



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе: доклад о ходе работы





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе: доклад о ходе работы

Аннотация

Неинфекционные болезни по-прежнему являются основной причиной заболеваемости и смертности в Европейском регионе. Государства-члены добились существенного прогресса в реализации профилактических и контрольных мер под эгидой политики Здоровье-2020 в рамках Плана действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. Настоящий доклад призван продемонстрировать достижения в различных областях действий, показать как уже осуществленные, так и предстоящие вмешательства, опираясь на данные по Региону, полученные в рамках Опросного исследования ВОЗ относительно потенциала стран по борьбе с НИЗ (2013 г.). В докладе отражены пробелы и трудности, возникшие в ходе решения поставленных задач, а также примеры инноваций в осуществлении актуальных вмешательств в различных странах Региона. Эти сведения, в дополнение к свидетельствам впечатляющего прогресса, призваны стимулировать наращивание усилий в государствах-членах Региона, направленных на сокращение масштабов ущерба для жизни и экономической производительности, причиной которого являются НИЗ.

Ключевые слова

Chronic disease
Health information systems
Health Management and Planning
Health policy
Public policy
Primary prevention

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

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

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

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

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

Содержание

Благодарности	iv
Сокращения	iv
Предисловие	v
Резюме	vii
1. Введение	1
1.1. Бремя НИЗ	1
1.2. Связанные с НИЗ несправедливые различия внутри стран и между странами Региона	2
1.3. Межсекторальные действия в борьбе с НИЗ	4
1.4. НИЗ, устойчивое развитие и повестка дня на период после 2015 года	5
1.5. Действующие механизмы профилактики и борьбы с НИЗ	5
2. Прогресс в четырех приоритетных областях Европейского плана действий по НИЗ	7
2.1. Стратегическое руководство борьбой с НИЗ: альянсы и сети	7
2.2. Укрепление эпиднадзора, мониторинга и оценки	13
2.3. Укрепление здоровья и профилактика болезней	16
2.4. Переориентация служб здравоохранения на профилактику НИЗ и оказание длительной помощи пациентам с НИЗ	19
3. Меры, предпринимаемые в Европейском регионе	23
3.1. Стратегическое руководство и наращивание институционально-кадрового потенциала	23
3.2. Мониторинг и эпиднадзор	24
3.3. Учет интересов здоровья во всех стратегиях	25
3.4. Укрепление здоровья в конкретных условиях пребывания и физически активные виды передвижения	27
3.5. Укрепление систем здравоохранения и наращивание потенциала	33
4. Наглядные примеры инновационной практики в борьбе против НИЗ в Европейском регионе	35
4.1. Алкоголь	35
4.2. Питание и физическая активность	39
4.3. Табак	41
5. Проблемы и возможности систем здравоохранения	43
6. Выводы и заключительные соображения	47
Библиография	49
Приложение 1. Страны Европейского региона, принявшие участие в организованном ВОЗ Глобальном опросном обследовании потенциала стран по борьбе с НИЗ, 2010 и 2013 гг.	55
Приложение 2. Страны Европейского региона, принявшие участие в организованном ВОЗ Глобальном опросном обследовании потенциала стран по борьбе с НИЗ, по группам стран	57

Благодарности

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность авторам настоящей публикации. Сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ: Frederiek Mantingh, ответственный специалист, Неинфекционные заболевания; Eveline Quist, ответственный специалист, Неинфекционные заболевания; Francesca Racioppi, старший советник по политике и программам, Политика и стратегическое руководство по вопросам окружающей среды и здоровья; Elisabeth Raunovic, руководитель программы, Экологические воздействия и риски; Christian Schweizer, ответственный специалист, Координация в области окружающей среды и здоровья; João Breda, руководитель программы, Питание, физическая активность и ожирение; Kristina Mauer-Stender, руководитель программы, Борьба против табака; д-р Lars Møller, руководитель программы, Алкоголь и запрещенные наркотики; Melitta Jakob, старший аналитик по политике финансирования здравоохранения, Укрепление систем здравоохранения. Другие авторы: Josephine Jackisch, консультант ВОЗ; Sylvie Stachenko, профессор, Университет Альберты, Канада. Особой благодарности заслуживают Barbara Legowski, консультант, а также Mamka Anyona, Tomasz Szymanski и Basia Diug, интерны Регионального бюро,

принявшие участие в редакционной подготовке рукописи на английском языке.

Ряд ответственных лиц в государствах-членах и сотрудников государственных офисов, региональных бюро и штаб-квартиры ВОЗ внесли значительный вклад в проведение Глобального опросного обследования потенциала стран по борьбе с НИЗ в 2013 г. В частности, Melanie Cowan осуществила систематизацию глобальных данных и подготовила статистические таблицы для дальнейшего анализа на уровне Региона. Национальные координаторы по инфекционным заболеваниям, назначенные министерствами здравоохранения, отвечали за заполнение вопросников. Выражается искренняя признательность Katerina Maximova, адъюнкт-профессору, Университет Альберты, за помощь в проведении сравнительного анализа государственных групп и анализа трендов.

Объединение компонентов публикации в целостный труд осуществили Sylvie Stachenko и Frederiek Mantingh при общей координации и поддержке со стороны Gauden Galea, директора Отдела инфекционных заболеваний.

Сокращения

ЕС	Европейский союз	Сербия, Словакия, Словения, Хорватия, Черногория, Чешская Республика, Эстония
НИЗ	неинфекционные заболевания	
ННГ	новые независимые государства	
ЦЮВЕ	страны Центральной и Юго-Восточной Европы: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния,	
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья	
STEPS	Пошаговый подход ВОЗ к проведению эпиднадзора	

Предисловие

В 2011 г. в Европейском региональном бюро ВОЗ в процессе широких консультаций с участием многочисленных заинтересованных сторон был разработан и в последующем принят План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. В этом плане действий, вытекающем из Европейской стратегии, определены приоритетные направления действий и конкретные результаты, которые государства-члены, ВОЗ и партнеры обязуются достичь за период пяти лет.

План был составлен параллельно с разработкой новой европейской политики Здоровье-2020, которая создавалась в ответ на меняющуюся ситуацию в Европе, в целях сокращения несправедливых различий в отношении здоровья как внутри, так и между странами, как реакция на последствия глобализации и развитие новых технологий, старение населения, ослабление финансовой устойчивости систем здравоохранения, меняющуюся роль граждан, а также, что вызывает особую озабоченность, — рост НИЗ. В политике Здоровье-2020 также подчеркиваются тесные связи между НИЗ и вопросами устойчивого социально-экономического развития, а также важность эффективного сотрудничества на общегосударственном уровне в целях развития принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях. Таким образом эта политика выражает необходимость укрепления наших структур стратегического руководства и институционального потенциала для наращивания темпов предпринимаемых действий.

В настоящей публикации содержится обзор прогресса, достигнутого государствами-членами в осуществлении Плана действий, который отражен в результатах по Европейскому региону, полученных в ходе проведенного силами ВОЗ в 2013 г. глобального опросного обследования потенциала стран по борьбе с НИЗ. Задача публикации — показать результаты, полученные государствами-членами в различных

предложенных областях деятельности, охарактеризовать проведенные мероприятия и осветить дальнейшие планы. В настоящем докладе не только подчеркиваются успехи, достигнутые в реализации предложенных элементов Плана действий, но также приведены детальные сведения о достижениях и инновациях различных государств-членов, полученных в процессе адаптации подходов к профилактике и борьбе с НИЗ. В нем также освещен достигнутый прогресс в согласовании национальных информационных систем с Глобальной системой мониторинга и индикаторами политики Здоровье-2020, что дает возможность этим системам проводить более полноценный мониторинг показателей НИЗ, факторов риска, фундаментальных детерминант и приоритетных вмешательств.

В докладе подчеркнуты новые возможности и трудности, возникающие в процессе осуществления Плана действий. В частности, в Европейском регионе углубляются различия между странами и группами населения внутри стран по уровню употребления табака. Во многих странах до сих пор не выполняются требования Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака относительно упаковки и маркировки табачной продукции. Важнейшая задача на ближайшие несколько лет — направить дополнительные усилия на то, чтобы обеспечить полное осуществление положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в масштабах всего Региона.

Не вызывает сомнений ключевое значение укрепления здоровья и профилактики НИЗ для обеспечения долгосрочной устойчивости систем здравоохранения и плодотворной активности населения. Государства-члены являются мощной движущей силой сотрудничества в борьбе против НИЗ, и ВОЗ высоко ценит продолжение этого сотрудничества. Важную роль играют и другие наши партнеры в пределах и за пределами системы учреждений Организации Объединенных Наций, в том числе неправительственные

организации. Нам необходимо всемерно поддерживать приоритет, установленный глобальными и национальными заинтересованными структурами — сокращение бремени НИЗ как важное средство для ускорения социально-экономического развития на общегосударственном уровне и с вовлечением всего общества, а также обеспечить должное внимание к вопросам НИЗ при обсуждении повестки дня в области развития на период после 2015 г.

Несмотря на весь достигнутый прогресс, все еще необходимы усилия по наращиванию деятельности

и вмешательств. НИЗ угрожают разрушением всей структуры нашего Региона, и поэтому мы призываем руководителей, отвечающих за разработку и проведение политики, и другие заинтересованные структуры использовать позитивный пример данного доклада, который должен послужить стимулом для дальнейшего продвижения по пути преодоления трудностей и решения актуальных задач.

Zsuzsanna Jakab,
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Резюме

Настоящий документ представляет собой среднесрочный отчет о деятельности государств-членов в рамках Плана действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями (НИЗ) на 2012–2016 гг. В нем приведены результаты проведенного ВОЗ Опросного обследования странового потенциала по борьбе с НИЗ за 2013 г. в сочетании с более детальным описанием действий, заметных достижений и инновационной практики в странах Региона, выходящим за рамки вышеупомянутого опроса. Таким образом получена всесторонняя картина деятельности государств-членов, Европейского регионального бюро ВОЗ и других национальных и международных структур, посвященной профилактике и борьбе с НИЗ в Регионе.

В главе 1 представлен контекст, в котором осуществляется работа государств-членов и Регионального бюро и который характеризуется следующими признаками: бремя НИЗ; несправедливые различия в показателях здоровья между странами и в самих странах; социально-экономические детерминанты НИЗ, их факторы риска и требуемые межсекторальные действия; НИЗ, устойчивое развитие и повестка дня на период после 2015 г.; современные стратегические механизмы, региональные и глобальные, которые могут служить руководством для профилактики и борьбы с НИЗ.

В главе 2 кратко изложены основные результаты, представленные государствами-членами Региона в ходе Опросного обследования странового потенциала по борьбе с НИЗ за 2013 г. Ряд результатов дан в сравнении с итогами предыдущего опроса, в 2010 г., другие — сопоставлены с ретроспективными данными вплоть до 2000–2001 гг. с целью анализа

тенденций. Доля государств-членов, приславших ответы на предложенный вопросник в обследовании 2013 г., составила 96 %.

Опрос показал, что, несмотря на экономические трудности или даже критическую ситуацию в экономике ряда стран Региона, 74 % стран проводят стратегии, охватывающие сразу несколько НИЗ и их факторы риска, их число выросло за период с 2010 г. Аналогичным образом увеличилось число стран, имеющих стратегии борьбы с отдельными болезнями и факторами риска, на реализацию которых выделены специальные кадровые ресурсы и бюджеты.

За период с 2010 г. достигнут значительный прогресс в укреплении эпиднадзора за факторами риска НИЗ. Свыше 80 % стран Региона сообщили о проведении исследований и опросов среди взрослых по проблемам воздействия ключевых факторов риска, при этом ННГ¹ продемонстрировали наибольший прогресс по сравнению с 2010 г. Системы регистрации гражданского состояния / демографической статистики большинства стран позволяют представлять данные в разбивке по возрасту и полу, в 74 % стран данные могут быть представлены в разбивке по социально-экономическим параметрам.

В 90 % стран воздействие на факторы риска осуществляется другими министерствами помимо здравоохранения, в 54 % — действуют формальные многоотраслевые механизмы координации политики, относящейся к НИЗ. За период с 2010 г. на 13 % выросло число партнерств с международными организациями и учреждениями ООН, и в странах ЦЮВЕ повысилась роль этих организаций и частного сектора в качестве заинтересованных сторон в национальных инициативах.

¹ Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина.

Почти во всех странах Региона (от 93 до 100% по субрегионам) введены налоги на табак и алкоголь. В нескольких странах введены налоги на нездоровые пищевые продукты. Свыше половины стран Региона проводят политику, направленную на ограничение воздействия маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей; в некоторых из них эта политика подкреплена законом, в других — осуществляется путем добровольного соблюдения в условиях государственного надзора.

Почти во всех системах первичной медико-санитарной помощи в Регионе (94–96%) обеспечиваются первичная профилактика, выявление и снижение факторов риска, а также лечение НИЗ. За период с 2010 г. был достигнут существенный прогресс в интеграции помощи на дому и самопомощи в первичную медико-санитарную помощь. Число стратегий и планов действий, интегрирующих раннюю диагностику, лечение и уход при основных НИЗ и сопряженных патологических состояниях, за период с 2010 по 2013 г. увеличилось на 10%; почти все страны Региона располагают основными техническими средствами для ранней диагностики; свыше 80% стран имеют в своем распоряжении основные лекарственные средства для лечения НИЗ. Все более доступными становятся высокотехнологичные виды лечения НИЗ, однако имеются заметные различия между субрегионами.

В главе 3 описана текущая деятельность государств-членов и Европейского регионального бюро ВОЗ по проблемам НИЗ, их факторов риска и детерминант в соотношении с четырьмя следующими приоритетными областями Европейской региональной стратегии: стратегическое руководство и наращивание потенциала; мониторинг и эпиднадзор; укрепление здоровья и профилактика болезней на основе принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях; укрепление систем здравоохранения и наращивание потенциала для профилактики НИЗ и сокращения факторов риска, а также для совершенствования оказания помощи пациентам с НИЗ. В целях содействия работе в приоритетных областях Региональное бюро систематически поддерживает многоаспектное сотрудничество с индивидуальными государствами-членами, а также в субрегиональных и тематических группах. Пользуясь предоставляемой

поддержкой и инструментами, страны принимают участие в проведении углубленного ситуационного анализа, в оценочных миссиях, стратегических диалогах и учебных семинарах, часть из которых осуществляется в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве с особым вниманием к странам восточной части Региона. Региональное бюро также оказывает помощь в организации работы институциональных, стратегических и профессиональных платформ, партнерств и механизмов сотрудничества в целях вовлечения других организаций и учреждений в государствах-членах и субрегионах.

В работе по осуществлению компонентов Плана действий, относящихся к вопросам питания, участвуют пять оперативных сетей: по сокращению потребления соли, ожирению и неравенствам, школьному питанию, больничному питанию и маркетингу пищевых продуктов, ориентированному на детей. Эти сети получают постоянную поддержку со стороны Регионального бюро и государств-членов. Региональное бюро ведет базу данных национальных и субнациональных стратегий по питанию, ожирению и физической активности; в сотрудничестве с 19 государствами-членами осуществляется инициатива по эпиднадзору за детским ожирением.

После принятия в 2010 г. Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья, которая была подкреплена в 2013 г. Венской декларацией по вопросам питания и физической активности в контексте политики Здоровье-2020, Регион систематически мобилизует усилия по воздействию на экологические детерминанты и первичной профилактике НИЗ. Основное внимание уделяется проведению полноценной политики в таких областях, как городское развитие, физически активный транспорт, безопасность пищевых продуктов и питание, а также укрепление здоровья в конкретных условиях пребывания. В области содействия повышению уровня физической активности Региональное бюро работает под эгидой Общеευропейской программы по транспорту, охране здоровья и окружающей среде, принимая участие в деятельности сетей, организуя семинары и разрабатывая базы данных, пособия и инструменты, в целях создания критической массы технического и стратегического опыта. Государства-члены проводят работу в рамках многосторонних

экологических соглашений в целях укрепления международного сотрудничества и надзора в решении трансграничных проблем окружающей среды.

Региональное бюро оказывает помощь государствам-членам и организациям в осуществлении вмешательств, предусмотренных Планом действий, с особым вниманием к оценке кардиометаболического риска, и совместно со странами восточной части Региона организует стратегические диалоги в целях мобилизации усилий по укреплению систем здравоохранения в плане борьбы с НИЗ.

В главе 4 освещены примеры успешной практики государств-членов в работе по сокращению воздействия ключевых факторов риска НИЗ, таких как злоупотребление алкоголем, нездоровое питание, дефицит физической активности и употребление

табака. В ряде стран применяются инновационные методы сокращения и контроля потребления алкоголя, такие как ограничение ценовых скидок за объем покупки, введение минимальной цены за единицу алкоголя и контрольные закупки.

В главе 5 описаны препятствия и, напротив, возможности для систем здравоохранения. В результате проводимой совместной работы под руководством Регионального бюро и Гарвардской школы общественного здравоохранения подготовлен обзор типовых препятствий и возможностей в системах здравоохранения в отношении борьбы с НИЗ. На основе данного обзора составлено пособие для руководителей по проведению самооценки и планированию. Последняя работа была протестирована в полевых условиях в пяти странах.

1. Введение

1.1. Бремя НИЗ

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются важнейшей причиной смертности во всем мире; на них приходится больше смертей, чем на все остальные болезни в совокупности (1). Среди регионов ВОЗ Европейский регион несет самое тяжелое бремя НИЗ (2), таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак, болезни органов дыхания и диабет (четыре основные группы НИЗ), которые в совокупности вызывают 77% бремени болезней и почти 86% преждевременной смертности (3).

Преждевременная смерть (до достижения возраста 60 лет) или хроническая инвалидность в результате НИЗ или других связанных причин влекут за собой социально-экономические последствия и представляют собой двойное бремя, препятствующее устойчивому социальному и экономическому развитию (4). Снижение доходов и преждевременный выход на пенсию в результате НИЗ может становиться причиной обнищания как отдельных индивидуумов, так и семей. На общественном уровне в дополнение к резкому росту расходов на здравоохранение растут также спрос на социальную поддержку и социальное обеспечение, а также негативные последствия от снижения школьной посещаемости и невыходов на работу, сокращение производительности труда и текучесть кадров (5).

Если не остановить рост эпидемии НИЗ, смертность от НИЗ, по прогнозам, повысится с 8,1 млн (2004 г.) до 8,6 млн (2015 г.) (4). Значительной части преждевременной смертности можно избежать: расчеты показывают, что можно предотвратить не менее 80% случаев ишемической болезни сердца, инсультов и диабета типа 2 и, по крайней мере, одну треть случаев рака (2). Преждевременную смертность можно снизить путем осуществления эффективных действий, направленных на четыре ключевых поведенческих фактора риска — нездоровое питание, недостаточная физическая актив-

ность, употребление табака, вредное употребление алкоголя — и на их социальные детерминанты (4).

В Европейском регионе самыми важными факторами риска, которые можно, в принципе, снизить, являются вредное употребление алкоголя и табак. Для Региона характерен самый высокий в мире уровень потребления алкоголя на душу населения — вдвое выше средних мировых показателей. При этом растет потребление алкоголя в странах с низким и средним уровнем дохода, в которых эти уровни были относительно низкими (4). Распространенность курения в целом стабилизировалась или снижается в большинстве западноевропейских стран и в некоторых странах восточной части Региона, однако отмечается некоторое повышение этого уровня среди женщин (6).

Неправильное питание, избыточная масса тела и ожирение входят в число важнейших факторов риска многих НИЗ, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний и рака, которые являются двумя главными причинами смерти в Европейском регионе ВОЗ. НИЗ связаны с целым кластером общих факторов риска, на которые влияет характер питания и физическая активность. Это повышение артериального давления и уровня холестерина в крови, избыточный вес и ожирение, нездоровое питание и недостаточная физическая активность. Данные негативные воздействия обостряются под влиянием различных изменений образа жизни и демографических сдвигов. Избыточное потребление насыщенных жиров и трансжиров, сахара и соли и недостаток в рационе свежих овощей и фруктов — это ведущие факторы риска НИЗ, связанных с питанием, в Регионе.

От 30 до 80% взрослого населения в странах Региона обладает избыточным весом (7, 8). При этом свыше 20% детей и подростков имеют избыточный вес, из них треть страдают от ожирения. Тенденция к рас-

пространению ожирения среди детей и подростков вызывает особую тревогу. Распространенность детского ожирения увеличивается из года в год. На сегодняшний день этот показатель в 10 раз выше, чем в 1970-х годах. Это вносит вклад в распространение эпидемии ожирения среди взрослых и создает дополнительные проблемы в отношении здоровья для

последующего поколения. С периода после грудного возраста неправильное питание, недостаточная физическая активность и ожирение часто связаны друг с другом, а также с комплексом других факторов риска, которым люди в группах с низким уровнем дохода подвержены намного чаще, чем в более обеспеченных слоях населения (7).

1.2. Связанные с НИЗ несправедливые различия внутри стран и между странами Региона

В документе *Курс на оздоровление: Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями* (5) подчеркивается усугубление неравенств в отношении здоровья во многих странах Европейского региона ВОЗ и констатируются следующие положения (3, 5):

Заболевания и их причины неравномерно распределены среди населения, при этом их наибольшая концентрация наблюдается среди самых бедных и уязвимых слоев. Представители групп самого низкого социально-экономического уровня подвержены, по меньшей мере, удвоенному риску серьезного заболевания и преждевременной смерти по сравнению с лицами с более высоким социально-экономическим статусом. Во всех европейских странах, где были проведены соответствующие обследования, было выявлено неравенство в состоянии здоровья между лицами с более высоким и более низким уровнем образования, профессиональной принадлежности и доходов. Растущая концентрация факторов риска в группах более низкого социально-экономического статуса ведет в дальнейшем к увеличению разрыва в показателях здоровья.

В тех странах, где показатели здоровья улучшаются, у людей с более высоким социально-экономическим статусом эти показатели выше, чем у тех, у кого статус ниже. Так, например, снижение уровней смертности среди материально более обеспеченных людей происходит пропорционально более высокими темпами по сравнению с менее обеспеченными категориями населения (особенно в отношении сердечно-сосудистых заболеваний) (5).

НИЗ также вносят вклад в углубление разрыва по показателям здоровья между странами Региона. По мере старения населения будет отмечаться прогрессирую-

щий рост бремени эпидемии НИЗ, и при этом смертность от НИЗ будет ежегодно по прогнозам возрастать по всему миру; наибольшему ущербу подвергнутся страны с низким и средним уровнем дохода (1). Разброс между самыми высокими и самыми низкими страновыми показателями ожидаемой продолжительности жизни составляет в Регионе 17 лет у мужчин и 12 лет у женщин (9). Еще более разительные различия между странами Региона отмечаются в риске смерти для мужчин в возрасте 30 лет: в странах с высокой смертностью среди взрослых в восточной части Региона риск смерти до достижения возраста 45 лет в 5 раз выше, чем в западной части. Для женщин этот градиент также значителен, но его уровень почти на 50% ниже (4).

Различия в уровнях смертности в результате НИЗ между странами с высоким и низким уровнем дохода в некоторых случаях сегодня более резкие, чем они были несколько десятилетий назад. Вместе с тем тенденции, показанные на рисунке 1, демонстрируют, что в странах с низким уровнем дохода уровни смертности характеризовались резким падением в период после 2005 г., опережая средние темпы снижения для всего Региона. Масштабы этого сокращения были почти достаточными для того, чтобы скомпенсировать повышение, наблюдаемое в начале 1990-х годов, после приобретения независимости и в результате экономического спада. Улучшение показателей ожидаемой продолжительности жизни в этих странах происходит от комбинации таких факторов, как рост жизненного уровня, увеличение инвестиций в службы здравоохранения и, в определенной степени, изменение в поведенческих факторах по мере того как люди движутся

в сторону образа жизни, более распространенного в Западной Европе. Успех в этих странах дает позитивный пример, заслуживает документирования и призывает к тому, чтобы в ближайшие годы уделять больше внимания реализации Плана действий по НИЗ (3) для поддержки и продолжения достигнутого прогресса.

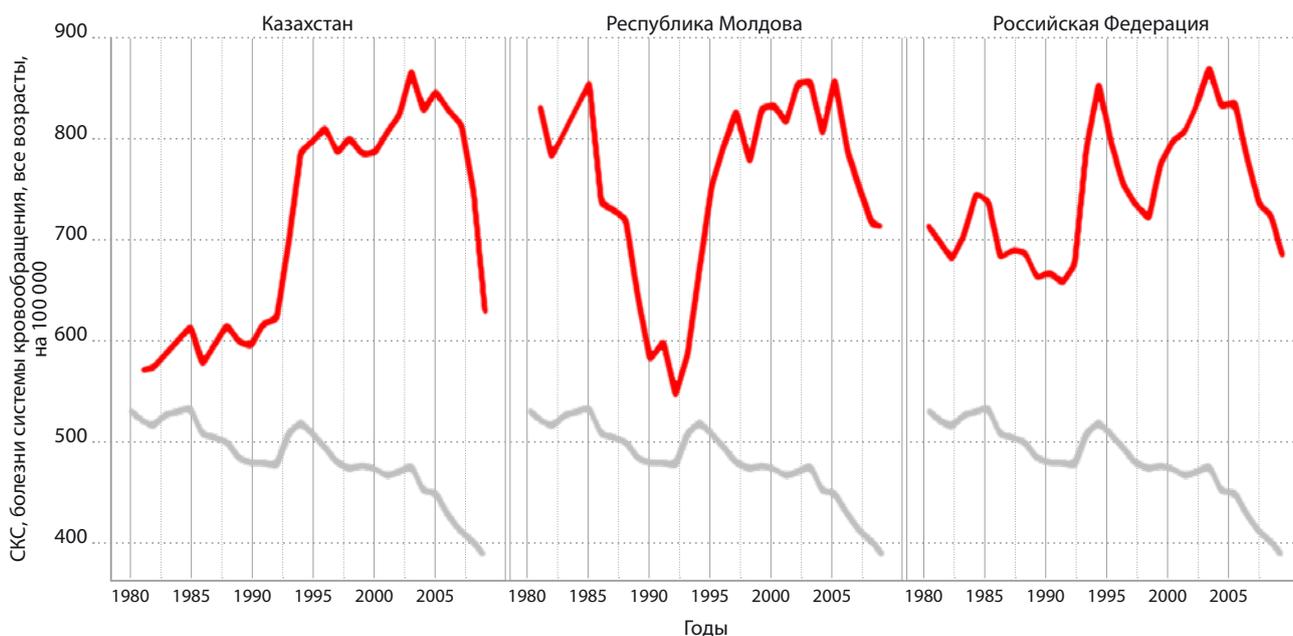
Цель — улучшение здоровья жителей Региона — достижима. Используя принцип участия всего общества в сочетании с инвестициями в профилактику и борьбу с основными НИЗ, можно сократить бремя НИЗ в Регионе и предотвратимую заболеваемость, инвалидность и смертность (5). Путем реализации экономически эффективных, научно обоснованных и действенных стратегий, которые направлены на поддержку наиболее уязвимых групп населения и оказывают общее воздействие на градиент здоровья по всему спектру социально-экономических групп, можно получить полезные эффекты в отношении здоровья даже в рамках ограниченных ресурсов (2).

В странах, пострадавших от текущего экономического кризиса, заметны явные последствия изменений социально-экономических факторов для показателей здоровья. Например, в Испании значительно выросло

число лиц, страдающих от различных расстройств психического здоровья (из тех, которые обращались за помощью в учреждения первичной медико-санитарной помощи); увеличилась распространенность нарушений настроения, тревоги, соматоформных расстройств и, в наибольшей степени, выраженных форм депрессии. По данным научных исследований, по крайней мере половину нарушений психического здоровья можно отнести за счет сочетания риска индивидуальной или семейной безработицы и трудностей в оплате ипотечных взносов за жилье. В Греции в период с января по май 2011 г. экономические трудности вызвали 40%-ный рост числа самоубийств по сравнению с тем же периодом в 2010 г. В Португалии отмечается обеспокоенность в связи с тем, что свыше 40% одиноких лиц старше 65 лет не в состоянии поддерживать адекватное отопление своего жилища в течение зимы (10).

Противоположные факты были найдены в Исландии, где по данным национального опроса по здоровью и благополучию процент людей, считающих себя счастливыми, почти не изменился, невзирая на экономический кризис в стране. В этом отношении сыграли

Рисунок 1. Смертность от заболеваний системы кровообращения в трех странах — Казахстане, Республике Молдова и Российской Федерации, в сравнении с усредненной тенденцией для Европейского региона ВОЗ (линии серого цвета), с 1980 г. до последнего года с наличием данных



роль несколько социально-экономических детерминант. Во-первых, Исландия инвестировала средства в социальную защиту в сочетании с активными мерами сохранения рабочих мест. Когда жители Исландии начали чаще готовить пищу дома, выросли доходы рыболовного флота страны. Поскольку Исландия сохранила свои ограничения по алкоголю, не произошло роста в числе несчастных случаев, связанных с алкоголем. Наконец, жители Исландии воспользовались прочными резервами социального капитала и чувствовали себя сплоченными перед лицом кризиса (10).

Эти примеры подтверждают тот факт, что здоровье тесно связано с социально-экономическими детерми-

нантами, особенно такими, как безработица/трудова занятость, финансовый статус и наличие социальных связей. Несправедливости в отношении здоровья обусловлены несправедливым распределением властных полномочий, денег и других ресурсов, влияющих на повседневные условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся. Самые эффективные действия для повышения уровня справедливости в отношении здоровья (с учетом резко выраженного социального градиента по показателям инвалидности, заболеваемости и преждевременной смертности от НИЗ) — те, что создают и укрепляют социальную сплоченность и взаимную ответственность (9).

1.3. Межсекторальные действия в борьбе с НИЗ

Стратегии, направленные на социально справедливый экономический рост и благополучие, улучшение образования, условий труда и доступа к услугам здравоохранения, а также на сокращение масштабов бедности и безработицы, с наибольшей вероятностью дадут положительные сдвиги по показателям здоровья (5). Сотрудничество между сектором здравоохранения и другими отраслями, а также общесоциальные усилия необходимы для осуществления этих стратегий на уровне всего населения. При воздействии на социальные неравенства в отношении здоровья эти усилия следует рассматривать в качестве не изолированных вмешательств, а неотъемлемых компонентов социально-экономической политики (5). Примеры межсекторальных действий по профилактике НИЗ, продемонстрировавших высокую эффективность, включают борьбу с алкоголем и табаком. Целенаправленное сочетание налоговых инструментов с другими стимулами, такими как запрет на рекламу, явилось затратоэффективной комбинацией, которая позволила получить значительные полезные результаты (4). В Регионе применяются и другие подобные инновационные вмешательства, которые освещены в дальнейших разделах настоящего доклада.

Тем не менее, несмотря на значительный объем фактических данных, указывающих на эффективное воздействие межсекторальных мер на факторы риска и профилактику НИЗ, эти болезни часто не рассматриваются в качестве глобального или национального

приоритета здоровья (1). В Докладе о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. (1) констатируется следующее:

Недостаточное понимание этой проблемы и закоренелые ошибочные представления о них продолжают препятствовать принятию мер. Хотя большинство случаев смерти, связанных с НИЗ, особенно случаев преждевременной смерти, происходят в странах с низким и средним уровнем дохода, сохраняется представление о том, что НИЗ затрагивают преимущественно состоятельные слои населения. К числу других препятствий относится точка зрения о том, что проблема НИЗ возникает исключительно в результате вредных для здоровья форм поведения и образа жизни, что нередко приводит к «возложению вины» на жертву. Влияние социально-экономических обстоятельств на факторы риска и уязвимость к НИЗ, а также воздействие мер политики, наносящих ущерб здоровью, не всегда полностью понимаются; они часто недооцениваются некоторыми лицами, определяющими политику, особенно вне сектора здравоохранения, которые могут не до конца понимать важное влияние государственной политики, касающейся табака, питания, отсутствия физической активности и вредного употребления алкоголя, на борьбу с формами поведения и факторами риска, которые приводят к НИЗ.

В настоящее время в большинстве стран Европейского региона на укрепление здоровья и профилактику болезней отводится лишь ограниченная часть бюджета здравоохранения (в странах ОЭСР — около 3%). Многие из этих стран не имеют механизмов систематического учета детерминант социально-экономических

неравенств (2). Преодоление этих упущений требует, чтобы руководители, отвечающие за разработку и проведение политики, изменили свои представления

о корреляциях между НИЗ и их факторами риска, а также о важности соответствующих межсекторальных действий.

1.4. НИЗ, устойчивое развитие и повестка дня на период после 2015 года

Необходимость воздействия на эпидемию НИЗ остается крайне актуальной. Улучшение показателей успеха в борьбе с НИЗ является одновременно предварительным условием, конечным результатом и индикатором всех трех компонентов устойчивого развития: экономического роста, экологической устойчивости и социального приобщения. Вместе с тем, страны с низким уровнем дохода не достигают целевых показателей по Целям развития тысячелетия в отношении здоровья, и в то же время им не хватает потенциала для управления текущим бременем НИЗ, уже не говоря о его прогнозируемом усугублении в результате старения населения. Если не предпринимать адекватных и безотлагательных мер, то рост НИЗ достигнет неуправляемых масштабов и в странах с высоким уровнем дохода (1, 11).

В ходе организованной ДЭСВ ООН и ВОЗ региональной консультации высокого уровня по проблемам НИЗ (Осло, Норвегия, 25–26 ноября 2010 г.) (4) участники из стран с низким и средним уровнем дохода подчеркнули необходимость получения поддержки от стран с высоким уровнем дохода (путем оказания международной помощи и предоставления технической экспертизы) в целях укрепления национального

потенциала для борьбы с НИЗ, несмотря на то, что это направление деятельности не отражено в Целях развития тысячелетия. За прошедший с того времени период в ряде деклараций, докладов и документов страны признали, что НИЗ представляют собой один из важнейших вызовов для устойчивого развития в XXI веке, и что борьба с ними — это приоритет социального развития и инвестирования в развитие человеческого потенциала (11). В этой связи в *Докладе Группы видных деятелей высокого уровня по разработке повестки дня в области развития на период после 2015 года* (12) рекомендуется, чтобы сокращение бремени приоритетных НИЗ было внесено в повестку дня как часть общей цели обеспечения здоровой жизни.

Достижение прогресса в решении общей задачи профилактики и борьбы с НИЗ требует сотрудничества в самом широком смысле — между всеми людьми и организациями в масштабах общества в каждой стране. Это включает органы государственного управления, неправительственные организации, гражданское общество, частный сектор, научно-академические круги, работников здравоохранения, местные сообщества и всех граждан (2).

1.5. Действующие механизмы профилактики и борьбы с НИЗ

Начало создания современной рамочной основы для борьбы с НИЗ было ознаменовано принятием в 2000 г. Глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними (13). За прошедший с того времени период Всемирная ассамблея здравоохранения приняла или одобрила ряд резолюций в под-

держку ключевых компонентов данной глобальной стратегии. Совокупность механизмов борьбы с НИЗ включает следующие международные инструменты: Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (резолюция WHA56.1) (14); Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности

и здоровья (резолюция WHA57.17) (15); Глобальная система мониторинга НИЗ (решение EUR/RC 62.1) (16); Глобальная стратегия по сокращению вредного употребления алкоголя (резолюция WHA63.13) (17); Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват (резолюция WHA64.9) (18); Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности (резолюция WHA61.21) (19); Московская декларация, принятая на Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями (резолюция WHA64.11) (20); Итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья (резолюция WHA65.8) (21); Политическая декларация Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилак-

ке НИЗ и борьбе с ними (резолюция 66/2 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций) (22); Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (резолюция WHA66.10) (23); региональные мандаты, последним примером которых является Венская декларация по питанию и неинфекционным заболеваниям в контексте политики Здоровье-2020 (24).

Опираясь на вышеперечисленные мандаты, ВОЗ осуществила в 2013 г. Опросное обследование странового потенциала по борьбе с НИЗ как продолжение аналогичного опроса, предпринятого в 2010 г. Он посвящен оценке достигнутого прогресса и возникших трудностей в отдельных государствах-членах в процессе осуществления предложенных стратегий, принятия мер и реализации вмешательств, направленных на профилактику и контроль НИЗ.

2. Прогресс в четырех приоритетных областях Европейского плана действий по НИЗ

В настоящей главе представлены отдельные результаты Глобального опросного обследования странового потенциала по борьбе с НИЗ (ВОЗ, 2013 г.) в странах Европейского региона ВОЗ. По сути, она может служить среднесрочным отчетом о ходе работы в странах в рамках Плана действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. (3). Результаты сгруппированы по четырем приоритетным областям

Плана действий и указывают на остающиеся пробелы и трудности в его осуществлении.

Доля стран Европейского региона, приславших ответы на предложенный вопросник в обследовании 2013 г., составила 96%. В приложениях 1 и 2 приведены перечни стран и страновых групп, представивших сведения в рамках обоих опросных исследований — в 2010 и 2013 гг.

2.1. Стратегическое руководство борьбой с НИЗ: альянсы и сети

В политике Здоровье-2020 — европейской политике в интересах здоровья и благополучия — совершенствование стратегического руководства в интересах здоровья рассматривается как одна из двух стратегических задач (2). В этой политике констатируется, что правительства могут добиться успеха в улучшении здоровья и повышении уровня благополучия людей, если будут всемерно способствовать всесторонним действиям, включающим сектор здравоохранения и другие отрасли, государственные и частные действующие силы и граждан посредством общегосударственного подхода и участия всего общества (25). Разработка национальных стратегий и планов действий по борьбе с НИЗ дает четкий мандат для всесторонних и комплексных действий по решению проблем, связанных с НИЗ, с учетом того, что многие детерминанты НИЗ находятся вне сектора здравоохранения.

Растущий глобальный кризис в области НИЗ — это препятствие для достижения целей в области развития, в том числе таких, как сокращение масшта-

бов бедности, повышение уровня справедливости в отношении здоровья, достижение экономической стабильности и безопасности людей (26). Этот вопрос является важнейшим не только для стран со средним и низким уровнем дохода, поскольку становится все более очевидным, что стратегические ответы на современные вызовы (такие как экономический кризис) помимо прямого воздействия на экономические и социальные детерминанты оказывают дополнительное влияние на здоровье населения (27, 28). Для достижения устойчивого социального и экономического развития ключевое значение имеют политическая приверженность на высоком уровне и инвестиции в профилактику и борьбу с НИЗ, что поэтому требует включения специальных положений по борьбе с НИЗ в более общие рамки национальной политики и развития (11). Стратегии, направленные на повышение экономической активности, сокращение бедности и социальную политику и здоровье, настолько тесно взаимосвязаны, что было предложено использовать

степень несправедливостей в отношении здоровья в качестве индикатора того, насколько эффективно правительства удовлетворяют потребности своих граждан (29).

И тем не менее в большинстве стран проблема НИЗ (рис. 2) все еще не включена в повестку дня развития; в Европейском регионе только 43% стран включают НИЗ в свои планы национального развития. В секторе здравоохранения проблема НИЗ учитывается более полно: 88% стран включают НИЗ в свои национальные планы здравоохранения.

2.1.1. Число национальных стратегий и планов действий по НИЗ

В Европейском регионе ВОЗ достигнут существенный прогресс в области профилактики и борьбы с НИЗ. Как показано на рисунках 3 и 4, показатель наличия национальных комплексных стратегий и программ по борьбе с НИЗ за период с 2010 по 2013 г. вырос с 67 до 74%. Половина из существующих стратегий введена в действие. В 2013 г. только 11 стран Региона сообщили об отсутствии сводной национальной политики, стратегии или плана действий, охватывающих сразу несколько видов НИЗ и их факторов риска, по сравнению с 17 странами в 2010 г.

Субрегион Европейского союза (ЕС) имеет наибольшую долю стран с действующими стратегиями, а в группе

ННГ эта доля минимальная. В 2013 г. в 20% стран Европейского региона имелись стратегии или планы действий на стадии разработки. Субрегионы с наибольшим числом стран, сообщивших о наличии стратегий на стадии разработки, — это ННГ (44%), за которыми следуют страны ЦЮВЕ (20%) и субрегион ЕС (11%).

2.1.2. Многоотраслевые механизмы координации стратегий по борьбе с НИЗ

Почти все страны, которые представили данные о том, что они имеют национальную политику, стратегию или план действий по НИЗ, указали, что в него включены множественные заинтересованные структуры. В соответствии с рекомендациями политики Здоровье-2020 (2) совместная работа различных секторов и министерств — это ключевой механизм для координации профилактики и борьбы с НИЗ и для обеспечения согласованности, эффективности и межсекторального подхода к решению проблем (3). В этой связи следует применять многоотраслевые подходы, вовлекающие многочисленные заинтересованные стороны, не только на стадии разработки, но также и на этапе осуществления таких стратегий.

В 90% стран Европейского региона в решении проблем НИЗ участвуют и другие министерства помимо здравоохранения, в частности отвечающие за спорт, образование, семейные вопросы и сельское хозяйство.

Рис. 2. Представленность НИЗ в национальных планах здравоохранения и развития на 2012–2013 гг.

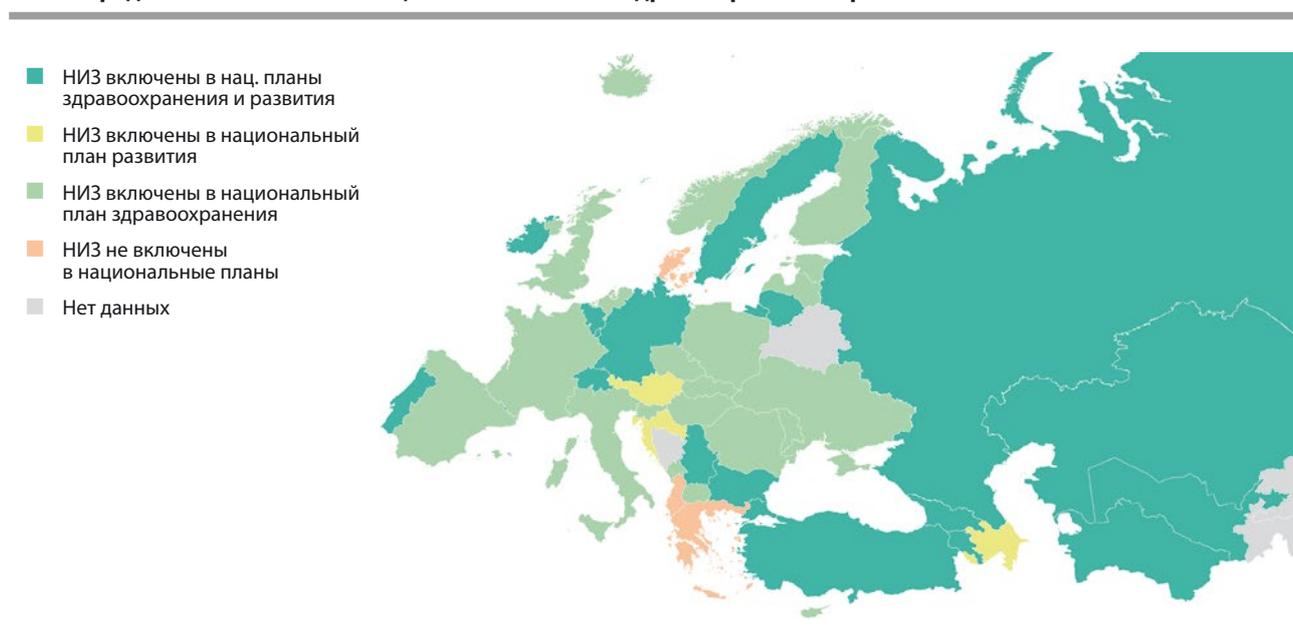


Рис. 3. Состояние комплексных национальных стратегий или планов действий по НИЗ, 2009–2010 гг.

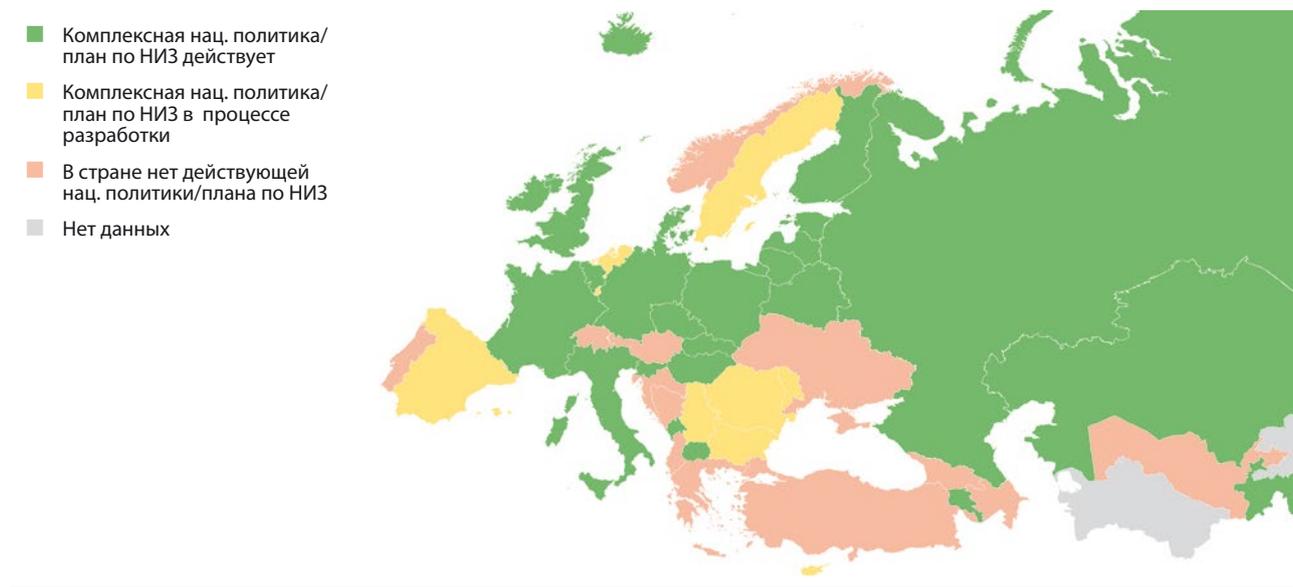
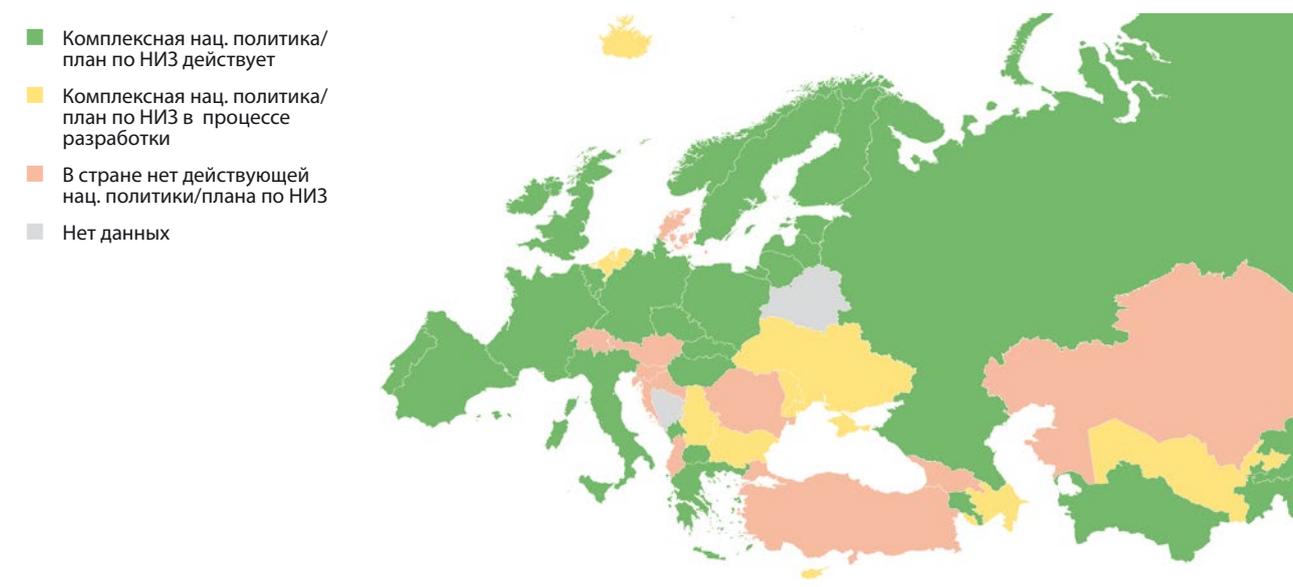


Рис. 4. Состояние комплексных национальных стратегий или планов действий по НИЗ, 2012–2013 гг.



Эта ситуация подчеркивает позитивные сдвиги в направлении совершенствования стратегического руководства в интересах здоровья. Однако установление формальных многоотраслевых связей между министерствами и секторами для координации стратегий по борьбе с НИЗ отстает от существующих потребностей.

В 2013 г. немногим более половины (54%) стран установили формальные многоотраслевые меха-

низмы для координации стратегий по борьбе с НИЗ. Однако многие из них еще находятся в процессе разработки. Таким образом, действующие многоотраслевые механизмы по координации стратегий по борьбе с НИЗ, представляющие собой важный этап во внедрении принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях, имеются лишь менее, чем в половине стран.

2.1.3. Партнерства и сотрудничество в деле реализации стратегий

Значительное число стран Региона (87%) сообщили о реализации многоотраслевых действий или о наличии функционирующих партнерств и сотрудничества по реализации стратегий, связанных с НИЗ.

На рисунке 5 проиллюстрированы механизмы многоотраслевых действий по осуществлению мер, относящихся к борьбе с НИЗ. В пределах Региона наиболее частой формой являются межведомственные или министерские комитеты (76%), за которыми следуют междисциплинарные комитеты (71%) и объединенные целевые группы (57%). Другие упомянутые механизмы — это партнерства с Европейской комиссией и международными учреждениями, коалиции со структурами промышленности или национальными органами.

Среди 86% стран, сообщавших о наличии механизмов партнерства и сотрудничества, ключевыми заинтересованными сторонами выступали другие министерства (помимо здравоохранения) и в той же степени академические структуры и научно-исследовательские центры. Эти виды сотрудничества выглядят относительно стабильными в течение времени. С той же частотой отмечаются сотрудничества с неправительственными организациями, структурами местных сообществ и гражданского общества, хотя наблюдается тенденция

к некоторому сокращению. В течение последних трех лет одной из основных заинтересованных сторон в 73% стран ЦЮВЕ стал выступать частный сектор, при этом в других группах стран его представленность, напротив, уменьшилась.

За период после 2010 г. увеличились партнерства с международными организациями и учреждениями ООН — на 13% на уровне Региона, став основными заинтересованными структурами во всех группах стран. Это отчасти отражает лидирующую роль, которую ВОЗ и другие глобальные действующие силы взяли на себя в области профилактики и борьбы с НИЗ. В целом ЦЮВЕ — это субрегион, где наиболее развиты партнерства и отмечаются наиболее позитивные тенденции в укреплении этих партнерств в течение последних трех лет.

Тематические области, охватываемые этими партнерствами в области осуществления мероприятий по борьбе с НИЗ, носят разнообразный характер. Наиболее важной является борьба с такими проблемами как употребление табака и диабет (охвачены, соответственно, в 87% и в 85% стран), за которыми следуют хронические болезни органов дыхания, нездоровое питание, избыточный вес и ожирение, вредное употребление алкоголя и недостаточная физическая активность. В 61% стран действуют сотрудничества, охватывающие весь комплекс аспектов борьбы с НИЗ.

Рис. 5. Процент стран Европейского региона, имеющих различные механизмы партнерства и сотрудничества для осуществления мероприятий по борьбе с НИЗ, 2012–2013 гг.

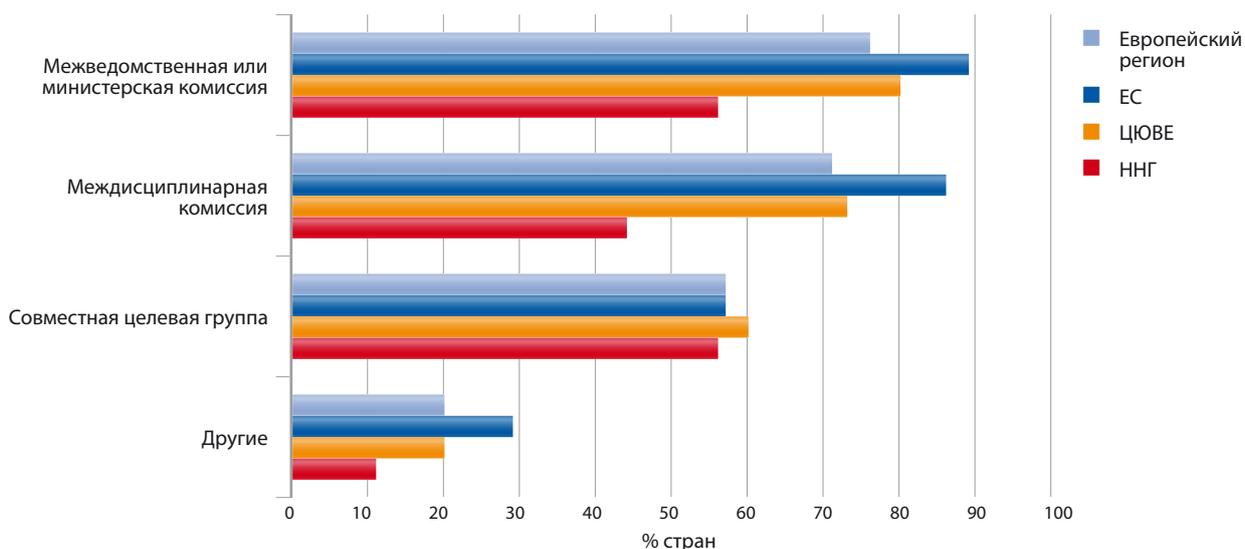
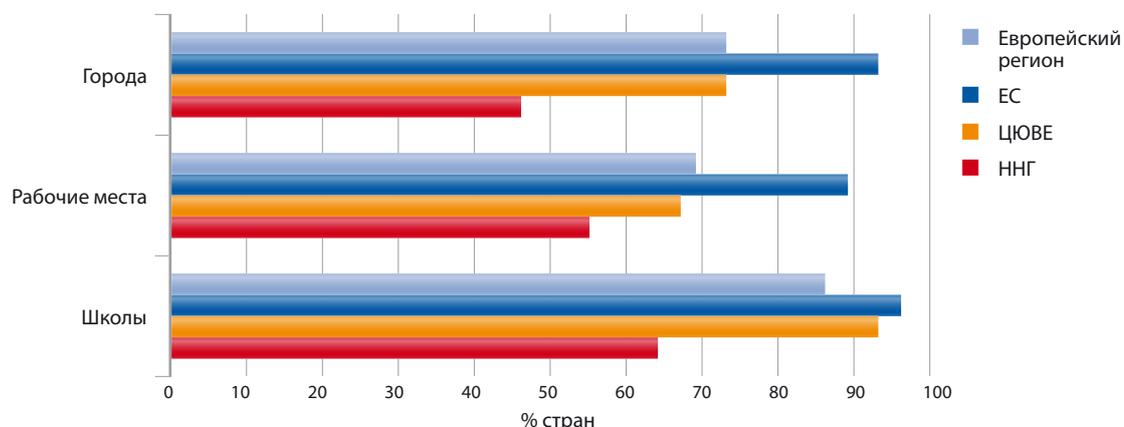


Рис. 6. Процент стран, по страновым группам в Европейском регионе, с партнерствами и механизмами сотрудничества, охватывающими конкретные условия пребывания, 2012–2013 гг.



В Плане действий по борьбе с НИЗ (3) предложены мероприятия по укреплению здоровья в различных условиях пребывания людей, таких как школы и рабочие места, как средство продвижения внутрисекторальных связей между НИЗ и действиями, направленными на более здоровые и устойчивые условия среды. Основы политики Здоровье-2020 содержат положение о том, что эффективные действия в различных средовых условиях, таких как города, могут представлять собой эффективный субнациональный путь, для того чтобы укреплять процессы расширения прав и возможностей и преодолевать несправедливости в отношении здоровья (2, 29). На рисунке 6 показан процент стран, которые сообщили о наличии партнерств, охватывающих действия в различных средовых условиях.

В большинстве стран партнерства охватывают школы или города. Почти все страны ЦЮВЕ и ЕС имеют механизмы сотрудничества со школами.

Расширение прав и возможностей граждан и сообществ — это важная часть Плана действий по борьбе с НИЗ и политики Здоровье-2020. Многочисленные страны сообщили о наличии партнерств с НПО, организациями местных сообществ и гражданским обществом, однако с 2010 г. этот показатель не повысился.

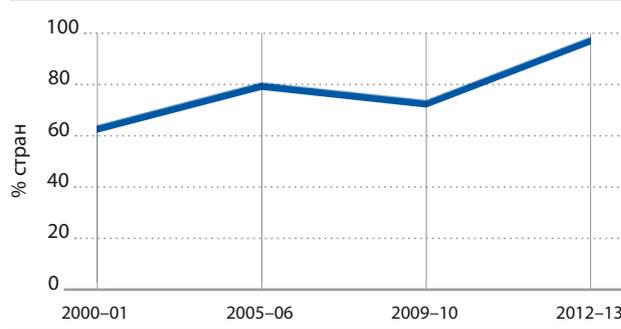
2.1.4. Потенциал и бюджет для осуществления стратегий по борьбе с НИЗ

Отмечается значительное улучшение инфраструктуры министерств здравоохранения для решения

проблем НИЗ: в 2013 г. 97% стран Региона сообщили о наличии подразделения, филиала или департамента по профилактике и борьбе с НИЗ в пределах министерства здравоохранения, что представляет собой рост на 20 процентных пунктов по сравнению с 2010 г. и на 30 процентных пунктов по сравнению с 2000 г. Рост данного показателя за период между 2010 и 2013 г. был более интенсивным, чем в предыдущие временные интервалы (рис. 7).

За период с 2010 г. в большинстве страновых групп расширилась сфера функций департаментов по НИЗ и охватываемых ими вопросов, а также увеличились объемы конкретных бюджетов на борьбу с НИЗ. Все в большей степени в странах выделяются целевые ресурсы на борьбу с НИЗ, включая мероприятия в области первичной профилактики и укрепления

Рис. 7. Доля стран Европейского региона, имеющих подразделение, филиал или департамент по профилактике и борьбе с НИЗ в структуре министерства здравоохранения, 2000–2013 гг.



здоровья, раннего выявления и скрининга, лечения и эпиднадзора.

Аналогичным образом повысился кадровый потенциал министерств. В страновых группах за исключением ЦЮВЕ повысился, по сравнению с 2010 г., процент стран, в которых имеется хотя бы один сотрудник на полную ставку, работающий по проблемам НИЗ; разброс этого показателя составил от 67% в странах ЦЮВЕ до 86% в странах ЕС.

На рисунке 8 показаны функции и охватываемые сферы деятельности подразделений, филиалов или департаментов по НИЗ в структуре министерств здравоохранения. Тенденция носит позитивный характер во всех подгруппах стран: охват по всем сферам ответственности и областям деятельности увеличился по сравнению с 2010 г. примерно на 20 процентных пунктов. Такие разделы как наращивание институционально-кадрового потенциала и службы реабилитации в 2010 г. не оценивались, последнее направление в 2013 г. существенно менее охвачено, чем другие области.

Несмотря на экономический кризис в Европе, отмечается позитивная динамика в численности стран, имеющих целевой бюджет для действий по профилактике и борьбе с НИЗ. Почти все страны имеют выделенный бюджет для первичной профилактики НИЗ и укрепления здоровья, разброс этого показателя между субрегионами составляет от 88% до 100%. В отношении раннего выявления и скрининга разброс — 75–100%; по оказанию лечебно-профилактической помощи — 93–100%, и по эпиднадзору — 75–100%. Первичная и вторичная профилактика и эпиднадзор за НИЗ имеют самый низкий охват, и наблюдается дефицит финансирования в ННГ.

Наиболее важным источником финансирования мер профилактики и борьбы с НИЗ является центральный государственный бюджет, за которым следуют фонды медицинского страхования (табл. 1). Параллельно в финансировании профилактики и борьбы с НИЗ растет роль международных доноров и целевого налогообложения.

Рис. 8. Процент стран Европейского региона, имеющих подразделение, филиал или департамент по НИЗ, охватывающим следующие функции и области, в разбивке по группам стран, 2012–2013 гг.

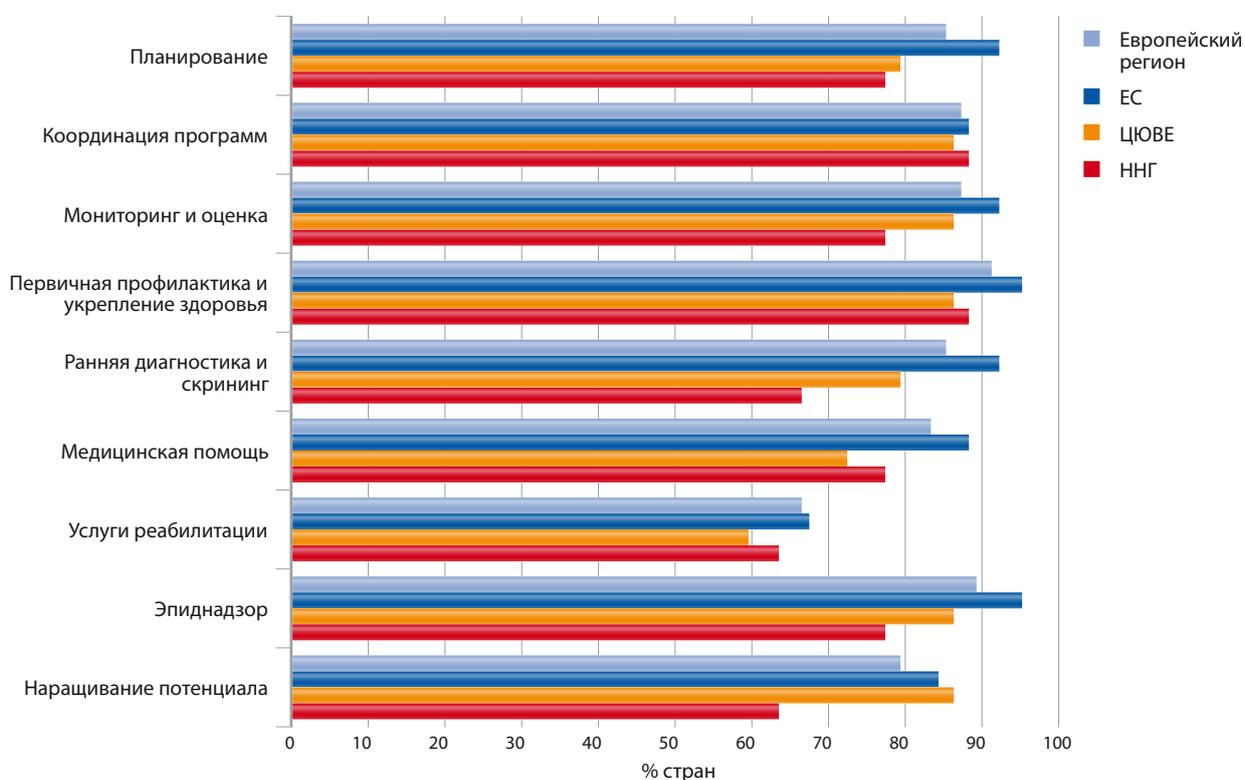


Таблица 1. Процент стран Европейского региона, сообщивших о следующих основных источниках финансирования мер по борьбе с НИЗ и функции, 2012–2013 гг. В скобках указаны различия в процентных пунктах по сравнению с 2009–2010 гг.

	Европейский регион	ЦЮВЕ	ЕС	ННГ
Национальный бюджет	98 (+8)	100 (±0)	96 (+3)	100 (+11)
Медицинское страхование	71 (+10)	80 (-13)	79 (+12)	44 (±0)
Международные доноры	47 (+6)	73 (+13)	39 (+9)	89 (±0)
Целевые налоги на алкоголь, табак и др.	37 (+4)	53 (+13)	37 (±0)	33 (±0)

2.2. Укрепление эпиднадзора, мониторинга и оценки

Для разработки целенаправленных действий, мониторинга прогресса в профилактике и борьбе с НИЗ, а также для планирования и оценки стратегий и политики важнейшее значение имеют данные эпиднадзора.

2.2.1. Информационные системы здравоохранения;

За последние три года отмечен значительный прогресс в обеспечении эпиднадзора за факторами риска НИЗ. Опросное обследование показало, что многие страны Региона относительно хорошо снабжены механизмами для мониторинга и оценки своих национальных планов действий по НИЗ с использованием индикаторов, предложенных в Глобальной системе мониторинга неинфекционных заболеваний (16), и они также способны представлять данные по прогрессу в решении задач и достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020 (2).

В подавляющем большинстве стран Региона (90% в 2013 г.) ответственность за мониторинг и оценку действий, направленных на профилактику и борьбу с НИЗ, возложена на министерство здравоохранения. Большинство министерств имеют в своей структуре специальное подразделение (офис, департамент или отдел) для реализации мер эпиднадзора, однако нередко эта функция поделена между рядом направлений работы в пределах министерства. В 16% стран Региона ответственность за эпиднадзор по НИЗ координируется внешним агентством, неправительственной организацией или статистическим ведомством, этот процент выше среди стран ЦЮВЕ (30%) и ЕС (25%).

Все страны Европейского региона имеют системы регистрации гражданского состояния и демографической статистики и все национальные системы информации здравоохранения осуществляют на плановой основе сбор данных смертности по причинам смерти. Почти все страны могут представлять данные в разбивке по возрасту (100%) и полу (98%). В 74% стран имеются регистры гражданского состояния, позволяющие представлять данные в разбивке по социально-демографическим факторам.

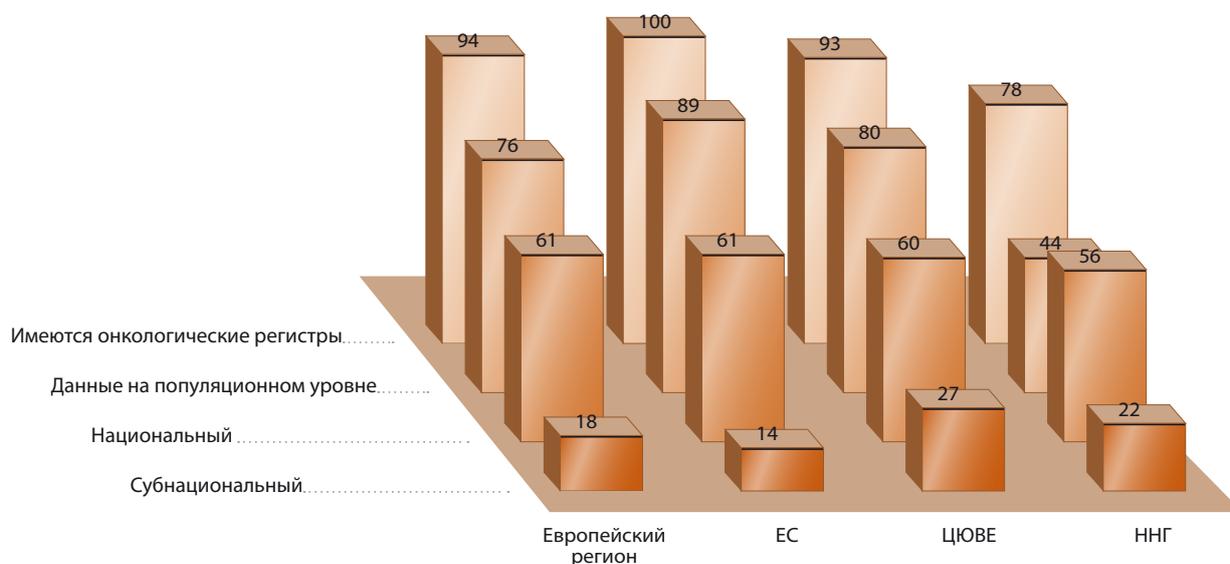
2.2.2. Онкологические регистры

Онкологические регистры имеются почти во всех странах Европейского региона, однако некоторые страны в группе ННГ отстают по этому показателю (рис. 9). В целом большинство регистров ведется на национальном уровне, и в 76% стран Региона сбор данных осуществляется на популяционной основе (от 89% в ЕС до 44% в ННГ). В течение последних лет отмечается заметный прогресс: растет число стран, собирающих данные по онкологическим заболеваниям на популяционной основе. Наблюдается также рост числа стран ННГ и ЦЮВЕ, сообщающих о наличии территориальных онкологических регистров, которые имеют потенциал расширения до общенационального уровня.

2.2.3. Эпиднадзор за факторами риска

По всему Региону отмечается рост потенциала для эпиднадзора за факторами риска. Несмотря на то, что эпиднадзор за некоторыми факторами риска нуждается в улучшении, по состоянию на 2013 г. в странах ЕС

Рис. 9. Процент стран Европейского региона, имеющих онкологический регистр, 2012–2013 гг.



имеются системы эпиднадзора, которые охватывают почти все факторы риска НИЗ. На рисунке 10 приведен обзор факторов риска по группам стран и охватываемым факторам риска. Группа ННГ отстает от остальных субрегионов, однако в этих странах в течение последних лет также достигнут очень хороший прогресс.

За период с 2010 по 2013 г. отмечен прогресс в мониторинге большинства факторов риска, включенных в Глобальную систему мониторинга неинфекционных заболеваний (рис. 11). Почти все страны Региона проводят оценку избыточного веса и употребления табака. Уровень потребления натрия отслеживается в 56% стран, но лишь отдельные страны используют «золотой стандарт» суточной пробы экскреции натрия с мочой. Следует, однако, отметить, что ситуация в этом вопросе быстро улучшается. Тем не менее, соль лишь недавно была добавлена в список факторов риска в Глобальной системе мониторинга неинфекционных заболеваний (16). Оценка содержания липидов в крови улучшилась

в течение последних трех лет и в настоящее время проводится более чем в 80% стран.

В некоторых областях Европейский регион ВОЗ занимает лидирующие позиции на глобальном уровне. Региональное бюро ввело в действие в 19 странах Региона Инициативу ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). Эта инициатива принята еще в 4 странах, и планируется привлечь еще 12 стран в течение следующего раунда. Данная система направлена на плановое измерение тенденций в распространении избыточного веса и ожирения среди детей младшего школьного возраста (6–9 лет) в целях оценки распространения эпидемии избыточного веса и ожирения среди этой группы населения и для обеспечения межстрановых сравнений в пределах Европейского региона.

Кроме того, за период с 2010 г. выросло число стран, сообщивших о наличии системы эпиднадзора за биологическими факторами риска (табл. 2). В более чем половине стран системы мониторинга включают объ-

Таблица 2. Процент стран, проводящих исследования или опросы, включающие объективное измерение факторов риска, 2012–2013 гг. В скобках указаны различия в процентных пунктах за период с 2010 г.

	Европейский регион	ЦЮВЕ	ЕС	ННГ
Гипертензия / повышенное артериальное давление	61 (+8)	68 (+7)	57 (+16)	89 (+11)
Диабет или повышенное содержание глюкозы в крови	53 (+8)	53 (±0)	50 (+9)	67 (+23)
Избыточный вес и ожирение	55 (+4)	40 (±0)	50 (+17)	100 (+33)
Отклонение от нормы по содержанию липидов в крови	55 (+12)	60 (+7)	61 (+17)	56 (+23)
Потребление соли/натрия	26	20	36	9

ективное измерение артериального давления и уровня глюкозы в крови, определение избыточного веса, содержания липидов крови. Потребление соли в более чем половине стран определяется методом субъектив-

ной самооценки. Следует особо отметить усилия ННГ, которые демонстрируют значительное улучшение в эпиднадзоре за факторами риска с применением объективных физических методов обследования.

Рис. 10. Процент стран Европейского региона, проводящих национальные или региональные исследования или опросы взрослого населения по конкретным факторам риска, в разбивке по группам стран, 2012–2013 гг.

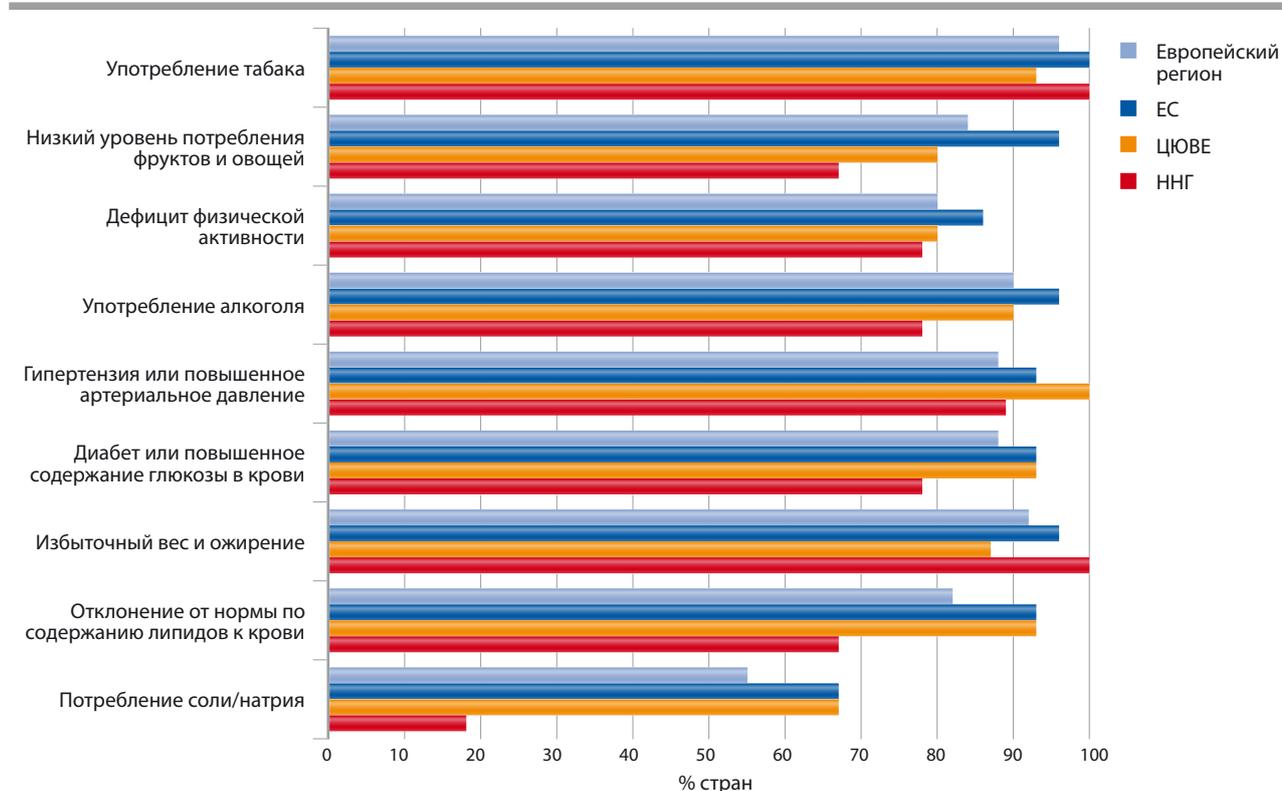
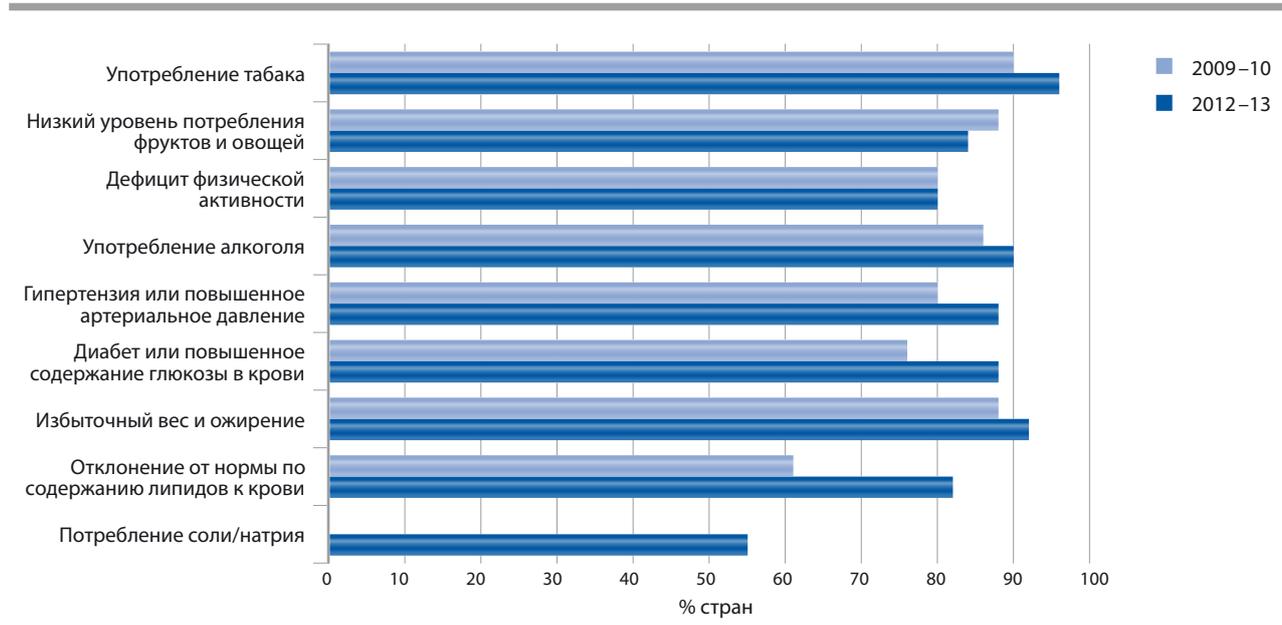


Рис. 11. Процент стран Европейского региона, проводящих обследования или опросы взрослого населения по конкретным факторам риска на национальном или территориальном уровне, сравнение 2009–2010 и 2012–2013 гг.



2.3. Укрепление здоровья и профилактика болезней

2.3.1. Первичная профилактика: политика, стратегии и планы действий в отношении основных НИЗ и их факторов риска

Комплексные стратегии и/или планы действий по борьбе с НИЗ имеются в 74% стран Европейского региона. За последние годы значительно увеличилось общее число стран, имеющих комплексные национальные стратегии по борьбе с НИЗ, и также выросло число факторов риска, которые учтены в этих планах. На рисунке 12 показаны факторы риска, охватываемые комплексными национальными стратегиями, программами и планами действий по НИЗ. Группа ННГ демонстрирует наибольшую долю стран, в которых имеются комплексные планы действий, охватывающие все четыре основных фактора риска.

Наряду с ростом числа комплексных национальных стратегий и планов действий по НИЗ также за период с 2010 по 2013 г. примерно на 10% выросло число стран, которые комбинируют раннее выявление, лечение и уход при онкологических заболеваниях, сердечно-сосудистых заболеваниях, диабете, хронических болезнях органов дыхания, избыточном весе и ожирении. В ННГ отмечен наибольший прогресс и самый высокий охват такими комплексными стратегиями по борьбе с НИЗ.

Помимо комплексных стратегий и планов по НИЗ в Регионе имеется также множество направлений политики, стратегий и планов действий по конкрет-

ным болезням и факторам риска. Эти частные направления политики выросли в численности во всех группах стран в течение последнего десятилетия, но наиболее быстрый рост отмечен за период с 2010 по 2013 г. (рис. 13).

Наиболее часто вертикальные стратегии и планы действий нацелены на профилактику и борьбу с онкологическими заболеваниями (около 90% стран), за которыми следуют сердечно-сосудистые заболевания и диабет (рис. 14). Наиболее часто эти стратегии направлены на сокращение воздействия таких факторов риска НИЗ, как употребление табака, нездоровое питание и алкоголь (рис. 14). Приблизительно в одной четверти стран Региона имеются национальные стратегии, относящиеся к хроническим респираторным заболеваниям.

Большинство национальных стратегий и планов, относящихся к отдельным НИЗ, находятся на стадии реализации и обеспечивают прочную основу для создания и внедрения комплексной политики и планов действий для профилактики и борьбы с НИЗ.

2.3.2. Финансовая политика

Европейский план действий по НИЗ (3) предлагает, чтобы страны использовали финансовые механизмы для эффективного влияния на поведение в отношении здоровья (30). В 2010 г. 80% стран сообщили о вне-

Рис. 12. Процент стран Европейского региона, в которых имеется комплексная национальная политика, стратегия или план действий по НИЗ с охватом конкретных факторов риска, по группам стран, 2012–2013 гг.

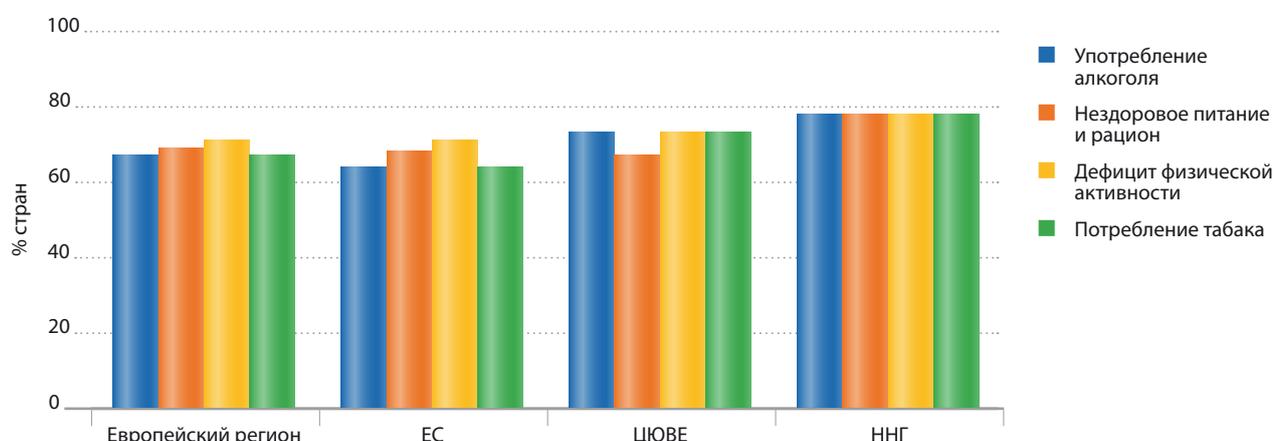
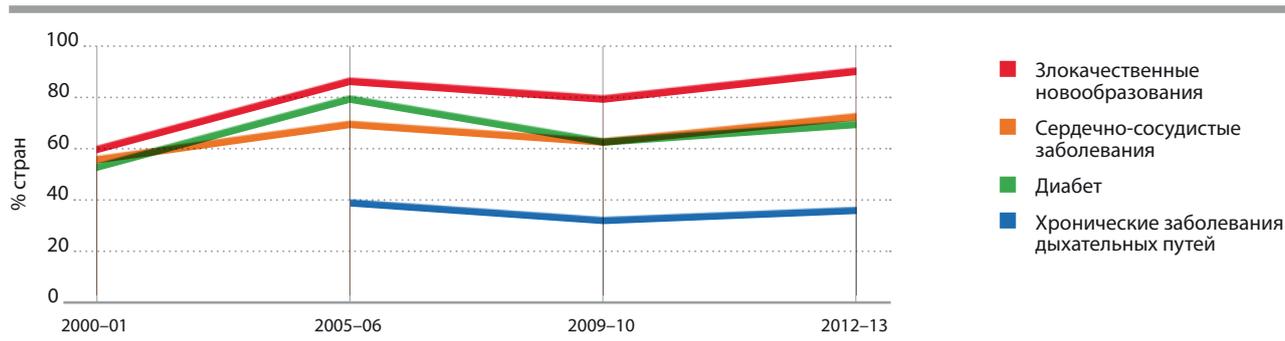


Рис. 13. Процент стран Европейского региона, имеющих национальную политику, стратегию или план действий по профилактике и борьбе с конкретными видами основных болезней, 2000–2013 гг.



дрении финансовых мер для влияния на поведение в отношении здоровья (таких как налогообложение алкоголя, табачной продукции и напитков с высоким содержанием сахара).

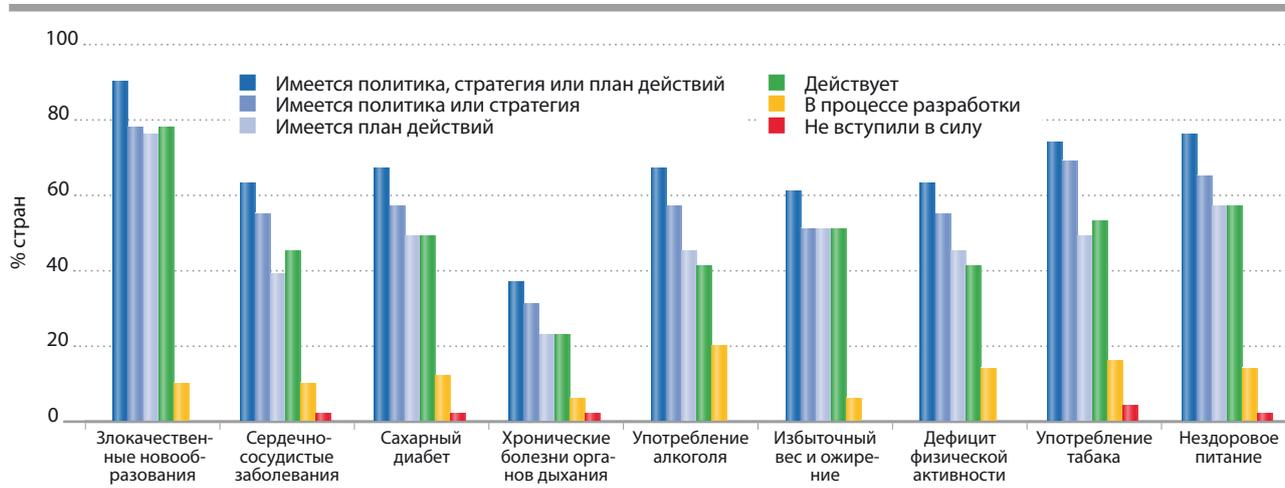
В 2013 г. почти во всех странах Европейского региона предпринимались налоговые меры в отношении алкоголя и табака с разбросом этого показателя от 93% до 100% стран в субрегиональных группах. Вместе с тем в Регионе редко используются другие налогово-бюджетные вмешательства, способствующие укреплению здоровья. Так налогообложение продуктов и безалкогольных напитков с высоким содержанием сахара используется почти исключительно в странах Северной Европы. Другие налоговые вмешательства, такие как налогообложение продуктов с высоким содержанием жира, ценовые субсидии для реализации здоровых продуктов и налоговые стимулы для повышения уровня физической активности применяются редко (менее 10% стран из числа представивших сведения).

Основная мотивация для применения налоговых мер в Регионе — это повышение общих налоговых поступлений (58%), и только второе намерение — это влияние на поведение в отношении здоровья, о чем сообщают 38% стран. В 32% стран Региона адресное налогообложение также является источником финансирования для мероприятий, относящихся к борьбе с НИЗ.

2.3.3. Меры, направленные на регламентирование рекламы, а также на сокращение потребления соли и трансжиров

План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (3) также предусматривает вмешательства, направленные на ограничение коммерческого продвижения продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли, ориентированного на детей. В Венской декларации о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики Здоровье-2020

Рис. 14. Процент стран Европейского региона, имеющих национальные стратегии, планы или программы по профилактике и борьбе с конкретными болезнями и факторами риска, и стадия их реализации, 2012–2013 гг.



содержится активная поддержка таких мер и прочный мандат для действий, направленных на оздоровление распространяемых среди потребителей пищевых продуктов и напитков. Страны, подписавшие Декларацию, заявили, что они будут «предпринимать решительные меры по уменьшению подверженности детей воздействию приемов маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием энергии, насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров и соли» (24).

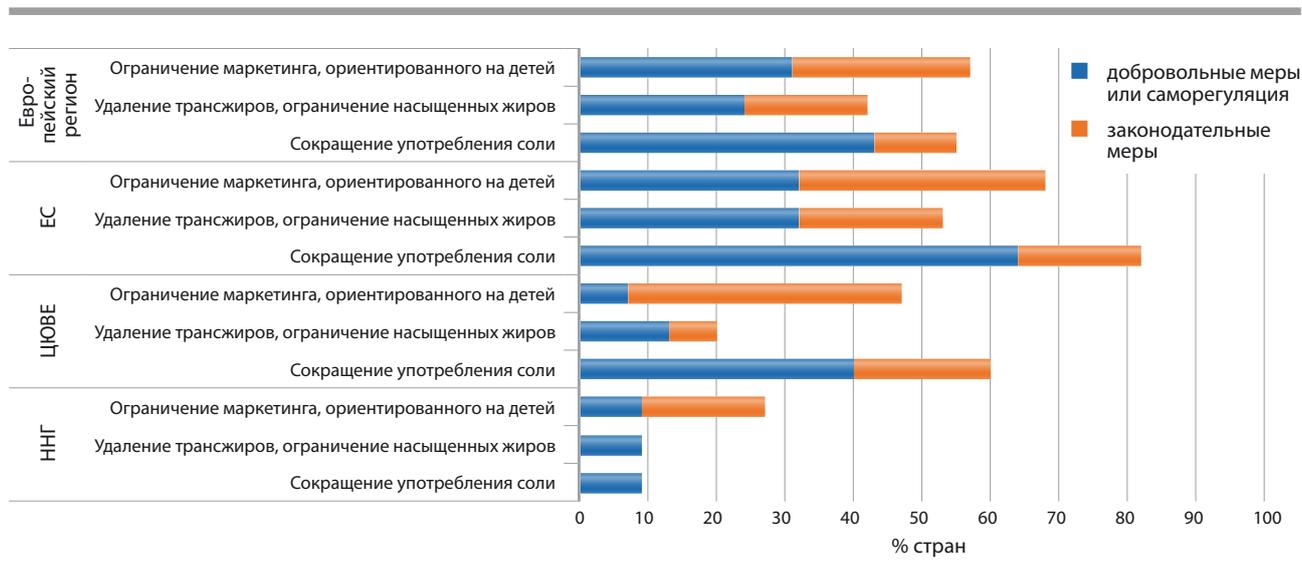
Свыше половины стран Региона, главным образом в его северной части, осуществляют стратегии, направленные на ограничение воздействия на детей рекламы и маркетинга пищевых продуктов питания и безалкогольных напитков. Эти стратегии либо подкреплены законом, либо осуществляются в рамках добровольных процессов, которые включают активную роль государства. Во многих странах ЕС и ЦЮВЕ существуют правовые механизмы, ограничивающие рекламу.

Лишь 18% стран ограничивают маркетинг в онлайн-средствах информации и 20% — во время спортивных мероприятий. Вместе с тем, рекламные усилия пищевой индустрии в настоящее время активно направлены на онлайн-социальные сети и базируются в Интернете.

Более половины стран Региона осуществляют стратегии, направленные на сокращение потребления соли населением. Ведущими в этих усилиях являются страны ЕС, за которыми следуют страны ЦЮВЕ.

Вмешательства, ограничивающие содержание насыщенных жирных кислот и практически устраняющие трансжиры, менее всего распространены в Регионе. Лишь в четырех странах имеется полный правовой запрет на трансжиры (менее 1%) и в нескольких других, в частности в Нидерландах и Соединенном Королевстве, потребление ограничено до менее 1% в общем рационе с использованием мер саморегуляции. Ряд авторов выступили с возражениями, апеллируя к тому факту, что в странах с подходами саморегуляции у малоимущего населения выше уровень потребления трансжиров, поскольку на продукты питания с высоким содержанием трансжиров цены ниже. Другие обнаружили резкие различия между столицами европейских городов при анализе одних и тех же категорий продуктов питания и пищевых марок, что означает, что предприятия пищевой промышленности и сети предприятий общественного питания лучше осуществляют необходимые изменения, когда имеются соответствующие нормативно-правовые механизмы. Хуже всего внедрены в Регионе вмешательства, ограничивающие содержание насыщенных жирных кислот и устраняющие из продуктов трансжиры промышленного производства (то есть частично гидрогенизированные растительные масла). В некоторых субрегионах лишь 10% стран поддерживают такие вмешательства. В странах ЕС эта доля выше (32%). На рисунке 15 приведены соответствующие данные и механизмы контроля за выполнением правовых норм.

Рис. 15. Процент стран Европейского региона, осуществляющих следующие конкретные мероприятия или инициативы по укреплению здоровья, в разбивке по группам стран, 2012–2013 гг.



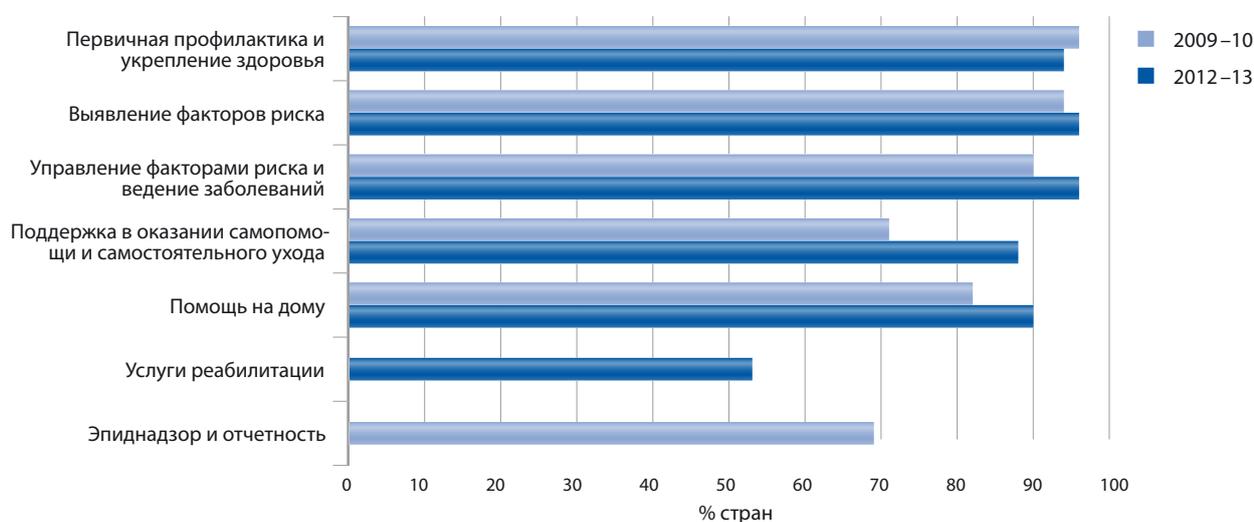
2.4. Переориентация служб здравоохранения на профилактику НИЗ и оказание длительной помощи пациентам с НИЗ

XXI век рождает новые вызовы для систем оказания лечебно-профилактической помощи. Подчеркивается, что несмотря на региональный экономический спад необходимые реформы систем здравоохранения не должны отодвигаться на второй план. Придается все большее значение координированным системам предоставления услуг на основе первичной помощи и местных сообществ, в комплексе с социальной поддержкой и учетом интересов здоровья во всех стратегиях и с особым вниманием к факторам риска, относящимся к НИЗ.

Так же как и в Опросе 2010 г., страны сообщают, что НИЗ хорошо интегрированы в их системы первичной медико-санитарной помощи. Почти все такие системы в странах Региона (94–96%) предоставляют услуги первичной профилактики, выявления и сокращения воздействия факторов риска, а также лечения случаев заболеваний. Наибольший прогресс, отмеченный в течение последних трех лет, относится к интеграции помощи на дому, самопомощи и самостоятельного ухода в национальные системы здравоохранения. Услуги реабилитации реже освещаются в сведениях, представленных странами (рис. 16).

Консультирование лиц, подверженных риску, особенно в связи с нездоровым образом жизни, на уровне первичной медико-санитарной помощи является одним из наиболее эффективных путей изменения поведения и сокращения уровней ожирения и НИЗ, особенно если такие консультации предоставляются коллективно различными группами медицинских работников. Эти меры могут предотвращать потерю лет жизни с учетом полного здоровья (DALY) в долгосрочном периоде в масштабах, превышающих в 10 раз эффективность таких вмешательств, как маркировка пищевых продуктов или меры гигиены труда, и давать в 2–4 раза большее повышение числа лет ожидаемой продолжительности жизни в сочетании со значительной экономией расходов на здравоохранение по сравнению с большинством других вмешательств. Меры консультирования могут генерировать ежегодный прирост одного дополнительного года ожидаемой продолжительности жизни на каждые 12 человек населения. Вместе с тем индивидуальное консультирование подверженных риску лиц на уровне первичной медико-санитарной помощи является дорогостоящим, и соответствующим

Рис. 16. Процент стран Европейского региона, в которых борьба с НИЗ интегрирована в систему первичной медико-санитарной помощи, сравнение 2009–2012 и 2012–2013 гг.



щие расходы могут намного превышать экономию затрат на здравоохранение.

Наряду с услугами первичной медико-санитарной помощи, для больных с выраженными проявлениями НИЗ и на терминальных стадиях заболевания в 75% стран Региона предоставляется помощь на дому и на базе местных сообществ. Ведущими в предоставлении таких услуг являются страны Северной Европы; лишь треть из ННГ может предоставлять услуги помощи на дому на терминальных стадиях НИЗ.

2.4.1. Наличие и внедрение научно обоснованных руководств

Профилактика и лечение НИЗ требуют систематического и комплексного подхода. Это относится не только к первичной, но и к вторичной профилактике, а также к уходу за пациентами с НИЗ, обеспечиваемым силами мультидисциплинарных групп медицинских работников, как одновременно, так и в последовательном режиме (22). ВОЗ, в целях укрепления потенциала систем здравоохранения в борьбе с НИЗ, всемерно содействует разработке научно обоснованных руководств по проблемам основных НИЗ (11).

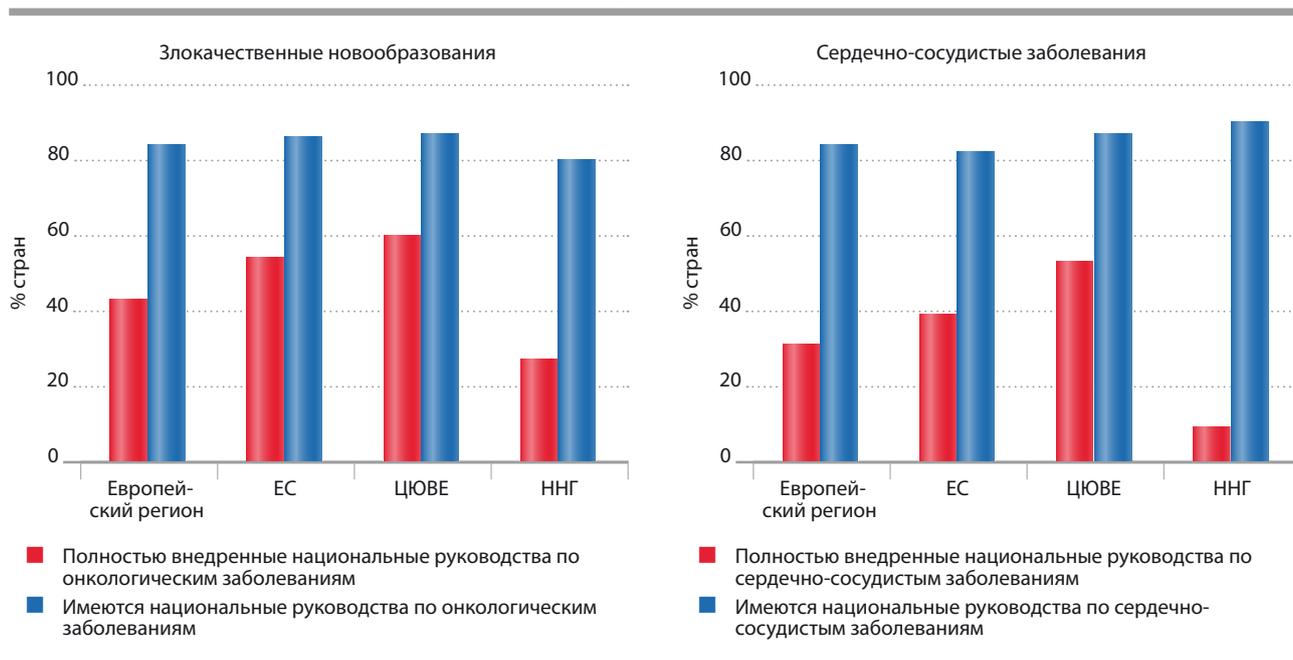
В соответствии с рекомендациями Плана действий по НИЗ многие страны разработали научно обоснованные руководства и стандарты для комплексного оказания помощи при основных НИЗ, однако эти инструменты используются не в полной мере (рис. 17). Чаще всего одобренные руководства относятся к диабету. Внедрение руководств по лечению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний во многих странах Региона остается нерешенной задачей.

2.4.2. Потенциал раннего выявления, диагностики и мониторинга

Европейский план действий по НИЗ рекомендует применять в условиях первичной медико-санитарной помощи научно обоснованные скрининг-тесты для выявления злокачественных новообразований с последующим надлежащим лечением (32–35). Руководства по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний (36, 37) и План действий по НИЗ (3) рекомендуют использовать оценку общего кардиометаболического риска в качестве инструмента для определения тактики ведения пациентов.

Опросное обследование 2013 г. показало, что в 80% и более стран имеются основные технические воз-

Рис. 17. Процент стран Европейского региона, в которых имеются утвержденные на государственном уровне научно обоснованные национальные руководства по клиническому ведению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и осуществляется их практическое использование



возможности для раннего выявления и диагностики онкологических заболеваний и для мониторинга состояния пациентов. Скрининг на рак молочной железы путем пальпации — это наиболее часто сообщаемая методика, применяемая в государственных и частных учреждениях первичной медико-санитарной помощи, за которой следуют цитологическая диагностика на рак шейки матки и тест на скрытую кровь в кале, которые применяются в 80% стран, как в государственных, так и в частных учреждениях. Возможности для проведения маммографии имеются в 70% стран, также в государственном и частном секторах.

Такие вмешательства, как измерение артериального давления и общего содержания холестерина, также широко используются в государственном и частном секторах. Аналогично отмечается высокий охват измерения содержания глюкозы в крови при лечении пациентов с диабетом, так же как и оральные тесты на толерантность к глюкозе и тесты на гликированный гемоглобин (последний тест в несколько большей степени применяется в частном секторе).

Многие из самых основных методик, необходимых для управления риском, профилактики и диагностики НИЗ, почти повсеместно имеются в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, однако все еще необходимы усилия для расширения охвата методиками скрининга на злокачественные новообразования.

Разработанный ВОЗ Примерный перечень основных лекарственных средств представляет собой международно признанный набор рекомендуемых медикаментов в помощь странам для оптимального удовлетворения основных потребностей здравоохранения. Около 75% стран Европейского региона разработали собственные перечни основных лекарственных средств.

Свыше 80% стран имеют в своем распоряжении необходимые номенклатуру и объемы основных лекарственных средств для лечения НИЗ. В более 90% стран обеспечиваются потребности в таких лекарствах, как инсулин, метформин, диуретики тиазидового ряда, ингибиторы АХЭ, блокаторы кальциевых каналов, статины и бронхорасширяющие средства, и эти препараты представлены в большинстве национальных перечней основных лекарственных средств. Несмотря на общую тенденцию роста доступности основных лекарственных средств, только 25% стран предостав-

ляют услуги заместительной терапии никотиновой зависимости и применяемые в этих целях препараты в меньшей степени представлены в национальных перечнях основных лекарственных средств.

Растет процент стран, предоставляющих относительно высокотехнологичные виды помощи при НИЗ, такие как замещение функции почек, лучевая терапия и химиотерапия. Вместе с тем отмечаются значительные различия в уровнях доступности по субрегионам: так в странах Северной Европы, ЕС и странах ЦЮВЕ почти везде имеются возможности для коронарного шунтирования или стентирования, но лишь 25–30% из ННГ могут предоставлять такие вмешательства в государственных учреждениях здравоохранения.

2.4.3. Остающиеся пробелы и нерешенные задачи

За период после 2010 г. в Регионе выросло число стран с имеющимися национальными стратегиями по борьбе с НИЗ, как комплексными, так и по отдельным болезням или факторам риска. Однако во многих странах Региона задачи по борьбе с НИЗ требуют более четкой представленности в повестке дня развития и в планах охраны здоровья на национальном уровне.

В половине стран Региона уже имеются формальные структуры и процессы, обеспечивающие согласованность и сотрудничество, необходимые для достижения эффективности многоотраслевых механизмов. Эти структуры следует всемерно поддерживать и распространять — это положение было подтверждено в Хельсинкском заявлении 2013 года о принципе учета интересов здоровья во всех стратегиях (38), а также в политике Здоровье-2020 (2).

Все еще не полностью определены роли неправительственных организаций и гражданского общества, а также формы и механизмы их участия в профилактике и борьбе с НИЗ, несмотря на то что эти структуры являются неотъемлемыми участниками общесоциального процесса сокращения несправедливостей в отношении здоровья (29). В Опросном исследовании не содержится подробного анализа механизмов и деятельности существующих форм сотрудничества и их эффективности; более детальные схемы учета здоровья во всех стратегиях и стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке могут предоставить

руководство для стран в целях дальнейшего развития процессов и механизмов, необходимых для совершенствования стратегического руководства в интересах здоровья (25, 39).

Страны успешно предоставляют данные по смертности от конкретных причин в разбивке по возрасту и полу, однако остается нерешенной задачей разбивка этих данных по социальным слоям населения. Вместе с тем, разбивка по социально-экономическим детерминантам имеет ключевое значение для выявления групп риска в целях повышения уровня социальной справедливости в отношении здоровья.

Радует прогресс, достигнутый в области эпиднадзора за факторами риска НИЗ, однако мониторинг потребления соли и содержания липидов в крови отстает. Странам следует разработать протоколы и изыскать ресурсы, необходимые для добавления этих элементов в схемы эпиднадзора.

Что касается лечебно-профилактической помощи, остается возможность для улучшения доступа к ме-

тодикам раннего выявления НИЗ. Аналогичным образом странам необходимо предпринимать более согласованные усилия, направленные на разработку, внедрение и повышение эффективности научно обоснованных руководств по интегрированному ведению НИЗ. Вместе с тем дальнейшая интеграция НИЗ в систему первичной медико-санитарной помощи должна проводиться параллельно с усилиями по обеспечению всеобщего доступа к услугам здравоохранения.

Потенциал финансовых вмешательств для того, чтобы люди вели более здоровый образ жизни, еще не полностью использован и исследован. Помимо налогов на табак и алкоголь, лишь немногие страны предпринимая налоговые меры, направленные на ограничение нездоровых продуктов питания с высоким содержанием жира, соли и сахара, либо предоставляют ценовые субсидии для реализации здоровых продуктов питания, либо вводят налоговые стимулы для повышения уровня физической активности.

3. Меры, предпринимаемые в Европейском регионе

3.1. Стратегическое руководство и наращивание институционально-кадрового потенциала

В Европейском плане действий по НИЗ (3) содержится призыв к ВОЗ всемерно продвигать и поддерживать разработку национальных планов по профилактике и борьбе с НИЗ, содействовать наращиванию потенциала для профилактики и борьбы с НИЗ и разрабатывать предложения по развитию сотрудничества международных организаций по проблеме НИЗ.

В течение прошедших лет Региональное бюро оказывало поддержку многим странам в разработке стратегий и планов по НИЗ. В этой связи заслуживает упоминания государственный проект Российской Федерации по укреплению систем здравоохранения в отношении профилактики и борьбы с НИЗ. В рамках этого проекта четыре страны получили интенсивную поддержку от ВОЗ в деле разработки стратегий и политики в области НИЗ и укрепления комплексных систем эпиднадзора. Оказанная поддержка включала проведение ситуационного анализа, консультации для заинтересованных сторон, составление проектов и возможное принятие национальных стратегий, планов действий и политики по проблемам НИЗ, а также проведение обследований по системе STEPS. Дополнительно под эгидой данного проекта проводились семинары по осуществлению пакета основных вмешательств по НИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Региональное бюро может доложить об укреплении сотрудничества с другими учреждениями ООН, с Европейской комиссией, неправительственными организациями и академическими учреждениями. Один из наглядных примеров — Программа действий по лечению рака (РАСТ), в которой ВОЗ совместно с Международным агентством по атомной энергии ока-

зывает помощь государствам-членам в оптимизации инвестиций в профилактику и контроль онкологических заболеваний путем оценки противораковых программ и выработки соответствующих рекомендаций. За период после принятия Европейского плана действий по НИЗ был предпринят ряд обзорных миссий imPACT, развивается сотрудничество путем разработки и осуществления в ряде стран последующих проектов, в которых поддерживается выполнение рекомендаций, сделанных обзорными миссиями imPACT.

Актуальная задача наращивания институционально-кадрового потенциала для профилактики и борьбы с НИЗ была подчеркнута в ходе ситуационных анализов, которые были осуществлены в рамках проекта, поддерживаемого со стороны Российской Федерации. В настоящее время при поддержке правительства Российской Федерации и Первого московского государственного медицинского университета подготавливается профильный учебный курс на русском языке. В число других курсов по наращиванию потенциала, проведенных за последние годы, входит флагманский курс по укреплению систем здравоохранения с особым вниманием к НИЗ, в котором участвовали свыше 50 работников здравоохранения, и международный семинар по медико-санитарным аспектам НИЗ, в котором были представлены шесть стран Европейского региона.

Выполняя пункты Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг., Региональное бюро разработало и осуществило ряд мер в области питания и физической активности и провело оценку их эффективности. По результатам оценки

государствам-членам была предоставлена техническая поддержка для создания моделей стратегического руководства через разработку и реализацию национальных планов действий и стратегий, напрямую касающихся контроля болезней, связанных с питанием. В июле 2013 г. Региональное бюро провело в Вене Европейскую министерскую конференцию по вопросам питания и неинфекционных заболеваний в контексте политики Здоровье-2020 (24). На Конференции были проанализированы различные варианты стратегий в области питания, и она стала первым форумом, на котором вопросы питания в Регионе были рассмотрены через призму положений и принципов политики Здоровье-2020.

Региональное бюро продолжает оказывать странам поддержку в рамках двухгодичных соглашений о со-

трудничестве (22 государства-члена), предусматривающих, в частности, меры по исключению из рациона трансжирных кислот, инициативы по сокращению потребления соли, эпиднадзор за детским ожирением, наращивание потенциала для решения проблем питания и проведение стратегического анализа. Был подготовлен ряд важных докладов по состоянию дел в таких вопросах, как ограничение потребления соли и воздействие маркетинга пищевых продуктов на детей, а также проведена тщательная оценка политики Норвегии в области питания с публикацией результатов (40–42).

Силами Регионального бюро также разработан и предоставлен в распоряжение государств-членов весьма широкий набор из 53 страновых профилей по вопросам питания.

3.2. Мониторинг и эпиднадзор

В Европейском плане действий по НИЗ (3) указано следующее:

Важнейшее значение для разработки целенаправленных действий, мониторинга хода работы и успешности противостояния НИЗ, а также для планирования и оценки стратегий и политики важнейшее значение имеют данные эпиднадзора. Их следует корректировать соответственно потребностям стран, при этом координировать их на международном уровне следует посредством общих протоколов, определений показателей, аналитического инструментария и баз данных, позволяющих проводить международные сравнения наблюдаемых тенденций. Кроме того подчеркнута необходимость «интегрировать мониторинг и оценку НИЗ и факторов риска в общие системы информации здравоохранения в целях укрепления связей и устойчивости, что позволит проводить долгосрочную оценку и распределение показателей эффективности вмешательств по борьбе с НИЗ».

В Европейском плане действий по НИЗ содержится призыв к ВОЗ разработать и внедрить основу для оценки хода реализации данного плана и оказать поддержку в разработке интегрированной информационной системы по НИЗ.

После того, как Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла Политическую декларацию (22), ВОЗ разработала глобальную систему мониторинга для отслеживания прогресса в области

профилактики и борьбы с основными НИЗ и относящимися к ним факторами риска. Система мониторинга, которая была принята государствами-членами на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 г., включает 9 принимаемых на добровольной основе целевых ориентиров и 25 индикаторов (16). Предусмотренные в политике Здоровье-2020 индикаторы и целевые ориентиры по НИЗ согласованы с этой глобальной системой мониторинга, но с частными поправками, учитывающими тот факт, что в Европейском регионе контрольным сроком для целевых ориентиров является 2020 г., тогда как для достижения глобальных целей установлен срок 2025 г. (2).

Показатели и добровольные цели по борьбе с НИЗ Глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний, а также целевые ориентиры и индикаторы политики Здоровье-2020 охватывают весь спектр эпиднадзора, освещенный в Европейском плане действий по НИЗ. Эпиднадзор включает данные по смертности и заболеваемости, по факторам риска, а также данные по действиям национальных систем, и поэтому оба механизма будут прослеживать ход реализации Европейского плана действий по НИЗ.

Разработка Глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний, как и целевых ориентиров

и индикаторов политики Здоровье-2020, осуществлялись в условиях широких консультативных процессов. Для того чтобы обеспечить максимальный вклад европейских государств-членов в разработку Глобального механизма мониторинга, Европейское региональное бюро ВОЗ по приглашению правительства Норвегии провело региональное техническое консультативное совещание по вопросам эпиднадзора, мониторинга и оценки в области НИЗ. На этом совещании были высказаны актуальные для Региона замечания и предложения в отношении возможности реализации и значения разрабатываемой системы мониторинга. Кроме того, в соответствии с поручением майской 2012 г. сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была организована региональная онлайн-консультация по проекту глобального механизма мониторинга НИЗ.

В ответ на недавние стратегические процессы по вопросам эпиднадзора на базе Национального института развития здравоохранения Эстонии было проведено техническое совещание по использованию супермассивов данных и социальных сетей в целях эпиднадзора за НИЗ. Это совещание было посвящено исследованию потенциала новых источников данных, которые могут дополнять традиционные пути сбора данных по НИЗ (43).

Ряд стран Региона укрепили свои системы информации здравоохранения, улучшив процедуры текущего и внепланового сбора данных по НИЗ. В Европейском регионе все чаще находит применение поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к проведению эпиднадзора. Он представляет собой простой унифицированный метод сбора, анализа и распространения данных об основных факторах риска НИЗ. Региональное бюро уделяет значительное внимание вопросам мониторинга и эпиднадзора за НИЗ в соотношении с питанием и физической активностью после введения в действие Европейской информационной системы ВОЗ по питанию, ожирению и физической активности (NOPA), и эта база данных постоянно обновляется и укрепляется. Будучи созданной в сотрудничестве с министерствами здравоохранения государств-членов и при поддержке Европейской комиссии, NOPA включает в себя подробную информацию о более чем 300 стратегиях национального и субнационального уровня, реализуемых в Европейском регионе. Система COSI, созданная как стандартизированная европейская система эпиднадзора за детским ожирением, была расширена и ныне охватывает почти 200 000 детей в 21 стране Европейского региона. На сегодняшний день эта система является одним из наиболее мощных механизмов эпидемиологического надзора за ожирением на глобальном уровне.

3.3. Учет интересов здоровья во всех стратегиях

Во исполнение положений Политической декларации ООН (22) под эгидой Генерального Секретаря Организации Объединенных Наций был выпущен доклад о возможных направлениях работы по активизации и содействию в реализации многосекторальных действий в области профилактики НИЗ и борьбы с ними на основе формирования эффективных партнерских связей (текст доклада приведен в документе Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/67/373) (44). В данном докладе анализируются существующие партнерские связи в указанной области, уроки и выводы и успешные подходы, а также предлагаются модели глобальных партнерств по профилактике и борьбе с НИЗ. Представленные в нем возможные направления работы находятся в полном соответствии

с элементами европейской политики Здоровье-2020, касающимися стратегического руководства и общегосударственного подхода.

Одна из целей Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, 2012–2016 гг. (3), заключается в том, чтобы «в полной мере использовать налоговую политику и меры маркетингового контроля для осуществления влияния на спрос на табак, алкоголь и пищевые продукты с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжиров, соли и сахара».

Государства-члены Европейского региона ВОЗ участвуют в инициативах по составлению профилей пищевых веществ, осуществляемых с целью проверки

различных моделей, предназначенных, например, для использования при закупке пищевых продуктов для школ и больниц. В 21 стране в национальные стратегии впервые включены ограничения на маркетинг пищевых продуктов, ориентированный на детей. Наконец, несколько стран для защиты здоровья населения обратились к политике ценообразования, начав повышать налоги на нездоровые пищевые продукты и планировать введение субсидий на здоровую пищу, такую как фрукты и овощи.

Влияние цены на потребление табака и алкоголя общеизвестно, и в Европейском регионе ВОЗ в этих вопросах накоплен широкий опыт. В последние два года было проведено много исследований с целью изучения воздействия ценовой политики (в том числе налогообложения и субсидирования) на предложение пищевых продуктов. В Дании был введен (а затем отменен) налог на насыщенные жиры. Венгрия ввела налог на целый ряд пищевых продуктов, отнесенных законом к категории нездоровых. Франция ввела налог на некоторые пищевые продукты с высоким содержанием сахара. В тех случаях, когда имелись фактические данные, было показано, что эти налоги изменяют поведение потребителей, что может благоприятно влиять на здоровье населения. Исследования в этих странах продолжаются.

Силами Европейского регионального бюро ВОЗ разработан комплект вспомогательных документов, касающихся налогово-бюджетной политики (30), которые были использованы во время учебного семинара, проведенного 24–26 сентября 2012 г. в Литве. Руководителям здравоохранения из Албании, Болгарии, Венгрии, Литвы, Польши, Словакии, Украины, Хорватии и Эстонии была предоставлена возможность ознакомиться с различными аспектами использования ценовой политики для борьбы с НИЗ и принципами межсекторальных действий. Участвовавшие в семинаре страны разработали планы информационно-разъяснительной работы (адвокации) и возможных действий в этой перспективной области.

В поддержку реализации Плана действий по НИЗ Региональное бюро и государства-члены осуществляют взаимодействие с пятью оперативными сетями, которые состоят из стран, выразивших готовность

проводить конкретную работу по таким направлениям, как снижение потребления соли (27 стран), ожирение и социальные неравенства (13 стран), школьное питание (18 стран), маркетинг пищевых продуктов, ориентированный на детей (21 страна), питание в больницах (10 стран).

В последние 10 лет среди населения Соединенного Королевства отмечается значительное снижение потребления соли, что было достигнуто благодаря разумным стратегиям, предполагающим вовлечение заинтересованных сторон, изменение состава пищевых продуктов и осуществление вмешательств на уровне местных сообществ. Это один из примеров успешной деятельности Европейской сети действий по снижению потребления соли, которую в настоящее время возглавляет Швейцария, и этот успех планируется повторить в остальных 22 странах, входящих в состав данной сети. Другие страны, такие как Испания, Португалия, Словения, Турция, Финляндия, Черногория и Эстония, разработали соответствующие стратегии и выступают лидерами в этом направлении.

Норвегия возглавляет Европейскую сеть по маркетингу, в которую входит 21 страна и деятельность которой направлена на снижение воздействия маркетинга на детей. Норвегия подготовила нормативно-правовую основу для снижения контактов детей с пищевыми продуктами с высоким содержанием жиров, сахара и соли. В стране также предпринят ряд мер (в том числе указание сведений о пищевой ценности и организация диалога с заинтересованными сторонами), в которых в роли бесспорного лидера выступил сектор здравоохранения. Многие страны, участвующие в работе этой сети, разрабатывают подходы, которые больше всего соответствуют их специфическим условиям.

Многие межсекторальные проекты в области профилактики и борьбы с НИЗ были представлены в День Европы во время Восьмой глобальной конференции по укреплению здоровья, которая состоялась 10–14 июня 2013 г. в Хельсинки (Финляндия), под общей темой «Учет интересов здоровья во всех стратегиях». Хельсинкское заявление о принципе «Учет интересов здоровья во всех стратегиях» (38) содержит прочную поддержку усилиям по борьбе с НИЗ в Европейском регионе.

3.4. Укрепление здоровья в конкретных условиях пребывания и физически активные виды передвижения

В Плане действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. (3) отмечена важная связь между экологическими детерминантами и первичной профилактикой НИЗ. Эта мысль совпадает с положениями Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья, 2010 г. (45), в которой европейские министерства здравоохранения и окружающей среды взяли обязательство предпринимать действия, направленные на решение ключевых современных проблем окружающей среды и здоровья, включая «...бремя неинфекционных заболеваний, особенно в той мере, в какой его можно уменьшить путем проведения рациональной политики в таких областях, как городское развитие, транспорт, безопасность пищевых продуктов и питание, экологические условия жизни и труда людей...».

План действий не только констатирует, что экологические угрозы представляют собой серьезный фактор риска неинфекционных заболеваний. Так, например, недавно полученные научные данные указывают на то, что свыше 20% случаев ишемической болезни сердца в 10 европейских городах обусловлены проживанием вблизи загрязненных автомагистралей (3). В нем также отмечается, что окружающая среда, включая условия, в которых люди проживают, учатся и работают, может давать отличные возможности для укрепления здоровья, особенно путем применения многоотраслевых стратегий и вмешательств, которые включают такие отрасли, как городское планирование, транспорт, образование и службы обеспечения трудовой занятости. В Плане действий, в частности, рекомендуются следующие вспомогательные меры:

- содействие развитию физически активных видов передвижения для повышения уровня физической активности посредством изменения городской среды;
- содействие укреплению здоровья в конкретных условиях пребывания людей с целью улучшения здоровья и повышения уровня благополучия путем обеспечения более благоприятной для здоровья среды в школах и на рабочих местах.

В настоящем разделе представлен обзор прогресса, достигнутого в проведении действий, рекомендованных в Плане действий, с особым вниманием к межстрановым процессам, которые произошли после принятия Плана, а также обозначены области, требующие дальнейшего внимания.

3.4.1. Содействие развитию физически активных видов передвижения

Политика в сфере транспорта и городского планирования играет важнейшую роль в определении уровней воздействия транспортного загрязнения воздуха и шума, а также в обеспечении условий, которые могут способствовать повышению уровней ежедневной физической активности, особенно посредством улучшения условий для велосипедной езды и ходьбы пешком в качестве средства передвижения и во время отдыха. В Плане действий рекомендуется принятие следующих мер:

Разработать и осуществлять национальные планы действий в сфере транспорта, здравоохранения и окружающей среды

Региональное бюро, работая в рамках Общеввропейской программы по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ) (47) — многоотраслевой стратегической платформы, которая объединяет министерства транспорта, здравоохранения и окружающей среды, с применением инклюзивного подхода разработало пособие по составлению национальных планов действий по транспорту, здоровью и окружающей среде. Это пособие широко обсуждалось с государствами-членами и обогащено набором наглядных примеров из практики стран. Официальный выход данного пособия в свет приурочен к Четвертому совещанию высокого уровня по транспорту, охране здоровья и окружающей среде, которое состоится в Париже в 2014 г.

Принимать участие в работе региональных сетей, осуществлять обмен опытом, выявлять и обмениваться данными по эффективности мер в сфере транспорта и городского планирования, способствующих сокращению риска НИЗ

Серия семинаров ОПТОСОЗ

В качестве компонента из серии тематических семинаров (48), проводимых в рамках ОПТОСОЗ, в Москве (Российская Федерация) в июне 2012 г. состоялся семинар на тему «Устойчивое развитие городского транспорта: вызовы и возможности», и в Алматы (Казахстан) в сентябре 2013 г. — семинар «Зеленая и благоприятная для здоровья устойчивая мобильность в городах Центральной Азии». На этих семинарах собрались специалисты и представители директивных органов из различных стран Европейского региона, а также из отраслей транспорта, окружающей среды и здравоохранения. Данные мероприятия послужили многоотраслевой платформой для обмена информацией, знаниями и практическим опытом. Кроме того, состоялись два симпозиума для представителей государств-членов в Руководящем комитете ОПТОСОЗ — в 2012 г. на тему «Экологичные и здоровые виды передвижения в интересах устойчивой городской жизни», в 2013 г. на тему «Здоровое городское передвижение для всех: ходьба и велосипедная езда в городах».

Инициативы, поддерживающие обмен информацией по развитию физической активности, в том числе физически активных видов передвижения

Широкие возможности для обмена информацией в целях распространения соответствующих научных данных и взаимодействия между учеными, практиками и представителями директивных органов из различных секторов, были предоставлены в рамках проектов, осуществлявшихся при поддержке со стороны Европейской комиссии. Так, в частности, были созданы условия для дальнейшего укрепления и развития Европейской сети содействия оздоровительной физической активности (НЕРА-Европа) (49) благодаря проекту «Содействие сетевому обмену информацией и обеспечению здоровых и социально справедливых условий для физической активности» (PHAN) (50), а также благодаря созданию Контактной группы «НЕРА-Европа — ЕС». Деятельность этой группы направлена на оптимизацию синергизма и взаимодействий между существующей сетью НЕРА-Европа и работой

ЕС и осуществляется как часть проекта «Содействие сетевому обмену и синергизму между секторами спорта и оздоровительной физической активности» (NET-SPORT-HEALTH) (51). В частности, совещания сети НЕРА-Европа, которая в настоящее время объединяет около 130 различных учреждений, были проведены в Амстердаме (Нидерланды) в 2011 г. (52), Кардиффе (Соединенное Королевство) в октябре 2012 г. (53), в Хельсинки (Финляндия) в октябре 2013 г. (54). Тематика совещаний включала также вопросы, относящиеся к развитию физически активных видов передвижения.

Развивать и использовать базы данных, разрабатывать рекомендации и инструменты для оценки изменений в состоянии здоровья, связанных с транспортом, с учетом экономических аспектов

Инструмент экономической оценки влияния пешей ходьбы и велосипедного передвижения на здоровье (HEAT) (55)

HEAT — это онлайн-ресурс, с помощью которого проводится оценка экономии ресурсов, достигаемой благодаря сокращению смертности вследствие регулярной езды на велосипеде и/или пешей ходьбы. Он основан на наилучших имеющихся фактических данных, и его параметры (настройки) могут быть адаптированы к конкретным ситуациям. Этот инструмент, который был разработан в контексте ОПТОСОЗ, распространяется бесплатно и сопровождается методическими указаниями и инструкцией для использования, которые были переведены на испанский, немецкий, польский, финский и французский языки (56). В течение 2012 и 2013 гг. была проведена серия онлайн-семинаров (вебинаров) для бесплатного обучения заинтересованных пользователей. Кроме того, была оказана прямая поддержка городам-участникам Европейской сети ВОЗ «Здоровые города», которые были заинтересованы в применении инструмента, в контексте проекта PHAN, осуществляемого при финансовом участии программы здравоохранения Европейского союза (вставка 1).

Набор ориентиров по повышению уровня физической активности среди детей и молодежи

В контексте проекта PHAN и опираясь на прямой вклад, обеспечиваемый представителями молодежных организаций и сотрудничеством с НЕРА-Европа,

Вставка 1. Инструмент экономической оценки влияния пешей ходьбы и велосипедного передвижения на здоровье (HEAT)

В 2006 г. Австрийское федеральное министерство сельского и лесного хозяйства, окружающей среды и управления водными ресурсами ввело в действие Мастер-план развития велосипедного движения – национальную стратегию содействия велосипедным средствам передвижения. В этом плане была поставлена цель удвоить долю велосипеда в общем объеме транспорта в Австрии к 2015 г. – с 5% до 10%. Расчеты по велосипедной езде, сделанные с применением инструмента HEAT, показывают, что этот уровень велосипедного передвижения позволяет сохранить 412 жизней каждый год в результате регулярной физической активности. Соответствующая средняя ежегодная экономия для Австрии только в результате сокращения смертности оценивается в сумме до 405 млн евро. Эти расчеты помогли добиться дальнейшей политической поддержки мастер-плана и позволили подчеркнуть пользу велосипедного передвижения для здоровья и экономики, которая выходит за рамки вопросов экологического и транспортного управления. Это наглядный пример научно обоснованных действий за пределами сектора здравоохранения, направленных на первичные глубинные детерминанты и способствующих более эффективному использованию публичных ресурсов.

была выпущена публикация *Юные и физически активные: повышение привлекательности физической активности для молодежи — набор ориентиров на английском, немецком, русском и французском языках (57)*. Она предназначена в качестве пособия для работников, пропагандирующих важность физической активности, в ней делается упор на поддерживающую городскую среду и условия, где дети и молодежь живут, учатся и отдыхают. Публикация была выпущена в свет во время первого совещания Европейской молодежной коалиции по окружающей среде и здоровью, которое состоялось во Флоренции (Италия) в октябре 2012 г.

Руководство по содействию физической активности в неблагополучных группах

Кроме того, в контексте проекта PHAN и в сотрудничестве с НЕРА-Европа были определены принципы действий по развитию физической активности среди социально неблагополучных групп с особым вниманием к роли здоровых средовых условий. Опубликовано краткое изложение политики на английском, немецком и французском языках (58). На основании пересмотра фактических данных, примеров из практики и национальных стратегий в публикации предложены меры на национальном и местном уровне в поддержку физической активности в этих группах, и обозначены пробелы в фактических данных, которые надлежит заполнить путем будущих научных исследований.

Разрабатывать и использовать инструменты для интеграции вопросов здоровья в транспортную политику

Интеграция вопросов здоровья в управленческие решения по транспорту остается ключевой задачей программы ОПТОСОЗ. В дополнение к разработке ресурсов, таких как справочное пособие по национальным планам действий в области транспорта, окружающей среды и здоровья и таких инструментов как HEAT и Европейская информационная система NOPA, перспективное значение имеет поддержка методов критической оценки транспортных стратегий в целях определения их возможных влияний на здоровье или дополнительной пользы для здоровья, вытекающих из инвестиций в транспортные стратегии, которые приносят пользу как окружающей среде, так и здоровью. Это имеет особую актуальность в то время, когда большинство стран рассматривают «зеленую» экономическую политику как средство преодоления экономического спада. Публикация *Дополнительная польза митигации изменения климата для здоровья — транспортный сектор (59)* рассматривает фактические данные в отношении к дополнительной пользе для здоровья и рисков при реализации стратегии митигации изменения климата в транспортной области, по результатам обзора, выполненного под эгидой Межправительственной группы по изменению климата. В этом документе сделан вывод, что транспортные системы, которые выдвигают на первый план

физически активные виды передвижения и системы скоростного общественного транспорта, совместно с улучшением городского землепользования, могут также помочь в улучшении доступа к необходимым инфраструктурным объектам для уязвимых групп, включая детей, пожилых, инвалидов и малообеспеченные слои населения, что, таким образом, повышает уровень социальной справедливости в отношении здоровья. Новое перспективное направление работы также представлено анализом возможных экономических последствий инвестирования в экологически устойчивый и здоровый транспорт в плане возможностей для создания новых рабочих мест. В контексте ОПТОСОЗ создано новое партнерство для исследования этих возможностей и более детального анализа их экономического значения (60).

3.4.2. Содействие укреплению здоровья в различных условиях среды пребывания

Условия среды пребывания людей, особенно такие как школы и рабочие места, — это важная отправная точка для осуществления программ профилактики НИЗ и укрепления здоровья.

Участковать в деятельности соответствующих сетей для укрепления потенциала стран, обеспечения условий для укрепления здоровья и первичной профилактики НИЗ

Укрепление здоровья в различных средовых условиях требует активного вовлечения различных действующих сил и партнеров из разных секторов и с разной повесткой дня. Вместе с тем, можно укреплять существующие партнерства и создавать новые путем использования возможностей для совместных действий в сферах общего интереса. Так, например, можно привлекать профсоюзы и другие профессиональные ассоциации, апеллируя к возможности улучшения рабочих условий, что в то же время будет и укреплять здоровье. Граждане, особенно молодежь, могут видеть возможности для выполнения лидирующей роли, и им можно предоставлять полномочия для самостоятельных действий, особенно в условиях, в которых они живут, учатся и работают. Европейская молодежная коалиция по окружающей среде и здоровью представляет собой пример новой международной неправительственной организации молодых людей, созданной

при инициативе со стороны государств-членов на Пятой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья (Пармской конференции) в целях продвижения и поддержки значимого участия молодежи в реализации Пармских обязательств. На институциональном уровне совпадение интересов к оздоровительной физической активности привело к созданию нового партнерства между Европейским региональным бюро ВОЗ и Генеральным директором Европейской комиссии по образованию и культуре.

Признано, что продвижение и укрепление здоровья детей школьного возраста — это мощный инструмент для профилактики НИЗ на последующих этапах жизни. Однако ситуация в Регионе, в частности в отношении избыточного веса и ожирения, угрожает нивелировать те достижения, которые получены в остальных аспектах НИЗ. Цифры, полученные в ходе второго раунда COSI (2009/2010 гг.), показывают, что в среднем каждый третий ребенок в возрасте 6–9 лет обладает избыточной массой тела или страдает ожирением. Распространенность избыточного веса (включая ожирение) варьируется от 24% до 57% среди мальчиков и от 21% до 50% среди девочек. Распространенность собственно ожирения составляет 9–31% среди мальчиков и 6–21% среди девочек. Что касается подростков, цифры, полученные в рамках Исследования поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC) за 2009/2010 гг. в Европейском регионе ВОЗ, показывают, что среди детей в возрасте 11 лет распространенность избыточного веса и ожирения составляет 11–33%, в возрасте 11 лет — 12–27% и среди детей в возрасте 13 лет — 10–23%. Исследование HBSC показало более высокую распространенность избыточного веса среди слоев с более низким социально-экономическим статусом в некоторых странах, что может быть связано с условиями среды, в большей мере способствующими развитию ожирения (с ограниченным доступом к здоровым пищевым продуктам и меньшими возможностями для физической активности), в условиях проживания менее обеспеченных слоев населения.

Несмотря на это, Региональное бюро, государства-члены и другие заинтересованные стороны, в частности научно-исследовательские организации, осуществляют совместную работу в целях улучшения показателей здоровья среди школьников. В рамках неформальной школьной сети, поддерживаемой

Региональным бюро, был проведен международный анализ с особым вниманием к странам со средним и высоким уровнем дохода, одновременно со сбором информации по мониторингу, оценке и другим научным исследованиям для того чтобы продемонстрировать влияние школьного питания на здоровье, школьную успеваемость, источники поступления пищевых продуктов, доставку и финансовые вопросы в контексте взаимоотношений между доказательной базой и стратегическими решениями. Было показано, что школьное питание может оказывать согласованную пользу для здоровья, образования и развития сельского хозяйства при следующих условиях: 1) политика адекватным образом сформулирована и включает тщательный мониторинг и оценку; 2) все заинтересованные стороны равным образом участвуют в процессе. В Регионе также осуществляются другие новые перспективные программы вмешательств на муниципальном уровне для борьбы с детским избыточным весом и ожирением.

Разработать политику, законодательство и инструменты стратегического управления, направленные на решение проблем, связанных с профессиональными НИЗ на национальном, местном уровне, на уровне рабочих мест в соответствии с рекомендациями ВОЗ и обеспечить соблюдение работодателями соответствующих правил и нормативов

Соотношение между здоровьем работающих, их благополучием, рабочими показателями и такими вопросами как организация трудового процесса и производительность труда хорошо известно, однако осведомленность об уровне важности этих вопросов еще недостаточно широко распространена среди организаций в странах Европейского региона (вставка 2).

Осуществлять имеющиеся полномочия и обязательства в отношении оздоровления окружающей среды, с тем чтобы снизить подверженность риску возникновения НИЗ

Государства-члены могут воспользоваться многочисленными возможностями для достижения прогресса в профилактике НИЗ путем расширения своего участия в существующих проектах и обязательствах, таких как Европейский процесс «Окружающая среда и здоро-

вье», и содействуя осуществлению соответствующих многосторонних экологических соглашений.

Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья

В Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья (45), принятой в 2010 г. на Пятой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья, «...бремя неинфекционных заболеваний, особенно в той мере, в какой его можно уменьшить путем проведения рациональной политики в таких областях, как городское развитие, транспорт, безопасность пищевых продуктов и питание, экологические условия жизни и труда людей...» рассматривается в качестве одной из важнейших проблем нашего времени в области окружающей среды и здоровья, решение которой требует прочной приверженности со стороны государств-членов. Пармская декларация предоставляет в распоряжение государств-членов четкую схему для действий, направленных на решение региональных приоритетных задач.

В частности, в региональной приоритетной задаче 2 «Борьба с ожирением и травматизмом путем обеспечения безопасной окружающей среды, адекватного уровня физической активности и здорового питания», региональной приоритетной задаче 3 «Профилактика заболеваний органов дыхания путем улучшения качества воздуха внутри и вне помещений» и в региональной приоритетной задаче 4 «Профилактика заболеваний, связанных с небезопасной химической, биологической и физической окружающей средой» перечислены конкретные действия, обладающие высоким потенциалом для сокращения респираторной, сердечно-сосудистой и онкологической заболеваемости, а также избыточного веса и ожирения. Кроме того, в Пармской декларации (45) поставлены цели с конкретными сроками достижения, в том числе следующие:

- обеспечить для всех детей к 2020 г. доступ к здоровой и безопасной окружающей среде и к таким условиям повседневной жизни, которые бы позволяли им ходить пешком или ездить на велосипеде в детские сады и школы, а также в зеленые зоны с возможностями для игр и других форм физической активности;
- к 2015 г. добиться, чтобы в соответствии с положениями Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против

Вставка 2. Укрепление здоровья и повышение уровня благополучия на рабочем месте путем внедрения стратегий расширения прав и полномочий в одной из организаций здравоохранения в Италии

Для осуществления проекта была выбрана крупная итальянская некоммерческая кооперативная организация, в которой трудятся 1367 работников здравоохранения, предоставляющих услуги реабилитации. Подразделения организации, расположенные в 5 провинциях, обслуживают различные категории пациентов, в том числе пожилых, инвалидов, детей, лиц с психическими расстройствами и/или злоупотребляющих психоактивными веществами, а также людей, подверженных риску маргинализации и социального отчуждения.

Этот проект, рассчитанный на 5 лет, получил полную поддержку и активную заинтересованность со стороны руководства высшего звена; все 1367 работников включены в модели оперативных исследований, которые способствуют расширению прав и возможностей и повышению ответственности. Заявленные ценности и цели проекта заключаются в том, чтобы способствовать процессам, направленным на ориентирование организации на нужды людей, не только пациентов, но и самих работников здравоохранения, поскольку администраторы, руководители и медицинские работники – это обычные граждане с присущими их потребностями. В целях эффективного удовлетворения нужд пользователей службы следует учитывать и защищать интересы здоровья и благополучия всех работников, что является главной детерминантой их профессиональной эффективности.

Укрепление и защита здоровья, так же как и личный и профессиональный рост работников, рассматривается как часть проекта по улучшению качества, выгодного для всех заинтересованных сторон.

В проекте участвуют заинтересованные структуры в качестве активных протагонистов оперативных исследований. Сотрудники Института по вопросам подхода, ориентированного на человека, выступают в роли консультантов и ведущих проекта, проводя учебные мероприятия, оказывая помощь в определении потребностей, сборе данных и их оценке. Основные черты проекта – это работа по группам, посвященная определению потребностей и установлению приоритетов по следующим направлениям:

- потребности в области здоровья и благополучия;
- профессиональное обучение и потребности в непрерывном повышении квалификации;
- повышение качества услуг;
- развитие и совершенствование организации;
- мониторинг и оценка;
- групповые обсуждения среди родственников пациентов;
- групповое обучение и повышение профессиональной квалификации.

Каждая группа работников здравоохранения участвует в течение пятилетнего периода в ежегодной 40-часовой учебной программе по укреплению здоровья на рабочем месте, охватывающей следующую тематику: основные понятия укрепления здоровья на рабочем месте, профилактика и управление стрессом, эффективная коммуникация, предотвращение конфликтных ситуаций и разрешение конфликтов, эффективная коллективная работа, баланс между работой и личной жизнью, здоровый образ жизни, эффективное решение проблем и устойчивость, учеба на ошибках, наилучшая практика в укреплении здоровья на работе, фазы укрепления здоровья в проекте на работе, как разработать и реализовать план действий по научным исследованиям, как разработать и оценить вопросники по определению потребностей проекта, теория и практика подхода, ориентированного на человека и на пациента, как развить прочные рабочие взаимоотношения с пациентами и их семьями. Ежегодные 40-часовые учебные программы организуются в удобном помещении за пределами рабочего места.

Источник: Alberto Zucconi, Институт по вопросам подхода, ориентированного на человека (Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona, IACP), Рим, Италия, личное сообщение.

табака любые внутренние помещения были свободными от табачного дыма;

- к 2015 г. выявить и в максимально возможной степени обеспечить устранение рисков, связанных с воздействием вредных веществ и препаратов, уделяя особое внимание беременным женщинам и кормящим матерям, а также местам, где дети живут, учатся и играют;
- к 2015 г. разработать национальные программы по элиминации болезней, связанных с асбестом.

Важно, что Пармская декларация также предоставила ВОЗ мандат для разработки системы мониторинга и отчетности по прогрессу в решении этих задач с использованием набора индикаторов, которые составляют основу Европейской информационной системы по окружающей среде и здоровью (ENHIS) (61).

Реализация выполнения многосторонних экологических соглашений и программ

Министерствам здравоохранения принадлежит важная роль по поддержке и продвижению существующих многосторонних экологических соглашений, в том числе среди стран ЕС, соответствующих директив ЕС, таких, которые относятся к качеству воздуха, проблеме шума, химических веществ и соединений. Многосторонние экологические соглашения дают площадку для согласованного демократического решения эко-

логических проблем, влияющих на все население через географические и политические границы и по всем социально-экономическим группам, а также содействуют развитию международного сотрудничества и надзора. Важно, что такие соглашения дают экономически эффективные возможности для достижения целей, поставленных на Пармской конференции, особенно в отношении первичной профилактики НИЗ. По этой причине Европейский министерский совет по окружающей среде и здоровью, который является политической движущей силой Европейского процесса «Окружающая среда и здоровье», в июле 2013 г. принял решение призвать все государства-члены укрепить свое участие и содействовать реализации следующих многосторонних экологических соглашений и стратегий:

- Конвенция 1979 г. о трансграничном загрязнении воздуха на большие расстояния и протоколы к ней;
- Протокол по проблемам воды и здоровья к Конвенции 1992 г. об охране и использовании трансграничных водотоков и международных озер;
- Роттердамская конвенция о применении процедуры предварительного обоснованного согласия в отношении отдельных опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле;
- Конвенция Минамата по ртути;
- ОПТОСОЗ.

3.5. Укрепление систем здравоохранения и наращивание потенциала

В Армении, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане начато осуществление проекта укрепления систем здравоохранения в целях активизации профилактики НИЗ и борьбы с ними. Эти страны получают интенсивную поддержку от ВОЗ в деле разработки стратегий и политики в области НИЗ и укрепления их интегрированных систем эпиднадзора. В этих четырех странах проведена первая оценка, организованы общенациональные консультации с участием всех заинтересованных сторон, разработаны и, возможно, приняты национальные стратегии, планы действий и политика в отношении НИЗ, а также проводятся обследования с использованием методики STEPS. Во исполнение ре-

комендаций регионального совещания, посвященного роли первичной помощи в профилактике НИЗ и борьбе с ними, в декабре 2012 г. в Таджикистане и в июне 2013 г. в Узбекистане были проведены семинары по осуществлению комплекса основных вмешательств по профилактике и борьбе с НИЗ в рамках первичной медико-санитарной помощи. Эти всеобъемлющие инициативы осуществлялись при поддержке со стороны правительства Российской Федерации.

ВОЗ совместно с Международным агентством по атомной энергии в рамках программы РАСТ оказывает помощь государствам-членам в оптимизации инвестиций в профилактику онкологических заболе-

ваний и борьбу с ними, которая выражается в оценке имеющихся у них программ и в выработке соответствующих рекомендаций. В течение 2012–2013 гг. проведены миссии в Армению, Республику Молдова, Румынию, Таджикистан и Черногорию. В сентябре 2012 г. Региональное бюро предоставило поддержку в разработке плана оказания паллиативной помощи в Украине, а в ноябре 2012 г. помогло провести в Турции второе ежегодное мероприятие «Пеший марш во имя излечения», целью которого является повышение осведомленности о раке молочной железы.

В Амстердаме (Нидерланды) 25–26 января 2012 г. состоялось организованное Региональным бюро ВОЗ совещание, посвященное важности укрепления первичной медико-санитарной помощи для профилактики и борьбы с НИЗ. Цель совещания состояла в том, чтобы помочь государствам-членам и организациям в осуществлении действий и вмешательств на уровне первичной медико-санитарной помощи, описанных в Плане действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, 2012–2016 гг., с особым вниманием к оценке кардиометаболического риска.

В Астане (Казахстан) 27–29 июня 2012 г. был организован диалог по вопросам политики в отношении укрепления услуг общественного здравоохранения в целях улучшения работы по профилактике НИЗ и борьбе с ними. В диалоге участвовали Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан и Украина. Участники были ознакомлены с проектом нового глобального плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ, по существу которого они представили свои комментарии и идеи.

Самый большой пробел в выполнении Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ отмечен в области оказания прямой технической поддержки государствам-членам в разработке методик ведения болезней. В соответствии с принятым в Регионе планом обеспечения устойчивости, в настоящее время вкладываются средства в привлечение специалистов в этой области, и такие инвестиции будут составлять одну из двух главных целей ныне создаваемого нового

географически удаленного офиса Европейского регионального бюро по профилактике и борьбе с НИЗ.

В конце 2012 г. было проведено четыре углубленных оценки состояния дел в странах — Армении, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане — с целью последующей выработки национальных стратегий, планов действий и политики в области профилактики и борьбы с НИЗ. Эти оценки показали, что ответственные лица, принимающие решения в секторе здравоохранения, нуждаются в дополнительном повышении квалификации по вопросам НИЗ. Хотя учебные курсы по этой тематике организуются часто, не хватает программ на русском языке. В настоящее время при поддержке правительства Российской Федерации и Первого московского государственного медицинского университета подготавливается учебный курс на русском языке, и первая группа слушателей прошла обучение по этому курсу в феврале 2014 г.

В результате проводимой совместной работы под руководством Регионального бюро и с участием Гарвардской школы общественного здравоохранения будут изданы две публикации — обзор существующих в системах здравоохранения препятствий для профилактики и борьбы с НИЗ и пособие для руководителей по проведению самооценки и планированию. Последнее уже используется для проведения многопрофильных оценок в пяти странах — Венгрии, Кыргызстане, Республике Молдова, Таджикистане и Турции.

В рамках сотрудничества между системами здравоохранения более 50 медицинских работников из Азербайджана, Албании, Армении, Болгарии, Испании, Казахстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Румынии, Сербии, Таджикистана, Турции, Узбекистана и Украины приняли участие в ежегодном Флагманском курсе по укреплению систем здравоохранения, который был проведен в Барселоне (Испания) с 25 сентября по 3 октября 2012 г. Особое внимание в этом курсе было уделено НИЗ.

Представители Грузии, Кыргызстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Узбекистана и Черногории участвовали в международных семинарах по аспектам НИЗ, касающимся общественного здравоохранения, которые прошли 7–12 мая 2012 г. и 3–8 июня 2013 г. соответственно в Женеве и в Лозанне (Швейцария).

4. Наглядные примеры инновационной практики в борьбе против НИЗ в Европейском регионе

Европейский регион дает примеры перспективных профилактических и контрольных мер и вмешательств, особенно в отношении четырех основных факторов риска. В настоящем разделе представлены новые меры, предпринимаемые различными

странами в усилиях по сокращению основных факторов риска. Они не только отражают новые важные идеи, но также могут служить стимулом для работы в области профилактики и борьбы с НИЗ.

4.1. Алкоголь

4.1.1. Ценообразование

Все страны сообщили о взимании акцизных сборов с реализации крепких алкогольных напитков и все, кроме одной (Кыргызстан), — о взимании таких сборов с продаж пива¹. Вместе с тем, в 11 странах нет акцизных

сборов на вино. В 12 странах размер акциза периодически пересматривается с учетом инфляции. Во всех странах, кроме двух (Азербайджан и Андорра), продажа алкогольных напитков облагается налогом на добавочную стоимость (НДС) в размере от 8 до 30%² (табл. 3).

Таблица 3. Ценовые и налоговые меры в отношении алкоголя в странах Европейского региона

Ценовые и налоговые меры	Число стран (n=53)
НДС на алкогольные напитки 0%	2
НДС на алкогольные напитки 8–12%	2
НДС на алкогольные напитки 15–20%	30
НДС на алкогольные напитки 21–25%	14
НДС на алкогольные напитки 26–30%	3
Уровень акцизных сборов, скорректированный с учетом инфляции	12
Запрет на продажи по цене ниже себестоимости	3
Запрет скидок за объем покупки	3
Дополнительный налог на конкретные виды продукции	5
Требование предлагать к продаже безалкогольные напитки по более низким ценам	4
Другие ценовые меры, направленные против потребления алкоголя несовершеннолетними или потребления в больших дозах	1

¹ Сведения по Узбекистану не представлены.

² Сведения по Казахстану не представлены.

Несколько стран сообщили об использовании ценовых мер помимо налогообложения. В конце 2011 г. Германия, Узбекистан и Швеция ввели запрет на продажу алкоголя по цене ниже себестоимости, а Исландия, Финляндия и Швеция запретили вводить скидки за объем покупки (такие как предложение «две бутылки по цене одной») (вставка 3).

Пять стран сообщили о введении дополнительного налога на конкретные продукты, такие как слабоалкогольные газированные напитки и другие готовые коктейли (табл. 3).

Пять стран (Беларусь, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина) сообщили об установлении минимальной розничной цены на алкогольные напитки. В Соединенном Королевстве (Шотландия) принят закон о введении политики минимальной цены (вставка 4).

4.1.2. Доступность алкогольных напитков

По состоянию на февраль 2013 г. во всех странах законодательно установлен возрастной ценз на приоб-

Вставка 3. Регламентирование скидок за объем покупки в Финляндии

До 2008 г. ценообразование на алкогольные напитки в Финляндии никак не регламентировалось. Конкуренция на рынке пива, который находится за пределами государственной монополии, была крайне интенсивной. Вследствие ценовой конкуренции банка пива могла стоить, например, 1 евро, а упаковка из 12 банок — только 9 евро. Перед выходными днями и во время праздников крупные супермаркеты выставляли только одну рекламу для привлечения покупателей: «Только сегодня: 12 банок пива — 7 евро». Рестораны также вводили специальные скидки; например, во время «счастливого часа» одну порцию пива или коктейль продавали лишь в половину обычной цены.

Считается, что скидки за объем покупок и «счастливые часы» способствуют избыточному употреблению алкоголя. Конституция не позволяет правительству менять цены, устанавливаемые частными магазинами, рынками и ресторанами. Запрет продаж по ценам ниже себестоимости также нереалистичен, поскольку себестоимость может варьировать и служить источником манипуляций. Однако некоторые коррективы удалось осуществить. В 2008 г. был введен запрет на ценовые скидки за объем покупки. В настоящее время запрещено предлагать несколько бутылок или порций продаваемых алкогольных напитков по сокращенным суммарным ценам. Также запрещена реклама в средствах массовой информации на краткосрочные скидочные цены или «счастливые часы». Цену можно рекламировать, только если она не меняется в течение двух месяцев. Оба вида запретов относятся к магазинам, супермаркетам и ресторанам.

Однако после введения запрета на объемные скидки магазины не повысили цену упаковок из 12 банок. Вместо этого, чтобы не нарушать закон, они снизили цену на покупку одной банки до ее цены в 12-баночной упаковке. После введения запрета на рекламу скидок магазины продлили специальные сниженные цены до двух, а то и до трех месяцев. Пример введения этих запретов иллюстрирует плюсы и минусы рыночного регулирования. Реакция производителей и структур розничной торговли на регламентирование цен на упаковки из нескольких банок привели к тому, что цена на одну банку пива была снижена более чем на 40%, что позволило, например, молодежи покупать больше пива за те же небольшие деньги. Самые крупные распродажи практически исчезли, но в целом скидочные цены теперь устанавливаются на два месяца.

Урок из этого таков, что наиболее рациональный путь регулирования цен на алкоголь — это налогообложение. В течение последних четырех лет правительство повысило акцизные сборы с алкоголя в четыре раза; все цены (и обычные, и скидочные) поднялись, налоговые поступления повысились на 400 млн евро и общий уровень потребления алкоголя снизился на 8%.

Источник: Ismo Tuominen, Департамент содействия улучшению благосостояния и укрепления здоровья, Министерство социальных дел и здравоохранения, Финляндия, личное сообщение.

ретение алкогольных напитков распивочно и на вынос. Распивочная продажа производится, например, в кафе, барах и ресторанах, продажа на вынос — в магазинах и супермаркетах.

Минимальный возраст, дающий право на приобретение алкоголя, колеблется от 16 до 20 лет, наиболее часто возрастной ценз составляет 18 лет (рис. 18 и 19).

Контрольные закупки — метод мониторинга и соблюдения контроля за соблюдением возрастного ценза, который в относительно недавнее время был добавлен к набору средств контроля за исполнением законов. Во вставке 5 приведена информация об опыте Швейцарии по использованию контрольных закупок.

Вставка 4. Шотландия принимает закон о введении минимальной цены на стандартную порцию алкоголя

В 2012 г. парламент Шотландии принял закон об установлении минимальной цены в 50 пенсов (0,60 евро) на стандартную порцию (единицу) алкоголя. Это базовая цена, ниже которой данное количество алкоголя продавать запрещено (1 единица составляет 10 мл, или 8 г чистого этилового спирта). За прошедший с того времени период правительство Соединенного Королевства также объявило о своем намерении ввести минимальную цену на стандартную порцию алкоголя для Англии и Уэльса. По мере падения цены на алкоголь уровень потребления повышается, и, соответственно, растет вред от употребления алкоголя. В Соединенном Королевстве в целом как ценовая доступность, так и наличие в продаже алкоголя в течение последних лет увеличились, особенно за счет распродаж алкоголя на вынос по сниженным ценам.

В Соединенном Королевстве (Шотландия) за период с 1994 г. потребление алкоголя выросло на 10%; в 2011 г. на каждого взрослого человека приходилось 11,2 л проданного чистого алкоголя. Параллельно с ростом потребления выросли масштабы вреда, связанного с алкоголем. За период с 1980-х годов частота госпитализаций, связанных с алкоголем, повысилась в четыре раза, и смертельные исходы, связанные с алкоголем, более чем удвоились. Уровни смертности от цирроза печени являются одними из наиболее высоких в Западной Европе. Минимальная цена на стандартную порцию алкоголя является частью шотландской стратегии, введенной в действие в 2009 г., в которой предусмотрено свыше 40 различных мер как на популяционном, так и на индивидуальном уровне, в соответствии с рекомендациями ВОЗ по эффективной антиалкогольной политике. Экономическое моделирование минимальной цены на единицу алкоголя показывает, что потребление должно упасть больше среди лиц, которые употребляют алкоголь в больших количествах, поскольку они предпочитают приобретать более дешевые алкогольные напитки. И эти меры будут иметь лишь незначительное влияние на тех, кто употребляет алкоголь в умеренных дозах. Появляющиеся данные научных исследований о системах минимальной цены в Канаде демонстрируют первые эмпирические доказательства эффективности минимальной цены на единицу алкоголя.

В одном из исследований было показано, что повышение минимальной цены на 10% привело к сокращению потребления алкоголя на 8,4%. Эффекты минимального ценообразования также заметны на уровне общего потребления, поскольку на лиц, употребляющих алкоголь в больших количествах, приходится значительная часть всего потребляемого алкоголя. В другом исследовании показано, что 10%-ное повышение средней минимальной цены на все алкогольные напитки коррелирует с расчетным снижением на 32% смертности, полностью обусловленной алкоголем. Установление минимальной цены на стандартную порцию алкоголя эффективно нацелено на тех лиц, которые в большей степени получают пользу от сокращения уровня потребления.

Источник: Lesley Graham, Отдел информационного обеспечения, Национальная служба здравоохранения, Шотландия, личное общение.

Рис. 18. Минимальный возраст, дающий право на приобретение пива, вина и крепких алкогольных напитков распивочно, в разбивке по числу стран (n=53)

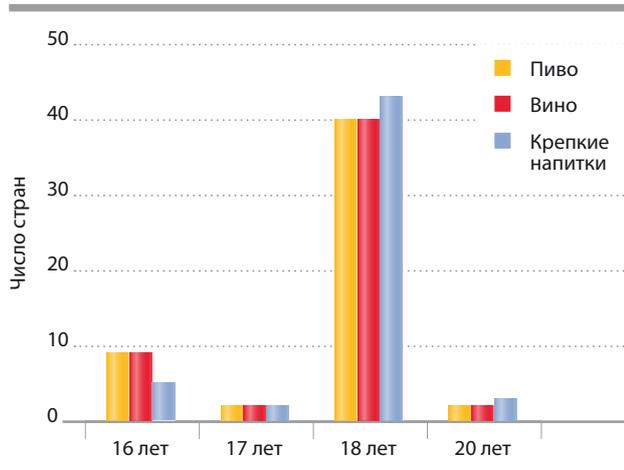
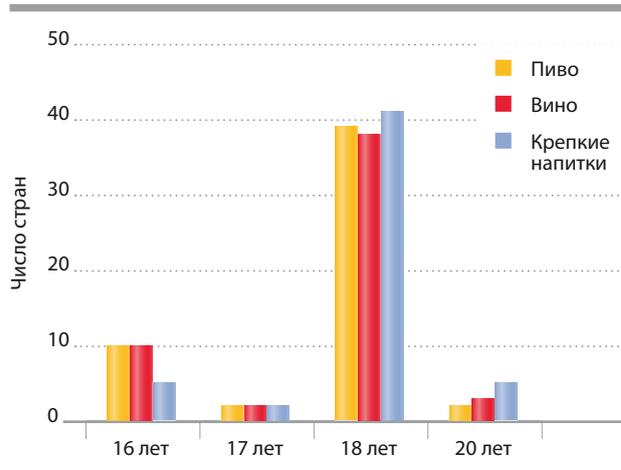


Рис. 19. Минимальный возраст, дающий право на приобретение пива, вина и крепких спиртных напитков на вынос, в разбивке по числу стран (n=53)



Вставка 5. Контрольные закупки в Швейцарии

Контрольная закупка – это метод, используемый для проверки, соблюдают ли продавцы, бармены и официанты требования возрастного ценза. Молодые люди, которые фактически или на вид младше возраста ценза, приобретают алкогольные напитки и затем докладывают, было ли им предложено предъявить документ, подтверждающий возраст.

В 2008 г. Федеральное бюро общественного здравоохранения и Швейцарский алкогольный совет разработали инструкции по проведению контрольных закупок алкоголя, для того чтобы содействовать стандартизации практики и данных и обеспечить, что эта процедура находится в правовом поле и проводится с соблюдением этических принципов (5). Руководство предназначено для кантонов, коммун, неправительственных организаций и компаний, и содержит контрольные листы, шаблоны соглашений и типовые письма участникам и родителям.

Кантоны, города/муниципалитеты или компании обычно поручают местным неправительственным организациям нанимать и обучать подростков (обычно в возрасте от 14 до 17 лет), которые посещают магазины, рестораны, киоски при автозаправочных станциях и т.д. и предпринимают попытки приобретения алкогольных напитков. Этот метод применяется в Швейцарии уже свыше 10 лет с периодической проверкой эффективности.

Контрольные закупки впервые были начаты в одном из кантонов в 2000 г. В 2011 г. контрольные закупки регулярно проводились уже в 25 из 26 кантонов.

Ежегодное число контрольных закупок выросло с 85 в 2000 г. до 5518 в 2011 г., и процент неправомочных закупок упал, соответственно с 83 до 30%.

В 2000 г. только 3,5% контрольных закупок сопровождалась просьбой предъявить документ, подтверждающий возраст, в то время как в 2010 г. почти в 80% случаев у покупателей требовали документ или спрашивали о возрасте.

Источник: Monika Rüegg, Федеральное управление общественного здравоохранения, Директорат общественного здравоохранения, Швейцария, личное сообщение

4.2. Питание и физическая активность

В июле 2013 г. Европейская министерская конференция ВОЗ по вопросам питания и неинфекционных заболеваний в контексте политики Здоровье-2020 приняла Венскую декларацию по питанию и неинфекционным заболеваниям в контексте политики Здоровье-2020 (24). Декларация была в последующем утверждена Европейским региональным комитетом ВОЗ. В Декларации содержится призыв к государствам-членам: рассмотреть варианты политики, представленные в качестве основы для развития и укрепления национальных стратегий в области питания и физической активности; всемерно поддерживать научно обоснованные подходы с включением всех уровней государственного управления и всех заинтересованных сторон; обеспечить надлежащее стратегическое руководство действиями, направленными на профилактику состояний, связанных с неудовлетворительным питанием и недостаточной физической активностью, а также развивать межсекторальные альянсы и сети и расширять права и возможности граждан; улучшать доступ к здоровому питанию и физической активности как средствам сокращения неравенств; укреплять национальный потенциал систем здравоохранения для решения медико-санитарных вопросов, связанных с питанием и физической активностью. В контексте политики Здоровье-2020 был дан мандат на разработку европейского плана действий по пищевым продуктам и питанию, а также стратегии по физической активности.

Ряд примеров социальных инициатив в Регионе, направленных на вопросы питания и физической активности, можно рассматривать как экспериментальные проекты в странах, которые ведут путь к укреплению и защите здоровья.

• **Уникальные инструменты эпиднадзора и проведения опросных обследований:** пример консолидированной системы эпиднадзора — это программа COSI. В рамках этой инициативы была создана стандартизированная европейская система эпиднадзора, направленная на вопросы детского ожирения с возможностью представления данных в разбивке по параметрам социально-экономического статуса. Система была расширена и по состоянию на 2013 г. охватывает 23 страны (63). Другим примером между-

народного сотрудничества в области эпиднадзора между государствами-членами Европейского региона ВОЗ является Исследование HBSC, в рамках которого изучаются соматическое и психическое здоровье детей и подростков, включая восприятия и поведение в отношении питания и физической активности. Эти опросные исследования, проводимые с использованием стандартизированных и валидированных схем, способствуют улучшению сравнимости данных между государствами-членами.

• **Улучшение питания в раннем возрасте для профилактики НИЗ в последующих возрастных периодах:** убедительный объем фактических данных указывает на то, что такие факторы как грудное вскармливание и соответствующее дополнительное питание (прикорм) могут представлять идеальные возможности для профилактики ожирения и неинфекционных заболеваний. Региональное бюро вместе со штаб-квартирой ВОЗ сотрудничает с государствами-членами, собирая фактические данные о связях между питанием в раннем возрасте и НИЗ и влиянием факторов, таких как коммерческое продвижение продуктов детского питания, на эти показатели. Дополнительные усилия были предприняты для сбора и стандартизации опросных инструментов в целях оценки грудного вскармливания и дополнительного питания детей с учетом резких различий в методиках среди стран Региона.

• **Регулярная физическая активность умеренной интенсивности** — ходьба, велосипедное передвижение или занятия спортом — приносит значительную пользу для здоровья и является частью здорового образа жизни. Способствующие факторы — это зеленые зоны, общественный транспорт, велосипедные дорожки и т. д. Вклад ВОЗ в этой области, в частности, заключался в выпуске документа *Шаги к здоровью: рамочная основа действий в Европейском регионе ВОЗ* (4). Силами ВОЗ разработан инструментарий по физической активности (АСТ), дающий практические подходы и стратегии, которые могут осуществляться широким кругом заинтересованных структур в различных экономических условиях и при различных размерах населения. Название АСТ расшифровывается как **Active workplaces** (физическая активность на рабочем месте), **Children and schools** (дети и школы)

и Transport and environment (транспорт и окружающая среда). Наконец Региональное бюро проводит работу совместно с сотрудничающими учреждениями по созданию нового инструмента для повышения уровня спонтанной физической активности среди детей, в частности путем их вовлечения в процесс разработки «пешеходного индекса» для детей (65).

- **Средовые условия пребывания** (settings) — инициативы по оздоровлению условий на рабочем месте; в школах (школы, содействующие укреплению здоровья / здоровому питанию); больницы, содействующие укреплению здоровья, и больницы, содействующие укреплению здоровья младенцев; здоровые города;

университеты, содействующие укреплению здоровья; детские сады; дома престарелых.

- **Экономические инструменты**, такие как комбинация субсидий и/или налогов используются в качестве инструментов политики продовольственного обеспечения и питания на национальном уровне (66). В пяти странах были применены с обнадеживающими результатами методы налогообложения пищевых продуктов в целях улучшения здоровья населения, и в 25 странах используются схемы субсидирования снабжения овощами и фруктами и школьного питания как средство улучшения здоровья детей и повышения уровня социальной справедливости (67).

Вставка 6. Европейские страны и налогообложение пищевых продуктов

Дания стала первой страной мира, где был введен налог на натуральный компонент во многих видах пищевых продуктов. Налог на содержание жира составлял 2,15 евро из расчета на 1 кг насыщенных жиров. Этот налог был введен в действие 1 октября 2011 г. и даже несмотря на свидетельства того, что он обусловил сокращение потребления насыщенных жиров, 1 января 2013 г. налог был отменен. Основной причиной отмены была озабоченность относительно трансграничной торговли и конкурентоспособности. Налог позволил получить прогнозируемые бюджетные поступления, привел к 6%-ному сокращению потребления насыщенных жиров и, по предварительным данным, не носил социально-регрессивного характера.

Многoletние традиции налогообложения нездоровых продуктов питания имеются в Финляндии, где применялось налогообложение сладостей и безалкогольных напитков. Впервые такой налог действовал в период с 1926 по 1999 г. Однако в 2000 г. компонент сладостей был отменен при сохранении компонента безалкогольных напитков. В конце 2010 г. финский парламент вновь одобрил введение налога на сладости, и в настоящее время этот налог начисляется на сладости, мороженое и шоколад. Налоги первоначально взимались в целях увеличения бюджетных поступлений для финансовых целей, однако их потенциал для вопросов здоровья и потребления также учитывается. В 2012 г. ставки налога были повышены.

В Венгрии, где отмечается высокое подушевое потребление соли и приблизительно две трети взрослого населения страдают ожирением, был введен специальный налог на пищевые продукты в целях охраны общественного здоровья. Налог был введен в 2011 г. и направлен на продукты, для которых имеются более здоровые альтернативы. Он имеет конкретную задачу в плане здравоохранения в целях содействия потреблению более здоровой пищи гражданами и изменению состава продуктов производителями. Поступления, генерируемые от этого налога, направляют на цели укрепления здоровья. Налогом облагаются безалкогольные, в том числе энергетические напитки, кондитерские изделия, соленые закуски, приправы, ароматизированный алкоголь и фруктовые джемы. Первоначально база налогообложения была шире и включала продукты быстрого питания, чипсы и выпечку; однако индустрия смогла лоббировать определенные исключения в этих областях.

Во Франции налог был введен в январе 2012 г. и им облагаются безалкогольные напитки с добавлением сахара и искусственных подсластителей. Налогом облагаются отечественные производители, импортеры, а также торговые предприятия, которые реализуют соответствующие напитки. Этот налог в первую очередь предназначен для целей сбора поступлений, однако также увязан с задачами снижения распространенности избыточного веса и ожирения, особенно среди детей и подростков.

- Были созданы **сети действий государств-членов** для содействия обмену опытом в таких областях как изменение содержания соли и жира в составе продуктов, взаимодействие заинтересованных сторон и ограничение маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированных на детей, развитие инициатив на базе школ (68). Наглядным примером этого послужило создание в рамках ВОЗ Европейской сети действий по ограничению потребления соли, включающей 27 государств-членов. Эта сеть, созданная по инициативе государств-членов, отразила их мнения относительно актуальности данной проблемы и недостаточной работы в области питания. До последнего времени большинство населения не выполняло рекомендаций ВОЗ в отношении соли, насыщенных жиров и трансжирных кислот и потребления сахара, так же как и в отношении рекомендаций по употреблению овощей и фруктов. Несмотря на прогресс в сокращении потребления трансжирных кислот, достигнутый в последние годы, популярные пищевые продукты

с большим количеством трансжиров находятся в широкой продаже в восточной части Региона, и имеется особая озабоченность относительно высокого уровня потребления этих продуктов в наиболее уязвимых группах (69). Сети действий, несомненно, поставили эти вопросы на повестку дня и во многих случаях внесли вклад в развертывание глобальных действий (Сеть действий государств-членов ВОЗ по сокращению маркетингового давления на детей (70, 71).

- **Региональное бюро и государства-члены проводят совместную работу по созданию однотипного профилирования питательных веществ**, которое может дать четкие указания о том, какие пищевые продукты следует реформулировать путем предоставления стандарта, по которому будут оценивать изменения пищевого состава продуктов. Так, например, профилирование нутриентов может помочь в работе по изменению состава продуктов, ведущему к сокращению потребления свободных сахаров, присутствующих в подслащенных напитках.

4.3. Табак

4.3.1. Упаковка и маркировка табачных изделий

Все стороны Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака несут обязательство принять в течение трехлетнего периода после вхождения в силу требования относительно упаковки и маркировки табачной продукции (статья 11). В поддержку Сторон были разработаны руководящие принципы по осуществлению этой статьи РКБТ ВОЗ.

В период с 2007 по 2013 г в Европейском регионе ВОЗ была проведена большая работа в данной области. Так, например, доля стран, в которых употребляются предупреждения среднего размера со всеми необходимыми характеристиками (или крупные предупреждения с отсутствием некоторых из необходимых характеристик) повысилась с 6% (2007 г.) до 32% (2013 г.). Аналогичным образом выросла доля стран, где обязательны предупреждения в виде графических иллюстраций, с 8% (2007 г.) до 38% (2013 г.).

Однако лишь две страны (4%) Европейского региона ввели требования по крупным предупредительным надписям со всеми необходимыми характеристиками, и этот показатель значительно ниже, чем во всех остальных регионах ВОЗ. Так, например, в Регионе стран Америки 34% стран ввели жесткие требования по упаковке и маркировке табачной продукции, в Регионе Юго-Восточной Азии — 27% стран, в Регионе западной части Тихого океана — 22% и в Регионе Восточного Средиземноморья — 13%. В 9% стран Африканского региона ВОЗ введены требования помещения крупных предупреждений со всеми надлежащими характеристиками.

Страны с высоким уровнем дохода в целом имеют более жесткие регламентации по упаковке и маркировке табачных изделий по сравнению со странами с низким и средним уровнем дохода. Так, например, в 81% стран с высоким уровнем дохода введено требование размещать предупреждения на всех табачных продуктах вне зависимости от того, произведены ли они в стране, импортированы или ре-

ализуются в предприятиях беспошлинной торговли, в то время как в странах с низким и средним уровнем дохода такое требование предъявляется лишь в 55% стран. Аналогично 90% стран с высоким уровнем дохода запрещают употребление дезинформирующей терминологии, в то время как аналогичный показатель для стран с низким и средним уровнем дохода составляет лишь 77%.

Другим недостатком является то, что не все табачные продукты отрегулированы стандартным образом. Так, например, 38% стран Региона требуют помещения предупреждающих иллюстраций на сигаретных пачках и лишь 13% — на упаковках бездымного табака. Аналогично лишь 13% стран требуют чередование

предупреждений о вреде здоровью на бездымном табаке, в то время как для сигарет это требование предъявляется в 89% стран.

Директива Европейской комиссии по табачным продуктам (72) включает обязанность помещать предупреждения о вреде для здоровья на табачной продукции и соблюдать предписанные требования относительно размера, формата и других характеристик среди прочих нормативных указаний. Проводится текущий пересмотр этой директивы с предложением включить туда увеличение размера комбинированных текстовых и изобразительных предупреждений и имеет большой потенциал и возможности для продвижения в странах ЕС и за его пределами.

5. Проблемы и возможности систем здравоохранения

Региональное бюро приступило к реализации рабочей программы сотрудничества с государствами-членами в целях наращивания усилий их систем здравоохранения по достижению более высоких результатов в борьбе с НИЗ. Эта рабочая программа была составлена в ответ на многочисленные призывы к всесторонним ответным действиям систем здравоохранения, направленным на сокращение бремени НИЗ. Новая рабочая программа, введенная в действие в 2013 г., нацелена на (i) составление прагматичных и действенных стратегических рекомендаций на страновом уровне по тем областям укрепления системы здравоохранения, которые способствуют ускорению прогресса в улучшении ключевых показателей борьбы с НИЗ; и (ii) синтез знаний и опыта в пределах Региона по общим проблемам систем здравоохранения и перспектив-

ным подходам для их решения. Эта новая программа ВОЗ является совместным усилием Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья и Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни.

Центральное место в рабочей программе занимают страновые оценки и последующие усилия в целях разработки стратегических ответных действий. Для содействия проведению эффективных страновых оценок и составлению стратегических рекомендаций Региональное бюро предприняло теоретическую работу и подготовило соответствующее методическое руководство. В 2013 г. был разработан ряд плановых промежуточных результатов, которые находятся в настоящее время на стадии финальной подготовки.

Рис. 20. Пятнадцать проблемных аспектов и возможностей в деятельности систем здравоохранения в борьбе с НИЗ



Промежуточный результат 1: сводный документ

В сотрудничестве с Гарвардской школой общественного здоровья был составлен аналитический документ о состоянии проблемы под названием *Улучшение показателей борьбы с неинфекционными заболеваниями посредством укрепления системы здравоохранения*, авторы: Marc J. Roberts и Mary Ann Stevenson. Эта аналитическая работа содержит описание природы НИЗ, в частности сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также перечень требований, которым должны отвечать системы здравоохранения, чтобы они могли обеспечивать эффективную профилактику, диагностику и лечение таких болезней. В работе сформулированы 15 проблемных аспектов деятельности систем здравоохранения, которые нередко препятствуют им в эффективном выполнении своих функций или, напротив, могут рассматриваться как возможности для наращивания темпов улучшения показателей здоровья (рис. 20).

Промежуточный результат 2: руководство по проведению страновых оценок

Руководство по страновой оценке отражает систематический подход к выявлению сильных и слабых сторон систем здравоохранения государств-членов в их деятельности по сокращению бремени НИЗ. В руководстве содержится рекомендация к оценочным группам начинать с анализа деятельности системы здравоохранения по ключевым показателям борьбы с НИЗ и представить соображения о вероятности до-

стижения целевых ориентиров «25 к 25» (сокращение к 2025 г. смертности от НИЗ на 25%). Схема промежуточных показателей здоровья связана с охватом основного населения соответствующими вмешательствами и индивидуальными услугами, которые тесно соответствуют принципам наиболее эффективных вмешательств, разработанных для Глобального плана действий по НИЗ (3). Вслед за этим следует детальный анализ 15 проблемных аспектов системы здравоохранения, которые препятствуют более широкому охвату основными вмешательствами по борьбе с НИЗ и услугами или, напротив, могут рассматриваться как возможности для наращивания темпов улучшения показателей здоровья. Оценки исследуют инновации и опыт наилучшей практики для обмена межстрановым опытом. В заключении оценки даются страновые стратегические рекомендации с учетом конкретных условий той или иной страны (табл. 4).

Промежуточный результат 3: страновые оценки с последующей разработкой политики

В 2013 г. пять стран (Венгрия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан и Турция) выступили с инициативой осуществления на своей базе полевых тестов подхода и Руководства по проведению страновых оценок. Перед каждой из оценок проводились широкие дискуссии по конкретным задачам оценки по странам, а также относительно роли, которую оценка может сыграть в дальнейшем развитии политики. В большинстве случаев результаты страновых оценок должны послужить вкладом в национальные про-

Таблица 4. Резюме структуры страновых исследований

Раздел	Задача
Часть А. Показатели деятельности системы здравоохранения по достижению промежуточных результатов в борьбе с НИЗ	В этом разделе отражена деятельность страны по улучшению показателей борьбы с НИЗ и вероятности достижения глобального целевого ориентира: 25%-ного сокращения смертности к 2025 г.
Часть В. Карта балльной оценки основных вмешательств на популяционном уровне и индивидуальных услуг	В этом разделе отражен охват основными вмешательствами и услугами по борьбе с НИЗ и их связь с поведением в отношении здоровья и промежуточными результатами.
Часть С. Проблемы и возможности систем здравоохранения	В этом разделе анализируются наличие и масштабы 15 общих проблем и возможностей системы здравоохранения в плане предоставления основных услуг.
Часть D. Обзор инноваций и примеров наилучшей практики в области систем здравоохранения	В этом разделе описаны примеры оптимальной практики систем здравоохранения и инноваций со сведениями по их влиянию на основные услуги и показатели, относящиеся к НИЗ.
Часть Е. Рекомендации в отношении политики	В этом разделе приведены приоритизированные стратегические рекомендации для страны по преодолению барьеров, стоящих перед системой здравоохранения, которые можно использовать в качестве вклада в разработку планов действий по НИЗ и укреплению систем здравоохранения.

цессы по разработке всесторонних планов действий, относящихся к укреплению систем здравоохранения и/или борьбы с НИЗ. Созданы механизмы для последующего развития политики в ответ на оценку. Во всех случаях оценочные группы использовали мультидисциплинарный подход и включали экспертов в области общественного здравоохранения, служб здравоохранения, финансирования, лекарственного обеспечения и других по мере необходимости. Оценка проводилась силами объединенной группы национальных и международных экспертов под руководством ВОЗ.

Хотя из опыта этих пяти стран невозможно сделать далеко идущие выводы, наблюдается отчетливая последовательность в результатах оценок, выполненных до настоящего времени.

- Во всех странах отмечен заметный прогресс по улучшению показателей сердечно-сосудистой заболеваемости, хотя он менее выражен в некоторых из ННГ, где требуются устойчивые усилия для достижения целей «25 к 25». Онкологическая смертность во всех пяти странах требует значительного внимания и серьезных усилий для того чтобы выполнить задачи «25 к 25».
- Охват основными вмешательствами на популяционном уровне (по борьбе против табака, алкоголя и по вопросам питания) носит достаточно ограниченный характер за некоторыми заметными исключениями, такими как контроль табака в Турции и внедрение инновационных стратегий в области

питания в Венгрии. Во всех случаях на повестке дня остается принцип отбора наиболее эффективных и выгодных вмешательств.

- Аналогично охват основными индивидуальными вмешательствами (например, всесторонняя оценка сердечно-сосудистого риска, эффективное лечение артериальной гипертензии и диабета) был значительно ниже, чем ожидали оценочные группы даже в странах, где коренные реформы системы здравоохранения продолжают уже в течение 10–15 лет.
- Основные задачи системы здравоохранения, которые дадут возможность пяти изученным странам ускорить свой прогресс в реализации популяционных вмешательств, включают более прочное межведомственное сотрудничество, усиление политической приверженности, более четкие подходы к установлению приоритетов, в том числе по механизмам бюджетных ассигнований, а также улучшение систем эпиднадзора и мониторинга.
- Основные задачи системы здравоохранения, которые дадут возможность ускорить прогресс по индивидуальным услугам в этих странах, включают совершенствование политики по кадровым ресурсам, установление правильной модели предоставления услуг, улучшение системы финансовых стимулов и расширение прав и возможностей населения.

Первые уроки из опыта реализации рабочей программы, в том числе в связи с проведением страновых оценок, были представлены на Таллинском

Вставка 7. Укрепление системы здравоохранения на основе оценки вопросов борьбы с НИЗ в Турции: внимание к социальным детерминантам

Оценка НИЗ как элемент укрепления системы здравоохранения в Турции включала все четыре НИЗ, и в ней придавалось особое внимание социальным детерминантам здоровья и справедливости. В ходе оценки были отмечены впечатляющие результаты, которых достигла система здравоохранения Турции в течение последних 10 лет в плане улучшения доступа и сокращения финансового бремени и в последующем улучшении показателей здоровья, особенно здоровья матерей и детей. Турция отмечена как страна с наилучшей в мире практикой в борьбе против табака, и с ее опытом стремятся ознакомиться многие другие страны. В ходе оценки было также отмечено, что воздействие на быстрорастущую проблему ожирения – это очередная задача для вмешательств на уровне населения с прочным межсекторальным сотрудничеством и проведением работы среди населения для улучшения питания и стимулирования изменений поведения, консультаций и взаимной поддержки. В отношении индивидуальных услуг очередная задача – это полная интеграция НИЗ в работу семейных врачей с применением вспомогательных пособий для принятия клинических решений, обучения, мониторинга и предоставления стимулов. Турция планирует использовать результаты оценки для разработки всестороннего плана профилактики и борьбы с НИЗ, который послужит в качестве основы для действующих планов и стратегий по различным областям профилактики и лечения НИЗ.

совещании по системам здравоохранения для здоровья и благосостояния в контексте положений политики Здоровье-2020, на Региональном флагманском курсе по укреплению систем здравоохранения с особым вниманием к НИЗ, на Международной юбилейной конференции, приуроченной к 35-й годовщине принятия Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи и на Европейской министерской конференции ВОЗ по вопросам профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями в контексте политики Здоровье-2020 в Туркменистане.

Последующие шаги включают дополнительные усилия по укреплению систем здравоохранения с осо-

бым вниманием к страновым оценкам по вопросам НИЗ в 2014–2015 гг., которые позволят синтезировать все уроки для Региона. Кроме того, будут разработаны и опубликованы краткие и четкие аналитические исследования инновационных примеров из практики в целях привлечения внимания к наиболее успешным видам практики. Наконец, будет составлен ряд технических документов по тем вопросам, где государства-члены нуждаются в углубленном методическом руководстве и стратегических консультациях. Комбинация этих промежуточных результатов даст возможность подготовить к концу 2015 г. региональный синтетический доклад с извлеченными уроками из практики и рекомендациями.

6. Выводы и заключительные соображения

Результаты Опросного исследования и детальные описания мероприятий, проводимых в государствах-членах, изложенные в данном докладе, являются свидетельством прогресса, который достигнут в ходе выполнения Плана действий по НИЗ по всем его приоритетным разделам. Государства-члены также согласовывают свою деятельность со стратегическими задачами, поставленными в политике Здоровье-2020, такими как улучшение здоровья для всех и сокращение несправедливостей в отношении здоровья с укреплением лидерства и коллективного руководства; их действия также согласуются с положениями Глобальной системы ВОЗ по мониторингу неинфекционных заболеваний.

В политике Здоровье-2020 здоровье рассматривается как основной ресурс и актив для экономического и социального развития. Экономическая успешность связана со здоровьем людей на всем протяжении их жизни. Несмотря на экономические трудности или даже критическую ситуацию в экономике ряда стран Региона, вызывает воодушевление тот факт, что продолжают расти темпы многоотраслевого участия и стратегического руководства по НИЗ, разрабатываются программы по преодолению факторов риска, укрепляется сотрудничество в рамках партнерств и сетей, желание учиться друг от друга и развитие инноваций.

Хотя полное признание того, как хорошее здоровье и справедливость в отношении здоровья влияют на национальную социально-экономическую структуру, еще не полностью достигнуто, все большее число государств-членов включают НИЗ в свои планы социального и экономического развития.

В дальнейшем борьбу с НИЗ нужно еще более прочно включать в повестку дня национального развития и в планы развития здравоохранения по всему Региону. Многоотраслевые механизмы, которые эффективно учитывают проблему НИЗ и их факторы риска и детерминанты на повестке дня других секторов, должны еще более активно развиваться и распространяться. Требуется более активное участие различных секторов:

действующих сил с различной повесткой дня, вовлекающих различные слои населения и сообщества. Выявление возможностей для совместных действий по направлениям, представляющим общий интерес, требует опоры на существующие институциональные, стратегические и профессиональные платформы, что повысит потенциал для привлечения политической поддержки, новых ресурсов, средств и технической экспертизы, которая имеется в различных дисциплинах. Кроме того, следует более четко определять роль неправительственных организаций и гражданского общества, и таким образом более эффективно их использовать.

Вызывает воодушевление тот факт, что в государствах-членах улучшается охват эпиднадзора по основным формам рискованного поведения и условиям, что дает прочную основу для согласования с Глобальной системой мониторинга НИЗ. Восточная часть региона догоняет страны ЕС в своей деятельности по эпиднадзору за факторами риска.

Что касается приоритета Плана действий, относящегося к здоровому потреблению, в странах наблюдается растущая тенденция ограничивать воздействие коммерческого продвижения пищевых и безалкогольных напитков на детей и можно с удовлетворением отметить, что свыше 50% государств-членов ввели меры по ограничению маркетинга, ориентированного на детей. В отношении пищевой соли измерение фактического потребления остается барьером для эффективного мониторинга влияния каких бы то ни было характеристик состава пищевых продуктов или других мер воздействия на популяционном уровне. Тем не менее, ожидается, что протоколы по измерению потребления соли на популяционном уровне вскоре будут разработаны. Внедряются важные инновации по ограничению потребления алкоголя, и поскольку многие виды продукции поставляют глобальные производители, и многочисленные методы маркетинга и продвижения продаж общие для многих стран, извлекаемые уроки из опыта смогут приобретать все большую применимость среди различных стран.

Что касается табака, только две страны Региона требуют помещения крупноразмерных предупреждений на упаковках со всеми надлежащими характеристиками, что, несомненно, гораздо ниже, чем в других регионах ВОЗ, и табачная продукция, особенно новые продукты, такие как бездымный табак, еще не подвержены универсальной регламентации.

Принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях внедряется в многочисленных условиях для воздействия на НИЗ, и ряд инициатив уже вовлекает многочисленные действующие силы и учреждения, особенно в секторах городского планирования, транспорта, образования и трудовой занятости. Вызывает удовлетворение развитие многочисленных инициатив в масштабе Региона, которые принимают во внимание связи между здоровьем, благополучием и средой, в которой люди живут, работают и отдыхают, то есть здоровые школы, города и рабочие места; растущее внимание к воздействию на факторы риска НИЗ через многоотраслевые и коллективные инициативы, а также многосторонние соглашения в области окружающей среды, которые способствуют координированным действиям. По мере накопления опыта внедрения таких инновационных инициатив, важное значение имеет распространение уроков из опыта.

Продолжается работа по укреплению систем здравоохранения; остается приоритетом более эффективное

внедрение руководств по клинической практике. В восточных субрегионах государства-члены участвуют в общих стратегических диалогах относительно своих служб общественного здравоохранения, и пять из них осуществили полевые испытания руководства по самооценке конкретных барьеров и планирования для улучшения ответных действий систем здравоохранения в плане профилактики и борьбы с НИЗ на популяционном и индивидуальном уровнях.

Подытоживая все вышеизложенное, можно отметить, что эффективная профилактика и борьба с НИЗ требуют участия действующих сил и партнеров из различных секторов, которые обладают различной повесткой дня и охватывают различные слои населения и сообщества. Актуальная задача — определить возможности для коллективных действий в областях, представляющих общий интерес, и прийти к пониманию разнообразия стратегических инструментов, которые имеются и которые несут наилучший потенциал для эффективной деятельности в текущем стратегическом климате. Для этого необходимо опираться на существующие институциональные стратегические и профессиональные платформы, таким образом повышая потенциал для привлечения политической поддержки, новых ресурсов, средств и технической экспертизы, которая имеется в различных дисциплинах и общественных действующих силах.

Библиография

1. *Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/ru/index.html, http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44579/6/9789244564226_rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
2. *Здоровье-2020: Основы европейской политики и стратегия для XXI века.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
3. *План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
4. *Европейская региональная консультация высокого уровня ДЭСВ ООН/ВОЗ «Борьба с неинфекционными заболеваниями – серьезным препятствием для устойчивого развития в XXI веке».* Краткий отчет о совещании, 25–26 ноября 2010 г., Осло, Норвегия. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/141205/NCD_Mtg_Oslo_Apr2011_SumRep_rus.pdf, <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2010/11/regional-high-level-consultation-on-noncommunicable-diseases/summary-report-on-the-regional-high-level-consultation-on-noncommunicable-diseases-ncds>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
5. *Курс на оздоровление: Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89306R.pdf>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
6. The European tobacco control report 2007. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68117/E89842.pdf, accessed 18 November 2013).
7. *Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74747/E90711R.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
8. Global Health Observatory Data Repository. World health statistics 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://apps.who.int/ghodata>, accessed 18 November 2013).
9. Review of social determinants and health and the health divide in the WHO European region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215196/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-final-report-Eng.pdf, accessed 18 November 2013).
10. Karanikolos M et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381:1323–31.
11. 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf, accessed 18 November 2013).

12. *Новое глобальное партнерство: искоренение бедности и преобразование экономик посредством устойчивого развития*. Доклад Группы видных деятелей высокого уровня по разработке повестки дня в области развития на период после 2015 года. Отдел публикаций ООН, Нью-Йорк, 2013 (http://www.un.org/ru/sg/management/hlp_report_ru.pdf, <http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/07/HLP-Report-Russian.pdf>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
13. *Резолюция WHA53.14. Глобальная стратегия для профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ra14.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
14. *Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9789244591017_rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
15. *Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9244592223_rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
16. Проект комплексной глобальной системы мониторинга и целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Доклад Секретариата ВОЗ. Документ WHA A66/8. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-ru.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
17. *Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyru.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
18. *Резолюция WHA64.9. Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-ru.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
19. *Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property*. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/phi/publications/Global_Strategy_Plan_Action.pdf, accessed 18 November 2013).
20. *Резолюция WHA64.11. Подготовка к Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними в развитие Московской конференции*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-ru.pdf#page=23, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
21. *Резолюция WHA65.8. Итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R8-ru.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
22. *Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2012 (<http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/66/2>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
23. *Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-ru.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
24. *Венская декларация о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики Здоровье-2020*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/234384/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Rus.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).

25. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2012/governance-for-health-in-the-21st-century>, accessed 18 November 2013).
26. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011;377:1438–47.
27. Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013:1–41 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/190456/Health-systems-in-times-of-global-economic-crisis,-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf, accessed 18 November 2013).
28. Mackenbach JP, Karanikolos M, Mckee M. Health policy in Europe: factors critical for success. *BMJ*. 2013;346:533.
29. Marmot M and UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215196/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-final-report-Eng.pdf, accessed 18 November 2013).
30. Могут ли налогово-бюджетные меры сократить бремя неинфекционных заболеваний? Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2012/10/can-fiscal-policies-reduce-noncommunicable-diseases2>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
31. Legido-Quigley H, Panteli D, Car J, McKee M, Busse R. Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.
32. Von Karsa L, Patnick J, Segnan N, Atkin W, Halloran S, Lansdorp-Vogelaar I et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy*. 2013;45:51–9.
33. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition – summary document. *Ann Oncol*. 2010;21:448–58.
34. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006.
35. Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening: first report. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008 (<http://www.cabdirect.org/abstracts/20093115601.html>, accessed 18 November 2013).
36. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart J*. 2012;33:1635–701.
37. Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines of cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007.
38. The Helsinki statement on health in all policies. In: The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf, accessed 18 November 2013).
39. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.

40. Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region-final.pdf, accessed 18 November 2013).
41. Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition 2007–2011. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/192882/Evaluation-of-the-Norwegian-nutrition-policy-with-a-focus-on-the-Action-Plan-on-Nutrition-20072011.pdf, accessed 18 November 2013).
42. Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf, accessed 18 November 2013).
43. Towards real-time surveillance on NCDs. In: Noncommunicable diseases: news and events. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.ndphs.org///documents/3666/NCD_7_6_6-Info_3__NCD_News%202013.pdf, accessed 18 November 2013).
44. Записка Генерального секретаря, препровождающая доклад Генерального директора Всемирной организации здравоохранения о возможных направлениях работы по активизации и содействию в реализации многопрофильных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на основе формирования эффективных партнерских связей. Шестьдесят седьмая Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, Последующие меры по итогам Саммита тысячелетия. Нью-Йорк, ООН, 2012, документ A/67/373 (<http://documents.un.org/simple.asp>)
45. *Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (<http://www.euro.who.int/ru/who-we-are/policy-documents/parma-declaration-on-environment-and-health>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
46. Perez L, Declercq C, Iñiguez C, Aguilera I, Badaloni C, Ballester F et al. Chronic burden of near-roadway traffic pollution in 10 European cities (APNEKOM Network). *Eur Respir J*. 2013;42:594–605.
47. *Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ)* [веб-сайт]. Женева, Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья, 2013 (<http://www.theper.org/ru/welcome.htm>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
48. List of meetings and events – 2013. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2013 (<http://www.unece.org/index.php?id=2506>, accessed 11 November 2013).
49. Европейская сеть содействия оздоровительной физической активности [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/hepa?language=Russian>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
50. Promoting networking and action on healthy and equitable environments for physical activity (PHAN). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/promoting-networking-and-action-on-healthy-and-equitable-environments-for-physical-activity-phan>, accessed 11 November 2013).
51. Promoting networking, exchange and greater synergy between sport and health-enhancing physical activity sectors (NET-SPORT-HEALTH). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/promoting-networking,-exchange-and-greater-synergy-between-sport-and-health-enhancing-physical-activity-sectors-net-sport-health>, accessed 11 November 2013).

52. Seventh annual meeting and third conference of HEPA Europe. Amsterdam, Netherlands, 12–13 October 2011. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2011/seventh-annual-meeting-and-third-conference-of-hepa-europe.-amsterdam,-netherlands,-12-13-october-2011>, accessed 11 November 2013).
53. 8th annual meeting and symposium of HEPA Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe/hepa-europe-membership-and-meetings/meetings-of-hepa-europe/eighth-annual-meeting-and-symposium-of-hepa-europe>, accessed 11 November 2013).
54. 9th annual meeting and 4th conference of HEPA Europe. Helsinki, Fit for Life Program, 2013 (<http://www.hepaeurope2013.fi/welcome>, accessed 11 November 2013).
55. Health economic assessment tool (HEAT) for cycling and walking. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/promotion-of-safe-walking-and-cycling-in-urban-areas/quantifying-the-positive-health-effects-of-cycling-and-walking/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 11 November 2013).
56. Kahlmeier S, Cavill N, Dinsdale H, Rutter H, Götschi T, Foster F et al. Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling. Methodology and user guide. Economic assessment of transport infrastructure and policies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2011/health-economic-assessment-tools-heat-for-walking-and-for-cycling.-methodology-and-user-guide>, accessed 11 November 2013).
57. Kelly P, Matthews A, Foster C. *Юные и физически активные: повышение привлекательности физической активности для детей и молодежи – набор ориентиров*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/young-and-physically-active-a-blueprint-for-making-physical-activity-appealing-to-youth>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
58. Европейская сеть содействия оздоровительной физической активности [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/hepa?language=Russian>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
59. Hosking J, Mudu P, Dora C. Health co-benefits of climate change mitigation – transport sector: health in the green economy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (http://www.who.int/hia/green_economy/transport_sector_health_co-benefits_climate_change_mitigation/en/index.html, accessed 11 November 2013).
60. *Экологичные и здоровьесберегающие рабочие места на транспорте: новое партнерство в рамках Общеввропейской программы*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/150983/e95664r.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
61. Европейская информационная система по окружающей среде и здоровью (ENHIS). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
62. Achats tests d'alcool – un guide pratique. Berne: Federal Alcohol Administration; 2010.
63. Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes*. 2013;8:79–97.
64. Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2007 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/pre-2009/steps-to-health.-a-european-framework-to-promote-physical-activity-for-health-2007>, accessed 18 November 2013).

65. Armstrong T et al. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/PA-promotionguide-2007.pdf>, accessed 18 November 2013).
66. Briggs AD, Mytton OT, Madden D, O Shea D, Rayner M, Scarborough P. The potential impact on obesity of a 10% tax on sugar-sweetened beverages in Ireland: an effect assessment modelling study. BMC Public Health. 2013 Sep 17;13(1):860.
67. Evaluation of the European School Fruit Scheme. Brussels: European Commission; 2012 (http://ec.europa.eu/agriculture/evaluation/market-and-income-reports/2012/school-fruit-scheme/synt_sum_en.pdf, accessed 18 November 2013).
68. Member States Action Networks. In: Disease prevention and nutrition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/policy/member-states-action-networks>, accessed 18 November 2013).
69. Stender S, Astrup A, Dyerberg J. A trans European Union difference in the decline in *trans* fatty acids in popular foods: a market basket investigation. BMJ Open. 2012;2: doi: 10.1136/bmjopen-2012-000859.
70. Европейская сеть действий по сокращению негативного воздействия маркетинга пищевых продуктов на детей [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2011/01/reducing-food-marketing-pressure-on-children>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
71. *Свод рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/ru/index.html>, по состоянию на 10 декабря 2013 г.).
72. Directive 2001/37/EC of the European Parliament and of the Council of 5 June 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the member states concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco products. Brussels: European Commission; 2001 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:194:0026:0034:EN:PDF>, accessed 18 November 2013).
73. Roberts M, Stevenson MA. Improving outcomes for noncommunicable diseases through health system strengthening. A background note. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; in press.

Приложение 1. Страны Европейского региона, принявшие участие в организованном ВОЗ Глобальном опросном обследовании потенциала стран по борьбе с НИЗ, 2010 и 2013 гг.

2010	2013
Албания	Албания
Андорра	Андорра
Армения	Армения
Австрия	Австрия
Азербайджан	Азербайджан
Беларусь	
Бельгия	Бельгия
Босния и Герцеговина	
Болгария	Болгария
Хорватия	Хорватия
Кипр	Кипр
Чешская Республика	Чешская Республика
Дания	Дания
Эстония	Эстония
Финляндия	Финляндия
Франция	Франция
Грузия	Грузия
Германия	Германия
Греция	Греция
Венгрия	Венгрия
Исландия	Исландия
Ирландия	Ирландия
Израиль	Израиль
Италия	Италия
Казахстан	Казахстан

2010	2013
	Кыргызстан
Латвия	Латвия
Литва	Литва
Люксембург	Люксембург
Мальта	Мальта
Монако	Монако
Черногория	Черногория
Нидерланды	Нидерланды
Норвегия	Норвегия
Польша	Польша
Португалия	Португалия
Республика Молдова	Республика Молдова
Румыния	Румыния
Российская Федерация	Российская Федерация
Сан-Марино	Сан-Марино
Сербия	Сербия
Словакия	Словакия
Словения	Словения
Испания	Испания
Швеция	Швеция
Швейцария	Швейцария
Таджикистан	Таджикистан
Бывшая югославская Республика Македония	Бывшая югославская Республика Македония
Турция	Турция
	Туркменистан
Украина	Украина
Соединенное Королевство	Соединенное Королевство
Узбекистан	Узбекистан

Приложение 2. Страны Европейского региона, принявшие участие в организованном ВОЗ Глобальном опросном обследовании потенциала стран по борьбе с НИЗ, по группам стран

Европейский регион	ЕС	ННГ	ЦЮВЕ
Албания			Албания
Андорра			
Армения		Армения	
Австрия	Австрия		
Азербайджан		Азербайджан	
Бельгия	Бельгия		
Болгария	Болгария		
Хорватия			Хорватия
Кипр	Кипр		
Чешская Республика	Чешская Республика		
Дания	Дания		
Эстония	Эстония		
Финляндия	Финляндия		
Франция	Франция		
Грузия		Грузия	
Германия	Германия		
Греция	Греция		
Венгрия	Венгрия		Венгрия
Исландия			
Ирландия	Ирландия		
Израиль			
Италия	Италия		
Казахстан		Казахстан	
Кыргызстан		Кыргызстан	
Латвия	Латвия		Латвия

Европейский регион	ЕС	ННГ	ЦЮВЕ
Литва	Литва		Литва
Люксембург	Люксембург		
Мальта	Мальта		
Монако			
Черногория			Черногория
Нидерланды	Нидерланды		
Норвегия			
Польша	Польша		Польша
Португалия	Португалия		
Республика Молдова		Республика Молдова	
Румыния	Румыния		Румыния
Российская Федерация		Российская Федерация	
Сан-Марино			
Сербия			Сербия
Словакия	Словакия		Словакия
Словения	Словения		Словения
Испания	Испания		
Швеция	Швеция		
Швейцария			
Таджикистан		Таджикистан	
Бывшая югославская Республика Македония			Бывшая югославская Республика Македония
Турция			
Туркменистан		Туркменистан	
Украина		Украина	
Соединенное Королевство	Соединенное Королевство		
Узбекистан		Узбекистан	

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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