарий должен быть включен в эту часть документа позднее.
- Пункты 72, 73 и 74 носят крайне общий характер, а пункт 72 нуждается в большей конкретизации.
- Очередные дополнительные материалы могут быть освещены в целенаправленном информационно-пропагандистском документе по приоритетным направлениям работы и разработан набор инструментов по вопросам политики путем анализа фактических данных из других стран и методов распространения передовой практики.
- Включение (или связь) более конкретных направлений работы, заимствованных из существующих четырех планов противодействия конкретным факторам риска, обусловленных табакокурением (РКБТ), потреблением алкоголя, ожирением и пищевыми продуктами и питанием.
- Привлечение особого внимания к конкретным приоритетным действиям путем их уточнения и вычленения: маркетинг, ориентированный на детей и молодых взрослых; вопросы транспорта и планирование городов; фискальные и маркетинговые аспекты в отношении соли, табака, алкоголя и трансжиров.
- Включение целевых показателей практических действий.
- Расширенное толкование в явной форме финансовых рекомендаций с охватом факторов стимулирования профилактики, к примеру для врачей первичного звена.

Дискуссия

В состоявшейся по итогам работы в группах дискуссии приняли участие представители 2 стран (Израиля, Соединенного Королевства), 1 наблюдатель и 3 временных советника ВОЗ, а также председатель и Секретариат ВОЗ.

В очередной раз было обращено внимание на необходимость более полного соответствия этого раздела и раздела по здоровью во всех аспектах политики и социальным детерминантам; очевидно, что возникли трудности с вычленением части по укреплению здоровья из раздела с описанием социальных детерминант. В будущем еще могут появиться дополнительные возможности, чтобы внести большую ясность по поводу наиболее эффективного подхода к профилактике, как например, на уровне популяции.

Дополнительный комментарий к результатам работы в группе заключался в том, что при кажущейся простоте акцентирования внимания на проблеме трансжиров на начальном этапе работы важно не потерять из виду актуальность снижения потребления насыщенных жиров.

Какое-то время по пункту 74 проводилась дальнейшая дискуссия. Нужно добиться большей сбалансированности между подходами на уровне индивида и общины, обратив внимание на формулировки подпунктов в этом пункте. Вместо словосочетания «санитарная грамотность» можно предложить (или дополнительно ввести в контекст) термин «повышение квалификации» ради большей ясности трактовки и связи с положениями Оттавской хартии. Санитарная грамотность главным образом ориентирована на людей и общественность; если подходу с позиции «здоровье во всех аспектах политики» суждено увенчаться успехом, то тогда и санитарную грамотность следует трактовать в более широком смысле.

В5: Ориентация служб здравоохранения на профилактику и помощь при хронических состояниях

Обратная связь

Д-р Джейхун Маммадов, Азербайджан, сообщил о результатах дискуссии в *Рабочей группе В5: Ориентация служб здравоохранения на профилактику и помощь при хронических состояниях*, председателем которой был д-р Eric Koster, Нидерланды. В состав группы вошли представители следующих стран: Азербайджана, Беларуси, Грузии, Исландии, Казахстана, Нидерландов, Таджикистана, Туркменистана, Турции и Узбекистана. В роли «генераторов идей» выступили Karl Andersen и Ertuğrul Goktas, а специалистов ВОЗ представляли д-р Hans Kluge, Директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, и д-р Valentina Baltag, Технический специалист по вопросам охраны здоровья подростков.

Члены группы пришли к единому мнению относительно необходимости внедрения более скоординированной и интегрированной модели ведения болезней; необходимость ведения сопутствующих заболеваний у одного и того же пациента предполагает осуществление подходов, в большей степени ориентированных на нужды пациента, при взятии коллективной ответственности персонала лечебной сети за исход лечения каждого пациента, и решению этого вопроса могут способствовать методы материального стимулирования. Кроме того, необходимо также найти более удачный баланс между вторичной/третичной помощью и первичной профилактикой. Для этого нужны аргументы или данные, чтобы убедить политиков, например путем обмена положительным опытом разных стран или отдельных территорий внутри самих стран, в том, что профилактические программы позволяют экономить финансовые затраты и преодолевать проблемы неравенства в вопросах охраны здоровья. Здесь также необходимы конкретные меры со стороны всех государственных органов с учетом того, что немало усилий приходится на структуры, не относящиеся к Министерству здравоохранения, и в связи с этим должны произойти сдвиги в мировоззрении как политиков, так и населения. Участники дискуссии согласились с тем, что у людей сформировались большие надежды на получение доступа к высокотехнологичной медицине, которая может быть дорогостоящей, но не всегда наиболее эффективной, и это положение осложняется давлением со стороны частного сектора промышленности.

Группа отнесла к числу приоритетных необходимость изучения полезного опыта и использования модели, ориентированной на пациента, отработки на практике интегрированного подхода к комплексному ведению заболеваний и внедрения системы надзора за медико-санитарной помощью для измерения последствий медицинских вмешательств. Эта система должна следить за тем, насколько пациенты/семьи удовлетворены качеством медобслуживания, и какое мнение складывается у больных о своем здоровье. Как полагают участники, ВОЗ принадлежит положительная роль в документировании и распространении извлеченных уроков и передовой практики.

В связи с конкретными поправками по тексту были озвучены замечания по двум пунктам:

- Пункт 81, подпункт 4: по вопросу осуществления на уровне популяции организованной программы скрининга участники отметили, что этот подход служит отражением специфики страны в связи с тем, что доказательная база и экономическая эффективность, чувствительность и специфичность зависят от показателей распространенности среди населения, и что медработникам и системе здравоохранения необходимо быть подготовленными к ведению больных, диагностированных путем скрининга.
- Пункт 83, подпункт 2: по мнению участников, слово «всеобщий» здесь не подходит и вместо него следует вставить фразу «обеспечение универсального доступа за счет внедрения соответствующих моделей финансирования здравоохранения, адаптированных к конкретным условиям в странах».

Дискуссия

В состоявшейся по итогам работы в группах дискуссии приняли участие представители 5 стран (БЮР Македонии, Испании, Нидерландов, Сербии и Словении), 1 наблюдатель, а также председатель и Секретариат ВОЗ.

Состоялось своего рода дискуссия по вопросу о материальном стимулировании специалистов здравоохранения за ведение профилактической работы. Если с точки зрения одних участников, это сложно понять или осуществить, то, по мнению других, это хорошая идея, и у них накоплен определенный опыт для распространения. Было дано объяснение по поводу того, что, несмотря на наличие сопутствующей патологии у многих людей, традиционные методы лечения ориентированы на отдельные заболевания. Механизмы оплаты труда поставщиков услуг не учитывают исходы ведения отдельных заболеваний, но стимулируют производственную деятельность целой группы специалистов и могут создать предпосылки для внедрения модели, в большей мере ориентированной на нужды пациента.

Этот раздел можно было бы теснее связать с другими (направления работы 2, 3, 4), с тем чтобы социальные детерминанты, вопросы профилактики и ухода были лучше связаны друг с другом. Суть одного из приведенных примеров заключалась в том, что многие лечебные учреждения первичного звена имеют в своем штате координаторов по укреплению здоровья, и эти специалисты здравоохранения могли бы внести свой вклад в расширение возможностей и полномочий местного населения.

Есть реальная возможность, чтобы обратить особое внимание на потенциальную роль институтов и центров общественного здоровья и пропагандировать идею их усиления. На них возложена роль координаторов и оценщиков в плане придания проблеме НИЗ большей значимости в рамках повестки дня или текущей деятельности или на

межсекторальном уровне. В странах Юго-Восточной Европы можно найти целый ряд удачных примеров функционирования сети национальных и региональных институтов общественного здоровья. Кроме того, была упомянута необходимость в профессиональной подготовке и переподготовке специалистов здравоохранения для повышения их уровня компетентности.

И наконец, было предложено, чтобы в этом разделе была сделана ссылка на благотворное воздействие в том числе и немедикаментозных методов лечения хронических заболеваний на лиц из групп высокого риска и на тех, кто уже болен.

Подготовка к Глобальной министерской конференции и Совещанию ООН высокого уровня

Обзор подготовительного процесса

На этом заседании д-р Galea поделился информацией о ходе подготовки к Совещанию под эгидой Генеральной Ассамблеи ООН высокого уровня по НИЗ, которое будет проходить 19-20 сентября 2011 г. в Нью-Йорке. Выступающий пояснил, что в техническом отношении эта встреча не является «саммитом» или «специальной сессией» Генеральной Ассамблеи, а совещанием высокого уровня; будучи таковым, оно может продлиться два дня. Тем не менее, для обеспечения успеха в работе совещания должны участвовать Министерства иностранных дел, и оратор был вынужден признать, что между Министерствами здравоохранения и Министерствами иностранных дел не всегда поддерживается должная связь. В порядке подготовки к этому событию было организовано шесть региональных консультативных совещаний, а именно: совещание Региона ВОЗ для стран Западной части Тихого океана состоялось одним днем раньше, а совещание стран Африканского региона ВОЗ должно проходить в следующем месяце. Совещание стран Европейского региона ВОЗ проводилось в ноябре 2010 года. Отчет о совещании в Осло был направлен в страны для замечаний. Поступили многочисленные отзывы, и этот отчет будет вскоре опубликован. Также проводилась консультация с использованием веб-ресурсов по поводу того же отчета, чтобы получить представление о мнении более широкой аудитории. Еще два неформальных консультативных совещания проходили с участием неправительственных организаций и частного сектора, и их результаты размещены на выделенном веб-сайте штаб-квартиры ВОЗ¹. Эти материалы будут дополнены итогами работы консультативного совещания учреждений системы ООН, а также результатами интерактивных слушаний между представителями НПО и частного сектора, срок регистрации для участия в которых истекает 15 апреля. Итоговые документы этих консультативных совещаний будут положены в основу проекта заключительного заявления совещания высокого уровня, текст которого готовят два уполномоченных ко-фасилитатора из Люксембурга и Ямайки. Будет достаточно времени для того, чтобы государства-члены внесли свой вклад в улучшение содержания этого документа в ходе своей подготовки к совещанию.

Одновременно с этим шла подготовка к Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями, организатором которой должна быть ВОЗ совместно с Российской Федерацией и которая будет проходить 28-29 апреля 2011 г. в Москве. Несмотря на то, что это Совещание имеет

¹ http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en [доступен с 29 марта 2011 г.]

собственную направленность, оно также дает возможность министрам здравоохранения выступить с четким заявлением по проблеме НИЗ накануне совещания в Нью-Йорке, основной тон повестки дня которого будет задан работниками МИДа. До начала этой Конференции 27 апреля будет проходить форум с участием многих заинтересованных сторон, включая представителей частного сектора и гражданского общества. Одновременно с этим в тот же день состоится совещание государств - членов Европейского региона. В Европе проходили интенсивные дискуссии, в процессе которых некоторые участники с неохотой поддержали повестку дня по проблеме НИЗ / вопросам развития. В этот день будет возможность провести инструктаж для стран в связи с их подготовкой к Совещанию в Нью-Йорке.

НИЗ и вопросы развития

Проф. David Stuckler, Гарвардская школа общественного здоровья, рассказал о связях между проблемой НИЗ и вопросами развития. Он пояснил, каким образом потрясения на рынке и макроэкономическая политика в Европе могут иметь последствия для здравоохранения с обратной стороны земного шара и, в свою очередь, отражаться на ситуации со здравоохранением в той же Европе. Было принято относить НИЗ или хронические заболевания к категории «забытой эпидемии»; две трети стран не располагают достаточными бюджетными средствами или потенциалом для решения проблемы НИЗ, и значимой взаимосвязи между объемом помощи и бременем болезни не прослеживается. Оратор сослался на «позорный факт невежества» со стороны людей, не знающих об этой проблеме, а также на то, что мировое сообщество оказывает лишь незначительную помощь, а доноры с неохотой запрашивают бюджетные ассигнования на финансирование направлений работы, не включенных в ЦТР.

Совещание ООН высокого уровня – это всего лишь второе из серии событий, посвященных конкретной патологии; первое по проблеме ВИЧ/СПИДа оказалось переломным моментом, и в связи с предстоящим совещанием возникают аналогичные ожидания. Учитывая опасность того, что в стремлении сделать все не удастся добиться чего-либо, группа журнала «Ланцет» по проблеме НИЗ вскоре должна выпустить доклад о расстановке приоритетов с наибольшей отдачей и наименее затратными вмешательствами. Сюда следует отнести борьбу против табака и снижение потребления соли. Обращая особое внимание на четыре основные болезни, авторы доклада пытаются найти такой подход, который бы охватывал и другие нозологические формы, например через укрепление систем здравоохранения и эпиднадзора. Это позволяет усилить План действий по НИЗ и открывает перспективы для Европы в плане осуществления общегосударственного подхода и переноса акцента на проблемы неравенства и социальные детерминанты.

Дискуссия

В состоявшейся после этого дискуссии приняли участие представители 6 стран (Боснии и Герцеговины, БЮР Македонии, Литвы, Словении, Соединенного Королевства, Швейцарии), а также 1 временный советник ВОЗ и Секретариат ВОЗ.

Страны поставили целый ряд вопросов в своем стремлении как можно скорее узнать о том, в чем будет заключаться роль и ожидания министров на Совещании в Москве, каков будет характер заключительного документа, ожидаются ли элементы дублирования в материалах Московского и Нью-Йоркского совещаний, а также какие ценные

рекомендации будут даны в связи с Совещанием ООН. Группа высказала твердое пожелание ознакомиться с содержанием программы работы Совещания в Москве. Они были бы признательны за справочный документ по Совещанию, из которого они бы извлекли некоторые важные послы и аргументы для Министерств здравоохранения и других секторов, чтобы подумать над возможными решениями существующей проблемы. Лишь незначительное число представителей стран уже подключилось к процессу подготовки Московской конференции. Также была сделана ссылка на резолюцию Исполнительного комитета по НИЗ для обсуждения на его майской сессии и на перспективы включения проблематики НИЗ в ЦТР.

В ответ на поставленные вопросы Секретариат ВОЗ пояснил, что составлением заключительного документа занимается ООН, а не ВОЗ, и его проект будет доступен весьма заблаговременно для проведения консультаций со странами. Региональный директор очень надеется на широкое представительство в Москве министерского уровня от Европейского региона ВОЗ. Перед министрами открываются возможности заявить о своей позиции на Совещании в Москве при условии их регистрации для участия и оглашения своей заинтересованности. К сожалению, программа работы еще не составлена. В итоге работы Московского совещания будет принята Декларация конференции. Конференция в Москве это реальная возможность задать параметры для дискуссий на глобальном уровне. В Московской конференции будут в основном участвовать представители Министерств здравоохранения, тогда как к работе Совещания в Нью-Йорке будут подключаться сотрудники МИДа.

Проект резолюции Исполнительного комитета изначально был представлен на его сессии в январе и подлежит повторному рассмотрению в мае.

Очередные шаги

Национальным координаторам было предложено принять участие в процессах подготовки непосредственно в своих странах. Было бы полезно иметь в распоряжении справочный документ для использования в подготовительной работе, в котором бы: разъяснялся порядок работы над методическим документом ООН; обобщались аргументы, касающиеся проблемы НИЗ и вопросов развития; усиливались связи между ЦТР и социальными детерминантами; пояснялась актуальность социальной справедливости и равноправия; описывались варианты решений, приемлемых для стран с высоким, средним и низким уровнями доходов населения; обсуждался вопрос о том, насколько прочными должны быть связи между охраной психического здоровья и травматизмом.

Заключительное заседание

Д-р **Jose Martin Moreno** сообщил о результатах заседания координационной группы по Глобальному министерскому совещанию, которое проходило в формате видеоконференции в те же сроки, что и предшествующее заседание. У выступающего была возможность в общих чертах представить структуру программы, которая только что поступила.

Выступая от имени участников, д-р **Jasminka Vucković**, старший специалист по первичной медико-санитарной помощи и общественному здоровью Министерства здравоохранения и социального обеспечения Боснии и Герцеговины, поблагодарила ВОЗ

за организацию совещания. Это была реальная возможность обсудить актуальный для стран вопрос. Были сделаны прекрасные презентации и проведена большая работа в группах. Выступающая отметила, что страны имеют в своем распоряжении добротные стратегии, но есть проблемы с их проведением в жизнь. При нынешнем экономическом климате возникает еще один вопрос – как финансировать все эти мероприятия. В качестве дополнительной темы были подняты вопросы эпиднадзора, мониторинга и оценки. Заслушав в этот день многочисленных докладчиков по разным направлениям практических действий, она отметила значимость проведения оценки по всем этим направлениям работы, а также важность определения общего набора индикаторов. Теперь наступил подходящий момент для постановки проблемы НИЗ во главу угла в мировом масштабе.

Г-жа Zsuzsanna Jakab, Региональный директор, Европейское региональное бюро ВОЗ, приветствовала участников совещания, проводимого в Региональном бюро, и принесла свои извинения за то, что не смогла присутствовать на церемонии открытия. Незадолго до этого она была основным докладчиком на Совещании, организованном журналом «Экономист» о будущем медицинского обслуживания в Европе, в связи с чем также возник вопрос о НИЗ. Действительно, не так просто убедить политиков в необходимости инвестировать в профилактику, имеющую средне- и долгосрочный результат, особенно когда стационарные учреждения ставят перед ними более насущную проблему. Нужны долгосрочные политические обязательства, принимаемые на высоком уровне. Оратор обратилась с просьбой к присутствующим обеспечить участие их Министров в Московской конференции. Было бы досадным столкнуться с ситуацией недостаточно полного представительства от Европейского региона ВОЗ. Затем она отметила комплексный характер проблемы НИЗ. Невозможно эффективно бороться с эпидемией без проведения углубленного анализа первопричин и детерминант. Это требует общегосударственного подхода при отведении Министерством здравоохранения роли рулевого. К этой проблеме необходимо привлечь внимание Премьер-министра и заручиться его поддержкой. На данном этапе необходимы конкретные действия. Возвращаясь к Плану действий, выступающая высказалась в поддержку поэтапного подхода и внедрения системы мониторинга и оценки. Она выразила удовлетворение результатами совещания, успех проведения которого был обеспечен благодаря огромному вкладу и богатому опыту стран. Подводя итог, она поблагодарила каждого за участие, а также Секретариат ВОЗ и всех тех, кто занимался решением организационных вопросов для успешной работы Совещания.

Выводы

Страны находятся на разных этапах осуществления мероприятий в ответ на проблему НИЗ. Несмотря на то, что в большинстве стран приняты свои стратегии и планы целенаправленной работы в отношении конкретных аспектов, факторов риска или болезней, лишь немногие располагают более всеобъемлющими стратегиями борьбы с НИЗ. Там, где существуют проблемно-ориентированные стратегии, последние могут оказаться разобщенными или не проводиться в жизнь, а на пути разработки комплексных планов возникают трудности. Могут быть выделены целенаправленные ресурсы и действовать информационные системы, но данные могут оказаться недостоверными или не находить применения на практике и не отражать ситуацию применительно к разным социально-экономическим категориям. Нужны стандартизованные индикаторы, которые позволяют сравнивать ситуацию как внутри стран, так и между ними и которые могут использоваться для мониторинга программ, а не только для измерения бремени. В

большинстве стран проводится фискальная политика для борьбы с табакокурением и алкоголизмом, но в меньшей степени применительно к другим факторам риска. Программы скрининга на рак молочной железы и шейки матки действуют в большинстве стран, а в некоторых – и программы скрининга на рак ободочной и прямой кишки. Во многих странах существуют некоторые службы раннего выявления и вторичной профилактики, но они могут быть передовыми и систематическими лишь в отдельных случаях. На основании данных оценки риска развития сердечно-сосудистой патологии можно было бы извлечь пользу из более детального руководства, а также из методических рекомендаций по поводу того, что подлежит скринингу, каким образом и в какие сроки. Необходима дальнейшая поддержка в решении вопросов совершенствования санитарной грамотности, поощрения межсекторальных подходов и расширения возможностей и полномочий местного населения и соответствующего участия в оказании первичной медико-санитарной помощи, а также в деле профилактики.

В последнее время ощущалась мощная поддержка Европейской стратегии борьбы с НИЗ, в том числе ее всеобъемлющих, интегрированных подходов, и План действий по НИЗ должен отражать эти принципы. Существует консенсус по сфокусированному Плану действий в форме нацеленного на практические действия бизнес-плана, поддерживаемого региональной сетью. Это позволяет предпринимать совместные шаги в отдельных случаях, чтобы добиться реальных перемен.

План действий необходимо привести в соответствие с Европейской стратегией борьбы с НИЗ, чтобы было понятно, как эти документы связаны между собой. Должно быть совершенно ясно, на каком основании осуществлялся отбор конкретных направлений практической деятельности в рамках Плана действий по НИЗ. Есть заинтересованность в определении целевых показателей для их достижения к 2016 г., однако в ближайшие несколько недель вряд ли можно эффективно выполнить эту задачу.

В отношении стиля изложения должен быть сбалансированный подход между Глобальным планом действий в свете его масштабных, устремленных в будущее целей и альтернативным, более конкретным подходом к уточнению того, кто что делает, с использованием каких ресурсов, и перед кем следует отчитываться за проделанную работу и за какой срок. План действий по НИЗ должен быть чувствительным к разным уровням развития, с тем чтобы для разных стран предлагались разные варианты решений; поэтапный подход в зависимости от имеющихся в странах ресурсов может служить организационным принципом составления Плана действий в поддержку выполнения этой задачи.

По общему мнению, концепции и подход к социальным детерминантам здоровья играют довольно важную роль в том, чтобы вопросы интеграции прослеживались в содержании всего документа, а не освещались только лишь в отдельно взятом разделе.

В целом, поддерживалась идея вычленения немногих приоритетных направлений действий, хотя их окончательный характер может быть откорректирован в свете поступивших замечаний. Эти направления окажутся более целенаправленными в очередной версии проекта Плана действий по НИЗ, структура которого будет выстроена вокруг них.

Был предложен целый ряд инструментов в поддержку осуществления Плана действий, в том числе определение индикаторов для измерения хода работы и разработка методических рекомендаций по соответствующему взаимодействию с частным сектором.

Что касается очередных шагов, то остается слишком мало времени для подготовки окончательного проекта Плана действий по НИЗ для рассмотрения Постоянным комитетом Регионального комитета. У стран будет возможность высказать свои замечания по очередному проекту документа, но в весьма сжатые сроки; странам будет предложено представить эти замечания в основном по структуре документа, а не по тексту.

В дополнение к общим выводам относительно Плана действий по НИЗ был высказан целый ряд конкретных предложений по улучшению разделов документа. О них речь идет в Приложении 3.

Приложение 1

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА РАБОТЫ

Четверг, 17 марта 2011 г.

08.15 – 09.00	Регистрация участников	
09.00 – 09.45	Открытие совещания	
	<ul style="list-style-type: none">• Открытие• Введение в стратегию «Здоровье-2020»• Представление участников• Бремя ССБ и ответные меры: Фактические данные для действий	Д-р J. Martin Moreno Д-р A. Tsouros Проф. S. Capewell и проф. K. Andersen
09.45 – 10.20	Пленарное заседание 1: План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними	Д-р G. Galea
	<ul style="list-style-type: none">• Обзор Плана действий• Цели и задачи совещания• Ныне проводимые программы по НИЗ и связанным с ними состояниями	Руководители программ, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья
10.20 – 10.45	<i>Перерыв</i>	
10.45 – 12:30	Рабочие группы А: План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними	
	<ul style="list-style-type: none">• Обсуждение в группах в целях рассмотрения сильных сторон и потребностей стран в преодолении проблем НИЗ, а также оценки того, насколько удачно проект Плана действий отвечает этим потребностям.	
12.30 – 13.45	<i>Обед</i>	
13.45 – 15.00	Пленарное заседание 2: План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними	

- Сообщения от рабочих групп А
- Вводная информация к заданию для рабочих групп В

15.00 – 15.30 *Перерыв*

15.30 – 17.30 **Рабочие группы В:** План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними

- Обсуждение в группах направлений практической деятельности в рамках мероприятий, предусмотренных Планом действий

17.30 *Подведение итогов работы за день*

17.30 *Прием в помещении кафетерия ВОЗ*

Пятница, 18 марта 2011 г.

09.00 – 10.30 **Пленарное заседание 3:** План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними

- Анализ работы за день 1 и вводная информация ко дню 2
- Сообщения от рабочих групп В
- Дискуссия

10.30 – 11.00 *Перерыв*

11.00 – 12.45 **Пленарное заседание 3 (продолжение):** План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними

- Сообщения от рабочих групп В
- Дискуссия

12.45 – 14.00 *Обед*

14.00 – 15.00 **Пленарное заседание 4:** План действий по реализации Европейской стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними

- Обобщенные результаты работы в группах
- Дискуссия
- Выводы и очередные шаги

<i>15.00-15.30</i>	<i>Перерыв</i>
15.30-16.45	Пленарное заседание 5: Процесс подготовки к Совещанию высокого уровня по профилактике НИЗ и борьбы с ними в рамках Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций <ul style="list-style-type: none">• Обзор подготовительного процесса• Заявление Европейского региона ВОЗ по проблеме неинфекционных заболеваний• Дискуссия• Выводы и очередные шаги
16.45 – 17.00	Заседание в целях подведения итогов
<i>17.00</i>	<i>Заккрытие совещания</i>

Приложение 2

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

АВСТРИЯ

Dr Magdalena Arrouas

Head, Department of Noncommunicable Diseases, (Dep. III/2)
Federal Ministry of Health
Vienna

АЗЕРБАЙДЖАН

Dr Jeyhun Mammadov

Director, Public Health and Reforms Center, Ministry of Health
Baku

АЛБАНИЯ

Dr Alban Ylli

Head, Sector of Chronic Diseases and Health Policies, Institute of Public Health
Tirana

БЕЛАРУСЬ

Dr Alena Adamenka

Chief Therapist, Ministry of Health
Minsk

БЕЛЬГИЯ

Dr Pol Gerits

DG Organisation of Healthcare Establishments
Brussels

Dr Julie Van Handehoven

Attaché, Federal Public Service for Health, Food Chain Security and Environment Brussels

БОЛГАРИЯ

Dr Plamen Dimitrov

Associate Professor/Deputy Director, National Center of Public Health Protection
Sofia

БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА

Dr Zarema Obradović

Institute of Public Health Sarajevo

Dr Jasminka Vucković

Senior Specialist for Primary Health Care and Public Health, Ministry of Health and Social Welfare
Banja Luka

БЫВШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ

Professor Doncho Donev

Director, Institute of Social Medicine, Faculty of Medicine
Skopje

ВЕНГРИЯ

Dr Brigitta Gyebnar

Head of Public Health Department, Ministry of National Resources
Budapest

ГРЕЦИЯ

Dr Theodora Stavrou

Public Health Consultant, Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity
Athens

ГРУЗИЯ

Dr Lela Sturua

Head, Noncommunicable Diseases Division,
National Centre for Disease Control and Public Health (NCDC)
Tbilisi

ИЗРАИЛЬ

Dr Ruth Weinstein

Director, Department of Health Promotion, Ministry of Health
Jerusalem

ИСПАНИЯ

Dr Isabel Peña-Rey

Head of Area - Health Strategies, Ministry of Health and Social Policy and Equality Madrid

КАЗАХСТАН

Dr Dina Julaitsova

Chief Expert, Ministry of Health
Astana

КЫРГЫЗСТАН

Dr Aliina Altymysheva

Responsible Secretary, National Centre of Cardiology and Internal Medicine
Bishkek

ЛАТВИЯ

Ms Gunta Rozentale

The Centre of Health Economics
Riga

ЛИТВА

Professor Vilius Grabauskas

Chancellor, Lithuanian University of Health Sciences
Kaunas

МАЛЬТА

Dr Mariella Borg Buontempo

Consultant in Public Health Medicine
Health Promotion and Disease Prevention Directorate
Ministry for Health, the Elderly & Community Care
Msida

НИДЕРЛАНДЫ

Dr Eric Koster

Ministry of Health, Welfare and Sport
The Hague

НОРВЕГИЯ

Mr Knut-Inge Klepp

Director General, Department of Public Health, Norwegian Directorate of Health
Oslo

ПОЛЬША

Professor Bogdan Wojtyniak

Deputy Director, National Institute of Public Health, National Institute of Hygiene Warsaw

ПОРТУГАЛИЯ

Dr José M. Boavida

Directorate General of Health
Lisbon

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

Dr Ion Salaru

First Deputy Director, National Centre of Public Health
Chisinau

РУМЫНИЯ

Ms Adriana Galan

National Institute of Public Health
Bucharest

СЕРБИЯ

Professor Slavenka Janković

Institute of Epidemiology, Faculty of Medicine, University of Belgrade
Belgrade

СЛОВАКИЯ

Dr Jana Kollarova

Department of Health Promotion, Regional Public Health Authority
Kosice

СЛОВЕНИЯ

Dr Jozica Maucec Zakotnik

Managing Director of CINDI, National Institute of Public Health
Ljubljana

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО

Dr Sheela Reddy

Principal Nutritionist, Department of Health
London

ТАДЖИКИСТАН

Dr Rahmatullo Rahmonov

Chief Freelance Specialist on Neurology, Ministry of Health of Tajikistan
Dushanbe

ТУРКМЕНИСТАН

Dr Maral Aksakova

Head, Epidemiological Surveillance and Parazitology Department
State Sanitary-Epidemiological Service
Ashgabat

ТУРЦИЯ

Dr Ertuğrul Goktas

General Directorate of Primary Health Care, Ministry of Health
Ankara

Dr Nazan Yardim

Head of NCD Department, Ministry of Health
Ankara

УЗБЕКИСТАН

Dr Irina Liverko

Chief Pulmonologist, Ministry of Health, Scientific Research Institute on Pulmonology
Tashkent

ФИНЛЯНДИЯ

Professor Kari Kuulasmaa

Research Professor, National Institute for Health and Welfare
Helsinki

ХОРВАТИЯ

Dr Vlasta Hrabak-Zerjavic

Head, Chronic Disease Epidemiology Department, Croatian National Institute of Public Health
Zagreb

ШВЕЙЦАРИЯ

Dr Rhena Forrer

Scientific Adviser, Swiss Federal Office of Public Health
Bern

ЭСТОНИЯ

Dr Liis Rooväli

Head, Health Information and Analysis Department, Ministry of Social Affairs of Estonia
Tallinn

ЕВРОПЕЙСКАЯ КОМИССИЯ

Dr Stefano Vettorazzi

Policy Officer

DG Sanco C4 - HTC 01/170

Luxembourg

НАБЛЮДАТЕЛИ

Dr Jens Aagaard-Hansen

Head, Health Promotion Research, Steno Health Promotion Center, Steno Diabetes Center
Denmark

Professor Maximilian de Courten

Copenhagen School of Global Health, University of Copenhagen
Denmark

Professor Mr Ronald Dahl

Vice-Chair, GARD, Aarhus University
Denmark

Professor Paul E. de Jong
University Medical Center Groningen
The Netherlands

Dr Z. Sehnaz Karadeniz
Board Member, International Diabetes Federation- Europe
Belgium

Professor David J. Kerr
European Society for Medical Oncology
United Kingdom

Professor Stig Pramming
Denmark

ВРЕМЕННЫЕ СОВЕТНИКИ

Professor Karl Andersen
Division of Cardiology, Landspítali University Hospital
Iceland

Dr Mihály Kökeny
Former Minister of Health
Hungary

Dr Sylvie Stachenko
Dean, School of Public Health
Canada

Dr David Stuckler
Harvard School of Public Health
USA

ПЕРЕВОДЧИКИ

Ms Elena M. Buggeskov
Freelance Translator
Frederiksberg
Denmark

Mr Vladimir Ilyukhin
Simultaneous Interpreter
Moscow
Russian Federation

Mr Georgy G. Pignasty
Translator/Interpreter
Moscow
Russian Federation

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Европейское региональное бюро ВОЗ

Dr Valentina Baltag
Technical Officer, Adolescent Health

Dr Roberto Bertolini
Chief Scientist

Dr Joao Rodrigues da Silva Breda
Programme Manager, Nutrition, Physical Activity and Obesity

Ms Irina Eriksen
Programme Assistant, Child and Adolescent Health and Development

Dr Jill Farrington
Consultant, Division of Noncommunicable Diseases and Health Promotion

Dr Gauden Galea
Director, Division of Noncommunicable Diseases and Health Promotion

Ms Helen Gill
Administrative Assistant, Division of Noncommunicable Diseases and Health Promotion

Dr Manfred Huber
Coordinator, Healthy Aging, Disability and Long-term Care

Ms Zsuzsanna Jakab
Regional Director

Ms Rula Nabil Khoury
Technical Officer (Regional Surveillance Officer), Tobacco Control

Ms Tina Kiaer
Information Officer, Division of Noncommunicable Diseases and Health Promotion

Dr Hans Kluge
Director, Division of Health Systems and Public Health

Dr José Martin Moreno
Director, Programme Management

Dr Lars Møller
Programme Manager, a.i, Alcohol and Illicit Drugs

Dr Matt Muijen
Programme Manager, Mental Health

Dr Gunta Lazdane
Programme Manager, Sexual and Reproductive Health

Dr Dinesh Sethi
Technical Officer, Violence and Injury Prevention

Dr Claudia Stein

Director

Division of Information, Evidence, Research and Innovation

Ms Anita Strandsbjerg

Programme. Assistant, Noncommunicable Diseases

Ms Nataliia Toropova

Technical Officer (Tobacco Free Initiative)

WHO Country Office, Russian Federation

Dr Agis Tsouros

Head, Policy and Cross-cutting Programmes and Regional Director's Special Projects

Ms Liza Villas

Secretary, Division of Noncommunicable Diseases and Health Promotion

Ms Trudy Wijnhoven

Technical Officer, Nutrition, Physical Activity and Obesity

Приложение 3

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ СИТУАЦИИ

B1: Создание альянсов и сети и поощрение участия граждан

- Секретариат ВОЗ выступил с просьбой разработать комплект методических рекомендаций по связям с промышленностью/частным сектором для использования на случай возникновения потенциального конфликта интересов и обеспечения гарантии того, чтобы частный сектор не только не пользовался конкурентным преимуществом, но и не оказывал влияния на нормативную деятельность.
- В разделе должна быть ссылка на два уровня сетевого взаимодействия – в одном случае на региональном уровне в Европе с вовлечением международных органов и НПО и в другом на национальном уровне. ВОЗ может содействовать развитию национальной сети, являющейся отражением региональной, с упором на сопутствующую патологию и общие факторы, включая вовлечение специалистов здравоохранения.
- Поставленные на пятилетие задачи в рамках сети таковы: добиться большей координации и системности и тем самым повысить эффективность информационно-пропагандистских мероприятий; согласовать общую платформу между разными сторонами, присоединившимися к сети (единые принципы, общий язык); наращивать потенциал среди НПО (объединений специалистов и групп граждан); согласовывать новые идеи и законченные решения; и стремиться к более активному подключению СМИ к работе.
- Выполняемые ВОЗ функции и задачи должны быть отделены от тех, которые находятся в ведении государств-членов, так как в противном случае будет происходить их частичное дублирование, и это может привести к дальнейшим дебатам.
- Что касается наднационального сотрудничества, то следует внести ясность, кто чем занимается, чтобы каждая сторона не пыталась заниматься буквально всем.
- Должна быть более настоятельная рекомендация относительно подключения СМИ к работе.

B2: Усиление систем эпиднадзора, мониторинга и оценки

- Этот раздел должен отражать два аспекта, а именно: проведение как общей оценки рисков здоровью и ситуации с НИЗ, так и оценки пятилетнего Плана действий по НИЗ.
- Оценочная часть документа нуждается в усилении, чтобы она не только фигурировала в названии, но и не оказывалась в отрыве от конкретных действий, сохраняя свою практическую значимость. В ней должен быть очерчен целый ряд направлений практических действий и проанализированы задачи вместе с индикаторами.
- Должно быть отведено более важное место научным исследованиям и необходимости получения фактических данных, например в результате качественной оценки воздействия и экономической эффективности целенаправленных вмешательств. В основе ссылок на доказательства должны лежать более масштабные подходы, а не только рандомизированные контролируемые испытания, и осознание того, что предположительно уже

накоплен достаточный объем фактических данных в пользу реализации конкретных мер.

- Для стран должны быть разработаны рекомендации, касающиеся общей системы мониторинга для отслеживания усилий по выработке всеобъемлющего, интегрированного подхода.
- Специфика практических действий, индикаторы, подходы к проведению мониторинга и оценки должны соответствовать другим планам действий ВОЗ, направленных на конкретные факторы риска.
- Должен быть разработан конкретный документ и/или создан экспертный координирующий орган по отработке принципиального подхода к тому, каким образом проводить мониторинг и что должно быть его объектом, с использованием комбинации разных источников данных и методологий, приемлемых для стран с разным уровнем доходов населения.
- В этом разделе необходимо признать, что проведение мониторинга/оценки ситуации с НИЗ и факторов риска должно быть интегрировано в общую систему медико-санитарной информации в целях поддержки существующих связей и устойчивости и отслеживания отдаленных результатов работы по противодействию НИЗ.
- ВОЗ следует координировать свои усилия и сотрудничать с другими международными организациями в поддержку стандартизации международной сопоставимости индикаторов, признавая существование различий между странами.

В3: Учет социальных детерминант НИЗ

- Дальнейшее усиление в плане действий сферы социальных детерминант в качестве всеохватывающего горизонтального компонента и возможное ее слияние с разделами документа по укреплению здоровья.
- Расширение диапазона практических действий в отношении социальных детерминант; на данный момент они в основном не выходят за пределы дезагрегированных данных в рамках систем эпиднадзора.
- Должна быть внесена большая ясность относительно того, что конкретно требуется от программы борьбы с НИЗ для учета социальных детерминант.
- Следует добиваться большей конкретности в отношении практических действий, предпринимаемых странами, а также быть более конкретным в отношении действий и значимости смежных секторов.
- Суть приоритетных действий будет заключаться в том, чтобы проводимая политика подвергалась мониторингу и оценке, а качество данных эпиднадзора за НИЗ повышалось за счет их распределения по возрасту, полу и социальной прослойке, хотя в поддержку этих начинаний могут потребоваться соответствующие механизмы и наращивание потенциала.
- Признавая важность целенаправленных вмешательств на ранних этапах жизни человека, следует также обратить внимание на трудности, связанные с расстановкой приоритетов и разбивкой жизненного пути на отдельные составляющие.
- Было признано полезным понятие «пропорционального универсализма», которое фигурирует в Докладе Мармота о социальных детерминантах (Соединенное Королевство), и на него следует сделать ссылку или включить в текст.
- Были востребованы удачные примеры, методики и наращивание потенциала, в частности для оценки воздействия принципа справедливости, а также примеры того, как выстраивать отношения с государственными структурами и другими секторами.

- Что касается целевых показателей, необходимо разработать набор индикаторов, так как лишь немногие страны обладают опытом такого рода.
- ВОЗ было предложено содействовать развитию контактов между специалистами и лицами, формулирующими политику, и обеспечить доступность данных и их распространение в разных форматах среди разных целевых аудиторий и с использованием разных каналов передачи информации.

В4: Укрепление здоровья и профилактика заболеваний

- Необходимо уделять более пристальное внимание идее «интеграции» в рамках этого направления практических действий, и ее суть сводится к охвату как межсекторальных, так и внутрисекторальных компонентов.
- Компонент профилактики должен быть более очевидным в этом тематическом разделе наряду с необходимостью уточнения сферы ответственности сторон, не относящихся к системе здравоохранения.
- Работа в области санитарной грамотности проводится на разных уровнях, и поэтому это направление можно было бы исключить из схемы приоритетных действий и перенести его в категорию горизонтальных тем в качестве всеохватывающего компонента, создав условия для интеграции.
- Следует открыто признать, что уже накоплен достаточный объем фактических данных для реальных действий, и что настало время для использования наилучших имеющихся доказательств, обеспечивая непрерывный мониторинг, чтобы узнать больше и откорректировать курс действий.
- Необходимо признать, что многокомпонентные программы являются наиболее эффективными.
- Несмотря на то, что психическое здоровье не представлено в виде одного из основных состояний в рамках Плана действий по НИЗ, соответствующий комментарий должен быть включен в эту часть документа позднее.
- Пункты 72, 73 и 74 носят крайне общий характер, а пункт 72 нуждается в большей конкретизации.
- В пункте 74 необходимо обеспечить большую сбалансированность между подходами на индивидуальном и общинном уровнях, в том числе в формулировках подпунктов к этому пункту.
- Вместо словосочетания «санитарная грамотность» можно предложить (или дополнительно ввести в контекст) термин «повышение квалификации» ради более полной ясности трактовки и связи с положениями Оттавской хартии. Санитарная грамотность главным образом ориентирована на людей и общественность; если подходу с позиции «здоровье во всех аспектах политики» суждено увенчаться успехом, то тогда и санитарную грамотность следует трактовать в более широком смысле.
- Очередные, дополнительные материалы могут быть освещены в целенаправленном информационно-пропагандистском документе по приоритетным направлениям работы и разработан набор инструментов по вопросам политики путем анализа фактических данных из других стран и методов распространения передовой практики.
- Включение (или связь) более конкретных направлений работы, заимствованных из существующих четырех планов противодействия конкретным факторам риска, обусловленных табакокурением (РКБТ), потреблением алкоголя, ожирением и пищевыми продуктами и питанием.
- Привлечение особого внимания к конкретным приоритетным действиям путем их уточнения и вычленения: маркетинг, ориентированный на детей и молодых

взрослых; вопросы транспорта и планирование городов; фискальные и маркетинговые аспекты в отношении соли, табака, алкоголя и трансжиров.

- Включение целевых показателей практических действий.
- Расширенное толкование в явной форме финансовых рекомендаций с охватом факторов стимулирования профилактики, к примеру для врачей первичного звена.
- Необходимо обеспечить более полное соответствие этого раздела и раздела по здоровью во всех аспектах политики и социальным детерминантам; очевидно, что возникли трудности с вычленением части по укреплению здоровья из раздела с описанием социальных детерминант.
- Следует внести большую ясность по поводу наиболее эффективного подхода к профилактике, как например, на уровне популяции.
- При акцентировании внимания на проблеме трансжиров важно не потерять из виду актуальность снижения потребления насыщенных жиров.

В5: Ориентация служб здравоохранения на профилактику и помощь при хронических состояниях

- Члены группы пришли к единому мнению относительно необходимости внедрения более скоординированной и интегрированной модели ведения болезней; необходимость ведения сопутствующих заболеваний у одного и того же пациента предполагает осуществление подходов, в большей степени ориентированных на нужды больного, при взятии коллективной ответственности персонала лечебной сети за исход лечения каждого пациента.
- Следует уточнить дополнительный эффект от материального стимулирования в целях реализации подхода, в большей степени ориентированного на нужды пациента, и от выполнения задачи профилактики в первичном звене.
- Необходимо найти более удачный баланс между вторичной/третичной помощью и первичной профилактикой, включая аргументы или данные, чтобы в случае необходимости убеждать политиков и обмениваться конкретными примерами того, что профилактические программы позволяют экономить финансовые затраты и преодолевать проблемы неравенства в вопросах охраны здоровья.
- Приоритетными задачами следует считать изучение полезного опыта и использование модели, ориентированной на нужды пациента, отработку на практике интегрированного подхода к комплексному ведению заболеваний и внедрение системы надзора за медико-санитарной помощью для измерения последствий медицинских вмешательств. Эта система должна следить за тем, насколько пациенты/семьи удовлетворены качеством медобслуживания, и какое мнение складывается у больных по поводу своего здоровья.
- ВОЗ принадлежит определенная роль в документировании и распространении извлеченных уроков и передовой практики.
- Пункт 81, подпункт 4: в связи с осуществлением на уровне популяции организованной программы скрининга следует отметить, что этот подход служит отражением специфики страны ввиду того, что доказательная база и экономическая эффективность, чувствительность и специфичность зависят от показателей распространенности среди населения, и что медработникам и системе здравоохранения необходимо быть подготовленными к ведению больных, диагностированных путем скрининга.
- Пункт 83, подпункт 2: было предложено слово «всеобщий» заменить фразой «обеспечение универсального доступа за счет внедрения соответствующих моделей финансирования здравоохранения, адаптированных к конкретным условиям в странах».

- Обеспечить более тесную связь между этим и другими разделами (направления работы 2, 3, 4), с тем чтобы социальные детерминанты, вопросы профилактики и лечения были лучше связаны друг с другом.
- Обратить особое внимание на потенциальную роль институтов и центров общественного здоровья и пропагандировать идею их усиления.
- Упомянуть о том, что на лиц из групп высокого риска и тех, кто уже болен, благотворное воздействие оказывают в том числе и немедикаментозные методы лечения хронических заболеваний.