



**Европейский региональный комитет**

EUR/RC67/8

Шестьдесят седьмая сессия

**Будапешт, Венгрия, 11–14 сентября 2017 г.**

5 сентября 2017 г.

170637

Пункт 5(h) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

## Отчеты о ходе работы

В настоящем документе представлены отчеты о ходе работы в следующих областях:

- A. Реализация Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020гг. (резолюция EUR/RC61/R4);
- B. Реализация Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (резолюция EUR/RC64/R7);
- C. Реализация Европейского плана действий по охране психического здоровья (резолюция EUR/RC63/R10);
- D. Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC59/R5)

## Содержание

	Стр.
A. Реализация Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 (резолюция EUR/RC61/R4).....	3
Общая информация: необходимость активизации усилий в Европе .....	3
Развитие политики в отношении алкоголя – десять направлений действий.....	4
Ключевые сдвиги в развитии политики в отношении алкоголя.....	7
Роль Европейского регионального бюро.....	8
Приложение А1. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения в странах Европейского региона ВОЗ .....	11
Приложение А2. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам Европейского региона ВОЗ, 1990–2016 гг. ....	13
B. Отчет о ходе работы по реализации Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (резолюция EUR/RC64/R7) .....	18
Введение и общие сведения.....	18
Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. ....	19
Сотрудничающие центры.....	27
Выводы и планы на будущее .....	27
C. Отчет о ходе реализации Европейского плана действий по охране психического здоровья (резолюция EUR/RC63/R10) .....	28
Введение и общие сведения.....	28
Европейский план действий по охране психического здоровья .....	30
Сотрудничающие центры.....	39
Выводы и планы на будущее .....	40
Приложение С1. Обзор доступности и представления данных для Атласа ВОЗ по психическому здоровью в Европейском регионе ВОЗ.....	41
D. Заключительный отчет об осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC59/R5).....	42
Введение и общие сведения.....	42
Применение ММСП (2005 г.) в Европейском регионе .....	43
Осуществление ММСП (2005 г.) в Европейском регионе .....	44
Соблюдение ММСП (2005 г.) в Европейском регионе .....	47
Выводы.....	47

## Категория 2. Неинфекционные болезни

### А. Реализация Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 (резолюция EUR/RC61/R4)

#### *Общая информация: необходимость активизации усилий в Европе*

1. В своей резолюции EUR/RC61/R4, принятой на шестьдесят первой сессии в 2011 г., Европейский региональный комитет ВОЗ призвал государства-члены<sup>1</sup> использовать Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. (документ EUR/RC61/13) в качестве основы для разработки или, при необходимости, пересмотра национальных стратегий и планов действий в отношении алкоголя. Региональный комитет также поручил Региональному директору оказывать государствам-членам и организациям поддержку в разработке и осуществлении на национальном уровне стратегий по предупреждению или снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя; вести мониторинг прогресса в реализации Плана действий и его результатов; использовать собранную информацию для пересмотра и обновления Европейской информационной системы по алкоголю и здоровью.

2. Европейский регион характеризуется самым высоким из всех шести регионов ВОЗ уровнем потребления алкоголя среди взрослых. В 2016 г. средневропейский уровень потребления алкоголя взрослым населением ( $\geq 15$  лет) был равен 10,2 л чистого спирта – меньше, чем в 2007 г. (11,9 л) и в 2010 г. (11,2 л). Тенденции для 51 государства-члена представлены в Приложениях А1 и А2. В период с 2012 по 2016 гг. в 53% государств-членов потребление алкоголя взрослым населением сократилось, в 37% государств-членов – выросло, а в 10% государств-членов осталось неизменным. Средний уровень неучтенного потребления алкоголя в 2016 г. составлял около 1,9 литров чистого спирта (или 18,6% от всего объема потребления алкоголя в Регионе); за последние 10 лет этот показатель почти не менялся. Усредненный показатель 12-месячного воздержания от алкоголя в 2016 г. составил 30%. При этом самые низкие значения показателя воздержания отмечены в странах Западной Европы, а самые высокие – в странах со значительной долей мусульманского населения, таких как Турция и страны Центральной Азии. Мужчины потребляют больше алкоголя, чем женщины: среди тех, кто потребляет алкоголь, в 2014 г. средний показатель потребления на душу населения составил 19,4 л у мужчин и 12,9 л у женщин. Единовременное употребление алкоголя в дозе не менее 60 г чистого спирта определяется как "эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах", или эпизодическое пьянство (англ. heavy episodic drinking). В среднем, за месяц, предшествующий опросу, в таких количествах алкоголь употребляли 31,8% мужчин и 12,6% женщин (из числа людей, употребляющих алкоголь), и по этому показателю между странами Региона наблюдаются значительные различия.

---

<sup>1</sup> И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

3. По имеющимся оценкам по состоянию на 2010 г., от алкогольной зависимости в Европейском регионе страдают 6,4% взрослых мужчин и 1,2% взрослых женщин, и у 12,6% взрослых мужчин и 2,9% взрослых женщин наблюдаются связанные с употреблением алкоголя расстройства.

### ***Развитие политики в отношении алкоголя – десять направлений действий<sup>2</sup>***

#### *Лидерство, информированность и приверженность*

4. После того как в 2011 г. был утвержден Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг., в странах началась работа по созданию или пересмотру национальной политики в отношении алкоголя. Из 53 государств-членов, представивших Европейскому региональному бюро ВОЗ данные к декабрю 2016 г., в 38 имеется документированная национальная политика в отношении алкоголя, и в 13 из них осуществляется ее обновление. Из 15 государств-членов, где национальная политика отсутствует, в 10 ведется работа по ее созданию.

5. За период с 2011 г. созданные впервые или обновленные стратегии в отношении алкоголя появились в следующих странах: Австрия, Азербайджан, Албания, Беларусь, Болгария, Германия, Грузия, Израиль, Ирландия, Исландия, Казахстан, Кипр, Латвия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Сан-Марино, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Таджикистан, Узбекистан, Финляндия, Франция, Черногория, Чешская Республика, Швейцария, Швеция и Эстония.

#### *Меры на уровне служб здравоохранения*

6. Сектор здравоохранения играет важную роль в выявлении людей, которые употребляют алкоголь в дозах, наносящих вред, а также тех, кто нуждается в лечении в связи с наличием алкогольных расстройств. В ряде стран проводится работа по организации скрининга и кратких консультаций о вреде алкоголя на уровне первичной медико-санитарной помощи; в 30 государствах-членах<sup>3</sup> имеется методическое руководство по проведению кратких консультаций, одобренное или утвержденное по крайней мере одним профессиональным медицинским органом.

#### *Действия в сообществах и на рабочих местах*

7. В 43 государствах-членах осуществляются программы активных вмешательств на уровне местных сообществ с участием различных заинтересованных сторон<sup>4</sup>. В большинстве случаев в качестве партнеров выступают неправительственные организации (41 страна) и местные

---

<sup>2</sup> Информация о различных мерах, принимаемых теми или иными государствами-членами, содержится в Европейской информационной системе по алкоголю и здоровью (<http://who.int/gho/eisah>, по состоянию на 10 апреля 2017 г.). <sup>3</sup> По трем государствам-членам данные отсутствуют.

<sup>3</sup> По трем государствам-членам данные отсутствуют.

<sup>4</sup> По двум государствам-членам данные отсутствуют.

государственные органы (32 страны)<sup>4</sup>. В 20 государствах-членах в проектах принимают участие хозяйственные структуры, причем в большинстве случаев это представители алкогольной индустрии<sup>4</sup>.

8. Национальные руководства по профилактике и консультированию в отношении алкогольных проблем на рабочем месте имеются в 22 государствах-членах<sup>5</sup>, а в 19 странах существуют законодательные требования по тестированию на алкоголь на рабочем месте.

#### *Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения*

9. Во всех странах, за исключением двух, предельно допустимая концентрация алкоголя в крови водителей установлена на уровне  $\leq 0,5$  г/л. В семи странах законодательно установлен нулевой допустимый уровень содержания алкоголя.

10. В 47 странах применяются выборочные проверки, при которых полиция может остановить любого водителя в любое время и предложить ему пройти дыхательный тест на алкоголь. В 32 государствах-членах для контроля за соблюдением закона о предельно допустимом содержании алкоголя в крови полиция периодически организует на дорогах "блокпосты трезвости" в целях выявления нетрезвых водителей.

#### *Доступность алкогольных напитков*

11. Во всех государствах-членах существует возрастной ценз: лица, младше установленного законом возраста, не имеют права приобретать алкогольные напитки. Законодательство большинства стран запрещает продажу всех видов алкогольных напитков лицам, не достигшим 18 лет, однако в 8 странах приобретать пиво и вино вне питейных заведений все еще разрешено с 16 лет. Что касается продажи алкоголя навынос, в 24 странах существует ограничение времени продажи, в 33 странах ограничивается продажа во время определенных мероприятий, а в 23 странах ограничена продажа алкоголя на автозаправочных станциях. В 31 стране действует запрет на употребление алкоголя в лечебных учреждениях<sup>5</sup>, в 33 – в зданиях, где расположены учебные заведения, в 20 – в помещениях государственных учреждений<sup>5</sup>, и в 25 странах – в общественном транспорте.

12. В 34 государствах-членах существуют ограничения на продажу алкоголя в ресторанах и барах нетрезвым посетителям<sup>4</sup>. О запретах на продажу спиртных напитков в определенных местах, в зависимости от типов напитков и торговых точек, сообщили от 30 до 32 государств-членов, и в единичных странах введены ограничения в отношении дней продажи или плотности размещения торговых точек.

---

<sup>5</sup> По одному государству-члену данные отсутствуют.

### *Маркетинг алкогольных напитков*

13. Ограничения на рекламу алкогольных напитков предусмотрены законодательством 49 государств-членов, а в 39 странах ограничивается скрытая реклама алкогольной продукции. О существовании полного запрета телевизионной рекламы пива сообщили 13 государств-членов, а в 13 и 20 странах Региона на телевидении запрещается реклама, соответственно, вина и крепких спиртных напитков. В то же время в 6 государствах-членах на телевидении свободно допускается реклама пива, а в пяти и трех странах никак не ограничивается, соответственно, реклама вина и крепких спиртных напитков. В остальных странах реклама алкоголя ограничивается частично или на добровольной основе.

### *Ценовая политика*

14. Во всех государствах-членах, за исключением одного, к алкогольной продукции применяется ставка НДС, превышающая 0%, и ее уровень колеблется в размере от 4,5% до 27%<sup>5</sup>; в большинстве стран ставка налога составляет 15–20%. Во всех государствах-членах, кроме одного, взимается акцизная пошлина на крепкие спиртные напитки, и во всех, кроме двух – на пиво<sup>5</sup>; 15 государств-членов не облагают акцизами вино<sup>5</sup>. В 16 государствах-членах размер акциза периодически пересматривается с учетом инфляции.

15. Несколько стран (Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Словакия, Узбекистан и Украина) сообщили об установлении нижнего предела розничной цены на алкогольные напитки. Закон о введении политики нижнего предела цены принят в Шотландии.

### *Уменьшение негативных последствий от употребления алкоголя и алкогольного опьянения*

16. Девятнадцать государств-членов сообщили о регулярном проведении учебных курсов для персонала заведений, реализующих спиртные напитки. Такое обучение может быть, например, предусмотрено национальным или местным законом в качестве обязательного требования для получения лицензии на продажу алкоголя как распивочно, так и навынос.

17. В 13 государствах-членах закон требует наличия на бутылках, банках или иной таре для алкогольных напитков надписей, информирующих и напоминающих потребителям о рисках, связанных с алкоголем.

18. В 16 государствах-членах действуют правовые требования размещать на этикетках алкогольной продукции сведения о калорийности, наличии добавок и витаминов<sup>5</sup>.

### *Сокращение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе*

19. На момент сбора данных законы по предотвращению нелегального производства или продажи алкогольных напитков домашнего или иного

незаводского приготовления действовали во всех государствах-членах, за исключением двух.

20. Использование акцизных марок на алкогольной таре применялось в 9 государствах-членах – для пива, в 22 – для вин и в 33 – для крепких напитков.

#### *Мониторинг и эпиднадзор*

21. В 37 государствах-членах, по представленным сведениям, действуют национальные системы для мониторинга потребления алкоголя и его последствий для здоровья и общества, с информационными базами, содержащими широкий круг данных, собираемых на популяционном уровне и из медицинских учреждений.

22. В 41 стране регулярно публикуются всесторонние доклады о ситуации в отношении алкоголя в стране. Тридцать пять государств-членов сообщили о публикации отчетов с эпидемиологическими данными о распространенности и особенностях употребления алкоголя и связанных с ним расстройств<sup>5</sup>, а 38 стран – о публикации отчетов с полученными от служб здравоохранения данными о распространенности употребления алкоголя и связанных с ним расстройств<sup>5</sup>.

#### ***Ключевые сдвиги в развитии политики в отношении алкоголя***

23. За период после принятия Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. в Регионе произошел ряд важных изменений. Безусловно, нельзя отнести все эти сдвиги только на счет конкретных мер, принятых государствами-членами, или вмешательств ВОЗ. Тем не менее, за период после выхода в свет публикации "Алкоголь и здоровье: европейский доклад о положении дел, 2010 г."<sup>6</sup> в ряде стран были введены более жесткие меры в отношении алкоголя:

- (а) Число государств-членов с документированной национальной или субнациональной политикой выросло с 30 до 38. Такая политика теперь имеется в 72% всех государств-членов.
- (б) Число государств-членов, которые провели на национальном уровне мероприятия по повышению осведомленности, выросло с 39 до 49.
- (в) Число государств-членов, установивших предельно допустимое содержание алкоголя в крови водителей на уровне 0,5 г/л и ниже, выросло с 42 до 51, а выборочное проведение дыхательных проб на алкоголь практикуется в 47 государствах-членах, по сравнению с 27 в 2010 г.
- (г) Число государств-членов, где действует запрет на продажу алкогольных напитков навынос лицам младше 18 лет, выросло с 31 до 43.
- (д) Число государств-членов с нормативно-правовыми ограничениями на рекламу алкогольной продукции выросло с 42 до 49.
- (е) Число государств-членов с нормативно-правовыми ограничениями на скрытую рекламу спиртных напитков выросло с 31 до 39.

---

<sup>6</sup> На основе данных, поступивших из 45 государств-членов.

- (ж) Число государств-членов, требующих размещения предупреждений о вреде для здоровья в рекламе алкогольной продукции, выросло с 12 до 22.
- (з) Число государств-членов, где ставка налогообложения алкогольных напитков индексируется с учетом инфляции, выросло с 7 до 16.
- (и) Число государств-членов, где действует законодательство, направленное на предупреждение нелегального производства или продажи алкогольных напитков домашнего или иного не заводского приготовления, выросло с 41 до 51.

## ***Роль Европейского регионального бюро***

### *Стратегическое руководство*

24. Региональное бюро проводит с представителями стран консультации по политике в отношении алкоголя начиная с 1992 г., когда на сорок второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ резолюцией EUR/RC42/R8 был принят первый Европейский план действий в отношении алкоголя (документ EUR/RC42/8). После того, как в 2011 г. был принят Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг., представители стран, отвечающие за антиалкогольную политику, участвовали в региональных консультациях в Варшаве (Польша) в 2012 г., Стамбуле (Турция) в 2013 г., Женеве (Швейцария) в 2014 г. и Любляне (Словения) в 2016 г. Последняя из региональных консультаций была проведена вплотную к 7-й Европейской конференции по политике в отношении алкоголя, которая прошла в Словении в ноябре 2016 г. по приглашению Министерства здравоохранения страны. На семинаре, посвященном профилактике спектра нарушений развития плода, обусловленных алкоголем, который прошел в рамках данной региональной консультации, Региональное бюро официально представило публикацию под названием "Предупреждение вреда, причиняемого подверженностью воздействию алкоголя в период беременности. Экспресс-обзор и примеры из практики государств-членов ВОЗ". Также в 2016 г. Региональное бюро опубликовало отчет "Успехи и упущенные возможности в сфере охраны общественного здоровья. Тенденции в потреблении алкоголя и связываемой с ним смертности в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг.". Национальные координаторы оказывают содействие Региональному бюро, предоставляя данные о потреблении алкоголя, связанном с ним вреде и последних достижениях антиалкогольной политики, которые были использованы, в частности, в Европейской информационной системе по алкоголю и здоровью.

25. Силами Регионального бюро издан и распространен на английском и русском языках Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. вместе с текстом резолюции EUR/RC61/R4 и определениями показателей, относящихся к 10 направлениям действий. План действий отражает 5 целей и 10 направлений деятельности, которые сформулированы в Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя, утвержденной резолюцией WHA63.13 на Шестидесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2010 г. Все показатели,

которые приводятся в Плане действий, внесены в Европейскую информационную систему по алкоголю и здоровью.

26. Региональное бюро проводит активную работу с государствами-членами, межправительственными организациями и основными партнерами в системе ООН, направленную на активизацию многоотраслевых действий, наращивание национального потенциала, поиск новых возможностей для партнерств и продвижение эффективных и рациональных с точки зрения вложений подходов к сокращению вредного употребления алкоголя. Эти усилия вносят вклад в профилактику и борьбу с неинфекционными заболеваниями и в выполнение обязательств, вытекающих из Повестки дня ООН в области устойчивого развития на период до 2030 г., Плана действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ и европейской политикой в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020.

27. Региональное бюро оказывает поддержку в проведении в странах Региона учебно-методических семинаров по развитию и реализации политики в отношении алкоголя в контексте профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, тем самым способствуя разработке национальных стратегий в этой области. Ряду государств-членов с 2012 г. предоставлялась техническая поддержка для проведения совещаний по антиалкогольной политике: Армения, Бельгия, Дания, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Люксембург, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Словакия, Соединенное Королевство, Турция, Финляндия, Хорватия, Черногория, Эстония. Региональное бюро тесно сотрудничает с рядом государств-членов в вопросах выработки или обновления политики в отношении алкоголя, согласованной с Европейским планом действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. Региональное бюро продолжает диалог с неправительственными организациями и профессиональными ассоциациями с обсуждением возможностей для их участия в усилиях по сокращению вредного употребления алкоголя. Наконец, Региональное бюро участвует в совещаниях, организуемых неправительственными организациями, многие из которых, в свою очередь, приглашаются на совещания национальных координаторов по политике в отношении алкоголя.

*Усиление эпиднадзора и мониторинга и оценки; активизация научных исследований*

28. Благодаря более совершенному сбору и анализу данных и публикации результатов стало возможным оптимизировать процессы выработки и распространения знаний о потреблении алкоголя, причиняемом им вреде и ответных мерах в области политики в государствах-членах. В этой сфере Региональное бюро тесно сотрудничает со штаб-квартирой ВОЗ и Европейской комиссией. В 2011–2013 гг. Региональное бюро и Европейская комиссия осуществляли проект, призванный обеспечить использование единого набора показателей и унифицированную систему для сбора и анализа данных. В январе 2016 г. был начат новый проект с участием Европейской комиссии, который будет действовать до 31 декабря 2018 г. В центре внимания проекта – мониторинг в отношении алкоголя, новые публикации по теме антиалкогольной политики, региональные консультации и отчетность в рамках Плана действий в отношении

употребления алкоголя подростками и эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах (эпизодического пьянства) на 2014–2016 гг., утвержденного Комитетом Европейской комиссии по антиалкогольной политике и инициативам в странах.

29. В 2016 г. при содействии государств-членов в Европейском регионе было проведено Глобальное обследование ВОЗ в отношении алкоголя и здоровья. В обследовании был включен ряд показателей, специфичных для Европейского региона. Полученные данные будут использоваться для подготовки регионального отчета, с профилями стран в отношении потребления алкоголя, связанного с ним вреда и антиалкогольной политики.

30. Региональное бюро использует разработанные на основе Европейской базы данных "Здоровье для всех" новые индикаторы для оценки смертности, обусловленной употреблением алкоголя, и намерено продолжить усилия по улучшению качества данных о вреде, связанном с алкоголем.

31. Создана новая балльная система для оценки реализации в странах эффективных стратегий в отношении алкоголя. Для каждого из 10 направлений, предусмотренных Европейским планом действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. для всех государств-членов, будут подготовлены отдельные профили. Это будет способствовать осуществлению новых мер политики по снижению вредного употребления алкоголя. Отчет по данной теме вышел в свет в мае 2017 г. Для балльной оценки реализации политики для каждого из 10 направлений действий используются основанные на фактических данных показатели.

## Приложение А1. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения в странах Европейского региона ВОЗ<sup>1</sup>

**Таблица 1. Сравнение среднедушевого потребления алкоголя среди взрослого населения в странах Европейского региона ВОЗ между 2012 и 2016 гг. (в литрах)<sup>1</sup>**

Страна	Потребление, л		разница (в %)
	2012	2016	
Австрия	10,3	10,8	4,9
Азербайджан	3,1	3,1	0,0
Албания	7,2	6,4	-11,1
Андорра	11,6	12,0	3,4
Армения	5,4	5,4	0,0
Беларусь	18,7	15,0	-19,8
Бельгия	10,9	11,4	4,6
Болгария	12,2	12,5	2,5
Босния и Герцеговина	6,8	6,2	-8,8
Бывшая югославская Республика Македония	6,5	6,5	0,0
Венгрия	12,9	12,4	-3,9
Германия	12,7	13,4	5,5
Греция	9,6	8,5	-11,5
Грузия	10,2	9,8	-3,9
Дания	10,6	10,6	0,0
Израиль	3,3	3,9	18,2
Ирландия	12,6	13,4	6,3
Исландия	7,2	8,6	19,4
Испания	10,2	10,8	5,9
Италия	7,7	7,9	2,6
Казахстан	8,8	7,8	-11,4
Кипр	10,8	10,8	0,0
Кыргызстан	9,4	7,2	-23,4
Латвия	12,1	12,7	5,0
Литва	16,3	15,2	-6,7
Люксембург	12,8	13,4	4,7
Мальта	7,0	7,8	11,4

<sup>1</sup> Все данные представляют собой средние значения за три года и состоят из трех компонентов: учтенное потребление, неучтенное потребление и потребление туристами. Данные прошли валидацию, однако большинство государств-членов могут валидировать лишь учтенное потребление.

Страна	Потребление, л		разница (в %)
	2012	2016	
Монако	н/д	н/д	н/д
Нидерланды	9,6	8,7	-9,4
Норвегия	7,9	7,1	-10,1
Польша	12,0	12,2	1,7
Португалия	13,0	12,6	-3,1
Республика Молдова	18,0	14,4	-20,0
Российская Федерация	15,2	12,2	-19,7
Румыния	12,1	11,5	-5,0
Сан-Марино	н/д	н/д	н/д
Сербия	11,3	10,8	-4,4
Словакия	12,4	11,7	-5,6
Словения	11,6	13,3	14,7
Соединенное Королевство	11,8	11,6	-1,7
Таджикистан	2,6	3,4	30,8
Туркменистан	6,5	6,2	-4,6
Турция	2,3	2,1	-8,7
Узбекистан	2,8	2,7	-3,6
Украина	12,7	9,8	-22,8
Финляндия	11,6	10,5	-9,5
Франция	13,0	13,3	2,3
Хорватия	13,2	10,7	-18,9
Черногория	8,6	7,6	-11,6
Чешская Республика	14,1	14,6	3,5
Швейцария	10,6	10,8	1,9
Швеция	9,4	9,1	-3,2
Эстония	13,1	11,1	-15,3

н/д – нет данных.

## Приложение А2. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам Европейского региона ВОЗ, 1990–2016 гг.<sup>а</sup>

Рисунок 1. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 1, 1990–2016 гг.

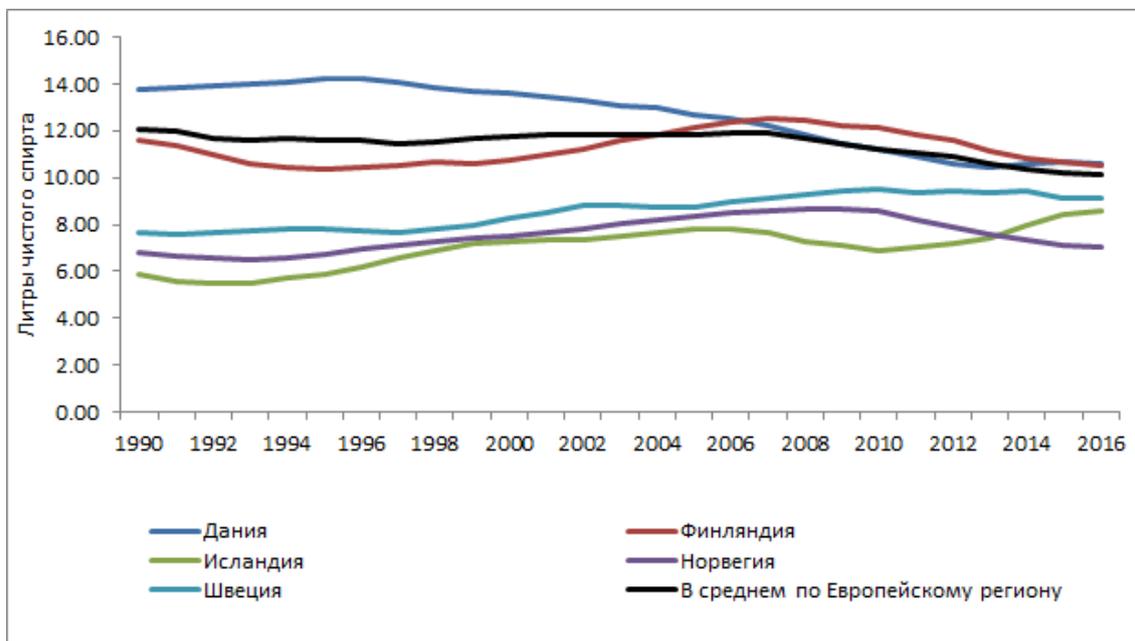


Рисунок 2. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 2, 1990–2014 гг.

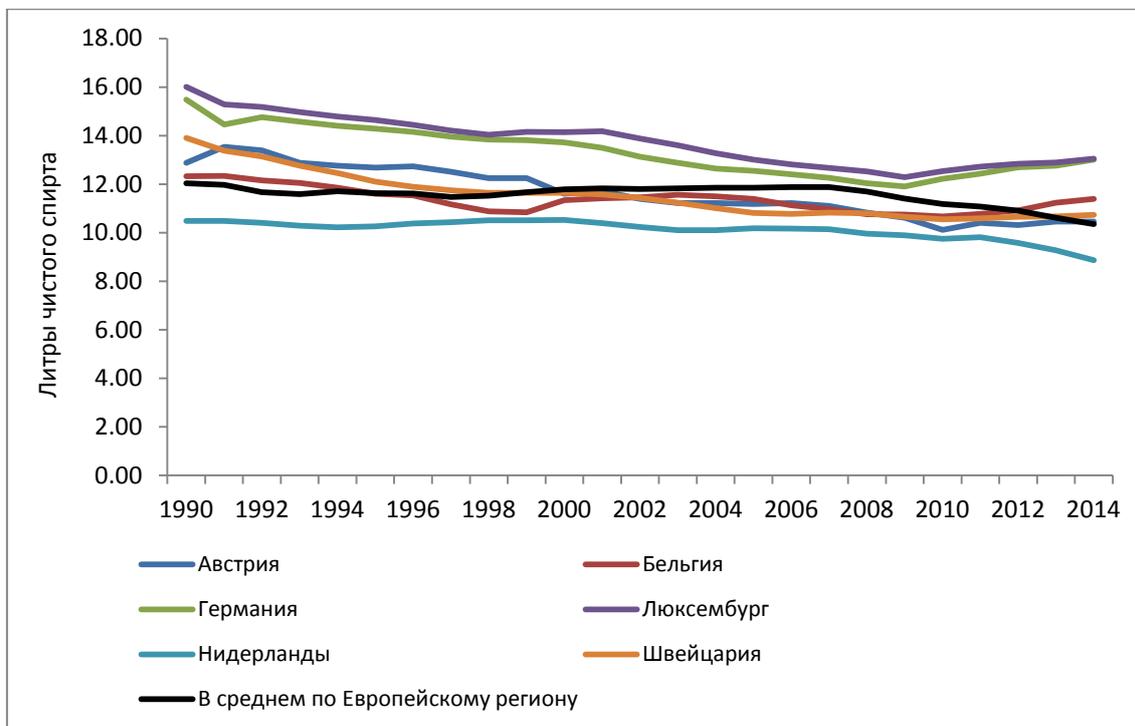


Рисунок 3. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 3<sup>2</sup>, 1990–2016 гг.

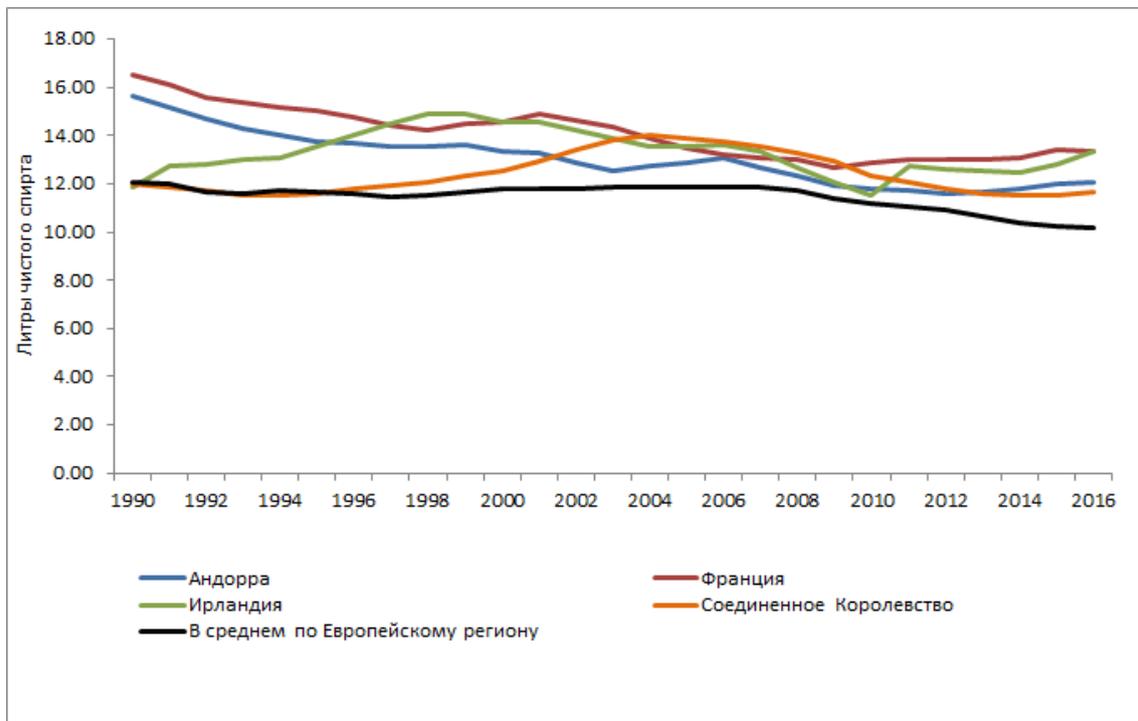
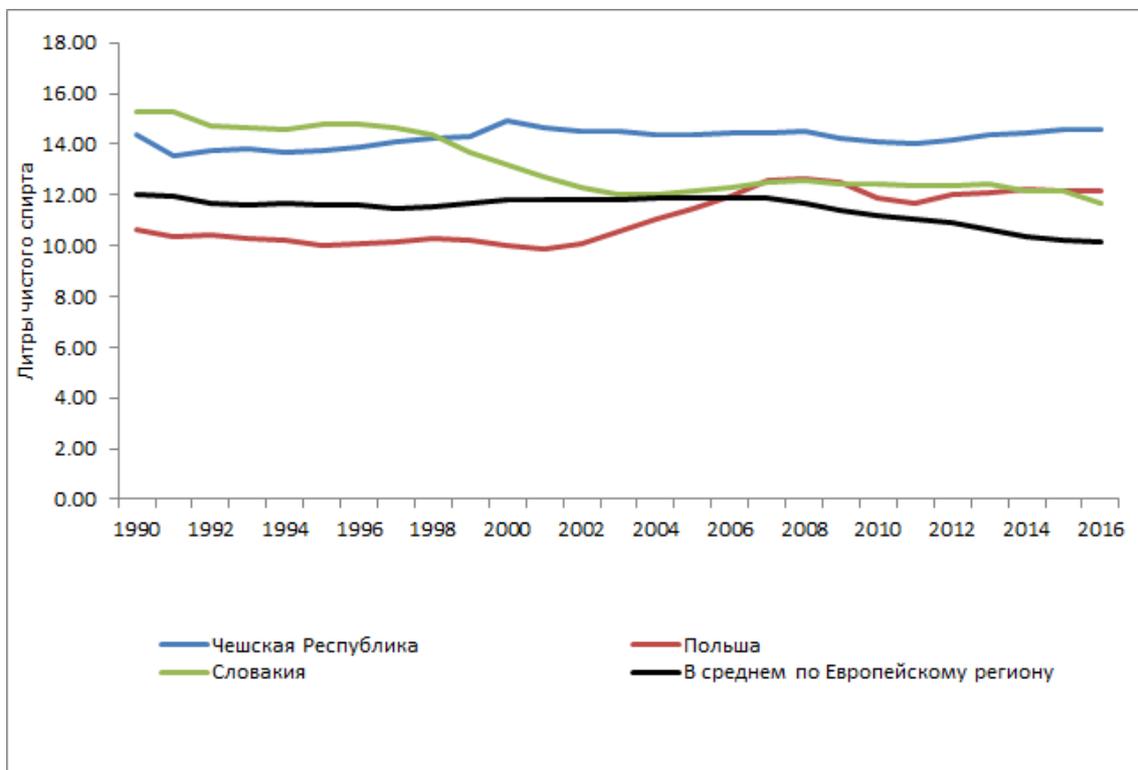
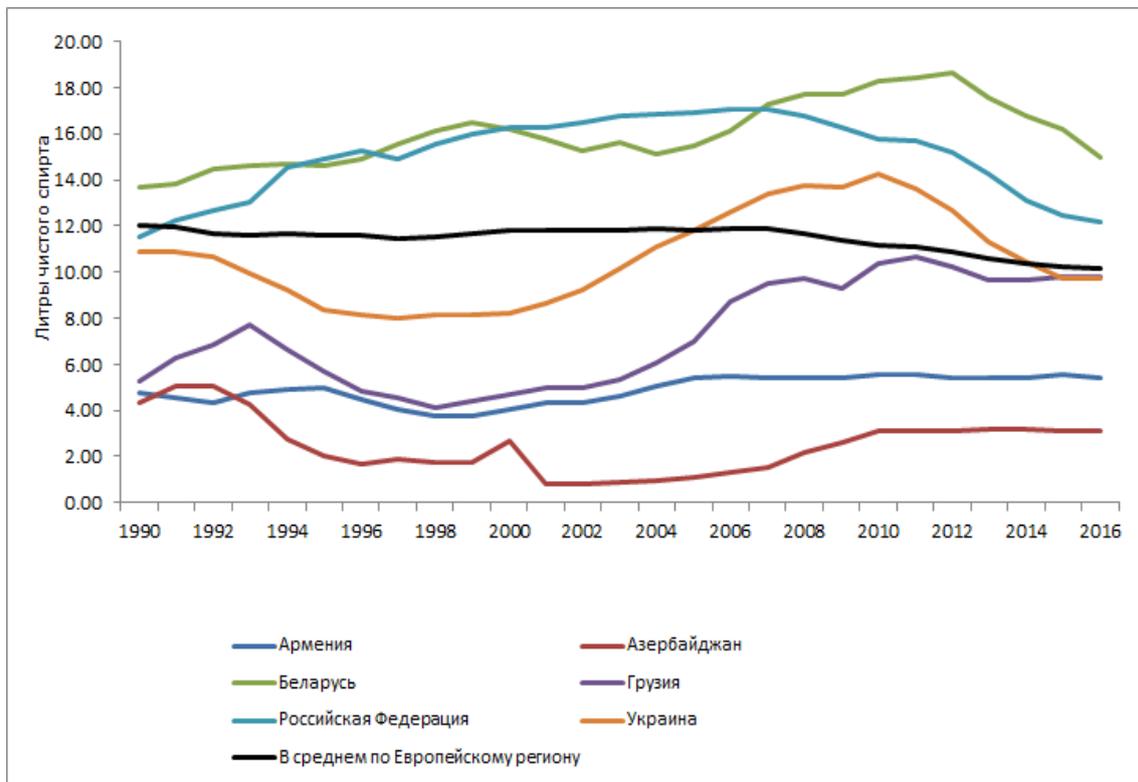


Рисунок 4. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 4, 1990–2016 гг.



<sup>2</sup> а Для Монако и Сан-Марино данные отсутствуют.

**Рисунок 5. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 5, 1990–2016 гг.**



**Рисунок 6. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 6, 1990–2016 гг.**

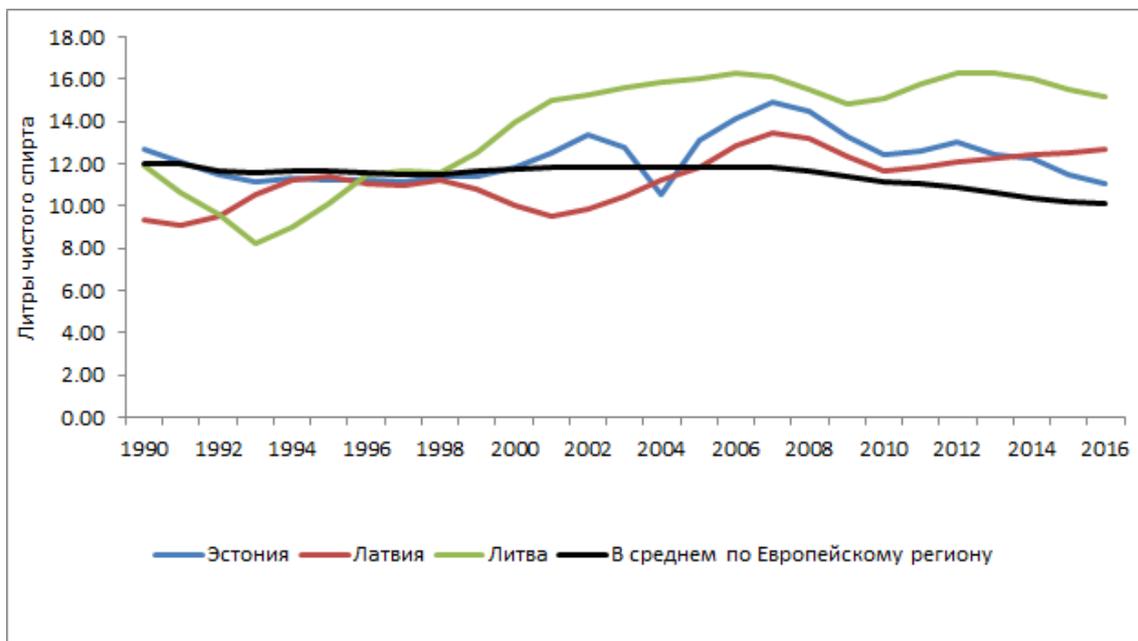


Рисунок 7. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 7, 1990–2016 гг.

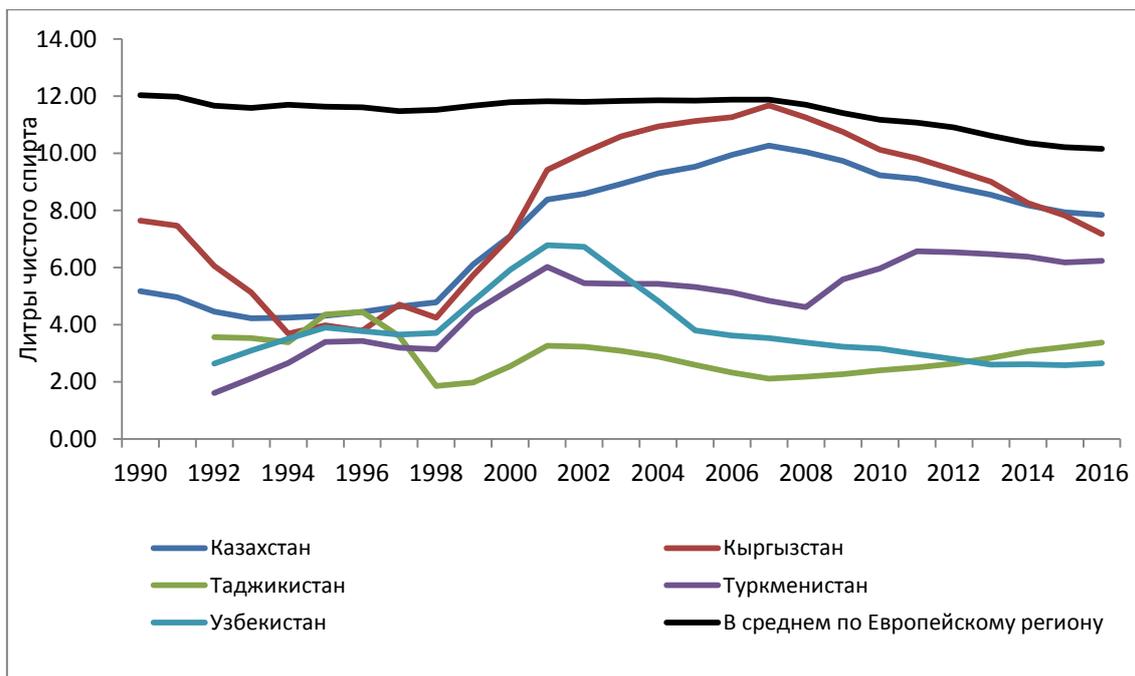
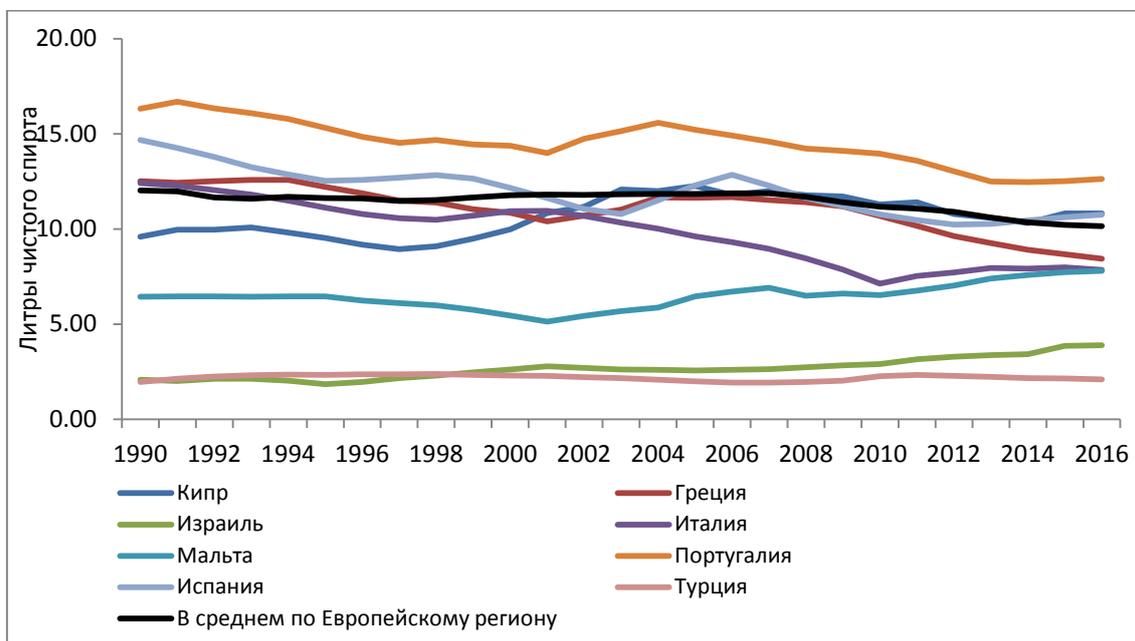
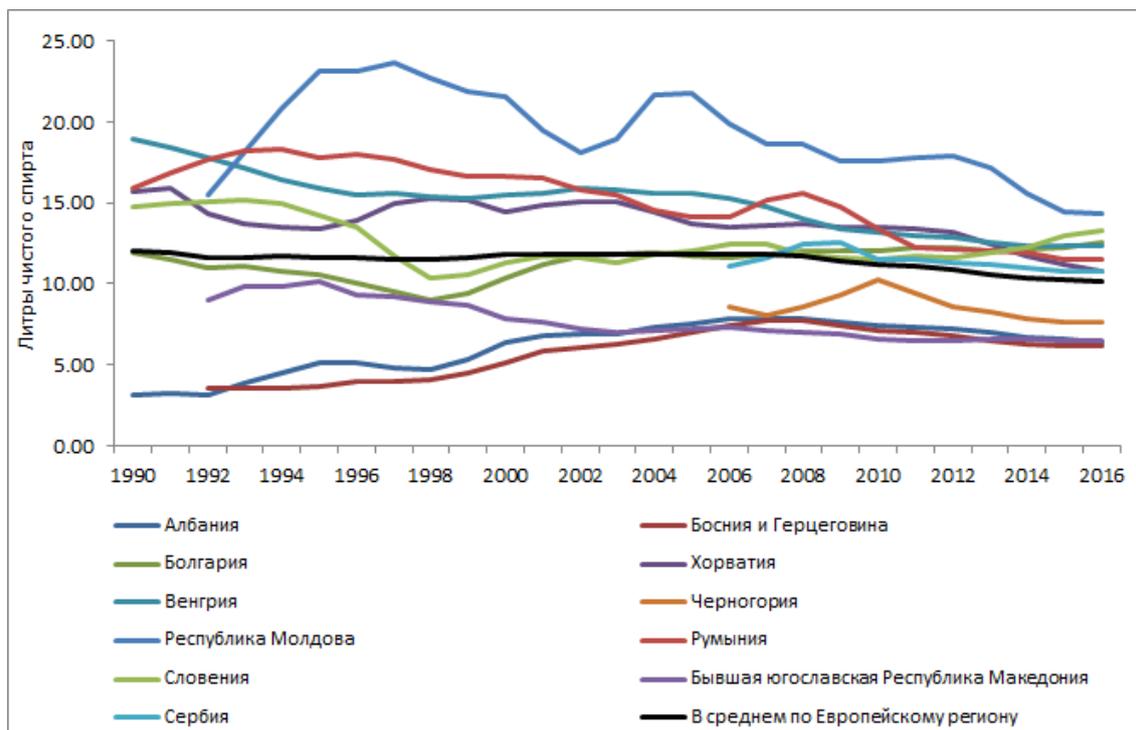


Рисунок 8. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 8, 1990–2016 гг.



**Рисунок 9. Среднедушевое потребление алкоголя среди взрослого населения, по странам в группе 9, 1990–2016 гг.**



В настоящем приложении государства-члены разделены на 9 субрегиональных групп. Группы сформированы частично по географическому признаку, и частично – по характеру и традициям потребления алкоголя.

- Группа 1: Дания, Исландия, Норвегия, Финляндия, Швеция.  
 Группа 2: Австрия, Бельгия, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария.  
 Группа 3: Андорра, Ирландия, Монако, Сан-Марино, Соединенное Королевство, Франция.  
 Группа 4: Польша, Словакия, Чешская Республика.  
 Группа 5: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Российская Федерация, Украина.  
 Группа 6: Латвия, Литва, Эстония.  
 Группа 7: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан  
 Группа 8: Греция, Израиль, Италия, Испания, Кипр, Мальта, Португалия, Турция.  
 Группа 9: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, бывшая югославская Республика Македония, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Словения, Хорватия, Черногория.

= = =

## **В. Отчет о ходе работы по реализации Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (резолюция EUR/RC64/R7)**

### ***Введение и общие сведения***

1. В данном отчете представлена информация о прогрессе, достигнутом в течение трех лет, прошедших после принятия Европейским региональным комитетом ВОЗ на его шестьдесят четвертой сессии в Копенгагене, Дания, в сентябре 2014 г., резолюции EUR/RC64/R7, которой был утвержден Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания. Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (документ EUR/RC64/14) является вкладом в осуществление миссии и перспективного видения, изложенных в основах европейской политики в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020, утвержденной Европейским региональным комитетом ВОЗ в 2012 г.
2. Одобрив План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг., государства-члены сделали важный шаг в сторону оказания содействия здоровому режиму питания и решения проблемы высокого уровня распространенности ожирения и связанных с рационом питания неинфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ. В Плане действий содержится призыв к реализации широкого спектра мер политики для содействия тому, чтобы люди из всех социальных слоев питались более сбалансированно и поддерживали здоровый вес.
3. Существуют фактические данные, которые указывают на то, что бремя нездорового питания, нездорового веса и других форм неправильного питания остается в Европейском регионе очень серьезным. В значительном числе государств-членов высококалорийный рацион, высокий уровень потребления жиров, насыщенных жиров, свободных сахаров и соли, низкие уровни потребления фруктов и овощей, а также распространенность повышенной массы тела, стоят на пути прогресса в достижении глобальных целевых показателей по борьбе с неинфекционными заболеваниями.
4. План действий приведен в соответствие с существующими глобальными рамочными основами политики в области профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, в частности, Глобальным планом действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. и Комплексным планом действий в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста. В План действий были включены определенные в ходе этих глобальных процессов добровольные глобальные цели:
  - (а) остановить увеличение числа случаев диабета и ожирения;
  - (б) остановить увеличение распространенности избыточной массы тела среди детей младше 5 лет;
  - (в) снизить средний уровень потребления населением соли и натрия на 30%;

- (г) увеличить распространенность исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев жизни ребенка как минимум на 50%;
- (д) на 40% снизить долю детей младше 5 лет с задержкой роста;
- (е) снизить распространенность анемии среди небеременных женщин репродуктивного возраста на 50%.

***Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг.***

5. Данный отчет представлен в середине реализации Плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. в Европейском регионе ВОЗ. Цель Плана действий – положить конец преждевременной смертности и значительно сократить бремя предотвратимых алиментарно-зависимых НИЗ, ожирения и всех других форм нарушений питания, все еще распространенных в Регионе.

6. В резолюции EUR/RC64/R7, принятой в сентябре 2014 г., Региональный комитет предложил Региональному директору отчитаться о выполнении Плана действий на шестьдесят седьмой сессии Регионального комитета в сентябре 2017 г. Это обязательство выполняется в данном отчете путем:

- представления картины состояния дел, описания достигнутого прогресса и определения областей для приложения усилий в будущем;
- представления объективной, основанной на данных картины достигнутого прогресса, вытекающей из современного анализа эпидемиологических данных, информации о рационе питания и составе пищевых продуктов, а также из ответов стран на вопросы стандартизированной анкеты по реализации мер политики.

7. Пять приоритетных областей, основанных на пяти задачах Плана действий (документ EUR/RC64/14), перечислены во Вставке В1. Для каждой из приоритетных областей предлагается набор мероприятий для государств-членов и ВОЗ, которые позволят достичь измеряемых результатов и прогресса в деле достижения глобальных целей.

8. В данном отчете описан и проиллюстрирован прогресс по каждой из приоритетных областей, достигнутый государствами-членами в партнерстве с Региональным бюро после утверждения Плана действий в 2014 г.

**Вставка В1. Приоритетные области Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг.**

<b>Приоритетная область 1</b>	Создание среды, благоприятствующей потреблению здоровых пищевых продуктов и напитков
<b>Приоритетная область 2</b>	Содействие улучшению показателей здоровья благодаря сбалансированному рациону питания на всех этапах жизни, особенно в наиболее уязвимых группах населения
<b>Приоритетная область 3</b>	Укрепление систем здравоохранения для того, чтобы они способствовали формированию здорового рациона питания и оказывали услуги в области здорового питания
<b>Приоритетная область 4</b>	Содействие эпиднадзору, мониторингу, оценке и изучению статуса питания населения и его поведения в отношении питания, а также эффективности принимаемых мер
<b>Приоритетная область 5</b>	Укрепление механизмов стратегического руководства, альянсов и сетей для осуществления принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях и расширение прав и возможностей местных сообществ для участия в деятельности по укреплению здоровья и профилактике заболеваний

**Приоритетная область 1. Создание среды, благоприятствующей потреблению здоровых пищевых продуктов и напитков**

9. Региональное бюро собрало информацию о различных типах принятых государствами-членами мер политики (регламентирующих/нерегламентирующих), относящихся к маркетингу пищевых продуктов, направленному на детей, рассмотрев их сферу охвата и принятые критерии. Также был подготовлен доклад об ориентированном на детей цифровом маркетинге пищевых продуктов с целью привлечь внимание лиц, отвечающих за формирование политики, к рискам и вызовам, связанным с этой новой реальностью. Доклад и анимационное видео были выпущены в свет в рамках Конференции высокого уровня "Совместная работа в интересах здоровья и благополучия: развитие межсекторального и межведомственного взаимодействия в поддержку здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ", которая прошла 7–8 декабря 2016 г. в Париже, Франция.

10. Региональное бюро совместно с рядом государств-членов разработало инструмент для составления профилей питательных веществ, который предлагается использовать для контроля ориентированного на детей маркетинга

пищевых продуктов. Предлагаемый инструмент был протестирован более чем в десятке стран и включен в национальные меры политики и механизмы. Некоторые государства-члены использовали созданную Европейским региональным бюро модель для разработки рекомендаций и нормативов в отношении закупок пищевых продуктов для государственных учреждений, в частности для школ. Предлагаемый инструмент используется в качестве модели другими регионами ВОЗ, в частном секторе и другими заинтересованными сторонами для улучшения их собственной системы составления профилей.

11. Хотя использование экономических инструментов, в частности налогов и стимулов, в поддержку более здорового питания остается противоречивым вопросом, в этой области наблюдается значительный прогресс. Новые меры были одобрены в целом ряде государств-членов, включая Венгрию, Ирландию, Испанию, Португалию, Соединенное Королевство и Эстонию.

12. Значительный прогресс наблюдается в отношении изменения рецептуры продуктов и улучшения питательных качеств пищевых продуктов. ВОЗ оказывала поддержку инициативам и проведению совещаний Европейской сети действий по снижению потребления соли (ESAN) и Сети действий по вопросам маркетинга пищевых продуктов, ориентированного на детей. ESAN включает 28 государств-членов, ее лидером является Швейцария; Сеть действий по вопросам маркетинга пищевых продуктов, ориентированного на детей включает 27 государств-членов и ее лидером является Португалия. Региональное бюро работало с Нидерландами и Словакией во время их председательствования в Совете Европейского союза. Сотрудничество велось в частности в рамках Конференции по улучшению пищевых продуктов (Амстердам, Нидерланды, 22–23 февраля 2016 г.), на которой обсуждалось изменение рецептуры и улучшение питательных качеств пищевых продуктов. Региональное бюро планирует продолжить это сотрудничество и работать с Мальтой, которая председательствует в Совете Европейского союза с 1 января по 30 июня 2017 г.

13. В том, что касается межведомственного сотрудничества для содействия выбору в пользу более здорового питания, в особенности в школах, было определено, что почти во всех государствах-членах Региона имеется какая-либо политика в отношении школьного питания. Региональное бюро предпринимает дальнейшие усилия по изучению различных компонентов мер политики в отношении школьного питания, которые могут повлиять на оказываемое этими мерами воздействие. Примеры мер политики в отношении школьного питания, которые будут браться в качестве ориентира, включают меры политики, принятые в Швеции и Латвии.

14. Прогресс также отмечен в отношении маркировки на лицевой стороне упаковки. Были определены различные подходы, используемые для того, чтобы донести информацию о пищевых свойствах продуктов до потребителей в простой и понятной форме. Интересные примеры таких подходов имеются в Нидерландах, Соединенном Королевстве, странах Северной Европы, Финляндии и Хорватии. Региональное бюро организовало в конце 2015 г. в Португалии совещание экспертов с участием государств-членов. Отчет о нем и подготовленный к совещанию справочный документ, посвященный маркировке на лицевой стороне упаковки, будет опубликован в 2017 г.

## **Приоритетная область 2. Содействие улучшению показателей здоровья благодаря сбалансированному рациону питания на всех этапах жизни, особенно в наиболее уязвимых группах населения**

15. В Плане действий в области пищевых продуктов и питания содержится призыв инвестировать в здоровое питание начиная с первых дней жизни человека, а также до и во время беременности; сюда входит пропаганда и поддержка грудного вскармливания (включая устранение барьеров для такового) и надлежащего прикорма. Региональное бюро провело оценку осуществления в государствах-членах консультирования и мер по поддержке грудного вскармливания и введению прикорма. Были также собраны данные о реализации Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока, а также об осуществлении инициативы "Больница, доброжелательная к ребенку" в Европейском регионе ВОЗ. Региональное бюро ВОЗ работало с государствами-членами по продвижению инициативы "Больница, доброжелательная к ребенку" в Российской Федерации и других странах. Региональное бюро подготовило отчет и систематический обзор, посвященные важности надлежащего питания во время беременности. Кроме того, был проведен анализ руководств и рекомендаций по питанию во время беременности, который продемонстрировал значительные различия между государствами-членами, что говорит о необходимости укрепления совместной работы в этой области. В Латвии состоялось созванное Региональным бюро совещание группы из девяти государств-членов. На этом совещании был представлен вышеназванный доклад и обсуждены возможные процессы и изменения в области политики в этой области в странах-участниках. Секретариат оказал поддержку Латвии в разработке национальных рекомендаций по питанию во время беременности. Разработка национальных рекомендаций по этому вопросу ведется в Армении, Грузии и Узбекистане.

16. В Плане действий также подчеркивалось то, как важно предоставлять населению больше возможностей для выбора в пользу здоровья, с учетом специфики потребностей различных возрастных групп. Региональное бюро в сотрудничестве с представителями научных кругов собрало информацию о наличии, природе и характеристиках национальных рекомендаций по питанию детей грудного возраста, в особенно в отношении прикорма. Были обнаружены расхождения, поэтому в рамках реализации Плана действий будет проведена дополнительная работа в этой области. Европейское региональное бюро также собирало информацию, касающуюся содержания сахара в коммерческих продуктах для детского питания, а также разработало методику для проведения дальнейших исследований в этой области.

17. В Плане действий также содержится призыв к разработке и использованию инструментов и стратегий, направленных на удовлетворение специальных потребностей в области питания представителей уязвимых групп, включая пожилых людей, как живущих в специальных учреждениях, так и тех, кто живет дома. Региональное бюро совместно с сотрудничающими центрами готовит аналитический обзор по вопросам питания и здорового старения. В нем будут освещены инициативы, касающиеся вопросов старения и питания.

### **Приоритетная область 3. Укрепление систем здравоохранения для того, чтобы они способствовали формированию здорового рациона питания и оказывали услуги в области здорового питания**

18. В Плане действий содержится призыв к государствам-членам включить вопросы питания и здорового рациона в число приоритетных задач для ориентированных на нужды людей систем здравоохранения, в том числе посредством осуществления т.н. краткосрочных вмешательств и консультирования по вопросам питания в учреждениях первичного звена. Региональное бюро подготовило доклад по интеграции услуг в области правильного питания, физической активности и контроля массы тела в первичную медико-санитарную помощь, который включает примеры из стран и дальнейшие рекомендации для государств-членов.

19. Региональное бюро вело совместную работу с государствами-членами в области подготовки работников здравоохранения. Целью работы по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения в связи с предупреждаемыми и излечимыми алиментарно-зависимыми заболеваниями, включающего континуум высококачественных услуг в области питания и требующего наличия надлежащим образом квалифицированных и обеспеченных ресурсами работников здравоохранения. Был разработан и имеется для распространения соответствующий учебный курс для специалистов по первичной медико-санитарной помощи. Основное внимание в этом курсе уделяется кратким вмешательствам и технике мотивации. Программы подготовки начали проводиться на Мальте, в Республике Молдова, Таджикистане и Узбекистане.

20. Европейское региональное бюро отслеживает работу по профилактике и ведению случаев ожирения и нездорового питания в учреждениях здравоохранения, в особенности в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Данные по этой теме из государств-членов доступны в меньшей степени, однако благодаря информации, собранной в результате проведенного недавно глобального опросного исследования по вопросам питания, в доклад о положении дел в отношении НИЗ будут включены данные по следующим аспектам: наличие рекомендаций по ведению случаев ожирения у детей и взрослых в учреждениях первичной медико-санитарной помощи; ведение случаев нарушения питания в больницах и учреждениях первичной медико-санитарной помощи; рекомендации по питанию в больницах; обеспечение лучшей доступности данных для сравнительного анализа достигнутого прогресса.

### **Приоритетная область 4. Содействие эпиднадзору, мониторингу, оценке и изучению статуса питания населения и его поведения в отношении питания, а также эффективности принимаемых мер**

21. Региональное бюро и государства-члены Европейского региона реализовывали Европейскую инициативу по эпиднадзору за детским ожирением (COSI), единственную в своем роде инициативу, в рамках которой проводятся регулярные измерения для оценки тенденций, имеется общий протокол и в высокой степени сравнимые данные. Сравнительное преимущество инициативы для государств-членов состоит в том, что в ее рамках существует авторитетная группа опытных экспертов по ситуации в странах, проверенный и

протестированный протокол; предоставляется поддержка в анализе и подготовке данных, в особенности в восточной части Региона.

22. В период после одобрения Плана действий продолжились консолидация, доработка и расширение таких национальных и международных систем мониторинга и эпиднадзора, как COSI и исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья". Некоторые из наилучших имеющихся на настоящий момент эпидемиологических данных получены благодаря COSI. Были измерены показатели для более 300 000 детей в возрасте 6–9 лет. К инициативе присоединились 36 государств-членов Европейского региона. Распространенность ожирения повышается с возрастом и выше среди мальчиков. Начинают проследиваться данные по существующим тенденциям. В некоторых странах наблюдается потенциальное улучшение ситуации – стабилизация или небольшое сокращение распространенности в некоторых возрастных группах в Ирландии, Италии, Португалии и Словении. Наблюдалось также и некоторые значительные сокращения уровней распространенности ожирения. Однако общая картина показывает, что уровни остаются очень высокими, а их сокращение наблюдалось в основном в странах с наивысшими уровнями распространенности ожирения. Серьезную обеспокоенность продолжают вызывать проблемы тяжелого ожирения и уровни распространенности ожирения в странах с низким уровнем дохода.

23. Региональное бюро вело работу по реализации инициативы COSI с 38 государствами-членами. За период, прошедший после одобрения Плана действий в 2014 г., состоялись три совещания сети COSI. Региональное бюро организовало целый ряд масштабных инициатив по обучению введению в действие COSI, эти инициативы осуществлялись в сотрудничестве с большой сетью ведущих исследователей COSI, представляющих различные государства-члены, включая Австрию, Кыргызстан, Польшу, Российскую Федерацию, Таджикистан, Туркменистан и Черногорию. В процессе подготовки находятся новые доклады и научные публикации. Однако в данной области требуются дополнительные усилия и необходим постоянный мониторинг.

24. В Планах действий содержится призыв к созданию систем эпиднадзора за питанием и антропометрическими показателями, позволяющих дезагрегировать данные по социально-экономическому положению и полу, для отслеживания факторов риска, связанных с питанием. Создание подобных систем было важным приоритетом в работе по реализации Плана действий. Данные по тенденциям, представленные в исследовании "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" демонстрируют достижение прогресса по всем показателям. Однако важно определить, достигнут ли прогресс в государствах-членах по всем направлениям или лишь в некоторых областях. Анализ тенденций с использованием данных в отношении детей в возрасте 11–15 лет демонстрирует, что уровни распространенности ожирения варьируют между странами, но в целом они выше среди мальчиков, а также в раннем подростковом возрасте и у представителей менее обеспеченных групп населения. Тогда как в некоторых странах уровни ожирения стабилизировались, с 2002 г. его распространенность возросла более чем в половине государств-членов. Однако этот рост не является однородным в различных возрастных и гендерных группах. Наиболее значительный рост распространенности ожирения наблюдался в странах

Восточной Европы, где уровни ожирения в 2002 г. были сравнительно низкими. Лишь в одной стране наблюдалось значительное снижение распространенности ожирения. Социальные неравенства в отношении ожирения наблюдаются в большинстве стран в течение длительного времени.

25. В Плане действий также рекомендуется вести мониторинг и оценку программ, вмешательств и стратегий в области питания, реализуемых в различных контекстах, определяя степень их эффективности и широко распространяя примеры передовой практики. Собранные Региональным бюро данные демонстрируют следующее:

- (а) В период между 2002 и 2014 гг. наблюдалось небольшое увеличение дневного потребления фруктов и овощей, однако существует незначительное число фактических данных, говорящих о заметном сокращении в данный период социальных неравенств в этой области. Ежедневное потребление фруктов и овощей остается низким.
- (б) Возможно, между 2002 и 2014 гг. имелось некоторое сокращение в уровнях дневного потребления сладких безалкогольных напитков и сладостей, однако эти данные являются неоднозначными. Это возможное сокращение также обусловлено сокращением потребления среди подростков из обеспеченных семей.
- (в) С 1980 г. распространенность в Европейском регионе ВОЗ ожирения среди взрослых увеличилась более чем в три раза. Государства-члены приняли на себя обязательства остановить рост уровней ожирения к 2025 г. Для проведения мониторинга практической осуществимости достижения этой цели Региональное бюро спрогнозировало будущие тенденции в распространенности ожирения (индекс массы тела  $\geq 30$ ) к 2025 г. для каждого из 53 государств-членов в Европейском регионе.
- (г) Согласно прогнозам, к 2025 г. распространенность ожирения возрастет в 44 государствах-членах. Если наблюдаемые в настоящее время тенденции продолжатся, то в 33 из 53 стран распространенность ожирения к 2025 г. составит 20% или выше.
- (д) Проведенный ВОЗ обзор имеющихся данных о пищевых рационах демонстрирует, что менее чем две трети государств-членов Европейского региона проводят соответствующие национальные обследования. Однако в тех странах, для которых имеются данные, эти данные являются в основном недавними. Согласно рекомендациям ВОЗ, дневное потребление насыщенных жирных кислот должно составлять менее 10% от общего дневного потребления калорий (%Е); после того, как уровни потребления были переведены в %Е, ни в одной стране, ни в одной возрастной группе мужчин или женщин не наблюдалось показателей, соответствующих рекомендованным. Самый высокий уровень потребления добавленного сахара среди женщин составил 53 гр/день, а среди мужчин – 71 гр/день. ВОЗ рекомендует, чтобы этот уровень составлял не более 5%, что соответствует примерно 25 гр/день.
- (е) Все в большем числе государств-членов, включая некоторые страны в восточной части Региона (Греция, Кыргызстан, Республика Молдова, Узбекистан, Черногория), проводят суточные опросы для определения

уровней потребления натрия (соли). Региональное бюро подсчитывает самые новые данные и публикует перечень тех стран, в которых было отмечено сокращение уровней потребления соли. Доступ к данным будет обеспечен в сотрудничестве с выбранными странами для определения тенденций. К настоящему моменту девять государств-членов в Европейском регионе зафиксировали значительное снижение уровней потребления соли. В двух из них были достигнуты значительные успехи глобального уровня в том, что касается положительного воздействия на здоровье, оказанного сокращением потребления натрия (Соединенное Королевство и Финляндия). Однако достижение глобальной цели сокращения потребления соли продолжает представлять значительную сложность. ВОЗ моделирует достижение цели сокращения потребления соли, указывая на необходимые сокращения содержания соли в продуктах питания, основываясь на примерах из практики Российской Федерации, Турции, Узбекистана и Финляндии.

- (ж) Проект FEEDCities представляет собой пример быстрого исследования питательного состава продуктов для стран с низким уровнем доходов. Региональное бюро совместно с экспертами из государств-членов уже составили краткий обзор данных по потреблению трансжирных кислот и натрия в Кыргызстане, Республике Молдова и Таджикистане.

**Приоритетная область 5. Укрепление механизмов стратегического руководства, альянсов и сетей для осуществления принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях и расширение прав и возможностей местных сообществ для участия в деятельности по укреплению здоровья и профилактике заболеваний**

26. За последнее время в значительном числе государств-членов вопросам питания и ожирения было определено приоритетное место в национальных и субнациональных стратегиях.

27. Региональное бюро составляет обзор прогресса, достигнутого в странах в утверждении стратегий по вопросам питания и ожирения. При проведении этого обзора, который направлен на определение того, какие области охвачены существующими мерами политики, используются различные источники данных и обеспечивается валидация данных со стороны государств-членов.

28. Примеры социальных инноваций в области питания в полной мере документируются в качестве возможных стандартов для сравнения, которые могут использоваться другими государствами-членами в зависимости от их национальных приоритетов и условий. Среди таких примеров:

- Эстония: варианты политики для сокращения потребления напитков, подслащенных с использованием сахара;
- Венгрия: оценка воздействия налога на продукты с определенным содержанием сахара;
- Турция: оценка программы здорового питания и активного образа жизни.

## **Сотрудничающие центры**

29. Сотрудничающие центры ВОЗ по вопросам питания и профилактики ожирения, действующие в Дании, Германии, Казахстане, Нидерландах, Португалии и Соединенном Королевстве, внесли значительный вклад в реализацию пяти приоритетных направлений Плана действий.

## **Выводы и планы на будущее**

30. В настоящем отчете о ходе работ описана сложная эпидемиологическая ситуация, но одновременно представлены данные о беспрецедентных действиях, предпринимаемых государствами-членами для борьбы с ожирением и содействия здоровому рациону питания. Были определены практические примеры из стран Европейского региона для использования при разработке политики и практики, включая возможности для эффективных экспериментов в естественных условиях. Тем не менее, на пути достижения государствами-членами глобальных целей, успешного воздействия на сохраняющиеся неравенства и содействия межсекторальной работе все еще имеются нерешенные задачи и трудности.

31. После одобрения в 2014 г. Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Региональное бюро ведет работу по проблемам питания и ожирения более чем с 40 государствами-членами, в 23 странах эта работа ведется в рамках двусторонних соглашений о сотрудничестве. Уровень интереса и число запросов со стороны государств-членов значительно возросли, и мы ожидаем, что с 2018 по 2020 гг. масштаб мероприятий расширится, и больше государств-членов будут принимать участие в этой работе.

32. Примерами мероприятий Регионального бюро по поддержке государств-членов в реализации Плана действий являются: разработка инструментов (модель профилей питательных веществ; подготовка работников первичного звена); демонстрация доказательств и фактических данных (цифровой маркетинг, ценовая политика; трансжирные кислоты); рассмотрение будущих сценариев (оценки в отношении ожирения и моделирования потребления соли; сокращение потребления соли и сахара); рассмотрение вопросов за пределами охраны здоровья (законодательство, цепочка снабжения продовольствием).

33. Региональное бюро продолжит реализацию Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. в сотрудничестве с государствами-членами и с учетом их указаний. Следующий отчет о ходе работы будет представлен на семьдесят первой сессии Регионального комитета в сентябре 2021 г.

## **С. Отчет о ходе реализации Европейского плана действий по охране психического здоровья (резолюция EUR/RC63/R10)**

### ***Введение и общие сведения***

1. В данном отчете представлена информация о прогрессе, достигнутом в течение четырех лет с момента принятия Европейским региональным комитетом ВОЗ на своей шестьдесят третьей сессии в Измире, Турция, в сентябре 2013 г. резолюции EUR/RC63/R10, которой был утвержден Европейский план действий по охране психического здоровья (документ EUR/RC63/11). План действий по охране психического здоровья способствует реализации основ европейской политики в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020, которая была утверждена Региональным комитетом в резолюции EUR/RC62/R4 на его шестьдесят второй сессии в сентябре 2012 г.
2. Психические расстройства являются одной из самых значительных проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, согласно данным о бремени и распространенности этих болезней и связанной с ними инвалидности. В масштабах Региона нервно-психические расстройства являются вторым наиболее значительным фактором роста бремени заболеваемости (годы жизни с учетом ограничения жизнедеятельности), на который приходится 19% общего бремени. По имеющимся оценкам, психические расстройства ежегодно поражают более трети населения, при этом наиболее распространенными из них являются депрессивные и тревожные расстройства. Депрессивные расстройства среди женщин встречаются в два раза чаще, чем среди мужчин. Диагноз "психотические расстройства" отмечается приблизительно у 1–2% населения (в одинаковой степени у мужчин и у женщин), а 5,6% мужчин и 1,3% женщин страдают нарушениями, вызванными употреблением психоактивных веществ. В связи со старением европейского населения в Регионе имеет место рост распространенности деменции, которая обычно отмечается у 5% людей в возрасте старше 65 лет и у 20% людей в возрасте старше 80 лет. Во всех странах Региона наблюдается большая распространенность психических расстройств среди наиболее обездоленных слоев общества.
3. Важным показателем бремени заболеваемости для общества и систем здравоохранения является вклад конкретной группы населения в распространенность всех хронических заболеваний (годы жизни, прожитые при ограниченной жизнедеятельности). Психические расстройства – это, несомненно, наиболее распространенные хронические заболевания, которыми страдают жители Европейского региона; в некоторых странах их доля составляет до 40%. У значительной части людей, получающих пособия по социальному обеспечению или пенсии в связи с нетрудоспособностью, изначальным диагнозом было психическое расстройство, в основном – одна из разновидностей депрессивного расстройства.
4. Психические расстройства тесно связаны с самоубийствами. Уровни самоубийств в Европейском регионе весьма высоки по сравнению с другими регионами мира. Средний годовой показатель самоубийств в Регионе составляет

11,2 на 100 000 населения (2013 г.), при этом между странами в данных показателях отмечаются значительные различия.

5. Единодушно признается, что уход и лечение должны осуществляться по месту жительства, поскольку оказание помощи в крупных психиатрических больницах часто означает пренебрежение пациентами и помещение больных в условия закрытого учреждения; при этом многие страны все еще полагаются на психиатрические больницы как основное место предоставления услуг психиатрической помощи. По-прежнему сохраняется приверженность идее деинституционализации психиатрической помощи и развития системы услуг по охране психического здоровья вне стационара, хотя прогресс, достигнутый в этой области разными странами Региона, далеко не однороден. Таким образом, первоочередной задачей стало расширение роли первичного звена медико-санитарной помощи, которое должно работать в партнерстве с многопрофильными психиатрическими службами в учреждениях, приближенных к населению.

6. Имеются убедительные доказательства наличия эффективных методов лечения и оказания психиатрической помощи при многих психических расстройствах и сопутствующих им сочетанных заболеваниях. Благодаря этим методам можно повысить уровень благополучия, поднять производительность труда, предупредить многие случаи самоубийства. Однако значительная часть людей, страдающих психическими расстройствами, либо вообще не получают лечения вследствие его ограниченной доступности (так называемый разрыв между потребностью в лечении и возможностью его получения), либо сталкиваются с необходимостью длительного ожидания получения помощи.

7. Многие люди с проблемами психического здоровья предпочитают не обращаться в службы охраны психического здоровья или не желают поддерживать с ними контакты из боязни стигматизации и дискриминации. К другим факторам, которыми объясняется нежелание обращаться за помощью, относятся негативные впечатления от прежнего опыта получения лечения и/или ухода. Необходимо осуществить реформы, которые позволят повысить уверенность в безопасности и эффективности помощи. Стратегии в области охраны психического здоровья должны совмещать структурную реформу служб и акцент на качество и в итоге гарантировать предоставление безопасного, действенного и приемлемого лечения компетентными специалистами.

8. В частности, растет осведомленность о важной роли, которую играет психическое здоровье и благополучие, а охрана психического здоровья была включена в Цель 3.4 устойчивого развития, которая направлена на то, чтобы: "к 2030 г. сократить на одну треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) посредством профилактики и лечения, а также укрепить психическое здоровье и благополучие". Эта осведомленность также находит свое отражение в многочисленных мероприятиях, осуществляемых сотрудниками программы Европейского регионального бюро по охране психического здоровья начиная с 2013 г., когда был принят План действий. В настоящее время в рамках Программы по охране психического здоровья ведется работа с 25 государствами-членами в Европейском регионе.

## **Европейский план действий по охране психического здоровья**

9. В резолюции EUR/RC63/R10, которой был утвержден Европейский план действий по охране психического здоровья, Региональный комитет настоятельно призывает государства-члены<sup>1</sup>:

- (a) улучшать психическое здоровье и благополучие всего населения и сокращать бремя психических расстройств, обеспечивая принятие мер по укреплению здоровья и профилактике и воздействию на детерминанты психического здоровья, сочетая универсальные и целевые вмешательства (с особым вниманием к уязвимым группам);
- (b) соблюдать права людей с расстройствами психического здоровья, содействовать их социальному приобщению и обеспечивать справедливые возможности для достижения наилучшего качества жизни, проводя борьбу со стигмой, дискриминацией и изоляцией;
- (c) укреплять или создавать доступ к безопасным, квалифицированным, недорогостоящим, эффективным услугам охраны психического здоровья, предоставляемым вне стационара, и обеспечивать их надлежащее использование.

10. В резолюции Региональный комитет также предлагает Региональному директору "предоставить техническую поддержку для осуществления Плана действий" и "отчитаться о достигнутых результатах не позднее 2017 г."

11. Семь задач Европейского плана действий по охране психического здоровья<sup>2</sup> перечислены во Вставке С1. Для решения каждой из этих задач государствам-членам и Региональному бюро предлагается принять ряд мер, которые позволят достичь измеримых итоговых результатов.

12. В настоящем отчете рассказывается о прогрессе в достижении государствами-членами в партнерстве с Региональным бюро с 2013 по 2017 гг. целей Плана действий применительно к каждой из семи задач.

---

<sup>1</sup> И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции

<sup>2</sup> Document EUR/RC63/11.

**Вставка С1. Задачи Европейского плана действий по охране психического здоровья**

- Задача 1** Все люди, особенно наиболее уязвимые или входящие в группы риска, имеют равные возможности для поддержания психического благополучия на протяжении всей жизни.
- Задача 2** Люди с нарушениями психического здоровья являются гражданами, чьи права человека ценятся, соблюдаются и защищаются в полной мере.
- Задача 3** Услуги по охране психического здоровья доступны, предоставляются компетентными специалистами и приемлемы по стоимости и могут быть получены по месту жительства в соответствии с потребностями.
- Задача 4** Люди имеют право на безопасное и эффективное лечение при уважительном к ним отношении.
- Задача 5** Системы здравоохранения предоставляют всем людям качественную общемедицинскую и психиатрическую помощь.
- Задача 6** Системы охраны психического здоровья работают в четко согласованном партнерстве с другими секторами.
- Задача 7** Стратегическое руководство и практические меры по охране психического здоровья базируются на качественной информации и современных знаниях.

**Задача 1: все люди, особенно наиболее уязвимые или входящие в группы риска, имеют равные возможности для поддержания психического благополучия на протяжении всей жизни**

13. Равные возможности для поддержания психического благополучия на протяжении всей жизни тесно согласуются с приоритетами политики Здоровье-2020, и многие мероприятия в этой области, проводимые ВОЗ на региональном уровне, содействовали достижению этой задачи. В качестве основных примеров можно упомянуть Европейскую министерскую конференцию ВОЗ "Охват всех этапов жизни в контексте политики Здоровье-2020", проведенную в Минске, Беларусь, в октябре 2015 г., на которой рассматривались вопросы охраны психического здоровья на всех этапах жизни, а также Конференцию высокого уровня "Совместная работа в интересах здоровья и благополучия: развитие межсекторального и межведомственного взаимодействия в поддержку здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ", проведенную в Париже, Франция, в декабре 2016 г., на которой психическое благополучие было определено в качестве основного компонента благополучия в целом.

14. Сотрудники программы Регионального бюро по охране психического здоровья вносили свой вклад в работу других частей Организации, связанную с выполнением задачи 1, например: в повышение осведомленности о вопросах психического здоровья в ходе формулирования Целей в области устойчивого развития и связанных с ними задач и в поддержку процесса подготовки исследования "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья", в рамках которого оценивается уровень здоровья и благополучия школьников, а также ситуация с буллингом и отношения в семье. Проблема депрессии была

выбрана в качестве темы Всемирного дня здоровья 2017 г., и Региональное бюро и страновые офисы активно взаимодействовали с министерствами здравоохранения и другими партнерами в рамках подготовки ряда информационных материалов и организации тематических мероприятий.

15. Сотрудники программы по охране психического здоровья взаимодействовали с Европейской комиссией в рамках реализации Проекта совместных действий по охране психического здоровья и благополучия (2013–2016 гг.), который занимался вопросами благополучия подростков, созданием здоровой среды в школе и на работе, а также профилактикой депрессии и суицида. ВОЗ была представлена в составе участников совещаний Европейской комиссии и выступала в роли соорганизатора нескольких конференций по вопросам укрепления психического здоровья.

16. С целью повышения осведомленности людей о проблемах психического здоровья сотрудники программы по охране психического здоровья работали совместно с сотрудничающими центрами ВОЗ в Нидерландах и Финляндии над подготовкой и публикацией аналитического обзора "Профилактика депрессии в Европейском регионе ВОЗ", который размещен на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ.

17. Сотрудники программы по охране психического здоровья также уделяли внимание специфическим потребностям, имеющимся у уязвимых групп населения, таких как беженцы. На совещании Регионального центра развития здравоохранения в области психического здоровья в Юго-Восточной Европе, расположенного в Сараево, Босния и Герцеговина, сотрудники программы представили данные о распространенности психических расстройств среди представителей уязвимых групп, а также мерах по лечению и профилактике данных расстройств. Сотрудники программы оказывали помощь в процессе подготовки сводного доклада Сети фактических данных по вопросам здоровья "Аспекты общественного здравоохранения, связанные с охраной психического здоровья мигрантов и беженцев: обзор фактических данных об охране психического здоровья беженцев, лиц, ищущих убежища, и незаконных мигрантов в Европейском регионе ВОЗ" (2016 г.).

18. Многие государства-члены в Европейском регионе обеспокоены проблемой высокого уровня самоубийств. Персонал программы по охране психического здоровья работал вместе с сотрудниками штаб-квартиры ВОЗ над подготовкой первого доклада ВОЗ о ситуации в области самоубийств в мире "Предотвращение самоубийств: глобальный императив" и оказывал помощь странам (например, Казахстану и Эстонии) в разработке соответствующих мероприятий и мер политики.

19. Сотрудники программы также консультировали ряд государств-членов, включая Болгарию, Норвегию, Португалию, Черногорию и Эстонию, по вопросам разработки планов укрепления психического здоровья.

**Задача 2: люди с нарушениями психического здоровья являются гражданами, чьи права человека ценятся, соблюдаются и защищаются в полной мере**

20. В основе Европейского плана действий по охране психического здоровья лежит следующая цель: снизить уровень стигмы и дискриминации и содействовать развитию психиатрической помощи, ориентированной на нужды людей, путем привлечения людей с психическими расстройствами к заботе о собственном здоровье. Объединения пациентов и членов семей пациентов активно участвовали в разработке Плана действий, свидетельством чего служат несколько просьб к Региональному бюро о представлении Плана действий на конференциях, организованных этими объединениями.
21. В партнерстве с сотрудниками программы по охране психического здоровья Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов в области охраны психического здоровья (Лилль, Франция) организовал совещание, посвященное показателям расширения прав и возможностей пациентов с проблемами психического здоровья и ухаживающих за ними лиц. С тех пор согласованные показатели были распространены и внедрены в практику.
22. В последние годы тематика прав человека привлекает к себе повышенное внимание, свидетельством чего служит, к примеру, факт ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов в 2006 г., к которой впоследствии присоединились многие государства-члены в Европейском регионе. Значение Конвенции для охраны психического здоровья было предметом многих обсуждений, а сотрудники программы по охране психического здоровья представляли Региональное бюро на нескольких совещаниях, включая мероприятия, организованные европейским представителем Управления Верховного комиссара ООН по правам человека.
23. Сотрудники программы по охране психического здоровья присутствовали на совещаниях Сети осведомленности о радикализации (организации, созданной Европейской комиссией с целью борьбы с терроризмом и насильственным экстремизмом), на которых они рассказали о важности гарантирования прав людей с проблемами психического здоровья и защиты их от дискриминации, вызванной ошибочным представлением о наличии связи между насилием и психическими расстройствами. Одна из основных трудностей, существующих на протяжении последних нескольких лет, заключается в поиске баланса между защитой прав индивида и прав общества во времена, характеризующиеся усилившимся страхом и стремлением избежать всевозможных рисков.
24. Программа по охране психического здоровья оказывала помощь странам, в том числе Литве, Туркменистану и Турции, в разработке законодательства, призванного искоренить дискриминацию лиц с проблемами психического здоровья. Страны вновь и вновь сталкиваются с трудностью, связанной с отменой законодательства, которое не позволяет людям с психическими расстройствами становиться участниками рынка труда на основании имеющегося у них медицинского диагноза, поскольку такая норма носит дискриминационный характер.

25. Помимо этого, задача 2 решается путем содействия деинституционализации помощи. Сотрудники программы по охране психического здоровья осведомлены о дискриминации и пренебрежительном отношении, с которым сталкиваются взрослые пациенты с ограниченными психическими возможностями, в особенности те из них, которые проживают в специализированных учреждениях, иногда на протяжении десятилетий, без какой-либо возможности жить наполненной смыслом жизнью. По просьбе государств-членов программа приступила к реализации проекта, направленного на взрослых пациентов с долгосрочными нарушениями психического здоровья и/или ограниченными интеллектуальными возможностями, которые проживают в специализированных учреждениях, причем зачастую в весьма неблагоприятных условиях. В рамках проекта проводятся: анализ мер национальной политики, опросы целого ряда специализированных учреждений различного типа, а также оценка качества работы включенных в выборку учреждений из 36 стран, участвующих в исследовании. Отчет о проекте будет представлен на рассмотрение Регионального комитета на его шестьдесят восьмой сессии в сентябре 2018 г.

**Задача 3: услуги по охране психического здоровья доступны, предоставляются компетентными специалистами и приемлемы по стоимости и могут быть получены по месту жительства в соответствии с потребностями**

**Задача 4: люди имеют право на безопасное и эффективное лечение при уважительном к ним отношении**

26. Задачи 3 и 4 взаимосвязаны и неотделимы друг от друга, поскольку интеграция структуры и процесса является обязательным условием предоставления качественных услуг по охране психического здоровья. Соответственно, эти задачи будут представлены вместе.

27. В Европейском плане действий по охране психического здоровья предлагается модель оказания услуг по охране психического здоровья за пределами стационара, которая опирается на семейных врачей в выявлении, постановке диагноза и лечении наиболее распространенных проблем психического здоровья, а также в направлении пациентов со сложными и тяжелыми психическим расстройствами к участковым бригадам специалистов. Использование больничных коек – крайняя мера, которую следует применять при оказании помощи людям, представляющим опасность для самих себя или окружающих.

28. С момента утверждения Плана действий в 2013 г. Региональное бюро оказывало поддержку многим странам в разработке их собственных стратегий и в преобразовании моделей оказания помощи путем перехода от услуг, предоставляемых на базе стационара, к услугам, получаемым по месту жительства и отличающимся низким уровнем стигмы, которые при этом доступны пациентам и членам их семей.

29. В Турции программа по охране психического здоровья служила источником поддержки для Министерства здравоохранения и Министерства семьи и социальной политики в ходе реализации комплексного проекта по

предоставлению услуг медицинской помощи по месту жительства людям с психическими расстройствами и лицам с ограниченными интеллектуальными возможностями. Данный проект софинансировался за счет средств гранта Европейской комиссии. Турецкая модель помощи, разработанная с упором на ориентированные на семью услуги, оказываемые по месту жительства, была направлена на предотвращение случаев госпитализации и психиатрическое просвещение родственников. Было запланировано создание небольших домов-интернатов, называемых "Домами надежды", для людей с долгосрочной утратой самостоятельности. Были проведены оценки качества работы данных учреждений; в рамках проекта было сформировано более 100 участковых бригад, создано около 50 "Домов надежды" и проведена подготовка около 350 сотрудников. В настоящее время продолжается реализация второго этапа данного проекта.

30. В Украине Региональное бюро помогло сформировать и обучить четыре участковые бригады, чья работа направлена на оказание помощи людям с проблемами психического здоровья, которые не обращались за помощью в службы охраны психического здоровья, в том числе на внутренне перемещенных лиц. Это направление стало весьма популярным и успешным, и в настоящее время в рамках программы по охране психического здоровья оказывается поддержка в пересмотре законодательства с целью интеграции этих бригад в общую систему психиатрической помощи.

31. Сотрудники программы по охране психического здоровья провели миссии с целью оценки ситуации в области предоставления услуг по охране психического здоровья и выработки рекомендаций в отношении реформ в следующих странах: Армения, Болгария, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Словения, Таджикистан, Туркменистан, Чешская Республика и Эстония. Несмотря на различия в географическом положении и в уровне имеющихся у них ресурсов, эти страны сталкивались с очень похожими трудностями, а именно:

- (а) значительная доля бюджета выделяется на содержание больниц, находящихся в неудовлетворительном состоянии и обслуживающих небольшое число пациентов;
- (б) недоукомплектованные персоналом поликлиники с трудом справляются с высоким спросом на свои услуги;
- (в) семейные врачи не занимаются проблемами психического здоровья;
- (г) недостаточное количество персонала, что зачастую является следствием трудовой миграции;
- (д) устаревшее законодательство;
- (е) нежелание пациентов и их родственников пользоваться услугами по охране психического здоровья из-за связанной с этим стигмы и дискриминации.

32. Сотрудники программы по охране психического здоровья нанесли несколько визитов в Армению, Венгрию, Кыргызстан, Республику Молдова, Туркменистан и Чешскую Республику, чтобы оказать этим странам поддержку в разработке стратегий и провести семинары с участием лидеров общественного

мнения и заинтересованных сторон. Тематика этих семинаров охватывала такие вопросы, как разработка стратегий и законодательства, компетенции кадровых ресурсов и методики управления изменениями.

33. В Португалии в партнерстве с Европейской комиссией и совместно с Министерством здравоохранения сотрудники программы организовали совещание, посвященное положению дел в системе психиатрической помощи.

34. Сотрудники программы по охране психического здоровья несколько раз проводили совещания с участием групп стран, которые находятся на аналогичных стадиях развития услуг по охране психического здоровья, могут общаться на одном языке или имеют общее культурное прошлое. В трех совещаниях принимали участие представители русскоговорящих стран, а именно: Армении, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, Российской Федерации, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана. Эти совещания позволили странам обменяться опытом и успешными методами работы в целом ряде направлений, имеющих для них актуальное значение, например: предотвращение суицида, охрана психического здоровья на уровне первичного звена, деинституционализация помощи, предоставление услуг по охране психического здоровья вне стационара и имеющиеся у стран потребности в развитии трудовых ресурсов. Особый интерес вызвало предложение о создании совместного центра по развитию трудовых ресурсов для Центральной Азии; однако для этой инициативы не удалось определить источники финансирования.

35. Региональное бюро поддерживало работу Регионального центра развития здравоохранения в области психического здоровья в Юго-Восточной Европе, расположенного в Сараево, Босния и Герцеговина. Бюро выступило соорганизатором трех совещаний, посвященных таким темам, как прогресс, достигнутый ранее созданными участковыми центрами, профилактика суицида, обеспечение качества и охрана психического здоровья беженцев. В этой работе участвовали следующие страны: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Республика Молдова, Румыния и Черногория. Турция принимала участие в совещаниях на правах наблюдателя.

36. Сотрудники программы по охране психического здоровья работают в тесном сотрудничестве с партнерскими организациями, такими как Европейская комиссия и Организация по экономическому сотрудничеству и развитию. Европейская комиссия сделала услуги, оказываемые по месту жительства, одним из компонентов своего Проекта совместных действий по охране психического здоровья и благополучия. Рекомендации соответствовали задачам Европейского плана действий по охране психического здоровья. Организация экономического сотрудничества и развития также провела ряд страновых оценок в государствах-членах Региона.

37. На протяжении этого периода сотрудники программы по охране психического здоровья работали в тесном сотрудничестве с неправительственными организациями, привлекая их к деятельности, осуществляемой в рамках программы. Среди этих организаций были: Европейская федерация ассоциаций семей психически больных, Европейская

психиатрическая ассоциация, Глобальный альянс европейских сетей по отстаиванию интересов лиц с психическими заболеваниями (Европейская ассоциация пациентов с проблемами психического здоровья) и многие национальные объединения, активно работающие в сфере охраны психического здоровья. Сотрудники программы также представляли Европейский план действий по охране психического здоровья на многочисленных национальных и международных совещаниях и конференциях (Албания, Армения, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Ирландия, Испания, Италия, Казахстан, Литва, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Российская Федерация, Сербия, Соединенное Королевство, Турция, Туркменистан, Франция, Черногория, Чешская Республика и Эстония).

### **Задача 5: системы здравоохранения предоставляют всем людям качественную общемедицинскую и психиатрическую помощь**

38. Этот вопрос привлек к себе особое внимание в связи с высокими показателями связанной с НИЗ заболеваемости среди людей с проблемами психического здоровья и высокой распространенностью в этой группе таких факторов риска, как курение, употребление алкоголя и ожирение.

39. Сотрудники программы по охране психического здоровья тесно взаимодействуют с персоналом других программ с целью включения мероприятий, имеющих актуальное значение с точки зрения охраны психического здоровья, в их стратегии и планы действий. Сотрудники программы также внесли свой вклад в работу междисциплинарных конференций и совещаний, таких как Европейская министерская конференция ВОЗ "Охват всех этапов жизни в контексте политики Здоровье-2020" (2015 г.) и Конференция высокого уровня "Совместная работа в интересах здоровья и благополучия: развитие межсекторального и межведомственного взаимодействия в поддержку здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ" (2016 г.).

40. В рамках программы по охране психического здоровья уделяется внимание необходимости разработки учебной программы для кадровых ресурсов в области оказания медицинской и психиатрической помощи с целью повышения их способности выявлять и лечить различного рода сочетанную патологию. В частности, в странах, где услуги, оказываемые по месту жительства, в настоящее время находятся на стадии разработки, уделяется много внимания функциям семейных врачей и персонала поликлиник.

41. Персонал программы по охране психического здоровья при поддержке сотрудников программы по НИЗ подготовил доклад по вопросам решения проблемы сочетанной патологии, в котором приводятся фактические данные и примеры из практики ведения психических расстройств в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями, раком, диабетом и астмой, а также делаются выводы относительно успешных методов работы в этой сфере.

## **Задача 6: системы охраны психического здоровья работают в четко согласованном партнерстве с другими секторами**

42. Поскольку большое число мероприятий, способствующих повышению уровня благополучия, и потребности, имеющиеся у людей с проблемами психического здоровья, относятся к сфере ответственности не только сектора здравоохранения, но и других секторов, Европейское региональное бюро попыталось наладить связи между различными государственными ведомствами. В настоящем отчете уже говорилось о вкладе сотрудников программы по охране психического здоровья в проведение Минской и Парижской конференций.

43. У суицида есть много социально-экономических причин и целый ряд учреждений занимаются его профилактикой. В рамках программы по охране психического здоровья ведется работа по устранению таких факторов риска, в которой задействованы соответствующие учреждения. Примерами этой работы могут служить мероприятия, осуществлявшиеся в Кыргызстане и Эстонии, и семинар с участием русскоговорящих стран.

44. В большинстве стран осуществление долгосрочного ухода за людьми с ограниченными психическими возможностями является ответственностью министерства социальных дел. Программа по охране психического здоровья задействовала эти министерства в своей работе по повышению качества помощи, оказываемой взрослым пациентам, нуждающимся в получении долгосрочного ухода.

45. Несмотря на то, что в Европейском плане действий по охране психического здоровья проблема деменции не рассматривается отдельно от других вопросов, сотрудники программы по охране психического здоровья, работая в тесном партнерстве со штаб-квартирой ВОЗ и Европейской комиссией, уделяли внимание борьбе с этой проблемой, которая стала приоритетной задачей в области охраны общественного здоровья. Сотрудники программы также обсуждали проблему деменции с членами делегаций, посещавших с официальными визитами офисы ВОЗ, а также с представителями министерств здравоохранения в ходе миссий в страны.

46. Межсекторальный характер психиатрической помощи находит свое отражение в мультидисциплинарном составе кадровых ресурсов, нанимаемых на работу целым рядом учреждений и секторов. Это говорит о наличии различных ценностей и методов работы, которые могут мешать совместной деятельности. Региональное бюро провело совещание с участием группы ассоциаций, которые представляют объединения сотрудников, работающих в сфере оказания психиатрической помощи, в том числе медсестер, эрготерапевтов, физиотерапевтов, психологов, психиатров и социальных работников. Было согласовано консенсусное заявление; группа продолжит изучать пути повышения качества работы в области охраны психического здоровья путем выработки общей позиции по ряду вопросов.

## **Задача 7: стратегическое руководство и практические меры по охране психического здоровья базируются на качественной информации и современных знаниях**

47. Информация и знание фактических данных по таким вопросам, как состояние психического здоровья населения, распространенность проблем психического здоровья, оценки имеющихся у пациентов потребностей и качество предоставляемых услуг, необходимы для создания системы ответственного планирования и внедрения услуг. Сравнительный анализ данных о состоянии психического здоровья населения в других странах может служить полезным показателем предоставления услуг.

48. Сотрудники программы по охране психического здоровья работают с коллегами из штаб-квартиры ВОЗ над сбором, анализом и распространением данных о ситуации в области психического здоровья в европейских странах, которые публикуются в обновляемом Атласе ВОЗ по психическому здоровью (2001, 2005, 2011 и 2014 гг.). В Атласе содержатся подробные данные о нормативной базе, предоставляемых услугах, кадровых ресурсах и финансировании в каждой из стран. Были подготовлены профили стран, с которыми можно ознакомиться на веб-сайте, посвященном Атласу психического здоровья. В Приложении С1 к настоящему отчету представлен обзор данных Европейского региона из Атласа психического здоровья 2014 г., демонстрирующий наличие значительных пробелов в руководстве системой охраны психического здоровья, оказании услуг и оценке эффективности. Новое опросное исследование в рамках подготовки нового выпуска Атласа психического здоровья 2017 г. даст возможность провести мониторинг меняющейся ситуации в странах Региона.

49. Сотрудники программы оказывали поддержку Европейской комиссии в процессе сбора информации на уровне стран и выявления успешных методов работы в рамках Проекта совместных действий по охране психического здоровья и благополучия и механизма "Компас ЕС для действий по охране психического здоровья и благополучия".

### ***Сотрудничающие центры***

50. Сотрудничающие центры ВОЗ в Европейском регионе активно поддерживали деятельность, осуществляемую Региональным бюро в рамках программы по охране психического здоровья. Сюда относится помощь, оказанная в следующих областях деятельности:

- расширение прав и возможностей пациентов и развитие качественных услуг по охране психического здоровья (Центр "Рубежи" (Centre Frontières), Лилль, Франция);
- профилактика суицида в русскоговорящих странах (Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского в Москве, Российская Федерация);

- распространение информации об успешных методах работы и поддержка в создании услуг (Учреждение по санитарному обслуживанию №1 (Azienda per i Servizi Sanitari N.1 Triestina), Триест, Италия);
- фактические данные в области профилактики и надлежащая практика в электронном здравоохранении (Институт Тримбоса в Утрехте, Нидерланды);
- психическое здоровье беженцев и обеспечение качества (Лондонский университет королевы Марии, Соединенное Королевство);
- оценка услуг, оказываемых по месту жительства, и развитие кадровых ресурсов для оказания таких услуг (Веронский университет, Италия).

### **Выводы и планы на будущее**

51. Сотрудники программы Регионального бюро по охране психического здоровья продолжают работу над реализацией Европейского плана действий по охране психического здоровья совместно с государствами-членами. С 2013 по 2017 год 25 государств-членов в Регионе обозначили охрану психического здоровья в качестве приоритетного направления в рамках своих двухгодичных соглашений о сотрудничестве. Такое же число стран определили охрану психического здоровья в качестве приоритетной задачи на двухгодичный период 2018–2019 гг., в частности сделав акцент на развитии первичной помощи, а также на стратегиях и услугах по оказанию помощи по месту жительства.

52. Сотрудники программы по охране психического здоровья продолжают работать в тесном партнерстве с ассоциациями, представляющими интересы работников здравоохранения, пациентов и их семей, а также с научными и неправительственными организациями, которые занимаются отдельными заболеваниями, такими как аутизм и деменция.

53. Следующий отчет о ходе реализации Европейского плана действий по охране психического здоровья будет представлен на семидесятой сессии Регионального комитета в сентябре 2020 г.

## Приложение С1. Обзор доступности и представления данных для Атласа ВОЗ (2014 г.) по психическому здоровью в Европейском регионе ВОЗ

Таблица. Данные о психическом здоровье населения государств-членов в Европейском регионе ВОЗ в разбивке по сферам и показателям, с указанием числа стран и процентного значения для Региона

	Сфера/показатель	Число	%
1	<b>Заполнили/представили анкету для Атласа</b>	<b>48</b>	<b>91</b>
2	<b>Представили данные по показателям психического здоровья</b>	<b>37</b>	<b>70</b>
	<i>Тематический отчет о ситуации в области охраны психического здоровья за последние 2 года</i>	19	36
	<i>Представление данных в рамках общей статистики</i>	18	34
3	<b>Представление данных о расходах на охрану психического здоровья</b>	<b>25</b>	<b>47</b>
	<i>Стационарная и амбулаторная помощь</i>	20	38
	<i>Только стационарная помощь</i>	25	47
4	<b>Отчетность по вопросам кадрового обеспечения служб охраны психического здоровья</b>	<b>30</b>	<b>57</b>
	<i>С подробной разбивкой данных</i>	18	34
	<i>С частичной разбивкой данных</i>	30	57
5	<b>Представление данных о доступности услуг</b>	<b>41</b>	<b>77</b>
	<i>Число амбулаторных посещений и больничных коек</i>	24	45
	<i>Только число больничных коек</i>	41	77
6	<b>Предоставление данных об использовании услуг (для людей с рядом тяжелых психических расстройств)</b>	<b>19</b>	<b>36</b>
7	<b>Представление данных о принудительной госпитализации</b>	<b>23</b>	<b>43</b>
8	<b>Внедрена стратегия в области охраны психического здоровья</b>	<b>41</b>	<b>77</b>
	<i>В полном объеме</i>	13	25
	<i>Частично</i>	28	53
9	<b>Введено в действие законодательство в области охраны психического здоровья</b>	<b>41</b>	<b>77</b>
	<i>В полном объеме</i>	25	47
	<i>Частично</i>	16	30
10	<b>Привлечение к участию пользователей услуг и членов их семей *</b>	<b>36</b>	<b>68</b>
	<i>В полном объеме</i>	13	25
	<i>Частично</i>	23	43
11	<b>Программы профилактики и укрепления психического здоровья</b>	<b>27</b>	<b>51</b>
	<i>(в стране есть две действующие программы или более)</i>		

\* Участие лиц с нарушениями психического здоровья и членов их семей в возглавляемых Минздравом процессах планирования, разработки и оценки политики и услуг.

Источник: Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization; 2015.

## **Категория 5. Обеспечение готовности, эпиднадзор и меры реагирования**

### **D. Заключительный отчет об осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC59/R5)**

#### ***Введение и общие сведения***

1. В настоящем отчете, подготовленном согласно резолюции EUR/RC59/R5 о выполнении Международных медико-санитарных правил (ММСП) (2005 г.) в Европейском регионе ВОЗ, принятой на пятьдесят девятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2009 г., приводится обзор выполнения ММСП (2005 г.) в Европейском регионе. Согласно резолюции EUR/RC63/R8 "Обзор хода выполнения резолюций, принятых Региональным комитетом на предыдущих сессиях, и рекомендации в отношении прекращения действия ряда из них и требований по отчетности", он будет представлять собой итоговый отчет о выполнении действий, предусмотренных резолюцией EUR/RC59/R5.

2. Недавние вспышки болезней – например, вспышка болезни, вызываемой вирусом Эбола, в Западной Африке в 2014 г. и вспышка болезни, вызываемой вирусом Зика, в 2015–2016 гг., продемонстрировали важность наличия в распоряжении государств-членов Европейского региона надежных национальных и международных механизмов и возможностей для быстрого выявления, реагирования и принятия профилактических мер в целях сдерживания серьезных угроз для общественного здоровья. Факты неоспоримо доказывают и то, что крепкие и устойчивые системы здравоохранения являются залогом для эффективного осуществления основных возможностей, предусмотренных ММСП (2005 г.).

3. Несмотря на то, что вспышки болезней, вызываемых вирусами Эбола и Зика, произошли за пределами Европейского региона, они наглядно продемонстрировали потребность Региона в крепких и слаженно работающих системах обеспечения готовности, позволяющих преодолевать вызовы и предотвращать развитие событий второстепенной важности до уровня чрезвычайных ситуаций. Готовность к чрезвычайным ситуациям и принятие ответных мер при них также требует скоординированного информирования о рисках.

4. Комитет по обзору роли Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи со вспышкой эболы и реагированием на нее отметил, что осуществление ММСП (2005 г.) и, в особенности укрепление основных возможностей, должны рассматриваться как непрерывный процесс, который включает обеспечение готовности, выявление, оценку рисков и ответные меры при всех чрезвычайных ситуациях в здравоохранении.

5. Комитет по обзору рекомендовал сделать непрерывный цикл "оценка – действие – повторная оценка" ключевым элементом развития стратегических

планов действий. Он также отметил, что в настоящее время отсутствуют какие-либо процессы или системы, позволяющие формально закрепить практику сбора и распространения результатов наблюдения за имевшими место событиями и уроков, извлеченных в ходе этого процесса. Также отчет Комитета по обзору сделал возможным появление пересмотренного Механизма мониторинга и оценки ММСП (2005 г.), который дополняет собой самостоятельную оценку прогресса в осуществлении ММСП (2005 г.) в государствах-участниках, с добровольным проведением учений, оценок результатов принятых мер и независимых оценок, для получения более точного представления о существующих в странах оперативных возможностях. В рамках своих задач и полномочий, предусмотренных пунктом 2 Статьи 44 ММСП (2005 г.), Секретариат ВОЗ создал технические инструменты для каждого из этих трех добровольных компонентов.

6. Многочисленные глобальные процессы и повышенный интерес к ММСП (2005 г.) и вопросам безопасности общественного здоровья в мире требуют от Европейского региона проявления решительного лидерства и активного участия в глобальных дискуссиях, посвященных готовности к чрезвычайным ситуациям и ответным действиям. Для того чтобы дать Постоянному комитету Европейского регионального Комитета возможность эффективно информировать Региональный комитет и вносить свой вклад в глобальные дискуссии по активизации применения ММСП (2005 г.) в Европейском регионе, в 2015 г. была учреждена подгруппа Постоянного комитета по вопросам осуществления ММСП (2005 г.). Эта подгруппа обеспечивает Секретариат важными рекомендациями относительно планирования и определения первоочередности инициатив в рамках ММСП (2005 г.) для Регионального бюро, а также адаптации глобальных подходов к условиям Региона.

### ***Применение ММСП (2005 г.) в Европейском регионе***

7. На протяжении всего отчетного периода одним из важнейших факторов успеха в Регионе оставалась сеть национальных координаторов (НК) по ММСП. Так, НК активно выполняют задачи по уведомлению о потенциальных угрозах для здоровья населения, имеющих международное значение, и по верификации таких угроз. Следует также отметить, что во всех государствах-участниках в Регионе повысилась оперативность распространения информации. Заметный прогресс отмечается в вопросах регистрации различных видов угроз для здоровья населения, в дополнение к инфекционным болезням – в частности, угроз химического и радиологического характера, а также связанных с пищевыми продуктами и антропогенными факторами.

8. Государства-участники и Региональное бюро были задействованы в мерах реагирования на значительные события в области общественного здравоохранения как регионального, так и глобального масштаба. Группа ВОЗ по информированию и оценке рисков в случае чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения обеспечивает круглосуточную работу системы дежурных, ответственных за выявление, верификацию и оценку риска, и выполняет функции Контактного пункта ВОЗ по ММСП. Группа непрерывно ведет мониторинг сообщений о событиях в области общественного здравоохранения, поступающих из разнообразных источников, сотрудничая, по мере необходимости, с

государствами-членами и партнерами. В период с сентября 2016 г. по июнь 2017 г. группа рассмотрела около 15 000 сообщений из разных источников. Из них примерно 1500 сообщений были проанализированы более детально, с выявлением 32 серьезных событий в области общественного здравоохранения. В целях выявления потенциальных событий ВОЗ поддерживает сотрудничество с такими партнерами, как Европейская комиссия и Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC). В оценке всегда принимает участие затронутое государство-член, а также (если таковой имеется) страновой офис ВОЗ. В феврале 2017 г. Программа ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения приняла новую схему для оперативной внутренней оценки риска, которая в 2017 г. была применена к четырем событиям в Европейском регионе. В отношении 29 событий вместе с соответствующими техническими подразделениями ВОЗ были проведены повторные углубленные оценки риска. Три из вышеуказанных 32 событий не потребовали дальнейшей верификации соответствующим НК, а в отношении остальных событий в период между 1 сентября 2016 г. и 10 июля 2017 г. были направлены 29 запросов на проведение верификации. Практически на все запросы были получены ответы, и в распоряжении НК была своевременно предоставлена, согласно ММСП (2005 г.), имеющаяся информация о здоровье населения. ВОЗ оказала государствам-членам помощь в реагировании на шесть событий, в т.ч. вспышки ботулизма, полиомиелита, вируса Зика, легионеллеза и Конго-Крымской геморрагической лихорадки.

### ***Осуществление ММСП (2005 г.) в Европейском регионе***

9. Осуществление ММСП (2005 г.) и обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям представляет собой целый цикл действий, со специализированными мероприятиями по наращиванию возможностей на уровне стран на основании данных, полученных в рамках мониторинга и оценки, а также практического опыта реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Для восполнения пробелов требуются обеспеченные финансированием национальные планы действий с просчитанными затратами, направленные на создание необходимых возможностей, структур и оперативных планов и/или процедур для системы здравоохранения и других задействованных секторов.

10. По состоянию на июль 2017 г., во всем мире было проведено 50 внешних оценок, и на период 2017–2018 гг. запланированы еще 27 оценок. Региональное бюро оказало поддержку в проведении восьми добровольных внешних оценок в Албании, Армении, Бельгии, Кыргызстане, Латвии, Словении, Туркменистане и Финляндии. Ведется подготовка оценок для Лихтенштейна и Швейцарии, и несколько государств-членов проявили интерес к проведению внешних оценок в следующем году. Внешние оценки зарекомендовали себя как надежный и эффективный инструмент для объединения усилий секторов, которые вовлечены в осуществление ММСП на уровне стран, поскольку они позволяют на равных условиях вести дискуссию между внешними и национальными экспертами по вопросам, актуальным для ММСП. Более того, такие оценки оказались эффективным механизмом для привлечения внимания лиц, принимающих

решения, к проблемам безопасности общественного здоровья и обязательствам в рамках ММСП.

11. Аналогичным образом, привлечение, в рамках оценки, внешних партнеров способствует проведению учений и оценок результатов принятых мер, стимулирует технические дискуссии и содействует усилению региональных и глобальных сетей экспертов. По состоянию на июль 2017 г., во всем мире были проведены 34 учения, и на период 2017–2018 гг. запланированы еще 25 подобных мероприятий. Региональное бюро оказало поддержку в планировании и проведении пяти учений, с целью апробации имеющихся возможностей в отношении готовности, выявления и ответных мер, в том числе при проведении массовых мероприятий. В частности, здесь следует отметить учения для отработки действий при выявлении коронавируса ближневосточного респираторного синдрома в рамках подготовки к Пятым Азиатским играм в закрытых помещениях и по боевым искусствам, которые состоятся в Туркменистане в сентябре 2017 г., и четырехдневные кабинетные учения, посвященные координации ответных мер и использованию инструментов ММСП в условиях чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в Боснии и Герцеговине.

12. Также Региональное бюро приняло участие в учениях для стран "Группы двадцати", а также в учениях ConVEh под руководством Международного агентства по атомной энергии, вместе с Европейским союзом, несколькими организациями ООН и более чем 80 странами. Сценарий учений предполагал отработку межведомственного и межстранового сотрудничества, в том числе с НК, при происшествии в сфере радиационно-ядерной безопасности в Венгрии.

13. Региональное бюро и ECDC подготовили руководство по проведению обзоров по итогам принятых мер. Руководство, с учетом которого впоследствии будет разрабатываться глобальный инструмент, прошло процесс консультаций с участием экспертов и НК в Европейском регионе.

14. Региональное бюро, тесно сотрудничая с Европейской комиссией и ее институтами, помогает государствам-членам обеспечить полномасштабное выполнение ММСП (2005 г.). Например, ему было предложено представить свои комментарии по вопросу мониторинга готовности в соответствии со Статьей 4 Решения 1082/2013/EU Европейского парламента и Совета от 22 октября 2013 г. о серьезных угрозах здоровью трансграничного характера. В 2017–2018 гг. Региональное бюро намерено сотрудничать с Европейской комиссией в нескольких сферах, включая проведение учений, обзоры по итогу принятых мер и информирование о рисках.

15. Государства-члены в Европейском регионе добились немалых успехов в области наращивания потенциала лабораторий, эпиднадзора, законодательства и политики, обеспечения готовности и кадровых ресурсов, о чем свидетельствуют относительно высокие оценки для всех возможностей, полученные при заполнении форм для самооценки для государств-участников. Практическое применение ММСП (2005 г.) ограничивают, помимо прочего, следующие факторы: недостаточная осведомленность о возможностях и ограниченный потенциал для их применения; пробелы в подготовке; трудности в вовлечении

всех соответствующих секторов в стране в применение общегосударственного подхода с учетом всех факторов риска и в создании механизмов и процессов для многосекторального и трансграничного сотрудничества. Некоторые страны неверно интерпретируют минимальные требования, изложенные в Приложении 1 к ММСП (2005 г.), и основные возможности, исходя из предположения, что ММСП могут считаться выполненными только тогда, когда будет обеспечен максимальный уровень развития всех возможностей.

16. Региональное бюро проводило различные мероприятия, нацеленные на восполнение пробелов и на то, чтобы и дальше помогать странам в укреплении и поддержании своих возможностей. В феврале 2017 г. в Санкт-Петербурге (Российская Федерация) прошло совещание НК по ММСП. Оно позволило обсудить достигнутый прогресс, дальнейшие действия, полученный опыт и конкретные пробелы и трудности, связанные с соблюдением, осуществлением и применением ММСП (2005 г.). В частности, совещание стало платформой для обсуждения ряда конкретных вопросов и обмена передовым опытом, а также поддержки партнерств между странами и между регионами.

17. Что касается пунктов въезда – вопроса, который представляет особый интерес для многих стран в Регионе – то в этой сфере были организованы следующие инициативы:

- Шестое совещание в рамках работы Механизма сотрудничества по предотвращению и контролю событий в области общественного здравоохранения в гражданской авиации (CAPSCA-EUR/06) в Минске (Беларусь) 12–14 июля 2017 г.;
- визиты экспертов в международные аэропорты для оценки выполнения требований ММСП (2005 г.) в пунктах въезда в Казахстане, Таджикистане и Туркменистане. Помимо этого, планируются приезды экспертов в Армению и Боснию и Герцеговину.

18. Региональное бюро помогало странам в разработке планов действий, анализе полученного опыта и выполнении рекомендаций оценок. В июне 2017 г. ВОЗ провела трехдневную национальную консультацию в Кыргызстане, с целью подготовки плана действий, с детальным расчетом затрат, для работы в установленных приоритетных сферах с учетом рекомендаций по итогам внешней оценки. Министерство здравоохранения в качестве приоритетных определило следующие технические сферы: координация ММСП, межсекторальная коммуникация и информационно-разъяснительная деятельность, готовность, пункты въезда, устойчивость к противомикробным препаратам и информирование о рисках. Эксперты из секторов, участвующих в осуществлении ММСП на уровне стран (общественного здравоохранения, ветеринарии, чрезвычайных ситуаций, а также пограничной службы, транспорта и таможенного контроля) сформулировали меры, которые смогут восполнить существующие пробелы. Мероприятие прошло при поддержке Администрации премьер-министра и министра здравоохранения. В конце консультации было организовано совещание для партнеров, с участием посольств, агентств в поддержку развития и других организаций ООН, на котором были подведены итоги и рассмотрены возможности для дальнейшего сотрудничества.

## **Соблюдение ММСП (2005 г.) в Европейском регионе**

19. Начиная с 2007 г. НК в Европейском регионе проявляют высокий и стабильно растущий интерес к веб-сайту для информирования о событиях (ВИС), о чем можно судить по числу посещений. В среднем государства-члены в Регионе входят на ВИС 198 раз в год (или 4 раза в неделю). Вместе с тем, анализ посещений ВИС конкретными странами говорит о наличии значительных различий между ними: так, некоторые страны могут заходить на веб-сайт реже одного раза в месяц.

20. В целом, ответы на запросы ВОЗ в целях верификации конкретных событий поступали в оговоренный Статьей 10 ММСП (2005 г.) 24-часовой срок, с лишь единичными случаями невыполнения этого требования. В таких случаях страновые офисы ВОЗ оказывают помощь в проведении верификации. Улучшилась коммуникация между НК на двустороннем уровне. В настоящее время недостаточно используется потенциал такого инструмента, как неофициальные консультации с ВОЗ по техническим вопросам, предусмотренные Статьей 8 ММСП (2005 г.).

21. При анализе мер, выходящих за пределы временных рекомендаций ВОЗ на завершающем этапе вспышки эболы, было отмечено, что все государства-участники в Европейском регионе представили обоснования, руководствуясь Статьей 43 ММСП, при том, что на глобальном уровне этого не сделали 23 государства-участника.

22. В настоящее время 42 государства-участника предложили как минимум по одному эксперту в Реестр экспертов по ММСП, согласно Статье 47 Правил. Тринадцать государств-членов в Европейском регионе своих экспертов пока не назначили.

23. Государства-участники в Европейском регионе постепенно выполняют требования пункта 1 Статьи 44 ММСП (2005 г.), при этом поддерживая другие страны и взаимодействуя с ними, главным образом – в целях создания, расширения и поддержания возможностей общественного здравоохранения. Несколько государств-членов в поддержку инициатив Регионального бюро делегировали своих сотрудников в рамках обмена экспертами, а также предоставили техническую и финансовую помощь для проведения семинаров, учебных курсов, учений и обзоров по итогу принятых мер.

## **Выводы**

24. Государства-участники в Европейском регионе в полной мере привержены осуществлению ММСП (2005 г.) и признают особую ценность сбора эпидемиологических данных посредством своевременного двустороннего обмена информацией, а также регистрации событий и уведомления о них.

25. Региональное бюро расширило круг своих функций в качестве Контактного пункта ВОЗ по ММСП и предоставляет государствам-участникам помощь в оценке риска и организации ответных мер.

26. Действуя на основании результатов мониторинга и оценки, Региональное бюро продолжает поддерживать подготовку и осуществление странами собственных планов действий. В числе других эффективных вмешательств в Европейском регионе следует отметить учебные курсы для НК на национальном и региональном уровне, как дистанционные, так и очные; информационно-разъяснительную деятельность, ориентированную на другие секторы; анализ законодательства; учебные курсы по информированию о рисках; двусторонние семинары. Поддержка ММСП Региональным бюро целиком согласована с инициативами по укреплению систем здравоохранения на уровне стран.

27. В особом внимании со стороны Регионального бюро нуждаются государства-участники, отличающиеся большей уязвимостью и ограниченными возможностями. Двустороннее и многостороннее сотрудничество в соответствии с положениями Статьи 44 ММСП (2005 г.) – это важные элементы планового обеспечения готовности, а также ответных действий при событиях в области общественного здравоохранения.

= = =

