

## ОТЧЕТ

# Достижение прогресса по первому обязательству Организации Объединенных Наций с конкретными сроками исполнения: усиление эпиднадзора за неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе

Katerina Maximova<sup>1</sup>, Ivo Rakovac<sup>2</sup>, Enrique Loyola Elizondo<sup>2</sup>, João Joaquim Breda<sup>2, 3</sup>, Sylvie Stachenko<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Школа общественного здравоохранения, Альбертский университет, Эдмонтон, Канада

<sup>2</sup> Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup> Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Katerina Maximova (адрес электронной почты: katerina.maximova@ualberta.ca)

## АННОТАЦИЯ

Высокое бремя неинфекционных заболеваний (НИЗ) представляет собой все более серьезную опасность для здоровья населения Европы. В настоящем отчете описывается прогресс, достигнутый государствами-членами Европейского региона ВОЗ в деле выполнения первого из четырех обязательств с конкретными сроками исполнения, сформулированных в 2014 г. в Итоговом документе Организации Объединенных Наций (ООН) по НИЗ. На основе данных Глобального исследования потенциала стран в области профилактики НИЗ и борьбы с ними (CCS) и критериев ВОЗ по достижению индикаторов прогресса (ИП) 30% стран в 2017 г. приняли конкретизированные по срокам национальные целевые ориентиры и индикаторы борьбы с НИЗ. Обеспечен высокий охват системами регистрации количества смертей – 81% стран полностью выполнили ИП по созданию регистрационных систем для регулярного формирования надежных данных о смертности с разбивкой по

причинам. Большинство стран недавно провели национальные исследования среди взрослых и подростков об их подверженности основным факторам риска НИЗ. Однако менее половины стран (40%) полностью выполнили ИП, измеряющий проведение национальных исследований среди взрослых о подверженности семи факторам риска НИЗ (употребление табака, употребление алкоголя, отсутствие физической активности, избыточный вес/ожирение, диабет, повышенное кровяное давление, потребление соли/натрия) за последние пять лет. Несмотря на достигнутый прогресс в области укрепления эпиднадзора за НИЗ в Европе, необходимы дальнейшие усилия по активизации мониторинга НИЗ в целях генерирования необходимой информации для осуществления мер общественного здравоохранения, направленных на сокращение бремени НИЗ.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЭПИДНАДЗОР, ФАКТОРЫ РИСКА, ИССЛЕДОВАНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

## ВВЕДЕНИЕ

Высокое бремя неинфекционных заболеваний (НИЗ), в т. ч. сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, диабета и хронических респираторных заболеваний, представляет собой все более серьезную опасность для здоровья населения Европы. В 2015 г. НИЗ стали причиной 89% всех смертей и 85% лет жизни, проведенных в состоянии нетрудоспособности (1), все больше увеличивая нагрузку на

системы здравоохранения, замедляя процессы человеческого и экономического развития и ставя под угрозу благополучие значительной части населения. Кроме этого, НИЗ затрагивают людей в их самые продуктивные годы жизни, являясь причиной 84% всех смертей в возрастной группе от 30 до 69 лет в Европе (2). Несмотря на важные успехи в снижении преждевременной смертности от НИЗ, достигнутые за последние десять лет в Европейском регионе ВОЗ (3), доля НИЗ в общем бремени болезней продолжает расти (1).

Важность сокращения бремени НИЗ в контексте общественного здравоохранения признается одной из основных приоритетных областей в стратегии Здоровье-2020, основополагающей политике здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (4). Главы государств и правительств приняли обязательства по профилактике и борьбе с НИЗ в 2011 и 2014 гг. (5, 6), а также недавно в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (7) и целей в области устойчивого развития (8). На глобальном и европейском уровнях были приняты планы действий (9–11), согласующиеся с набором целевых ориентиров и индикаторов и предназначенные для активизации деятельности и отслеживания прогресса в работе (12, 13).

Для определения национальных приоритетов в области НИЗ и выбора направлений для национальных усилий по профилактике и борьбе с НИЗ важны процессы разработки национальных целевых показателей, учитывающих ситуацию и контекст конкретных стран и основанных на глобальных и национальных целевых ориентирах и индикаторах (14, 15). Этот процесс требует адаптации глобальных целевых ориентиров и индикаторов в зависимости от местных потребностей, приоритетов и ресурсов, с тем чтобы при необходимости сделать их более амбициозными, а их достижение – более реалистичным, и рассмотреть необходимость принятия дополнительных целевых ориентиров и индикаторов.

Для процессов разработки политики, включающих планирование, постановку целевых ориентиров, мониторинг и оценку воздействия вмешательств и стратегий по снижению бремени НИЗ, необходимы функциональные системы эпиднадзора и мониторинга, производящие актуальную и своевременную информацию об основных НИЗ и их факторах риска (14, 15). Укрепление эпиднадзора и мониторинг НИЗ и их факторов риска – это задачи, лежащие в основе глобальных и региональных стратегий (9–11).

В данном отчете представлены результаты работы государств-членов Европейского региона ВОЗ по выполнению первого из четырех обязательств с конкретными сроками исполнения, сформулированных в 2014 г. в Итоговом документе ООН по НИЗ, по состоянию на 2017 г. (6). По ряду субрегионов (Европейский союз (ЕС), Новые независимые государства (ННГ), Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN)) и по Региону в целом авторами была проведена оценка статуса выполнения следующих индикаторов прогресса (ИП): 1) в стране установлены конкретизированные по срокам национальные целевые

ориентиры и индикаторы НИЗ; 2) в стране созданы регистрационные системы для регулярного формирования надежных данных о смертности с разбивкой по причинам (с включением дополнительного индикатора распространенности онкологических заболеваний с разбивкой по их виду); и 3) в стране как минимум каждые пять лет проводятся исследования факторов риска НИЗ (16, 17).

## МЕТОДЫ

В работе были использованы данные Глобального исследования потенциала стран в области профилактики НИЗ и борьбы с ними (CCS), в рамках которого с 2001 г. собирается информация об индивидуальном потенциале стран в области реагирования на НИЗ. Подробное описание инструмента исследования и процедур сбора и валидации данных было ранее опубликовано в других материалах (18, 19). Вкратце, опросник CCS состоит из четырех модулей: (i) инфраструктура общественного здравоохранения, партнерства и межсекторальное сотрудничество; (ii) политика, стратегии и планы действий; (iii) информационные системы здравоохранения и эпиднадзор; (iv) потенциал систем здравоохранения по выявлению заболеваний и предоставлению лечения и ухода. Опросник CCS по НИЗ разрабатывался на основе многократных консультационных процессов с участием ВОЗ, приглашенного методиста исследования и координационных центров по НИЗ. Его цель – генерирование объективной информации, а не сбор мнений в отношении адекватности существующего потенциала. Опросник был переведен на испанский, французский и русский языки и сопровождался подробными инструкциями по заполнению и глоссарием с терминологией. Опросник был направлен в координационные центры по НИЗ или назначенным сотрудникам в министерствах здравоохранения или национальных учреждениях или агентствах, отвечающих за работу в области НИЗ в каждой стране. Задача координационных центров по НИЗ заключалась в организации совместной работы с группой экспертов в данной области для подготовки комплексного ответа, который перед подачей официально согласовывался с ответственными лицами в министерстве здравоохранения. В целях валидации и подтверждения ответов страны также должны были предоставлять поддерживающую документацию. Затем полученные ответы просматривались в ВОЗ, где также проверялась полнота информации и осуществлялась валидация данных на основе существующих источников и поддерживающей документации, предоставленной странами. Проблемы, связанные с наличием пробелов

в заполненных вопросах, отсутствием документации или выявлением расхождений между полученными ответами и другими источниками, решались координационным центром по НИЗ. Сбор данных происходил через защищенный паролем онлайн-опросник на сайте ВОЗ. Используя подгруппу соответствующих индикаторов CCS по НИЗ, авторы провели оценку достижения индикаторов прогресса 1–3 в 2015 и 2017 гг. на основе критериев ВОЗ (дополнительная таблица 1) (16, 17). Анализ проводился на основе данных по 53 государствам-членам Европейского региона ВОЗ, предоставившим ответы по соответствующим индикаторам (т. е. при отсутствии незаполненной информации). Анализ осуществлялся с помощью программы Stata версии 13 (Stata Corp, College Station, TX).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Все государства-члены Европейского региона ВОЗ провели исследования CCS в 2015 и 2017 гг., кроме Люксембурга в 2015 г. В первом обязательстве ООН с конкретными сроками исполнения подчеркивается важность формулировки целевых ориентиров и их адаптации в зависимости от местных потребностей, приоритетов и ресурсов. В частности, в нем предусматривается необходимость формулировки конкретизированных по срокам целевых ориентиров и индикаторов, основанных на рекомендациях ВОЗ (ИП 1). В 2017 г. 30% стран полностью выполнили и 19% стран частично выполнили этот индикатор (см. рис. 1), продемонстрировав небольшой рост по сравнению с 2015 г. (23% и 20% соответственно). Прогресс в сторону полного выполнения этого индикатора был наиболее заметен в ННГ (33% против 58%) и странах SEEHN (22% против 33%).

Помимо формулировки целевых ориентиров и индикаторов, первое обязательство ООН также предусматривает создание информационных систем здравоохранения для регулярного формирования надежных данных о смертности с разбивкой по причинам, а также по возрасту, полу и другим социально-демографическим показателям. В целом в странах Европы обеспечен высокий охват системами регистрации количества смертей. Системы сбора данных о смертности с разбивкой по причинам существуют во всех странах, и в 98% стран они представляют собой системы регистрации актов гражданского состояния или демографических событий (см. табл. 1). В дополнение к системам гражданской регистрации в 17% стран функционируют системы выборочной регистрации, позволяющие оценивать национальные и/или региональные тенденции

в статистике по смертности на основе выборок населения при более низких затратах. Потенциал стран по регистрации данных о смертности с разбивкой по возрасту и полу также оценивается как высокий (см. табл. 1), однако лишь две трети (70%) стран включают в статистику другие социально-демографические показатели. Все страны, кроме стран ННГ, в 2017 г. сообщили о наличии реестров онкологических заболеваний. Подобные реестры, охватывающие все население страны, существуют в 72% стран – этот вид регистрации более распространен в ЕС (79%) и странах SEEHN (78%) и менее распространен в странах ННГ (50%). В 2017 г. 81% стран полностью выполнили ИП 2 (см. рис. 1), что на 4% больше, чем в 2015 г. (77%).

Большинство стран за последние пять лет провели национальные исследования среди взрослых и подростков об их подверженности основным факторам риска НИЗ (см. табл. 2). В 2017 г. употребление табака было наиболее часто включаемым показателем в исследования среди взрослых и подростков (91% и 94% соответственно), а употребление соли и липидный состав крови – наиболее редко включаемыми показателями (53% и 62% соответственно). Национальные исследования среди подростков по таким показателям, как употребление алкоголя, питание, отсутствие физической активности и избыточный вес и ожирение, редко проводятся в странах ННГ. Частота мониторинга факторов риска НИЗ выше в странах ЕС, где исследования проводятся каждые один-два года, чем в других субрегионах (дополнительная таблица 2). И хотя такие факторы, как уровень липидов и глюкозы в крови, кровяное давление, потребление соли и избыточный вес и ожирение, по-прежнему отслеживаются на основе самоотчетов респондентов, как минимум в половине стран опросы или исследования факторов риска предусматривают измерение этих показателей (см. табл. 3). Особенно выделяются усилия стран ННГ, в которых хорошо развит эпиднадзор за факторами риска на основе физических показателей. В рамках ИП 3 измеряется проведение странами национальных исследований среди взрослых о подверженности семи поведенческим и биологическим факторам риска НИЗ (употребление табака, употребление алкоголя, отсутствие физической активности, избыточный вес / ожирение, диабет, повышенное кровяное давление, потребление соли/натрия) за последние пять лет (дополнительная таблица 1). В 2015 г. 40% стран полностью выполнили и 49% частично выполнили этот индикатор (см. рис. 1). Самый высокий показатель полного выполнения индикатора зафиксирован в странах ЕС (50%). Проведение сравнений по этому индикатору за 2015 и 2017 гг. не представляется возможным, поскольку критерии его

достижения были пересмотрены в 2017 г. и теперь предусматривают физическое измерение уровня глюкозы в крови, кровяного давления и избыточного веса (17).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Данные эпиднадзора за НИЗ позволяют разработчикам политики и специалистам здравоохранения выявлять национальные тенденции в области преждевременной смертности от НИЗ, заболеваемости раком и распространенности поведенческих и биологических факторов риска, что, в свою очередь, помогает формулировать и корректировать национальные приоритеты в отношении разработки политики и программ в области НИЗ. В процессе реализации странами национальных программ и политических мер по профилактике НИЗ и борьбе с ними развитие комплексных механизмов мониторинга и оценки приобретает все большую важность для анализа достигнутых результатов и содействия изменениям в политике.

Результаты показывают, что процессы формулировки национальных целевых ориентиров и индикаторов отстают от планов, поэтому полноценное выполнение этого обязательства требует дополнительных усилий на страновом уровне. Действительно, сегодня остро стоит задача активизации процессов формулировки целевых ориентиров и обеспечения согласованности между национальными, региональными и глобальными целями. Странам может потребоваться помощь, оказываемая посредством политического диалога и экспертных консультаций в целях поддержки региональных и страновых процессов локализации и адаптации глобальных целевых ориентиров и индикаторов, а также их согласования с национальными планами по предупреждению НИЗ и общими планами здравоохранения, что может стать важным инструментом в этом процессе.

И хотя в странах Европы обеспечен высокий охват системами регистрации количества смертей, сегодняшние проблемы демографической статистики касаются качества учета, в т. ч. таких аспектов, как надежность информации о причинах смерти и своевременная доступность данных. Учитывая сохраняющееся неравенство в отношении преждевременной смертности от НИЗ (2), важно проводить мониторинг диспропорций в здравоохранении, имеющих отношение к уровню смертности и распространенности факторов риска. Данные исследований CCS по НИЗ показывают, что почти во всех странах

функционируют системы демографической статистики, позволяющие проводить мониторинг неравенства в отношении преждевременной смертности от основных НИЗ с разбивкой по возрасту и полу. Однако далеко не во всех странах фиксируется статистика с разбивкой по другим социально-демографическим показателям. В целях мониторинга неравенства в отношении распространенности факторов риска каждые пять лет должны проводиться исследования по системе STEPS или другие исследования с комплексной оценкой состояния здоровья, позволяющие осуществлять разбивку по социально-демографическим показателям. Что касается реестров онкологических заболеваний, необходима дальнейшая работа по повышению качества и надежности подобных реестров и информационных систем, а также по наращиванию кадрового потенциала в этой сфере. И хотя исследование CCS дает информацию о существовании реестров онкологических заболеваний, что очень важно с точки зрения мониторинга заболеваемости, их функциональность значительно различается – от регистрации случаев без подробной информации о гистологических стадиях и морфологических особенностях заболевания до полноценного мониторинга и последующего отслеживания (20).

Почти все страны за последние пять лет провели национальные исследования основных факторов риска НИЗ. Восточные страны Европейского региона догоняют страны ЕС в работе по осуществлению эпиднадзора за факторами риска, особенно страны ННГ, где чаще измеряются физические показатели. Однако число стран, в которых в недавнем времени были проведены национальные исследования или опросы по всем поведенческим и биологическим факторам риска НИЗ, как это предусматривается в рамках ИП 3, остается низким. Исследования факторов риска служат важным источником информации для подготовки отчетности о выполнении многочисленных индикаторов Глобальной системы мониторинга борьбы с НИЗ (12), помогая оценить воздействие программ здравоохранения, практических инициатив, политических мер и различных вмешательств в контексте сокращения бремени НИЗ. За последние десять лет в Европейском регионе ВОЗ для оценки потребностей в эпиднадзоре за факторами риска были внедрены новые инструменты, в т. ч. по отдельным факторам риска (например, Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS); Европейская информационная система «Алкоголь и здоровье» (EISAH); Европейская база данных по питанию, ожирению и физической активности (NOPA)), а также по отдельным группам населения – например, дети и молодежь (Европейская инициатива ВОЗ



по эпиднадзору за детским ожирением (COSI); Исследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC); Глобальное исследование по изучению статуса здоровья школьников (GSHS); или Глобальный опрос молодежи о потреблении табака (GYTS)). Интегрированное исследование ВОЗ в отношении факторов риска (поэтапный подход (STEPS) к эпиднадзору за факторами риска развития хронических заболеваний), представляющее собой несложный стандартизированный инструмент для сбора сопоставимых на международном уровне данных эпиднадзора за факторами риска НИЗ (21), было проведено в 11 странах Восточной Европы и Центральной Азии (Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Турция и Узбекистан). Все страны, кроме Казахстана, где опрос проводился только на региональном уровне в двух областях страны, провели национальные репрезентативные опросы домохозяйств. Исследования продемонстрировали высокие показатели поведенческих и биологических факторов риска НИЗ, которые были особенно высоки среди мужчин и стремительно повышались с возрастом (22), что подтверждает необходимость активизации профилактических и политических мер для сокращения факторов риска НИЗ среди населения.

С одной стороны, исследования для отслеживания прогресса по отдельным факторам риска, таким как употребление табака или алкоголя, регулярно проводятся, а с другой – отсутствуют комплексные системы мониторинга других факторов риска, в особенности потребления соли (23–24). В Европе существует несколько признаваемых на международном уровне исследований, способствующих развитию интегрированного подхода к мониторингу факторов риска НИЗ (например, Европейское опросное обследование в области здравоохранения (EHIS) и Европейское обследование состояния здоровья (EHES)) (25–26). С точки зрения стоимости, простоты реализации и эффективности исследование STEPS позитивно конкурирует с другими исследованиями за счет включения информации по 13 из 25 индикаторов Глобальной системы мониторинга борьбы с НИЗ (27). Осуществление исследований факторов риска и их регулярное повторение через небольшие промежутки времени позволяет странам выработать внутренний потенциал в области эпиднадзора и мониторинга НИЗ в целях выполнения первого из четырех обязательств ООН с конкретными сроками.

Несмотря на то что исследования STEPS и подобные исследования, включающие факторы риска НИЗ, проводятся во многих странах Европы, потенциал существующих

систем эпиднадзора за НИЗ зачастую ограничивается неполнотой предоставления данных, что приводит к снижению отклика респондентов, недостаточному охвату вследствие использования небольших или нерепрезентативных выборок, существенной задержке по времени, ошибкам измерения в предоставляемых респондентами данных и отсутствию географически взаимосвязанных или сопоставимых данных. Нехватка сопоставимых данных является одним из основных барьеров, стоящих перед системами глобального эпиднадзора и мониторинга. В Глобальной системе мониторинга борьбы с НИЗ содержится общий основной набор индикаторов (например, употребление табака, индекс массы тела и смертность), на основе которого может быть повышен уровень сопоставимости информации по странам и регионам. Важно проводить последовательные измерения по основным индикаторам во всех странах, вне зависимости от уровня ресурсов. Однако различия в интерпретации вопросов об индивидуальном поведении (например, в отношении курения, употребления алкоголя, физической активности и питания) в различных культурных и экономических контекстах существенно осложняют эпиднадзор за поведенческими факторами риска, преимущественно осуществляемый на основе самоотчетов респондентов. Эти ограничения приводят к появлению пробелов в знаниях и системах мониторинга, затрудняя доступность данных, необходимых для принятия решений или выработки политики.

Еще одна актуальная проблема мониторинга НИЗ заключается в том, что изучаемые поведенческие и биологические факторы риска (например, употребление табака и алкоголя, нездоровое питание, отсутствие физической активности, избыточный вес и ожирение, высокое кровяное давление, повышенный уровень сахара и липидов в сыворотке) отличаются многообразием, что осложняет сбор данных по ним в рамках традиционно пассивных систем эпиднадзора, основанных на рутинном сборе административных данных, направляемых различными учреждениями медико-санитарной помощи в соответствующие органы здравоохранения (28). Применение популяционных исследований позволило бы устранить некоторые из этих ограничений. Общие исследования в области НИЗ или по конкретным факторам риска (например, употребление табака, употребление алкоголя или питание) обычно являются более углубленными, но менее эффективными – в частности, они не позволяют оценить ни частоту/характер факторов множественного риска у отдельных лиц и групп населения, ни взаимосвязь между этими факторами и деятельностью системы здравоохранения. В настоящее время изучается

возможность применения менее традиционного, но многообещающего формата, основанного на подходе «больших данных» (например, электронные карты пациентов, социальные СМИ, цифровой след и мобильные информационные технологии/устройства), на основе которого могут быть разработаны дополнительные инструменты эпиднадзора за НИЗ (28).

Несмотря на все большее признание важности осуществления эпиднадзора за НИЗ и существенный прогресс, достигнутый в укреплении мониторинга факторов риска НИЗ, в этой сфере остаются большие информационные пробелы, требующие дальнейших усилий по развитию своевременного и адаптивного сбора данных посредством внедрения новаторских инструментов сбора данных и обеспечения связей между базами данных, усиления потенциала для анализа данных в целях выявления эффективных мер воздействия в качестве основы для дальнейших действий в области здравоохранения, а также разработки более углубленных исследований по отдельным показателям, таким как потребление соли или натрия (3, 24, 28). Повышение доступности цифровых данных высокого качества в области эпиднадзора за НИЗ на национальном, субнациональном и региональном уровнях, предусмотренное в Глобальном плане действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними (9), позволит осуществлять более полный анализ тенденций в области НИЗ в контексте национальных мер по профилактике НИЗ и борьбе с ними, что, в свою очередь, будет способствовать развитию комплексных систем эпиднадзора за НИЗ для мониторинга прогресса в достижении конкретизированных по срокам национальных и глобальных целей по сокращению бремени НИЗ (29, 30).

**Выражение признательности:** в подготовке данного материала принимали участие Natalia Fedkina и Anna Kurmanova. Изложенные в исследовании толкования и мнения представляют собой частные заключения авторов. Настоящий документ опубликован при финансовой поддержке правительства Российской Федерации в рамках деятельности Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офис по НИЗ).

**Источник финансирования:** Katerina Maximova является лауреатом премии за вклад в развитие профилактических исследований от Канадского общества по борьбе с раком (грант № 702936).

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Ограничение ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения и политику Всемирной организации здравоохранения.

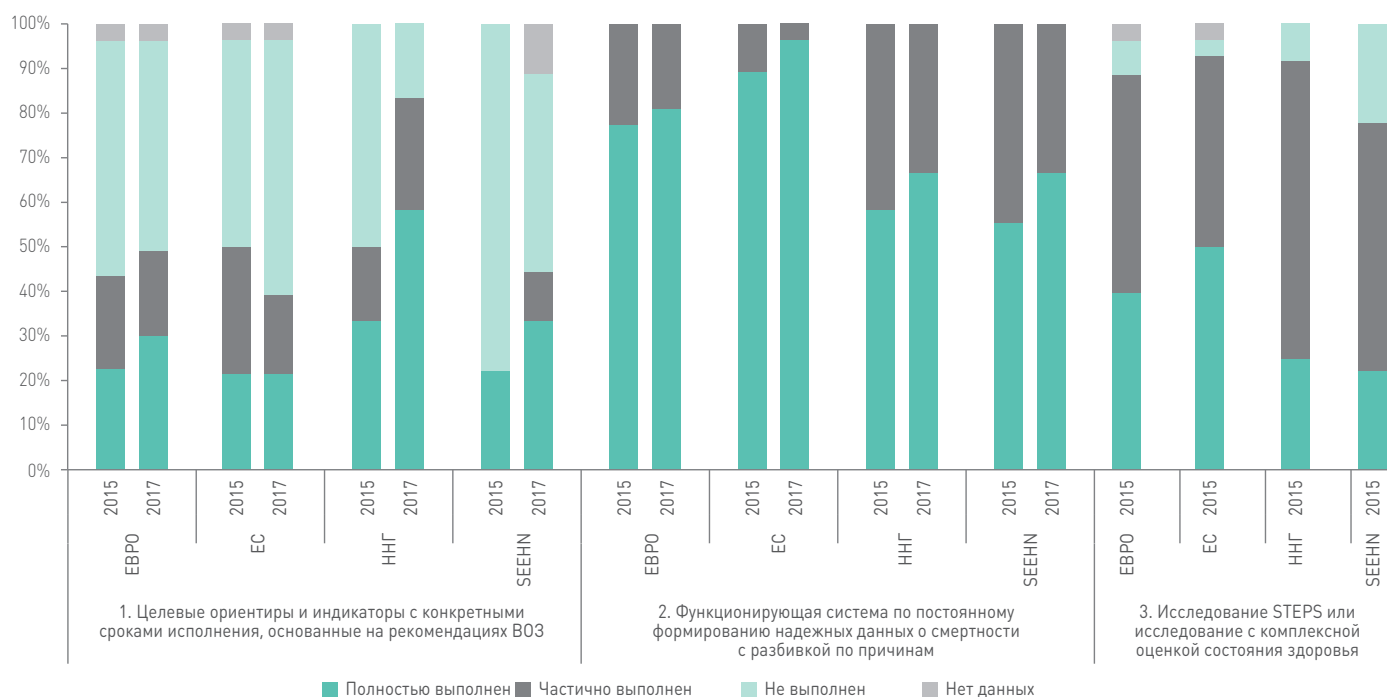
## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

1. Global Health Estimates [website]. Geneva: WHO; 2016 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en)).
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/european-health-report-2015-the-targets-and-beyond-reaching-new-frontiers-in-evidence>).
3. На пути к Европе, свободной от предотвратимых неинфекционных заболеваний. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2017/06/who-european-meeting-of-national-ncd-directors-and-programme-managers/documentation/towards-a-europe-free-of-avoidable-noncommunicable-diseases-discussion-paper-moscow-russian-federation-89-june-2017>).
4. Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/131300>).
5. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. New York: United Nations; 2011 (A/RES/66/2; [http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf)).
6. Итоговый документ совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2014 г. (A/RES/68/300; [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/256788/64id04r\\_NCDS\\_140598\\_REV1.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/256788/64id04r_NCDS_140598_REV1.pdf)).
7. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 г. (A/RES/70/1; <http://undocs.org/ru/A/RES/70/1>).

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 1 августа 2018 г.

8. Работа Статистической комиссии, связанная с деятельностью по осуществлению Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 г. (A/RES/71/313; [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/71/313&Lang=R](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/313&Lang=R)).
9. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними: 2013–2020. 2013 г. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233\\_rus.pdf?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf?sequence=5)).
10. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf?ua=1)).
11. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, 2016–2025. Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/policy/action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-who-european-region-20162025>).
12. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/nmh/global\\_monitoring\\_framework/en](http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en)).
13. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 3. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2016/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-3-2016>).
14. Stein C. "WHO needs targets?" *European Journal of Public Health* 2012, 22(4): 454; doi:10.1093/eurpub/cks085.
15. Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. Geneva: WHO; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en>).
16. Noncommunicable diseases progress monitor 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184688/1/9789241509459\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184688/1/9789241509459_eng.pdf)).
17. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en>).
18. Alwan A, MacLean D, Riley LM et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* 2010; 376: 1861-8.
19. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2015 global survey. World Health Organization (<http://www.who.int/iris/handle/10665/246223>).
20. Global Cancer Observatory [website]. (<http://gco.iarc.fr>).
21. STEPS: A framework for surveillance. The WHO STEPwise approach to Surveillance of noncommunicable diseases (STEPS). Geneva: WHO; 2003 (WHO/NMH/CCS/03.01; [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/en/steps\\_framework\\_dec03.pdf](http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_framework_dec03.pdf)).
22. NCDs | STEPS Country Reports. WHO; 2018 (<http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/reports/en/>).
23. Глобальная система мониторинга борьбы с неинфекционными заболеваниями ВОЗ – Справочный документ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/06/who-european-meeting-of-national-ncd-directors-and-programme-managers/documentation/the-who-global-monitoring-framework-on-noncommunicable-diseases-background-paper-moscow-russian-federation,-89-june-2017>).
24. Мониторинг выполнения обязательств по борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европе. Основная тема: индикаторы прогресса. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://ncdoffice.link/Monitoring>).
25. European Health Examination Survey (EHES). Helsinki: National Institute for Health and Welfare Finland; 2013 (<http://www.ehes.info>).
26. European Health Interview Survey (EHIS) questionnaire. English version. Luxembourg: Eurostat; 2006 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/implementation/wp/systems/docs/ev\\_20070315\\_ehis\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/implementation/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf)).
27. Riley L, Guthold R, Cowan M, Savin S, Bhatti L, Armstrong T et al. The World Health Organization STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk-Factor Surveillance: Methods, Challenges, and Opportunities. *American Journal of Public Health*. 2016; 106(1): 74-8; doi: 10.2105/AJPH.2015.302962.
28. Balicer RD, Luengo-Oroz M, Cohen-Stavi C, Loyola E, Mantingh F, Romanoff L et al. Using big data for non-communicable disease surveillance. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2017; doi: 10.1016/S2213-8587(17)30372-8.
29. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, Zhao D, Malta DC, Geneau R et al. on behalf of The Lancet NCD Action Group. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *The Lancet* 2013; 381(9866): 575-584; doi: 10.1016/S0140-6736(12)61993-X.
30. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet* 2014; 384(9941): 427-37. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60616-4. ■

**РИСУНОК 1. ПРОЦЕНТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН, ВЫПОЛНИВШИХ, ЧАСТИЧНО ВЫПОЛНИВШИХ ИЛИ НЕ ВЫПОЛНИВШИХ ИНДИКАТОРЫ ПРОГРЕССА, ПО ГРУППАМ СТРАН, В 2015 И 2017 гг.**



Сокращения: EBPO, Европейский регион; ЕС, Европейский союз; ННГ, Новые независимые государства, включающие следующие страны: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина; SEEHN, Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы, включающая следующие страны: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Республика Молдова, Румыния, Сербия и Черногория.



**ТАБЛИЦА 1. ПРОЦЕНТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН, ИМЕЮЩИХ РЕГИСТРАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ РЕГУЛЯРНОГО ФОРМИРОВАНИЯ НАДЕЖНЫХ ДАННЫХ О СМЕРТНОСТИ С РАЗБИВКОЙ ПО ПРИЧИНАМ И РЕЕСТРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ГРУППАМ СТРАН, 2017 г.**

	Европейский регион	ЕС	ННГ	SEEHN
	n=53	n=28	n=12	n=9
Система регистрации смертности существует	100	100	100	100
Система регистрации смертности представляет собой:				
систему регистрации актов гражданского состояния или демографических событий	98	96	100	100
систему выборочной регистрации	17	4	50	22
Система регистрации смертности предусматривает разбивку по:				
возрасту	100	100	100	100
полу	98	100	100	100
другому социально-демографическому показателю	70	75	67	56
Реестр онкологических заболеваний ведется	98	100	92	100
Данные о заболеваемости раком являются:				
популяционными	72	79	50	78
больничными	25	21	33	22
Реестр онкологических заболеваний является:				
национальным	66	71	58	56
субнациональным	25	21	33	22

Сокращения: ЕС, Европейский союз; ННГ, Новые независимые государства, включающие следующие страны: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина; SEEHN, Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы, включающая следующие страны: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Республика Молдова, Румыния, Сербия и Черногория.

**ТАБЛИЦА 2. ПРОЦЕНТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН, ОСУЩЕСТВИВШИХ НАЦИОНАЛЬНЫЕ\* ИССЛЕДОВАНИЯ ИЛИ ОПРОСЫ ПО ПОВЕДЕНЧЕСКИМ И БИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА НИЗ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ, ПО ГРУППАМ СТРАН, 2017 г.**

	Европейский регион	ЕС	ННГ	SEEHN
	n=53	n=28	n=12	n=9
Употребление табака				
Взрослые	91	100	100	78
Подростки	94	93	100	100
Употребление алкоголя				
Взрослые	85	89	100	78
Подростки	79	89	58	89
Питание или недостаточное потребление овощей и фруктов				
Взрослые	75	86	83	78
Подростки	66	79	42	78

Отсутствие физической активности				
Взрослые	79	89	83	78
Подростки	74	93	42	89
Избыточный вес и ожирение				
Взрослые	77	86	83	78
Подростки	72	89	42	78
Аномальный липидный состав крови				
Диабет или повышенный уровень глюкозы в крови	62	68	75	56
Гипертония или повышенное кровяное давление	75	79	83	56
Потребление соли или натрия	74	82	83	67
Потребление соли или натрия	53	61	67	56
* Включает страны, сообщившие о проведении национальных исследований или опросов, а также страны, сообщившие о проведении субнациональных и национальных исследований и опросов				
Сокращения: ЕС, Европейский союз; ННГ, Новые независимые государства, включающие следующие страны: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина; SEEHN, Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы, включающая следующие страны: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Республика Молдова, Румыния, Сербия и Черногория.				

**ТАБЛИЦА 3. ПРОЦЕНТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН, ОСУЩЕСТВИВШИХ ИССЛЕДОВАНИЯ ИЛИ ОПРОСЫ С ИЗМЕРЕНИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА, ПО ГРУППАМ СТРАН, 2017 г.**

	Европейский регион	ЕС	ННГ	SEEHN
	n=53	n=28	n=12	n=9
Аномальный липидный состав крови				
Физическое измерение	47	39	75	56
Самоотчеты респондентов	26	39	0	22
Диабет или повышенный уровень глюкозы в крови				
Физическое измерение	51	36	83	56
Самоотчеты респондентов	36	54	0	22
Гипертония или повышенное кровяное давление				
Физическое измерение	55	46	83	78
Самоотчеты респондентов	30	46	0	11
Потребление соли или натрия				
Измерение на основе суточного анализа мочи	28	29	17	33
Измерение на основе 12-часового анализа мочи	6	4	17	0
Измерение на основе анализа мочи на месте	11	14	17	11
Измерение на основе комбинации методов	4	7	0	0
Самоотчеты респондентов	25	29	25	22
Отсутствие физической активности – взрослые				
Физическое измерение	19	4	58	11
Самоотчеты респондентов	68	89	25	78
Отсутствие физической активности – подростки				
Физическое измерение	15	7	25	0

Самоотчеты респондентов	68	89	25	89
Избыточный вес и ожирение – взрослые				
Физическое измерение	57	50	83	67
Самоотчеты респондентов	34	46	0	33
Избыточный вес и ожирение – подростки				
Физическое измерение	49	39	50	67
Самоотчеты респондентов	38	61	8	22

Сокращения: ЕС, Европейский союз; ННГ, Новые независимые государства, включающие следующие страны: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина; SEEHN, Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы, включающая следующие страны: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Республика Молдова, Румыния, Сербия и Черногория.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА 1. КРИТЕРИИ ДОСТИЖЕНИЯ ИНДИКАТОРОВ ПРОГРЕССА

Индикатор	Критерии
1	<p>Источник данных: Глобальное исследование потенциала стран в области профилактики НИЗ и борьбы с ними (CCS)</p> <p>Этот индикатор считается полностью выполненным, если страна ответила «Да» на следующий вопрос: «Принят ли в стране набор конкретизированных по срокам национальных целевых ориентиров по борьбе с НИЗ на основе девяти добровольных целей Глобальной системы мониторинга борьбы с НИЗ?». Поддерживающая документация должна подтверждать, что целевые ориентиры имеют конкретные сроки исполнения, основаны на девяти глобальных целях и охватывают смертность от НИЗ, а также основные факторы риска в стране и/или системах здравоохранения.</p> <p>Этот индикатор считается частично выполненным, если страна ответила «Да» на следующий вопрос: «Принят ли в стране набор конкретизированных по срокам национальных целевых ориентиров по борьбе с НИЗ на основе девяти добровольных целей Глобальной системы мониторинга борьбы с НИЗ?», однако целевые ориентиры не охватывают две из трех областей в контексте девяти глобальных целей (включая смертность) или не имеют конкретных сроков исполнения.</p>
2	<p>Источник данных: ежегодный сбор статистических данных ВОЗ о причинах смерти</p> <p>ВОЗ собирает данные о смертности, в т.ч. о причинах смерти, через свою базу данных по показателям смертности, ежегодно обновляемую на основе данных от систем регистрации актов гражданского состояния. Данные считаются способствующими регулярному формированию надежной статистики о смертности с разбивкой по причинам, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· данные за последние пять отчетных лет в среднем являются на 70% применимыми. Расчет применимости данных: (полнота (%))*(1 – доля мусорных кодов);</li> <li>· за последние десять лет в ВОЗ была направлена отчетность по причинам смерти как минимум по пяти годам;</li> <li>· последний раз информация за отчетный год направлялась в ВОЗ не более пяти лет назад.</li> </ul> <p>Этот индикатор считается полностью выполненным, если данные по стране соответствуют всем вышеупомянутым критериям.</p>
3	<p>Источник данных: Глобальное исследование потенциала стран в области профилактики НИЗ и борьбы с ними (CCS)</p> <p>Этот индикатор считается полностью выполненным, если страна ответила «Да» на каждый из следующих вопросов в отношении исследований среди взрослых: <i>Проводились ли в вашей стране исследования факторов риска (одного или нескольких) по каждому из следующих показателей: употребление табака; злоупотребление алкоголем (факультативный показатель для 10 государств-членов, где существует полный запрет на алкоголь); отсутствие физической активности; избыточный вес и ожирение; повышенный уровень глюкозы в крови / диабет; повышенное кровяное давление / гипертония; потребление соли/натрия.</i></p> <p>По каждому фактору риска страна должна указать, что последнее исследование было проведено не позднее пяти лет назад (т.е. в 2012 г. или позже для исследования CCS 2017 г.), и предоставить поддерживающую документацию.</p> <p>Этот индикатор считается частично выполненным, если страна сообщила о проведении исследований как минимум по трем, но не всем вышеупомянутым факторам риска, или если исследования проводились более пяти, но менее десяти лет назад.</p>

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА 2. ПРОЦЕНТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН, ОСУЩЕСТВИВШИХ ИССЛЕДОВАНИЯ ИЛИ ОПРОСЫ ПО ПОВЕДЕНЧЕСКИМ И БИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА НИЗ С УКАЗАННОЙ ЧАСТОТОЙ, ПО ГРУППАМ СТРАН, 2017 г.**

	Европейский регион	ЕС	ННГ	SEEHN
	n=53	n=28	n=12	n=9
Употребление табака – взрослые				
Каждые 1–2 года	28	46	0	0
Каждые 3–5 лет	49	46	75	56
Употребление табака – подростки				
Каждые 1–2 года	17	25	0	0
Каждые 3–5 лет	72	71	75	89
Употребление алкоголя – взрослые				
Каждые 1–2 года	25	36	8	0
Каждые 3–5 лет	51	50	75	56
Употребление алкоголя – подростки				
Каждые 1–2 года	15	21	0	0
Каждые 3–5 лет	72	75	75	78
Питание или недостаточное потребление овощей и фруктов – взрослые				
Каждые 1–2 года	11	18	0	0
Каждые 3–5 лет	60	71	67	56
Питание или недостаточное потребление овощей и фруктов – подростки				
Каждые 1–2 года	9	14	0	0
Каждые 3–5 лет	60	71	50	67
Отсутствие физической активности – взрослые				
Каждые 1–2 года	15	25	0	0
Каждые 3–5 лет	60	68	67	56
Отсутствие физической активности – подростки				
Каждые 1–2 года	9	14	0	0
Каждые 3–5 лет	64	75	50	67
Избыточный вес и ожирение – взрослые				
Каждые 1–2 года	15	29	0	0
Каждые 3–5 лет	57	61	67	56
Избыточный вес и ожирение – подростки				
Каждые 1–2 года	17	25	0	0
Каждые 3–5 лет	53	64	50	44
Аномальный липидный состав крови				
Каждые 1–2 года	6	11	0	0
Каждые 3–5 лет	45	46	58	33
Диабет или повышенный уровень глюкозы в крови				
Каждые 1–2 года	15	21	0	0

Каждые 3–5 лет	51	50	67	33
Гипертония или повышенное кровяное давление				
Каждые 1–2 года	9	18	0	0
Каждые 3–5 лет	53	54	67	44
Потребление соли или натрия				
Каждые 1–2 года	2	4	0	0
Каждые 3–5 лет	42	54	42	33
Сокращения: ЕС, Европейский союз; ННГ, Новые независимые государства, включающие следующие страны: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина; SEEHN, Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы, включающая следующие страны: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Республика Молдова, Румыния, Сербия и Черногория.				