



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Европейское региональное
техническое консультативное
совещание по эпиднадзору,
мониторингу и оценке
распространенности
неинфекционных заболеваний**

Осло, Норвегия, 9–10 февраля 2012 г.

Отчет о консультативном совещании

РЕЗЮМЕ

9–10 февраля 2012 г. состоялось техническое консультативное совещание, в котором приняли участие 85 человек – национальные технические координаторы по вопросам неинфекционных заболеваний из 28 государств-членов, представители двух межправительственных организаций и семи сотрудничающих центров ВОЗ, 10 временных советников, наблюдатели от пяти неправительственных организаций, представители Директората здравоохранения Норвегии и Европейского регионального бюро ВОЗ. Участники совещания провели техническое обсуждение целей и показателей, предложенных для включения в глобальную систему мониторинга, которая создается во исполнение решений, принятых на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Цель совещания заключалась в том, чтобы определить конкретное содержание и направление процесса консультаций со странами и выяснить существующие в Регионе мнения о мониторинге и оценке Плана действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ на период 2012-2016 гг. и политики Здоровье-2020. На совещании также была дана возможность обменяться опытом стран и международным опытом в сфере эпиднадзора, рассмотреть вопрос об интегрировании в него социальных детерминант здоровья и определить потребности государств-членов в данной области.

<p>Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу: Publications WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8 DK-21000 Copenhagen, Denmark</p> <p>Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: http://www.euro.who.int/pubrequest.</p>

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права защищены. 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

	Стр.
Введение	2
Открытие совещания	2
Цели и задачи	2
Ситуация в мире и Европе	3
Дискуссия экспертов в формате круглого стола	4
Дискуссия	4
Цели на уровне политики и социальные детерминанты здоровья	5
Дискуссия	6
Существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах I	6
Смертность от НИЗ	6
Дискуссия	7
Алкоголь	7
Дискуссия	8
Существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах II	8
Скрининг с целью выявления рака шейки матки	8
Дискуссия	9
Дискуссия о других целях и показателях	9
Существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах III	10
Потребление соли с пищей	10
Дискуссия	11
Ожирение	11
Дискуссия	12
Резюме дискуссий по существующим в Регионе мнениям о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах	12
Дискуссия	13
Комплексные механизмы и методики осуществления эпиднадзора за НИЗ	14
Дискуссия экспертов в формате круглого стола	14
Дискуссия	15
Закрытие совещания	16
Приложение 1. Предварительная программа	17
Приложение 2. Список участников	20
Приложение 3. Предварительный набор предложенных глобальных целей и показателей для изучения	29

Введение

Открытие совещания

Европейское региональное техническое консультативное совещание по эпиднадзору, мониторингу и оценке распространенности неинфекционных заболеваний состоялось 9–10 февраля 2012 г. в г. Осло (Норвегия). Принимающей стороной выступило правительство Норвегии. В совещании участвовали национальные координаторы по вопросам эпиднадзора за неинфекционными заболеваниями (НИЗ), технические эксперты и другие заинтересованные стороны. На совещании было проведено техническое обсуждение целей и показателей, предложенных для включения в глобальную систему мониторинга, создаваемую во исполнение решений Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое состоялось 19–20 сентября 2011 г.

Представитель Директората здравоохранения Норвегии д-р **Bjørn-Inge Larsen** приветствовал участников и кратко изложил свои ожидания от совещания. 2011 год стал поворотным пунктом в борьбе с НИЗ: в апреле прошла важная глобальная министерская конференция в Москве, а в сентябре состоялось Совещание высокого уровня в Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке. В Норвегии ответные меры против факторов риска НИЗ находятся на разных стадиях: предпринимаются самые решительные шаги против табака и алкоголя, дающие реальные плоды, однако серьезной проблемой остается недостаток физической активности и наблюдается рост распространенности ожирения и диабета 2 типа. Выступающий выразил надежду, что во время консультативного совещания пройдут плодотворные дискуссии, которые станут реальным вкладом в выработку программы борьбы с НИЗ, и что страны будут активно участвовать как в данном совещании, так и в глобальном процессе консультаций.

Цели и задачи

Д-р **Gauden Galea**, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ, поблагодарил Норвегию за прием совещания: благодаря неизменной поддержке Норвегии Европейский регион стал первым среди регионов ВОЗ, где прошло консультативное совещание по вопросам, связанным с глобальной системой мониторинга и добровольными глобальными целями профилактики НИЗ и борьбы с ними. Он пояснил, что совещание проводится во исполнение ясно выраженного мандата ВОЗ, вытекающего из Политической декларации Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (резолюция 66/2) и резолюции Исполнительного комитета ВОЗ¹, в соответствии с которым ВОЗ должна создать глобальную систему мониторинга и набор добровольных глобальных целей. Кроме того, в резолюции, принятой Европейским региональным комитетом ВОЗ², содержится требование о том, чтобы цели и показатели, включаемые в План действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, определялись исходя из целей и показателей, предусматриваемых для глобальной системы. В качестве основы для

¹ Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: выполнение решений Совещания высокого уровня Генеральной ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Резолюция EB130.R7 от 20 января 2012 г.

² План действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ на период 2012–2016 гг. EUR/RC61/R3, сентябрь 2011 г.

обсуждения были подготовлены рабочие дискуссионные документы, однако в них отражается мнение их авторов, а не позиции ВОЗ. Имеются также возможности для обмена опытом стран и международным опытом в области эпиднадзора, рассмотрения социальных детерминант здоровья и выявления потребностей государств-членов в данной области. Выступающий отметил, что консультативное совещание не связано обязательством достичь консенсуса и будет носить чисто технический характер. Итогом совещания станет отчет о вопросах, касающихся применения глобальной системы мониторинга в Европейском регионе.

Г-жа **Frederiek Mantingh**, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ, предложила участникам совещания представиться. В совещании принимали участие 85 человек, включая представителей 28 государств-членов, двух межправительственных организаций и семи сотрудничающих центров ВОЗ, 10 временных советников, наблюдателей от пяти неправительственных организаций и представителей Директората здравоохранения Норвегии, Европейского регионального бюро ВОЗ, двух других региональных бюро и штаб-квартиры ВОЗ (Приложение 2).

Ситуация в мире и Европе

На заседании председательствовал представитель министерства здравоохранения и социальных услуг Норвегии г-н **Bernt Bull**, который представил следующих выступающих.

Г-жа **Leanne Riley**, Департамент хронических заболеваний и укрепления здоровья ВОЗ, кратко проинформировала собравшихся об итогах Совещания высокого уровня по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и о глобальной системе мониторинга и добровольных целях. Система задумана таким образом, чтобы служить основой для эффективного мониторинга прогресса в борьбе с НИЗ в странах и средством оценки общего прогресса в глобальных масштабах при взаимной подотчетности между этими уровнями. В основу системы, которая предназначается для мониторинга подверженности воздействию опасных факторов, исходов и ответных мер со стороны системы здравоохранения, положены пять принципов³. Система построена на опыте других глобальных инициатив и на наборе критериев, выработанных для отбора целей. Затем г-жа Riley подробно разъяснила каждую из 10 целей, их соответствующие показатели и источники данных (Приложение 3).

Д-р **Gauden Galea** представил европейский контекст, в котором будет реализовываться система мониторинга. Помимо разработки системы мониторинга и оценки для уже упоминавшегося Европейского плана действий по НИЗ, в Европейском регионе ВОЗ разрабатываются цели и показатели для европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020. В процессе постановки целей политики Здоровье-2020 в качестве основы для дискуссий, касающихся НИЗ, используется глобальная система мониторинга. Хорошо, что была принята такая временная последовательность, при которой процесс консультаций по вопросам глобальной системы мониторинга будет завершен до того, как на рассмотрение Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2012 г. будут представлены цели и показатели, касающиеся политики Здоровье-2020. Затем последует разработка системы мониторинга для Европейского плана действий по НИЗ, в ходе которой будут использованы эти два процесса, а также результаты продолжающейся работы в области социальных

³ Цели должны быть актуальными, понятными, достижимыми посредством вмешательств, основанных на фактических данных, и измеримыми.

детерминант здоровья и работы по выработке показателей благополучия. Хотя из 10 областей, охватываемых добровольными глобальными целями, лишь 4 области перекликаются с Европейским планом действий по НИЗ, имеется также возможность того, что некоторые аспекты будут затрагиваться в процессе разработки политики Здоровье-2020.

Дискуссия экспертов в формате круглого стола

После этого состоялась дискуссия экспертов в формате круглого стола (т.н. панельная дискуссия), в ходе которой участники высказали свои первые впечатления и мнения относительно глобальной системы мониторинга и добровольных глобальных целей.

Профессор **Knut-Inge Klepp**, Управление общественного здоровья Директората здравоохранения Норвегии, считает систему мониторинга и цели важным шагом. При составлении дорожной карты, указывающей путь к достижению целей, он предложил изучить опыт, накопленный в Европейском регионе, который в свою очередь обязан делиться своими стратегиями. Профессор **Klepp** порекомендовал включить в систему мониторинга физическую активность и предложил добавить показатели выполнения глобальных стратегий. Наконец, он высказал мысль о том, что более гибкие критерии позволят снизить порог для принятия показателей.

Г-жа **Sigurlaug Hauksdottir**, Европейская комиссия, кратко описала работу, проведенную в области эпиднадзора за факторами риска НИЗ с использованием опыта, накопленного в ходе Европейского обследования состояния здоровья методом интервью, которое проводил Евростат, и Европейского обследования состояния здоровья на основе медицинских осмотров, проходящего в 13 странах (его результаты будут доложены в Брюсселе 6–7 марта 2012 г.). Она признала наличие трудностей в гармонизации методик обследования и в сборе сравнимых данных.

Профессор **Hans van Oers**, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM, Нидерланды), подчеркнул необходимость начинать работу с выработки единой концептуальной основы и изучения опыта аналогичных процессов. Он особо отметил, что административное бремя для стран не должно быть слишком тяжелым, и что необходимо использовать уже существующие данные, собираемые в соответствии с имеющимися в странах информационными системами здравоохранения. В заключение он высказался в поддержку предложения о положительно выраженном включении физической активности в систему мониторинга.

Д-р **Liis Rooväli**, Управление информации и анализа здравоохранения министерства социальных вопросов Эстонии, согласилась с тем, что эпиднадзор за НИЗ должен быть интегрирован в национальные системы информации здравоохранения, что показатели должны иметь высокую актуальность для национальных систем и что следует избегать создания дополнительного бремени по сбору данных. Поддержав предложение о включении в систему мониторинга вопроса о недостатке физической активности, она предложила рассматривать цели с разбивкой по половозрастным и социально-экономическим группам.

Дискуссия

В ходе последующей дискуссии выступили представители Венгрии, Ирландии, Нидерландов, Норвегии, Эстонии, бывшей югославской Республики Македония, нескольких сотрудничающих центров ВОЗ, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и секретариата ВОЗ.

Представитель ВОЗ дал пояснения по поводу процесса и графика проведения консультаций по вопросам, касающимся глобальной системы мониторинга и набора добровольных глобальных целей и постановки целей для политики Здоровье-2020. Возникла дискуссия о ценности некоторых показателей, таких как ожидаемая продолжительность жизни, продолжительность здоровой жизни и преждевременная смертность, и об относительных преимуществах методов и инструментов обследования состояния здоровья на основе медицинских осмотров и на основе интервью.

Цели на уровне политики и социальные детерминанты здоровья

На заседании, в ходе которого были заслушаны два основных доклада и краткое информационное сообщение о предложенных цели и показателе в отношении табака, председательствовала д-р **Nata Avaliani**, Национальный центр борьбы с заболеваниями и охраны здоровья населения, Тбилиси, Грузия.

Д-р **David Stuckler**, Кембриджский университет, Соединенное Королевство, представил области государственной политики, в которых могут быть поставлены цели, приведя в качестве примера область борьбы против табака. Он рассказал о долгой истории, которую имеет постановка целей в Европе, и подчеркнул, что постановка целей – это политический процесс, дающий возможность бесприоритетных вариантов (например, поступление доходов в результате налоговой политики). Выступающий дал следующую характеристику целей, позволяющих достигать реальные результаты: их немного и они имеют узкую направленность; они основываются на фактических данных; они увязываются с механизмами и ресурсами; они подходят для соответствующего политического уровня; они достаточно смелы, чтобы пробуждать в людях устремления и служить источником вдохновения. В нынешние трудные времена, когда приходится экономить во всем, у руководства возникает возможность принять позитивный подход к охране здоровья.

Профессор **Martin Bobak**, Отдел исследований в области эпидемиологии и общественного здравоохранения, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство, посвятил свое выступление учету социальных детерминант здоровья в мониторинге и эпиднадзоре за НИЗ. Социальные детерминанты играют огромную роль в формировании здоровья: социальный градиент начинает проявляться в раннем детстве, очень немногие заболевания не имеют социально обусловленных закономерностей. Выступающий порекомендовал осуществлять как мониторинг НИЗ с дезагрегацией предпринимаемых мер и исходов по социальным детерминантам, так и мониторинг социальных детерминант по этапам жизненного пути. Он обратил внимание на важность увязки данных в исследованиях и мониторинге социальных детерминант здоровья.

Затем председатель пригласила д-ра **Edouard Tursan d'Espaignet**, Комплексные информационные системы по борьбе против табака, ВОЗ, выступить и представить цель и показатель в отношении табака. Цель и показатель были рассмотрены на региональном семинаре по реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, который прошел 15–18 ноября 2011 г. в Кишиневе, Республика Молдова, и было признано, что эта цель является достижимой во всем Регионе, хотя для некоторых стран достичь ее будет нелегко. Предпринимаются усилия по гармонизации методик обследований по табачной проблематике. Цель была признана вполне достижимой даже там, где уже было достигнуто значительное снижение потребления табака, хотя по данным, полученным из стран, для этого требуется активное участие политического руководства и осуществление на самом высоком уровне мер по снижению спроса на табачные изделия, предусмотренных в

Рамочной конвенции. В Европе также имеются подтверждения дальнейшего ускорения в снижении распространенности курения, в частности, в Норвегии. Анализ тенденции в странах, которые добились резкого снижения распространенности потребления табака, позволяет сделать вывод о том, что после того, как будет достигнута низкая распространенность, эпидемия может снизиться до самого низкого уровня, а затем последует ускоренное снижение распространенности.

Дискуссия

В состоявшейся затем дискуссии приняли участие представители Нидерландов, Норвегии, Соединенного Королевства, Франции, нескольких сотрудничающих центров ВОЗ, Европейской комиссии и Секретариата ВОЗ, а также временные советники. Было выражено согласие с необходимостью отслеживания тенденций в социальном неравенстве и социальных детерминантах здоровья. Выступающие отметили влияние государственной политики на социальное неравенство и относительные достоинства популяционных и индивидуальных подходов. Была выражена озабоченность по поводу влияния защиты данных и доступа к данным на увязку данных и подчеркнута важность сохранения добротной системы мониторинга здоровья населения. Было поддержано предложение представлять данные по каждому показателю с разбивкой по возрасту, полу, социально-экономическому положению и другим параметрам. Было высказано предложение о том, чтобы вместе с каждым показателем представлялся соответствующий ему наиболее выгодный вариант политики – это помогло бы странам определить свои приоритеты и сосредоточить усилия только на нескольких простых малозатратных и действенных вмешательствах, которые были бы практическими, разумными и осуществимыми. Были приведены примеры, демонстрирующие социальные неравенства и предпринятые в связи с ними инициативы в Германии, Норвегии, Польше и Соединенном Королевстве.

Существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах I

Председателем на этом заседании была д-р **Véronique Tellier**, Валлонская обсерватория здравоохранения, г. Жамб, Бельгия.

Смертность от НИЗ

От имени группы по мониторингу исходов НИЗ с сообщением о цели и показателе в отношении смертности от НИЗ выступил профессор **Kari Kuulasmaa**, Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний, укреплению и мониторингу здоровья, Хельсинки, Финляндия. В целом данная цель была признана реалистичной. Что касается показателя, то данные имеются и являются в значительной степени полезными, хотя кое-где их качество оставляет желать лучшего, а качество регистрации актов гражданского состояния даже в Европе не везде одинаковое. В уровнях и тенденциях смертности от НИЗ в Европейском регионе доминируют сердечно-сосудистые заболевания и рак; смертность от этих групп заболеваний снижается, но в разной степени. Поэтому цель снижения на 25% считается вполне реалистичной, и ее достижение в одних странах потребует сохранения снижения смертности от НИЗ, а в других – обеспечения более резкого снижения смертности.

Д-р **Gauden Galea** продемонстрировал тенденции в зависимости между преждевременной смертностью от болезней системы кровообращения и валовым внутренним продуктом

страны. Поскольку эта смертность чувствительна к социально-экономическим условиям, выступающий поставил вопрос: может ли произойти изменение в наблюдаемом снижении вследствие экономического спада.

Дискуссия

В ходе последующей дискуссии выступили представители Бельгии, Ирландии, Польши, Румынии, Соединенного Королевства, нескольких сотрудничающих центров ВОЗ и Секретариата ВОЗ и временные советники. Было выяснено значение термина "безусловный" в показателе и предложено более ясно сформулировать в аналитическом документе, составленном Kari Kuulasmaa, тезис о том, что рак в значительной степени можно предупредить. Было также высказано предложение о том, что в некоторых странах было бы полезно раздельно анализировать такие подгруппы сердечно-сосудистых заболеваний, как ишемическая болезнь сердца и сердечная недостаточность, так как они характеризуются разными тенденциями. Обсуждался вопрос о низком качестве регистрации смерти, и было высказано несколько предложений о его улучшении. По-видимому, в одних странах смертность от сердечно-сосудистых заболеваний завышается, в других странах она занижается, и эта проблема возникает особенно в тех случаях, когда смерть наступает до госпитализации и вскрытия тела не проводится. Относительно свидетельств о смерти были отмечены недостатки использования единственной "причины смерти", в которой не учитывается наличие множественных заболеваний, часто развивающихся к моменту смерти. Хотя были даны пояснения в отношении возрастного диапазона для предложенной цели, было высказано мнение о том, что в большинстве стран преждевременной считается смерть в возрасте до 65 лет, а представитель одной страны отметил, что неправительственные организации жалуются, что, когда все внимание уделяется людям моложе 70 лет, это является проявлением дискриминации. В интересах соблюдения принципа социальной справедливости была поддержана идея о дезагрегации и/или введении дополнительных показателей для отражения различий в зависимости от возраста, пола, социально-экономического положения и проживания в городе или сельской местности, хотя и было вновь отмечено, что при этом может быть труднее увязывать данные. Были предложены такие альтернативные или дополнительные показатели, как число утраченных лет здоровой жизни (показатель DALY), число прожитых лет здоровой жизни, благополучие и смертность, поддающаяся предупреждению благодаря медицинским вмешательствам – показатели, дающие возможность позитивного взгляда на здоровье и в некоторых случаях более полезные для лиц, формирующих политику.

Алкоголь

Д-р **Jürgen Rehm**, Сотрудничающий центр ВОЗ по проблемам аддикции и психического здоровья, Торонто, Канада, выступил от имени группы по мониторингу подверженности воздействию опасных факторов с сообщением о цели и показателе в отношении алкоголя. В основном цель была признана достижимой: 46 стран в последние годы на 10% снизили потребление алкоголя на душу взрослого населения, хотя в странах с низким уровнем доходов, таких как Индия, где подушевое потребление алкоголя среди взрослых по мере развития будет, скорее всего, возрастать, достичь этой цели будет труднее. Показатель был признан достаточно добротным, надежным, достижимым и содержательным. Для Европейского региона достижение цели не должно быть слишком трудным делом: тенденции потребления алкоголя на душу взрослого населения в целом являются устойчивыми, хотя и различаются в разных субрегионах, а 17 стран уже снизили этот показатель более чем на 10%. Достижение предложенной цели может значительно повлиять

на смертность и заболеваемость от НИЗ, тем более, если включить сюда и психическое здоровье.

Дискуссия

В ходе состоявшейся затем дискуссии выступили представители Грузии, Норвегии, Польши, Соединенного Королевства и Франции, несколько временных советников, а также представители сотрудничающих центров ВОЗ, Европейской комиссии и Секретариата ВОЗ. Хотя и были признаны сильные стороны показателя, особенно с учетом вероятного занижения потребления алкоголя при проведении обследований, было также отмечено, что триангуляция с данными обследований все же необходима и что предпринимаются меры по улучшению методики обследований. Участники дискуссии упомянули ранее высказанную заинтересованность государств-членов в наличии показателя потребления алкоголя в больших количествах за один раз и обсудили относительные преимущества показателя потребления алкоголя на душу взрослого населения по сравнению с показателем опасного употребления алкоголя: например, помимо того, что потребление алкоголя на душу взрослого населения лучше поддается измерению, оно лучше коррелирует со смертностью от НИЗ, а снижение потребления алкоголя на душу взрослого населения очень сильно коррелирует с опасным употреблением алкоголя. Что касается социальной справедливости, было разъяснено, что снижение потребления алкоголя благотворно скажется на людях с более низким социально-экономическим статусом, которые достигнут большего улучшения здоровья на каждый литр снижения потребления. Считается, что повышение налогов на алкоголь имеет благоприятное соотношение затрат и эффективности более чем в 90% стран Европейского региона (по сравнению с этой мерой короткие вмешательства обходятся дорого), однако с этим, по-видимому, согласны немногие правительства, и в этой связи было отмечено отличие от борьбы против табака. Несколько стран высказали заинтересованность во введении минимальной цены на единицу спирта, что также могло бы в принципе дать немалый эффект с точки зрения здоровья населения и сбыта спиртных напитков.

Существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах II

Председателем на этом заседании был д-р **Alban Ylli**, сектор хронических заболеваний и стратегий здравоохранения Института общественного здравоохранения Албании.

Скрининг с целью выявления рака шейки матки

От имени группы по мониторингу деятельности системы здравоохранения с докладом о цели и показателе в отношении скрининга для выявления рака шейки матки выступил д-р **Lawrence von Karsa**, Международное агентство по изучению рака, Лион, Франция. Он приветствовал включение скрининга с целью выявления рака шейки матки, поскольку это касается аспектов как укрепления систем здравоохранения, так и улучшения качества, а также потому, что это заболевание поддается предупреждению. Он выразил озабоченность в отношении возможности использования этого показателя, который может трудно поддаваться определению и в связи с которым могут возникнуть проблемы сопоставимости. Выступающий высказал мнение, что лучшим показателем может быть "ежегодный охват подлежащего скринингу населения", по крайней мере для Европейского региона, а если установить требование собирать данные из организованных программ скрининга, это может еще больше подчеркнуть важность качества. Он предложил двухуровневую цель: охват не

менее 70% как приемлемый и охват не менее 85% как желательный, причем эта цель не должна рассматриваться как противоречащая рекомендуемому ВОЗ охвату 80%. Вновь подчеркивая важность обеспечения качества, д-р von Karsa заявил, что, по его мнению, для Европейского региона число стран, имеющих организованную программу скрининга на уровне всего населения, может быть важнее, чем охват. В целом включение скрининга на предмет рака как в глобальный набор целей, так и в Европейский план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними создает возможность пересмотреть и усилить подход к скринингу с целью выявления рака в Европе; хотя работа по составлению доклада о ситуации в странах Европейского союза (ЕС) и по ее улучшению уже проведена, есть заинтересованность в расширении этой работы на страны Европейского региона ВОЗ, не входящие в ЕС, и есть возможности для такого расширения.

Дискуссия

В состоявшейся затем дискуссии выступили представители Бельгии, Венгрии, Норвегии, Румынии и Франции, несколько временных советников, а также представители сотрудничающих центров ВОЗ, Европейской комиссии и Секретариата ВОЗ. Были высказаны некоторые опасения по поводу того, что скрининг с целью выявления рака шейки матки может оказаться неприемлемым для стран с ограниченными ресурсами и может отвлечь их от принятия других мер профилактики. Тем не менее, фактические данные указывают на то, что скрининг может быть весьма эффективным в сопоставлении с затратами на его проведение, особенно в тех случаях, когда в стране высокое бремя заболеваний и имеется организованная программа скрининга на уровне всего населения. Однако слишком часто скрининг проводится от случая к случаю, без каких-либо мер по обеспечению его качества, и, как показывают факты, происходит напрасная трата средств. Кроме того, по мере внедрения нововведений и превращения тестирования на папилломавирус человека в одну из составляющих программ скрининга возникает возможность улучшить целевое использование ресурсов. В ходе дискуссии часто упоминалась важность обеспечения качества и наличия организованных программ скрининга. Для создания таких программ стране может понадобиться до 10 лет: необходимо без спешки начинать с экспериментальных и демонстрационных проектов, обязательно повышать качество диагностики, лечения и ухода, чтобы достичь предусмотренных в программах целей по снижению заболеваемости и/или смертности от рака. Также была подчеркнута важность полноценного регистра раковых заболеваний и было отмечено, что в некоторых странах эти регистры находятся под угрозой. Была также высказана озабоченность по поводу того, что вакцинация против папилломавируса человека может отвлечь ресурсы и внимание, однако в ответ на это было сказано, что между скринингом и вакцинацией должен существовать симбиоз и что в будущем оба эти вмешательства должны быть интегрированы в систему эпиднадзора. Что касается социальной справедливости, были отмечены различия в охвате между социально-экономическими группами, которые отражают различия в доступе, установках и ожиданиях, и были высказаны предложения о том, как снизить эти различия, например, путем улучшения коммуникации. Было подчеркнуто значение мониторинга и принятия практических мер в отношении таких различий.

Дискуссия о других целях и показателях

Затем председательствующий предложил начать дискуссию по четырем целям, которые не рассматривались отдельно в кратких аналитических документах и/или в докладах – целям в отношении диабета, *транс*-жиров, полихимиотерапии при лечении инфаркта миокарда и инсульта и, наконец, гипертонии. В ходе дискуссии выступили представители Бельгии,

Норвегии, Черногории, Франции, нескольких сотрудничающих центров ВОЗ и Секретариата ВОЗ.

Было дано пояснение о том, что цель в отношении диабета была сформулирована на основании того, что было достижимым в странах, входящих в верхний процентиль. При этом не предусматривалось какой-либо корреляции с целью в отношении ожирения, которая была поставлена независимо от других целей. Просьба о разъяснении этого вопроса была высказана потому, что данный показатель включает людей, получающих лечение, в отличие от показателя в отношении гипертензии, поскольку считается, что диабетики все равно входят в группу риска по осложнениям, даже если получают лечение.

Что касается цели и показателей в отношении гипертензии и кардиометаболического риска, была выражена обеспокоенность по поводу того, что такое повышенное внимание к лекарственным препаратам и системам здравоохранения может оказаться неуместным для самых бедных стран и будет отвлекать их от других целей. С другой стороны, было выражено мнение, что это, напротив, поможет привлечь внимание к проблеме доступа и защитить бедных, например, от катастрофических расходов на лечение. Прозвучало мнение, что в Европейском регионе снижение на 25% распространенности повышенного кровяного давления может быть достигнуто сравнительно легко и что целевой показатель мог бы быть и выше. Прогресса можно достичь за счет таких мер, как снижение потребления соли, увеличение потребления фруктов и овощей и содействие физической активности, но нужно уделять внимание также лечению и совершенствованию контроля гипертензии в Европе, так как данные показывают, что в целом он все еще ведется плохо.

Что же касается исключения из употребления *транс*-жиров, была признано, что это действенная мера и ее необходимо ввести в пакет простых, малозатратных и эффективных вмешательств.

Существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах III

На заседании председательствовал профессор **Graham MacGregor**, Вольфсоновский институт профилактической медицины, Лондон, Соединенное Королевство. Прежде, чем предоставить слово первому выступающему, он поблагодарил хозяев совещания за прекрасный прием и ужин вечером предыдущего дня.

Потребление соли с пищей

От имени группы по мониторингу подверженности воздействию опасных факторов с сообщением о цели и показателе в отношении потребления соли с пищей выступил д-р **Francesco Carruccio**, Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам питания, Ковентри, Соединенное Королевство. Во многих странах такая цель уже поставлена, а уровень суточного потребления соли менее 5 г считается практически достижимым и намного превышающим физиологические потребности (1 г в день). Элементы стратегии снижения потребления соли определены, и выделение того или иного элемента как относительно более важного зависит от выявленной структуры потребления соли, при которой требуется воздействие либо на потребителя с тем, чтобы побудить его меньше досаливать пищу, либо на промышленность, чтобы стимулировать ее к изменению рецептуры пищевых продуктов. Самая большая трудность, по-видимому, заключается в применимости показателя, который в

настоящее время не отслеживается ВОЗ в обычном порядке. Золотым стандартом измерения потребления соли является метод сбора суточной мочи, но в настоящее время изучаются и другие варианты. В Европейском регионе предложенная цель может считаться очень смелой, так как во всех странах среднее потребление соли на популяционном уровне в настоящее время значительно выше этого уровня, и достижение такой цели для некоторых стран окажется, скорее всего, весьма нелегким делом. Необходимо оставить цель на абсолютном уровне 5 г в день.

Дискуссия

В состоявшейся затем дискуссии выступили представители Бельгии, Ирландии, Черногории, Франции, несколько временных советников, а также представители сотрудничающих центров ВОЗ, Европейской комиссии и Секретариата ВОЗ. Некоторые выступающие выразили сомнения в отношении осуществимости в странах метода сбора суточной мочи, учитывая требования к участию в таком обследовании, и в отношении возможности получения репрезентативной выборки населения. Однако им было разъяснено, что для этого имеются протокол, соответствующая подготовка и поддержка, а также положительные примеры из многих стран, включая страны с ограниченными ресурсами. Было высказано мнение, что, если бы удалось оценить исходный уровень потребления соли методом сбора суточной мочи, то затем можно было бы применять анализ точечных проб мочи, чтобы показать относительные изменения во времени. Было также выражено сомнение в отношении необходимости всем странам делать это до начала вмешательств. Варианты политики должны адаптироваться в соответствии с моделью потребления соли, которая может различаться даже между регионами одной и той же страны. Что касается установления приоритетов в отношении использования ресурсов, были приведены примеры того, как страны отдавали приоритет мерам по снижению содержания соли в пищевых продуктах, подвергшихся обработке – главных источниках потребляемой соли, а не во всей системе продовольственного обеспечения. В определенной степени изменение рецептуры является относительно дешевым вариантом, поскольку расходы несет пищевая промышленность, а глобализация означает, что страны могут выиграть от мер, принимаемых в других странах. Отношения с пищевой промышленностью должны быть сдержанными: сотрудничество в изменении рецептуры необходимо, но за ним может также скрываться попытка промышленности преследовать собственные интересы.

Ожирение

От имени группы по мониторингу подверженности воздействию опасных факторов с докладом о цели и показателе в отношении ожирения выступил профессор **Harry Rutter**, Национальная обсерватория ожирения, Оксфорд, Соединенное Королевство. Он отметил, что цель касается взрослого населения, однако многие страны Европейского региона также собирают данные о распространенности ожирения в намного более младших возрастных группах. Предусматривается, что оценка по данному показателю будет производиться на основании измеренного индекса массы тела, но можно ли также в некоторых случаях использовать данные со слов участников обследования и будут ли такие данные достаточно достоверными? Данные со слов респондентов дают более низкие показатели распространенности ожирения, однако тенденции распространенности одни и те же, поэтому такие данные можно откалибровать в сопоставлении с подвыборкой данных, полученных путем измерений. В Европейском регионе существует эффективная и налаженная система эпиднадзора за ожирением в детском возрасте (COSI), а специальный мандат для принятия мер содержится в Европейской хартии по борьбе с ожирением.

Дискуссия

В состоявшейся затем дискуссии выступили представители Албании, Норвегии, Румынии, несколько временных советников, а также представители нескольких сотрудничающих центров ВОЗ, одной неправительственной организации и Секретариата ВОЗ. Участники проявили большой интерес к идее о прагматичном использовании данных и фактов, а затем обсудили преимущества использования данных, полученных путем измерения, в сравнении с использованием данных со слов респондентов. Большое значение имеет также распределение данных среди населения, а не только пороговое значение для установления ожирения, причем в распределении данных среди населения с течением времени наблюдаются сдвиги. Стратегический подход к борьбе с ожирением требует политической приемлемости, и в этом смысле вмешательства по борьбе с ожирением осуществлять еще труднее, чем вмешательства по борьбе против табака и алкоголя. Ожирение – проблема комплексная, и предпринимаемые меры потенциально могут иметь нежелательные последствия. Также могут быть допущены просчеты в ориентации преимущественно на индивидуальные меры, и это может усугубить социальное неравенство. Хотя расширение индивидуальных прав и возможностей и имеет большое значение, для правильного выбора также нужно создавать соответствующие условия путем принятия мер в отношении окружающей среды. Была отмечена связь между ожирением и потреблением алкоголя и необходимость надлежащей маркировки пищевых продуктов с указанием калорийности алкогольных напитков. Была также высказана озабоченность по поводу того, что биомедицинский уклон в фактических данных может помешать принятию в расчет вмешательств, имеющих более межсекторальный характер, например, вмешательств по поощрению физической активности. Была выражена широкая поддержка идее выделения отдельной цели в отношении недостатка физической активности, причем не только потому, что этот недостаток связан с ожирением.

Резюме дискуссий по существующим в Регионе мнениям о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах

Открыл заседание и председательствовал на нем д-р **Gauden Galea**.

Д-р **Jill Farrington**, Европейское региональное бюро ВОЗ, подвела итоги предыдущих заседаний. По очереди разбирая каждый показатель, она кратко изложила основные положения из выступлений докладчиков, касающиеся цели и показателя и его значения для Европейского региона. Затем она повторила основные темы дискуссий, состоявшихся после докладов. В заключении д-р **Farrington** отметила конфликт между расширением и сужением целей и показателей и сделала несколько общих выводов.

Она отметила, что некоторые участники совещания предлагали сузить перечень показателей до нескольких давно существующих показателей, таких как смертность от НИЗ, потребление табака и алкоголя, а также сосредоточить усилия на нескольких простых, малозатратных и действенных вмешательствах, которые дают эффект – например, на снижении потребления табака и соли и исключении из употребления *транс*-жиров. Такому ограничительному подходу противопоставляется необходимость сохранения достаточно эффективного пакета стратегических мер. Также прозвучали предложения о расширении перечня целей и показателей: например, добавить цель в отношении недостатка физической активности и

вести мониторинг осуществления стратегических мер и включить дополнительные цели и показатели, например, отражающие в каждом показателе разбивку по возрасту, полу и другим факторам и показывающие в каждой цели распределение по социальному признаку.

Выступающая одобрила предложение привязывать устремления к достижениям стран с наилучшими показателями, так как это показывает, чего можно достичь в странах. Д-р **Farrington** отметила также, что действенные вмешательства часто оказываются непопулярными, а неэффективные меры часто бывают популярными. Участники совещания говорили о необходимости показывать вместе с целями и показателями наиболее выгодные и привлекательные варианты политики или меры, которые необходимо предпринять, чтобы добиться более положительного их восприятия и помочь странам определить свои приоритеты. Было выражено пожелание, чтобы цели были гибкими (чтобы в них были установлены приемлемые и желательные уровни или золотой стандарт и возможные альтернативы), что, по мнению высказавших такое предложение, позволит снизить порог для принятия таких целей в странах. Была высказана просьба избегать создания дополнительной нагрузки на существующие в странах информационные системы здравоохранения, и было поддержано предложение рассмотреть вопрос о пригодности систем в их нынешнем виде для проведения оценок и измерений. Такой прагматичный подход к данным распространяется и на вмешательства: необходимо закладывать в них элемент исследований, чтобы можно было апробировать вмешательства, осуществлять их мониторинг и создать базу фактических данных. Было признано, что единого рецепта для всех и каждого нет – отдельные страны должны сами решить, что для них пригодно. Принятый пакет мер потребует создания соответствующего организационно-кадрового потенциала, но несколько выступивших участников указали, что Европейский регион обладает необходимым опытом и обязан взять на себя роль лидера и поделиться своими стратегиями. В заключение д-р **Farrington** отметила необходимость иметь полную ясность в отношении конечной цели: не сухой мониторинг данных, а стимулирование действий.

Д-р **Bjørn-Inge Larsen** в своем выступлении высказал свою точку зрения с позиции государства-члена ВОЗ. По его мнению, наиболее правильным уровнем устремлений было бы примерно 10 целей или показателей, особенно если они должны будут измеряться и показываться с разбивкой по возрасту, полу и социальному аспекту. Он заявил, что было бы хорошо, если бы эти показатели представлялись в соответствии с рекомендацией ВОЗ в отношении наиболее выгодных вариантов политики. Выступающий указал на трудность в демонстрации успеха межсекторальных действий и предложил использовать в качестве средства отслеживания этого успеха какую-либо цель или показатель в отношении недостатка физической активности. Наконец, признавая необходимость создания эффективных систем здравоохранения, он порекомендовал проявлять осторожность в пропагандировании медикаментозного лечения, дабы это не отвлекало ресурсы и не подвергало страны давлению со стороны фармацевтической промышленности.

Дискуссия

В ходе последовавшей дискуссии выступили представители Бельгии, Грузии, Нидерландов, бывшей югославской Республики Македония и Секретариата ВОЗ. Лицам, формирующим политику, нужна поддержка в определении приоритности вмешательств. Потенциальная опасность целей заключается в том, что они могут отвлечь внимание от стратегий, и более ценными будут считаться показатели и эпиднадзор. Было высказано мнение о необходимости избегать создания дополнительной нагрузки на страны, особенно на те из них, которые нуждаются в поддержке в деле укрепления своих систем эпиднадзора. Было

указано, что цели являются добровольными и что страна может отказаться от некоторых целей, которые, по ее мнению, не подходят для нее в ее положении. Было высказано мнение о том, что на тот случай, если весь набор целей или показателей будет считаться для страны непосильным бременем, было бы полезно предусмотреть некоторый базовый набор. С другой стороны, было отмечено, что элементы пакета целей и показателей тесно связаны между собой множеством нитей.

Комплексные механизмы и методики осуществления эпиднадзора за НИЗ

На заседании председательствовал д-р **Jerzy Leowski**, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Г-жа **Leanne Riley** представила поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору за хроническими заболеваниями, который представляет собой обследование в домашних хозяйствах людей в возрасте 25-64 лет. Данный метод был разработан ВОЗ и применяется во всех регионах ВОЗ. В нем три этапа (интервью, физические измерения и биохимические пробы) и три модуля (основной, расширенный и факультативный), которые могут варьировать в зависимости от имеющихся в стране ресурсов.

Профессор **Kari Kuulasmaa** представил Европейское обследование состояния здоровья на основе медицинских осмотров – совместный проект по сбору репрезентативных для всей страны данных, которые можно сравнивать между странами и между разными периодами времени. За основу целевого контингента и формирования выборки взяты постоянные жители целых стран; основную группу образуют лица в возрасте 25-64 лет (она может быть расширена на лиц старше 18 лет), а размер выборки составляет не менее 4000 человек. Имеется группа основных измерений, которые собираются от всех стран, но страны могут включить дополнительные измерения исходя из своих интересов, опыта и ресурсов.

Дискуссия экспертов в формате круглого стола

После этих выступлений состоялась дискуссия экспертов в формате круглого стола (панельная дискуссия), в ходе которой участники рассказали о своем опыте организации комплексного эпиднадзора за НИЗ.

Д-р **Sylvie Stachenko**, школа общественного здоровья, университет провинции Альберта, Эдмонтон, Канада, также представляющая программу CINDI (общенациональную программу интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний), охарактеризовала программу CINDI как "бабушку всех работ" по интегрированию эпиднадзора за НИЗ. Программа CINDI представляет собой сеть, построенную по образцу проекта "Северная Карелия" и имеющую целью создать организационно-кадровый потенциал на базе комплексных систем эпиднадзора. Весь комплекс мер связан с практическими действиями и укреплением потенциала, а также направлен на оценку процесса развития политики в отношении НИЗ, главным образом на местном и региональном уровнях. Проводимые в рамках программы CINDI учебные мероприятия воспринимаются как ориентированные на практику, а сети CINDI – как мощный механизм. В настоящее время разрабатывается инструментарий для выработки политики в отношении НИЗ и планируется организовать академию по изучению политики в области НИЗ, первый курс занятий в которой пройдет в этом году в Литве.

Профессор **Stefano Campostrini**, представляющий Глобальную рабочую группу по эпиднадзору Международного союза укрепления здоровья и образования, употребил метафору о "капитане, который должен знать, в какую гавань он направляется, чтобы найти благоприятный ветер". Он пояснил, что эпиднадзор стоит на трех китах – теории, анализе и использовании данных. Эпиднадзор – это не научные исследования; нужно ясно представлять, для чего он предназначен, и в него должен быть включен анализ дальнейших действий. Лицам, вырабатывающим политику, прежде всего необходимо иметь адекватные данные. Выступающий также подчеркнул важность знания тенденций, поскольку политикам необходимо знать, насколько успешны их действия и почему они успешны или неуспешны.

Д-р **Branka Legetic**, Панамериканская организация здравоохранения, рассказала о своем опыте организации комплексного эпиднадзора за НИЗ в регионе Америки. Она объяснила используемый в этом регионе метод работы, при котором устанавливается минимальный перечень показателей, осуществляется поиск в различных источниках и затем составляется всеобъемлющая картина с минимальным набором данных. Исходной точкой для сбора данных является служение интересам страны. В регионе стран Америки широко используется метод STEPS, в который вносятся некоторые изменения и дополнения для отражения региональной специфики.

Профессор **Maximilian de Courten**, Европейский альянс по хроническим заболеваниям, проинформировал участников совещания о том, что Европейский альянс был основан в 2009 г. Он перечислил цели и показатели, которые не были затронуты в дискуссиях, и предложил использовать в качестве одного из показателей наличие планов борьбы с НИЗ и организовать глобальную координацию действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними. Интеграция может иметь множество аспектов: например, интеграция между разными заболеваниями, интеграция информации о политике и факторах риска или интеграция бюджетов для осуществления различных мероприятий. В заключение Maximilian de Courten отметил, что необходимо включить одиннадцатый показатель – в отношении интегрированных действий по борьбе с НИЗ, в противоположность показателям в отношении исходов, и что показатели используются в качестве вмешательств, поскольку вмешательства стимулируют действия.

Дискуссия

В состоявшейся затем дискуссии выступили представители Албании, Бельгии, нескольких сотрудничающих центров ВОЗ, Европейского альянса по хроническим заболеваниям, Международного союза укрепления здоровья и образования и Секретариата ВОЗ. Обсуждался вопрос о балльной оценке множественных рисков (так называемой "приборной панели"), которая могла бы использоваться в качестве карты готовности к НИЗ, показывающей, насколько успешно страна решает вопросы, связанные с показателями НИЗ и стратегиями в отношении НИЗ. Однако эта карта балльной оценки также могла бы использоваться для того, чтобы отображать различия в подверженности различным факторам риска и долю населения, подверженную множественным факторам риска. В ходе дискуссии был поднят вопрос о необходимости информационной системы, содержащей ясную и более качественную информацию. Нужно отойти от обладания данными и придти к обмену ими. На международном уровне необходимо укрепить сотрудничество в области эпиднадзора. Было также подчеркнуто, что какую бы систему ни использовала страна, выявление тенденций и изменений требует гармонизации или интеграции сбора данных. Однако, если системы в стране нет, необходимо изучить, что потребуется для ее создания и

какие ресурсы имеются в стране, и выбрать такую систему, которая пригодна для достижения поставленной цели.

Заккрытие совещания

Д-р **Gauden Galea** поблагодарил принимающую страну, представителей государств-членов, экспертов, председателей и членов группы экспертов.

Д-р **Vjørn-Inge Larsen** закрыл консультативное совещание и призвал государства-члены высказывать свои соображения в отношении глобальной системы мониторинга, ставшие теперь еще более глубокими, в ходе консультации по Интернету, которую проводит ВОЗ до конца февраля 2012 г.

Приложение 1. Предварительная программа

Четверг, 9 февраля 2012 г.

08:15 – 09:00	Регистрация
09:00 – 09:30	Открытие Приветствие и вводная часть <ul style="list-style-type: none">• Vjörn-Inge Larsen, Генеральный директор, Direktorat здравоохранения Норвегии• Gauden Galea, директор, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ
09:30 – 11:00	1 пленарное заседание: глобальный и европейский контекст Председатель: Bernt Bull, министерство здравоохранения и социальных услуг, Норвегия Основной доклад Краткая информация об итогах Совещания высокого уровня ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и о глобальной системе мониторинга и добровольных целях Leanne Riley, штаб-квартира ВОЗ Путь к системе мониторинга в контексте Европейского плана действий по НИЗ и постановки целей для политики Здоровье-2020 Gauden Galea, Европейское региональное бюро ВОЗ Панельная дискуссия Knut-Inge Klepp, Direktorat здравоохранения Норвегии Sigurlaug Hauksdottir, Европейская комиссия Hans van Oers, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Нидерланды Liis Rooväli, министерство социальных вопросов Эстонии
11:00 – 11:30	Перерыв на кофе
11:30 – 12:30	2 пленарное заседание: цели на уровне политики и социальные детерминанты здоровья Председатель: Nata Avaliani, Национальный центр борьбы с заболеваниями и охраны здоровья населения, Грузия Основной доклад Потенциальные области государственной политики, в которых могут быть поставлены цели, на примере борьбы против табака David Stuckler, Кембриджский университет, Соединенное Королевство Основной доклад Социальные детерминанты здоровья в мониторинге и эпиднадзоре за НИЗ Martin Bobak, отдел исследований в области эпидемиологии и общественного здравоохранения УКЛ, Соединенное Королевство Дискуссия

12:30 – 13:45	Обед
13:45 – 15:45	<p>3 пленарное заседание: существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах I</p> <p>Мониторинг исходов: преждевременная смертность от НИЗ Kari Kuulasmaa, Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике НИЗ, укреплению и мониторингу здоровья, Финляндия</p> <p>Дискуссия</p> <p>Мониторинг подверженности опасным факторам: алкоголь Jürgen Rehm, Сотрудничающий центр ВОЗ по проблемам аддикции и психического здоровья, Канада</p> <p>Дискуссия</p>
15:45 – 16:15	Перерыв на кофе
16:15 – 18:00	<p>4 пленарное заседание: существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах II</p> <p>Мониторинг деятельности системы: скрининг с целью выявления рака шейки матки Lawtence von Karsa, Международное агентство по изучению рака, Франция</p> <p>Дискуссия</p> <p>Другие цели/показатели, не вошедшие в программу</p>
18:00	Завершение работы
19:00	Ужин от имени Директората здравоохранения Норвегии

Пятница, 10 февраля 2012 г.

9:00 – 11:00	<p>5 пленарное заседание: существующие в Регионе мнения о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах III</p> <p>Мониторинг подверженности опасным факторам: потребление соли с пищей Francesco Carrusio, Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам питания, Соединенное Королевство</p> <p>Дискуссия</p> <p>Мониторинг подверженности опасным факторам/исходов: ожирение Harry Rutter, Национальная обсерватория ожирения, Англия</p> <p>Дискуссия</p>
11:00 – 11:30	Перерыв на кофе

11:30 – 12:30	<p>6 пленарное заседание: резюме дискуссий по существующим в Регионе мнениям о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах</p> <p>Резюме существующих в Регионе мнений о целях и показателях, направлениях политики и социальных детерминантах Jill Farrington, Европейское региональное бюро ВОЗ Vjørn-Inge Larsen, Генеральный директор, Директорат здравоохранения Норвегии</p>
12:30 – 13:30	Обед
13:30 – 15:00	<p>7 пленарное заседание: комплексные механизмы и методики осуществления эпиднадзора за НИЗ</p> <p>Председатель: Jerzy Leowski, Европейское региональное бюро ВОЗ</p> <p>Основной доклад Представление поэтапного подхода (STEPS) к эпиднадзору Leanne Riley, штаб-квартира ВОЗ</p> <p>Панельная дискуссия Stefano Campostrini, Глобальная рабочая группа по эпиднадзору Международного союза укрепления здоровья и образования Maximilian de Courten, Европейский альянс по хроническим заболеваниям Branka Legetic, Панамериканская организация здравоохранения Sylvie Stachenko, CINDI</p>
15:00 – 15:15	<p>Закрытие совещания</p> <ul style="list-style-type: none">• Gauden Galea, директор, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ• Vjørn-Inge Larsen, Генеральный директор, Директорат здравоохранения Норвегии
15:15	Закрытие совещания

Приложение 2. Список участников

АЛБАНИЯ

Д-р Alban Ylli

Заведующий сектором хронических заболеваний и стратегий здравоохранения, Институт общественного здравоохранения
Тирана

БЕЛЬГИЯ

Д-р Dominique Paulus

Старший врач-эксперт, Бельгийский центр знаний по медико-санитарной помощи
Брюссель

Г-жа Stephanie Langerock

Атташе по международным связям, Федеральная государственная служба здравоохранения,
безопасности пищевой цепи и охраны окружающей среды
Брюссель

Д-р Véronique Tellier

Валлонская обсерватория здравоохранения
Жамб

БОЛГАРИЯ

Д-р Plamen Dimitrov

Доцент и заместитель директора Национального центра охраны здоровья населения
София

ВЕНГРИЯ

Д-р Zoltan Voko

Специальный советник, Национальная служба общественного здравоохранения и
санитарного контроля
Будапешт

ГЕРМАНИЯ

Д-р Lothar Janssen

Система мониторинга состояния здоровья, управление по связям с ЕС и международным
вопросам, Федеральное министерство здравоохранения
Берлин

ГРУЗИЯ

Д-р Nata Avaliani,

Генеральный директор Национального центра борьбы с заболеваниями и общественного
здравоохранения
Тбилиси

ИЗРАИЛЬ

Д-р Inbar Zucker

Специалист общественного здравоохранения, Институт Гертнера, медицинский центр Шеба,
Израильский центр борьбы с заболеваниями
Тель Хашомер

ИРЛАНДИЯ

Д-р John Devlin

Заместитель главного санитарного врача, министерство здравоохранения и охраны детства
Дублин

ЛАТВИЯ

Г-жа Gunta Rozentale

Руководитель отдела анализа данных, Центр экономики здравоохранения
Рига

НИДЕРЛАНДЫ

Г-н Lejo van der Heiden

Руководитель отдела государственной медико-санитарной помощи, департамент
общественного здравоохранения, министерство здравоохранения, социального обеспечения
и спорта
Гаага

НОРВЕГИЯ

Г-н Bernt Bull

Старший советник, министерство здравоохранения и социальных услуг
Осло

Профессор Knut-Inge Klepp

Генеральный директор управления общественного здравоохранения, Direktorat
здравоохранения Норвегии
Осло

Д-р Bjørn-Inge Larsen

Генеральный директор по вопросам здравоохранения, Direktorat здравоохранения
Норвегии
Осло

Г-жа Siv Cathrine Moe

Старший советник, министерство иностранных дел

Д-р Karl-Olaf Wathne

Специальный советник, управление общественного здравоохранения, министерство
здравоохранения и социальных услуг
Осло

ПОЛЬША

Профессор Wojciech K. Drygas

Заведующий отделом эпидемиологии, Национальный институт кардиологии
Варшава

ПОРТУГАЛИЯ

Профессор Paulo Jorge da Silva Nogueira

Руководитель отдела статистики здравоохранения, генеральный директорат здравоохранения
Лиссабон

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

Профессор Михаил Попович
Директор института кардиологии
Кишинев

РУМЫНИЯ

Г-жа Adriana Galan
Заместитель директора Национального центра оценки состояния здоровья и укрепления
здоровья, Национальный институт общественного здравоохранения
Бухарест

СЛОВАКИЯ

Д-р Jana Kollarova
Отдел укрепления здоровья, региональное управление общественного здравоохранения
Кошице

СЛОВЕНИЯ

Д-р Tatiana Kofol Bric
Национальный институт общественного здравоохранения
Любляна

СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ И СЕВЕРНОЙ ИРЛАНДИИ

Д-р Chris Gibbons
Аналитическая группа укрепления здоровья, министерство здравоохранения
Лондон

ТАДЖИКИСТАН

Д-р Шайдулло Шарипов
Управление международных связей, министерство здравоохранения
Душанбе

ТУРКМЕНИСТАН

Г-н Агаджан Керимов
Директор научно-клинического центра физиологии
Ашгабат

УЗБЕКИСТАН

Д-р Гюльбахор Пулатова
Ведущий специалист, главное управление лечебной работы и профилактики, министерство
здравоохранения
Ташкент

ШВЕЙЦАРИЯ

Д-р Christoph Junker
Руководитель отдела естественного движения населения, федеральное управление
внутренних дел, федеральное статистическое ведомство
Нёшатель

ШВЕЦИЯ

Д-р Maria Danielsson

Отдел анализа общего социального обеспечения, управление статистики, мониторинга и оценки, Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению
Стокгольм

ФРАНЦИЯ

Г-жа Léa das Neves Bichco

Сотрудник по вопросам международного здравоохранения, управление международных и европейских отношений, министерство труда, занятости и здравоохранения
Париж

Г-н François Beck

Французский институт эпиднадзора за здоровьем населения
Сен-Морис

ХОРВАТИЯ

Г-ж Verica Kralj

Хорватский национальный институт общественного здравоохранения
Загреб

ЧЕРНОГОРИЯ

Д-р Ljiljana Music

Врач-терапевт, специалист по кардиологии, Черногорский клинический центр
Подгорица

ЭСТОНИЯ

Д-р Liis Rooväli

Руководитель управления информации здравоохранения и анализа, министерство социальных вопросов Эстонии
Таллинн

БЫВШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ

Профессор Doncho Donev

Директор института социальной медицины, медицинский факультет
Скопье

СОТРУДНИЧАЮЩИЕ ЦЕНТРЫ ВОЗ

Д-р Francesco P. Cappuccio

Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам питания, Исследовательский институт клинических наук, Уорвикская школа медицины, университетский городок UNCW Ковентри, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Профессор Игорь С. Глазунов

Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам разработки и реализации политики и программ в области профилактики неинфекционных заболеваний, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
Москва, Российская Федерация

Профессор Ulrich Keil

Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам эпидемиологии и профилактики сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний, Институт эпидемиологии и социальной медицины, Мюнстерский университет
Мюнстер, Германия

Профессор Kari Kuulasmaa

Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний, укрепления и мониторинга здоровья, Национальный институт общественного здравоохранения (KTL)
Хельсинки, Финляндия

Д-р Martina Pötschke-Langer

Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам борьбы против табака, Немецкий центр по изучению рака
Гейдельберг, Германия

Д-р Remigijus Prochorskas

Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, Литовский университет медицинских наук (LSMU)
Каунас, Литва

Д-р Jürgen Rehm

Сотрудничающий центр ВОЗ по проблемам аддикции и психического здоровья, Центр аддикции и психического здоровья
Торонто, провинция Онтарио, Канада

ВРЕМЕННЫЕ СОВЕТНИКИ

Профессор Martin Bobak

Профессор, отдел исследований в области эпидемиологии и общественного здравоохранения, Университетский колледж Лондона
Лондон, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Д-р Stefano Campostrini

Профессор социальной статистики, кафедра статистики, Венецианский университет Ка' Фоскари
Венеция, Италия

Профессор Maximilian de Courten

Профессор глобального общественного здравоохранения, Копенгагенская школа глобального здравоохранения, Копенгагенский университет
Копенгаген, Дания

Профессор Graham MacGregor

Профессор терапии сердечно-сосудистых заболеваний, Вольфсоновский институт профилактической медицины
Лондон, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Профессор Hans van Oers

Центр прогнозирования здоровья населения, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM)
Бильтховен, Нидерланды

Профессор Harald Rutter

Национальная обсерватория ожирения
Оксфорд, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Д-р Sylvie Stachenko

Декан, школа общественного здравоохранения, Университет провинции Альберта
Эдмонтон, провинция Альберта, Канада

Д-р David Stuckler

Университетский лектор по социологии, Кембриджский университет
Кембридж, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Д-р Marieke Verschuuren

Центр прогнозирования здоровья населения, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM)
Бильтховен, Нидерланды

Профессор Witold Zatonski

Руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ по реализации Плана действий "За Европу без табака", Центр изучения рака имени Марии Складовской-Кюри и Институт онкологии

ЕВРОПЕЙСКАЯ КОМИССИЯ

Г-жа Sigurlaug Hauksdottir

Европейская комиссия, DG SANCO C2 (информация здравоохранения), генеральный директорат здравоохранения и защиты потребителей
Люксембург, Люксембург

ЮНИСЕФ

Г-жа Vilma Qahoush Tyler

Специалист по вопросам питания, отдел здоровья и питания, Региональное бюро ЮНИСЕФ для стран Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств
Женева, Швейцария

НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Г-н Bjørnar Allgot

Генеральный секретарь, Норвежская ассоциация диабета
Осло, Норвегия

Г-н Øystein Bakke

Руководитель проекта, алкоголь, наркотики и развитие, FORUT – Кампания за развитие и солидарность
Осло, Норвегия

Г-н Sten Magne Berglund

Помощник генерального секретаря, Actis – Норвежская стратегическая сеть по проблемам алкоголя и наркотиков
Осло, Норвегия

Г-жа Anne Lise Ryel

Генеральный секретарь, Норвежское раковое общество
Осло, Норвегия

Г-жа Ingrid Stenstadvold Ross

Политический советник, Норвежская ассоциация здоровья
Осло, Норвегия

МЕТОДИСТЫ/НАБЛЮДАТЕЛИ ИЗ ДИРЕКТОРАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОРВЕГИИ

Г-жа Trude Andreassen

Старший советник, медицинские приборы и медицинские изделия

Г-жа Ann Karin Danielsen

Ответственный работник отдела охраны общественного здоровья на коммунальном уровне, управление общественного здравоохранения

Г-жа Janicke Fischer

Старший советник, отдел глобального здравоохранения, управление общественного здравоохранения

Д-р Øyvind Giæver

Старший советник, отдел здоровой государственной политики, управление общественного здравоохранения

Г-жа Inger M. Hansen

Ответственный работник, управление общественного здравоохранения

Г-н Odd Arild Haugen

Старший советник, отдел глобального здравоохранения, управление общественного здравоохранения

Д-р Arnfinn Helleve

Старший советник, отдел здоровой государственной политики, управление общественного здравоохранения

Д-р Lars Johansson

Старший советник, отдел здоровой государственной политики, управление общественного здравоохранения

Г-жа Rita Lill Lindbak

Старший советник, отдел здоровой государственной политики, управление общественного здравоохранения

Г-жа Arnhild Haga Rimestad

Старший советник, отдел глобального здравоохранения, управление общественного здравоохранения

Г-жа Ellen Rønning-Arnesen

Старший советник, отдел глобального здравоохранения, управление общественного здравоохранения

Г-жа Kristine Skaar Aune

Советник, отдел здоровой государственной политики, управление общественного здравоохранения

Г-н Bengt Skotheim

Советник, отдел глобального здравоохранения, управление общественного здравоохранения

Г-жа Janne Strandrud

Советник, отдел здоровой государственной политики, управление общественного здравоохранения

Г-н Eivind Berg Weibust

Советник, отдел глобального здравоохранения, управление общественного здравоохранения

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Международное агентство по изучению рака

Д-р Lawrence von Karsa

Координатор Европейской сети по вопросам рака молочной железы, и.о. руководителя, группа контроля качества скрининга

Европейское региональное бюро ВОЗ

Д-р Jill Farrington

Консультант, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья

Д-р Gauden Galea

Директор, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья

Г-жа Elena Jorgensen

Помощник директора, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья

Д-р Jerzy Leowski

Технический сотрудник, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья

Г-жа Frederiek Mantingh

Технический сотрудник, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья

Штаб-квартира ВОЗ

Г-жа Leanne Riley

Руководитель группы эпиднадзора, департамент хронических заболеваний и укрепления здоровья

Д-р Edouard Tursan d'Espaignet

Координатор, Комплексные информационные системы по борьбе против табака

Панамериканская организация здравоохранения

Д-р Branka Legetic

Региональный советник, неинфекционные заболеваний, сектор эпиднадзора и ведения заболеваний

ПЕРЕВОДЧИКИ

Г-жа Виктория Францева

Устный и письменный переводчик
Хельсинки

Г-н Алексей Ретин

Устный и письменный переводчик
Хельсинки

Приложение 3. Предварительный набор предложенных глобальных целей и показателей для изучения

Цели в отношении конечных результатов	Показатель	Источник(и) данных	Имеет наибольшее соответствие всем критериям*
1 Смертность от НИЗ Относительное снижение на 25% общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний ⁴ , рака, диабета и хронических респираторных заболеваний	Безусловная вероятность умереть в возрасте 30-70 лет от сердечно-сосудистого заболевания, рака, диабета и хронического респираторного заболевания	Система регистрации актов гражданского состояния, с медицинскими свидетельствами о причине смерти или обследование с вербальной аутопсией	*
2 Диабет Относительное снижение на 10% распространенности диабета ⁵	Стандартизированная по возрасту распространенность диабета среди лиц в возрасте 25+ лет	Общенациональное обследование (с измерениями)	
Цели в отношении подверженности опасным факторам			
3 Табакокурение Относительное снижение на 40% распространенности табакокурения на данный момент	Стандартизированная по возрасту распространенность табакокурения на данный момент среди лиц в возрасте 15+ лет ⁶	Общенациональное обследование	*
4 Алкоголь Относительное снижение на 10% подушевого потребления алкоголя (ППА) среди лиц в возрасте 15+ лет	Подушевое потребление чистого спирта в литрах среди лиц в возрасте 15+ лет	Официальные системы статистики и отчетности о производстве, импорте, экспорте и данные о продаже или налогообложении, а также общенациональное обследование	*
5 Потребление соли с пищей⁷ Среднее потребление соли на популяционном уровне менее	Стандартизированное по возрасту среднесуточное	Общенациональное обследование (с измерением)	*

⁴ Сердечно-сосудистые заболевания включают коронарную болезнь сердца (инфаркт миокарда), цереброваскулярные заболевания (инсульт), болезнь периферийных артерий, ревматическую болезнь сердца, врожденный порок сердца и сердечную недостаточность.

⁵ Диабет определяется как состояние, при котором содержание глюкозы в плазме крови, взятой натощак, составляет $\geq 7,0$ ммоль/л (126 г/дл) или прохождение лечения по поводу диабета.

⁶ Достигается путем полного осуществления положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) и, в частности, реализации мер по снижению спроса на табак.

⁷ Для данной цели термин "соль" означает хлорид натрия, а 5 г соли – это примерно 2 г натрия.

	5 г в сутки	потребление соли на популяционном уровне	
6	Кровяное давление/гипертензия Относительное снижение на 25% распространенности повышенного кровяного давления ⁸	Стандартизированная по возрасту распространенность повышенного кровяного давления среди лиц в возрасте 25+ лет	Общенациональное обследование (с измерением) *
7	Ожирение Отсутствие роста распространенности ожирения ⁹	Стандартизированная по возрасту распространенность ожирения среди лиц в возрасте 25+ лет;	Общенациональное обследование (с измерением)

Цели в отношении ответных мер систем здравоохранения

8	Профилактика инфаркта и инсульта Охват полихимиотерапией (включая гликемический контроль) 80% лиц в возрасте 30+ лет, имеющих 10-летний риск инфаркта или инсульта $\geq 30\%$ или уже имеющих сердечно-сосудистое заболевание	Процент от примерного общего числа лиц в возрасте 30+ лет, имеющих 10-летний риск инфаркта или инсульта $\geq 30\%$ или уже имеющих сердечно-сосудистое заболевание, которые в настоящее время получают полихимиотерапию (включая гликемический контроль).	Общенациональное обследование (с измерением)
9	Скрининг с целью выявления рака шейки матки 80% женщин в возрасте 30-49 лет прошли скрининг на рак шейки матки как минимум один раз	Распространенность женщин в возрасте 30-49 лет, которые прошли скрининг на рак шейки матки как минимум один раз	Общенациональное обследование; данные от лечебных учреждений
10	Исключение из продовольственной системы транс-жиров промышленного производства Исключение из продовольственной системы транс-жиров промышленного производства (частично гидрогенизированных растительных масел)	Принятие государственных стратегий, исключающих применение частично гидрогенизированных растительных масел в продовольственной системе	Анализ политики *

*Актуальность, понятность, возможность вмешательств, достижимость и измеримость.

⁸ Повышенное кровяное давление определяется как систолическое кровяное давление ≥ 140 и/или диастолическое давление ≥ 90 .

⁹ Ожирение определяется как индекс массы тела (ИМТ), равный или более 30 кг/м^2 .