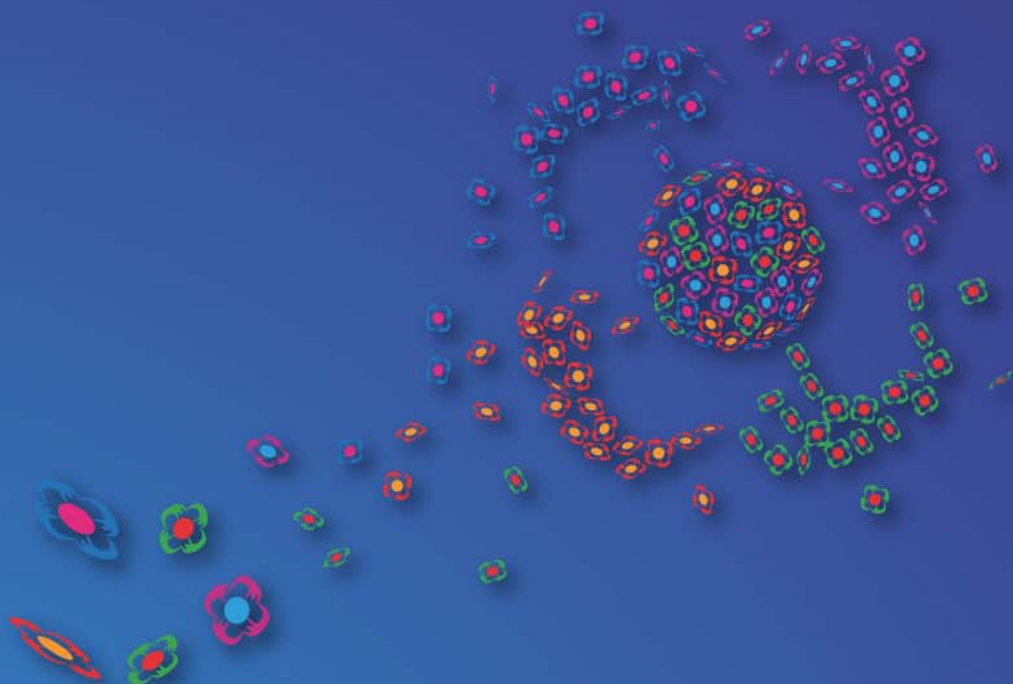


# План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро





**Всемирная организация  
здравоохранения**

---

**Европейское** региональное бюро

**План действий по реализации Европейской  
стратегии профилактики и борьбы  
с неинфекционными заболеваниями,  
2012–2016 гг.**

## РЕЗЮМЕ

Инвестиции в профилактику и совершенствование мер борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) позволят сократить преждевременную смертность и предотвратимую заболеваемость и инвалидность, а также повысить качество жизни и уровень благополучия людей и обществ. На эту широкую группу нарушений здоровья приходится не менее 86% смертности и 77% бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ. Распределение соответствующих эпидемиологических показателей демонстрирует значительные неравенства, отражающие социальный градиент, но при этом все НИЗ связаны общими факторами риска, глубинными детерминантами и наличием возможностей для эффективных вмешательств.

Настоящий документ содержит план действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. В нем учтены действующие обязательства государств-членов и изложены, с применением всестороннего комплексного подхода, приоритетные направления действий и конкретные вмешательства на предстоящие пять лет (2012–2016 гг.).

План разработан в условиях широкого консультативного процесса под руководством Постоянного комитета Регионального комитета, включая совещания национальных координаторов по НИЗ и Европейский форум по политике здравоохранения для государственных должностных лиц высшего звена. Составление плана осуществлялось параллельно и в согласовании с разработкой новой европейской политики здравоохранения (Здоровье-2020) и Рамочной основы действий в области общественного здравоохранения, а также с учетом итогов Первой всемирной министерской конференции по вопросам здорового образа жизни и борьбы с НИЗ (Москва, апрель 2011 г.) и в свете подготовки к совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (Нью-Йорк, сентябрь 2011 г.).

ISBN 978 92 890 0272 1

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:  
Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-21000 Copenhagen, Denmark

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>.

### © 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.
Мандат.....	1
Эпидемиологический контекст.....	2
Почему необходим план действий и почему именно в настоящее время?.....	2
Обоснование и руководящие принципы .....	4
Поле деятельности .....	6
Взаимосвязи .....	6
Использование общих характеристик.....	7
Психические расстройства.....	7
Насилие и травматизм .....	7
Инфекционные болезни.....	7
Окружающая среда и здоровье .....	8
Принципиальное видение, цель и задачи.....	8
Принципы построения Плана действий.....	9
Приоритетные области действий.....	10
Стратегическое руководство борьбой с НИЗ, включая построение альянсов и сетей и содействие расширению прав и полномочий граждан .....	10
Укрепление эпиднадзора, мониторинга и оценки .....	12
Укрепление здоровья и профилактика болезней .....	14
Дальнейшая ориентация служб здравоохранения на профилактику и оказание помощи при хронических заболеваниях.....	16
Приоритетные меры.....	18
Содействие здоровому потребительскому выбору посредством использования налоговой политики и механизмов маркетинга.....	19
Замена трансжиров в пищевых продуктах полиненасыщенными жирами.....	20
Снижение потребления соли.....	21
Оценка и управление кардиометаболическим риском.....	22
Ранняя диагностика онкологических заболеваний.....	23
Вспомогательные меры .....	24
Содействие развитию физически активных средств передвижения.....	24
Укрепление здоровья в конкретных условиях .....	25
Библиография .....	26
Стратегии, планы действий, резолюции и декларации министерских конференций ВОЗ .....	28
Приложение 1. Примеры существующих систем эпиднадзора за НИЗ.....	30
Приложение 2. Резолюция EUR/RC61/R3 “План действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.” .....	31



## Мандат

В 2006 г. Европейский региональный комитет ВОЗ на своей пятьдесят шестой сессии утвердил всестороннюю, ориентированную на конкретные меры стратегию профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) (резолюция EUR/RC56/R2). Это документ был построен на положениях Глобальной стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2000 г., но при этом учитывал конкретные условия Европейского региона. В 2008 г. был принят глобальный план действий (1).

В сентябре 2010 г. на шестидесятой сессии Регионального комитета было принято решение о разработке новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 и об укреплении потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе. Директору Европейского регионального бюро было предложено сохранить приверженность делу укрепления систем здравоохранения, вновь уделить пристальное внимание работе по наращиванию потенциала общественного здравоохранения и тесно сотрудничать с государствами-членами в развитии всесторонней национальной политики и планов охраны здоровья (резолюция EUR/RC60/R5).

Политика Здоровье-2020 разрабатывается в ответ на меняющуюся ситуацию в Европе, характеризующуюся такими проявлениями, как резкие неравенства в отношении здоровья как внутри, так и между странами, новое обострение угроз инфекционных болезней, последствия глобализации и развития новых технологий, старение населения, ослабление финансовой устойчивости систем здравоохранения, меняющаяся роль граждан, а также, что вызывает особую озабоченность, резкий рост неинфекционных заболеваний (НИЗ).

С учетом этих решений, ВОЗ всемерно стремится к наращиванию усилий по профилактике и борьбе с НИЗ в Европейском регионе. В данном общем стратегическом контексте в настоящем плане действий, основанном на Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, определены четкие направления действий и конкретные результаты, которые государства-члены, ВОЗ и партнеры обязуются достичь за период пяти лет с 2012 по 2016 гг.<sup>1</sup>.

В период разработки данного плана действий внимание всего мира к проблеме НИЗ достигло беспрецедентного уровня. В апреле 2011 г. состоялась Первая всемирная министерская конференция по вопросам здорового образа жизни и борьбы с неинфекционными заболеваниями, и активное участие в ней государств-членов Европейского региона ВОЗ в значительной мере способствовало формулированию важной Московской декларации (2). Всемирная ассамблея здравоохранения утвердила Московскую декларацию своей резолюцией WHA64.11. Вопросы реализации положений данной декларации четко отражены в настоящем плане действий.

---

<sup>1</sup> Европейский региональный комитет ВОЗ принял данный План действий на своей шестьдесят первой сессии в 2011 г. (Приложение 2).

## Эпидемиологический контекст

НИЗ являются главной причиной смертности, заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ. На четыре основные категории НИЗ – сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких и сахарный диабет – суммарно приходится подавляющая часть бремени болезней и преждевременной смертности в масштабах Региона. Неинфекционные заболевания, в более широком плане, обуславливают в Европе почти 86% от всей смертности и 77% бремени болезней, что влечет за собой растущую нагрузку на системы здравоохранения, наносит ущерб экономическому развитию и создает угрозу благополучию значительных групп населения, особенно лиц в возрасте 50 лет и старше.

В то же время НИЗ лежат в основе углубляющихся неравенств в отношении здоровья во многих странах, демонстрирующих четкий социально-экономический градиент и существенные гендерные различия. Такая же закономерность прослеживается и в отношении растущего разрыва по показателям здоровья между европейскими странами. Вместе с тем, социальный градиент и распределение риска варьируют в зависимости от конкретного фактора риска и по различным государствам-членам. В последнее время растет также озабоченность в связи с тем, факторы риска НИЗ все в большей мере влияют на более молодые группы населения, что существенно повлияет на будущие тенденции общественного здоровья в Европе.

В более пожилых возрастных группах НИЗ становятся ведущими причинами заболеваемости, инвалидности и смертности, и значительная доля потребностей в услугах здравоохранения и расходов на медицинскую помощь приходится на более поздние годы жизни людей. Женщины в Европе живут в среднем на восемь лет дольше, чем мужчины, но при этом чаще испытывают нарушения здоровья. Старение населения и бремя болезней, обусловленных НИЗ, влекут за собой риск значительных расходов для общества. Затраты, связанные с борьбой с хроническими болезнями и преодолением факторов риска, составляют значительную долю внутреннего валового продукта каждой страны, при этом пациенты и их близкие сталкиваются со значительными расходами на лечение, снижением доходов вследствие болезни, преждевременным выходом на пенсию и повышенной зависимостью от услуг социальной поддержки. Работодатели и общество в целом страдают от бремени невыходов на работу вследствие болезни, снижения производительности труда и повышенной текучести кадров.

## Почему необходим план действий и почему именно в настоящее время?

План действий базируется на достижениях последних пяти лет, на накопленных научных знаниях, творчески использует анализ проведенной ранее работы и сегодняшнее пристальное внимание к проблемам НИЗ и общественного здоровья в целом.

В последние годы в масштабах всего мира растет уровень внимания к НИЗ и приоритетности действий в данной сфере. В 2008 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила План действий по осуществлению Глобальной стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2008–2013 гг.) в качестве комплексной основы для систематического выявления возникающих эпидемий, снижения воздействия факторов риска и совершенствования медицинской помощи для пациентов с НИЗ. Принятая в 2010 г. глобальная стратегия по сокращению вредного употребления алкоголя стала еще одним важным документом, наряду с существующими инструментами по вопросам питания, физической активности и здоровья и с Рамочной

конвенцией по борьбе против табака. В сентябре 2011 г. в Нью-Йорке состоится сессия Генеральной Ассамблеи ООН высокого уровня, посвященная вопросам профилактики и борьбы с НИЗ; это еще одно проявление внимания мирового сообщества к данной группе нарушений здоровья.

В международном масштабе неуклонно повышается уровень осознания проблем, связанных с НИЗ, их коренных причин, а также растет научно-доказательная база для эффективных вмешательств. Наряду с созданием альянсов и партнерств (в том числе с вовлечением международных агентств, научного сообщества, структур общественного здравоохранения и неправительственных организаций в агитационно-разъяснительную деятельность, научные исследования и сотрудничество) был также опубликован ряд важных докладов, содержащих рекомендации в отношении активных действий по борьбе с НИЗ, а также, как это сформулировано в Глобальном докладе о состоянии проблемы НИЗ (3), наиболее “выгодных” вмешательств по борьбе с НИЗ. Выводы Комиссии по социальным детерминантам здоровья (4) дали возможность рассмотреть эти приоритетные вопросы общественного здравоохранения через призму социальной справедливости (5) и привлекли дальнейшее внимание к важности привлечения ресурсов в сферу раннего детского развития, что создает прочную основу здоровья в течение всей жизни.

В последние годы вновь придается большое значение необходимости укрепления систем здравоохранения: на европейском уровне призыв к укреплению потенциала и служб общественного здравоохранения прозвучал в Таллиннской хартии (принятой на Европейской министерской конференции в 2009 г.); в мировом масштабе важность обеспечения доступности и высокого качества услуг подчеркнута в Докладах о состоянии здравоохранения в мире за 2008 г. (посвящен первичной медико-санитарной помощи) (6) и за 2010 г. (посвящен вопросам финансирования систем здравоохранения в целях всеобщего охвата населения медико-санитарной помощью) (7).

В масштабах Европы внимание вновь сосредоточено на основных факторах риска НИЗ. К настоящему времени 47 государств-членов Европейского региона являются официальными сторонами Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ). В 2006 г. состоялась министерская конференция по борьбе с ожирением, итогом которой стало принятие хартии, второго Европейского плана действий ВОЗ по пищевым продуктам и питанию на 2007–2012 гг. и Европейской рамочной основы по содействию физической активности в интересах здоровья (2007 г.); Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя (2012–2020 гг.) представлен на рассмотрении Регионального комитета для принятия в этом году (см. документ EUR/RC61/13). В широких рамках деятельности Регионального бюро по проблемам НИЗ продолжается работа в сфере охраны психического здоровья и по проблемам инвалидности; и в этом ключе для утверждения на данной сессии Регионального комитета представлена Европейская декларация о здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями (2010 г.) (см. документ EUR/RC61/Conf.Doc./5). В Пармской декларации по окружающей среде и здоровью (2010 г.) европейские государства-члены четко поставили перед собой цель внести важный вклад в профилактику НИЗ путем действий, направленных на снижение воздействия вредных факторов окружающей среды. Кроме того, важные меры в отношении детерминант здоровья, по профилактике болезней, по проблеме здорового и активного старения, а также против бедности и социального исключения предпринимает Европейский союз (ЕС).

Государства-члены проявляют растущий интерес к осуществлению Европейской стратегии по НИЗ, и в странах достигнут значительный прогресс по многим ее аспектам. Составлены и пересмотрены систематические своды национальных документов и инструментов политики в отношении борьбы против табака и алкоголя, по вопросам



питания и физической активности, углублены представления о потребностях, имеющемся потенциале и пробелах в практическом внедрении (8,9). РКБТ еще не ратифицирована 7 странами Региона, однако даже в некоторых странах, являющихся официальными сторонами конвенции, претворение взятых обязательств в реальные действия осуществляется на недостаточном уровне. Охват населения экономически эффективными вмешательствами в сфере профилактики и оказания помощи при НИЗ все еще носит фрагментарный характер. Общая картина бремени болезней и факторов риска остается неполной, поскольку остается проблемой гармонизация механизмов сбора данных и применяемых определений. В немногим более двух третей стран имеется политика или стратегия по проблеме НИЗ, причем лишь в половине из них эта политика осуществляется на практике и лишь в одной трети – обеспечивается целевыми бюджетными ассигнованиями. Степень покрытия НИЗ схемами медицинского страхования носит весьма неоднородный характер среди стран Европы, услуги по содействию здоровому образу жизни главным образом обеспечиваются за счет благотворительности, а не путем государственного финансирования. В той или иной стране могут сосуществовать многочисленные широкие и более предметные стратегии и направления деятельности, однако координация между ними нередко недостаточна, и интегрированный подход к вопросам профилактики НИЗ отсутствует.

Поскольку создание европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 и обновление приверженности делу охраны общественного здоровья по сути открывают новую главу в развитии Европейского региона ВОЗ, настало время заострить внимание на решении проблем НИЗ в качестве неотъемлемого компонента усилий по улучшению здоровья жителей Европы.

## Обоснование и руководящие принципы

На основании перечисленных выше глобальных и региональных документов и итогов более двух десятилетий работы по содействию укреплению здоровья был выработан набор широко признанных принципов, совпадающих с концептуальными положениями политики Здоровье-2020, на базе которых строятся все действия, предусмотренные данным планом – от установления приоритетов до реализации и последующей оценки достигнутого.

- **Внимание к вопросам социальной справедливости.** Особое внимание необходимо уделить тому, в какой мере социальные детерминанты, такие как гендер, социально-экономическое положение, этническая принадлежность, миграционный статус и уровень образования, а также распределение этих детерминант, влияют на возможности людей делать устойчивый выбор в пользу здоровья.
- **Укрепление систем здравоохранения.** Дальнейшее развитие услуг первичной медико-санитарной помощи, наряду со службами общественного здравоохранения, имеет ключевое значение для укрепления здоровья населения, профилактики болезней, ранней диагностики и оказания интегрированной медицинской помощи.
- **Учет интересов здоровья во всех стратегиях.** Более широкие детерминанты эпидемии НИЗ в основном находятся за пределами сферы воздействия сектора здравоохранения. Речь может идти о таких областях, как торговая и налоговая политика, доступ к образованию и медицинской помощи, городское планирование и градостроительство.
- **Подход с учетом всех этапов жизни.** Риск НИЗ накапливается в течение всей жизни, начиная с воздействия на плод во время беременности и продолжаясь в периоды раннего детства, подросткового и зрелого возраста. Понятие “здоровое старение” включает такие аспекты, как укрепление здоровья в течение всей жизни,

средовые условия, помогающие справляться с функциональными нарушениями, уровень социальной защиты, а также доступ к необходимым социальным и медицинским услугам.

- **Расширение прав и возможностей сообществ и граждан.** Во всех действиях, от планирования профилактических услуг до лечения конкретного больного, работа должна быть ориентирована на укрепление, а не подмену усилий сообщества, повышение уровня медико-санитарной грамотности и уважение статуса пациента как “специалиста” в отношении своей болезни.
- **Сбалансированность популяционного и индивидуального подходов.** Большинство случаев болезней возникает среди людей, подверженных низкому или умеренному риску, и лишь для небольшой части риск носит крайне выраженный характер (10). Соответственно, всесторонняя профилактическая стратегия должна быть сбалансированным образом направлена как на снижение уровней риска среди населения в целом, так и на целевой охват лиц, подверженных повышенному риску.
- **Интегрированные программы.** Все НИЗ и их факторы риска имеют конкретные особенности, и успешное решение связанных с ними проблем требует, по отношению к каждому из них, наличия специальных знаний и навыков и целенаправленных независимых действий. Вместе с тем, объективный опыт показывает, что комплексная стратегия, состоящая из множественных вмешательств, дает более ощутимое улучшение показателей здоровья, чем совокупность отдельных мер, причем часто оказывается и более экономически эффективной.
- **Принцип участия всего общества.** Охрана и укрепление здоровья – это результат совместных усилий государства и общества. Основная цель поэтому заключается в том, чтобы укрепить связи между профилактическими и лечебно-диагностическими службами, повысить уровень сотрудничества между государственными и негосударственными структурами, обеспечить активное участие гражданского общества, сферы бизнеса и рядовых граждан.

Эти принципы, заложенные в ключевых положениях Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, сегодня настолько же актуальны, как и на момент ее принятия в 2006 г.

#### **Основные положения**

Профилактика на всех этапах жизни – это эффективный подход, ее следует рассматривать как важную инвестицию в здоровье и развитие.

Общество должно создавать среду обитания, благоприятную для здоровья людей, что также облегчает выбор в пользу более здорового образа жизни.

Профилактические и лечебно-диагностические услуги<sup>2</sup> должны соответствовать своему назначению, учитывая существующее бремя болезней и растущие возможности для содействия укреплению здоровья.

Людям должны быть предоставлены возможности укреплять свое здоровье, эффективно взаимодействовать со службами здравоохранения и активно участвовать в лечебно-диагностическом процессе.

---

<sup>2</sup> В оригинальной терминологии Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ (2006 г.) употребляются понятия “службы общественного здравоохранения” (public health services, здесь – health services) “медицинская помощь” (health care, здесь – medical services).

Всеобщий доступ к возможностям укрепления здоровья, мерам профилактики болезней и услугам здравоохранения – это важнейшее условие для достижения социальной справедливости в отношении здоровья.

Правительства на всех уровнях несут ответственность за выработку государственной политики, учитывающей интересы охраны здоровья, и за принятие надлежащих мер во всех соответствующих секторах.

## Поле деятельности

Все виды хронических НИЗ заслуживают надлежащего внимания, однако подавляющая часть предотвратимой заболеваемости и смертности в Европейском регионе ВОЗ приходится на группу из четыре категорий болезней (сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, диабет и хронические респираторные болезни) и их общие факторы риска (употребление табака, вредное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность и нездоровое питание). Этим четырем категориям НИЗ также свойственны общие детерминанты, находящиеся под влиянием проводимой политики в ряде секторов, таких как сельское хозяйство и пищевая промышленность, образование, городское планирование. Они объединены общими путями реализации вмешательств через государственную политику. Кроме того, особого внимания заслуживает проблема ожирения, поскольку это нарушение является результатом воздействия множества основных факторов риска и одновременно причиной возникновения других НИЗ.

Настоящий план действий всесторонним образом отражает то концептуальное видение, которое заложено в глобальной и европейской стратегиях профилактики и борьбы с НИЗ. Государствам-членам требуется серьезная поддержка в реализации эффективных действий. Вместе с тем, необходимо, чтобы план действий был реалистичным, учитывая тот факт, что он осуществляется во времена значительных потребностей при ограниченности ресурсов. Тем не менее, цена бездействия потенциально еще выше, поскольку растущее бремя НИЗ обуславливает непрерывный рост издержек для систем здравоохранения и социальной поддержки. Существующие данные наглядно свидетельствуют о необходимости принятия объединенных социальных ответных мер в связи с бременем этих болезней, используя эффективные инструменты, которые можно адаптировать для использования в странах в зависимости от их уровня развития. В связи с этим предприняты шаги по выбору приоритетных действий, которые осуществимы в Европейском регионе в конкретные сроки и в условиях имеющихся ресурсов, что обеспечивает практическую реализуемость Плана при достижении максимального эффекта.

## Взаимосвязи

В интересах практической реализуемости настоящему плану действий придана достаточно узкая направленность, однако предусматривается, что по ряду других, смежных аспектов также будет получен полезный эффект благодаря использованию существующих взаимозависимостей.

## **Использование общих характеристик**

Хронические болезни (четыре вышеупомянутые категории, равно как и другие – инфекционные и неинфекционные) характеризуются рядом общих черт: аналогичная этиология и общие причинные факторы, такие как поведенческие и экологические факторы риска; возможное сочетание нескольких болезней у одного пациента; потребность в аналогичных моделях оказания помощи, которые включают в себя социальное измерение, расширение прав и возможностей пациентов, а также принцип преимущественной ориентированности на пациента, нежели чем на болезнь. С учетом этого, например, продвижение моделей длительного ухода, борьбы с ожирением и употреблением табака приносит пользу не только в отношении четырех вышеперечисленных категорий болезней, но также и для ряда других состояний, включая нарушения костно-мышечного аппарата. Внимание к социально-экономическим условиям, в которых человек растет, работает, отдыхает и стареет – таким как школы и рабочие места – может внести дальнейший вклад в развитие подобных общих подходов.

## **Психические расстройства**

Между психическим и соматическим здоровьем существует тесная связь: например, тяжелый стресс может приводить к сердечно-сосудистым нарушениям и, напротив, цереброваскулярные расстройства – одна из причин деменции. Психоневрологические расстройства находятся на втором месте среди ведущих составляющих бремени НИЗ в Европейском регионе, было бы ошибкой включать стратегию охраны психического здоровья в качестве раздела плана действий по НИЗ. Для психического здоровья и НИЗ требуются отдельные стратегии и планы действий, опирающиеся на свою собственную научно-доказательную базу и специфические технические требования. В настоящее время Региональное бюро в консультации с государствами-членами и заинтересованными участниками пересматривает План действий по охране психического здоровья с тем, чтобы представить новую стратегию охраны психического здоровья на рассмотрение Регионального комитета в 2012 г.

## **Насилие и травматизм**

Проблема насилия и травматизма имеет много общего с НИЗ. В литературе приводятся данные о том, что реальный или субъективно воспринимаемый риск травматизма является самым серьезным препятствием для популяризации велосипедного транспорта и ходьбы пешком. Кроме того, чрезмерное использование автомобилей приводит к дефициту физической активности, вызывает шум и загрязнение воздуха, которые также предрасполагают к НИЗ. Насилие и травмы имеют ряд общих с НИЗ факторов риска, таких как социальная депривация и социально-экономические неравенства, в реализации которых нередко играет роль вредное употребление алкоголя. Неблагоприятные условия в детском возрасте не только влекут за собой повышенную склонность к насилию на более поздних этапах жизни, но также и такие формы рискованного поведения, как вредное употребление алкоголя.

## **Инфекционные болезни**

Несмотря на обозначение “неинфекционные”, многие НИЗ имеют тесную взаимосвязь с инфекционными болезнями. Например, рак шейки матки и печени, связаны, соответственно, с вирусами папилломы человека и гепатита, причем риск более высок при небезопасном сексе и использовании общих игл потребителями инъекционных наркотиков; а предоставление долгосрочной и паллиативной помощи лицам с ВИЧ-инфекцией нередко

является составной частью услуг, предоставляемых в отношении других хронических болезней. Факторы риска НИЗ (табакокурение, потребление алкоголя, диабет и неправильное питание) связываются с большей частью новых случаев туберкулеза (ТБ) в странах с самым высоким в мире бременем ТБ; эффективная программа борьбы с туберкулезом в Европе должна быть направлена на эти распространенные факторы риска. Связи между НИЗ и ВИЧ/СПИДом и ТБ, равно как и защитой здоровья матери и ребенка, имеют практическое значение для достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ); содействие синергизму между программами – это эффективный и экономный путь использования ограниченных ресурсов.

## Окружающая среда и здоровье

Значительная доля НИЗ связана с экологическими и профессиональными факторами риска. На положение дел с физической активностью влияет политика в области обустройства городской среды и транспортная политика, которые могут способствовать популяризации таких средств передвижения, как езда на велосипеде и пешая ходьба посредством развития безопасной инфраструктуры, а также могут обеспечивать наличие удобно расположенных зеленых зон для физически активных форм досуга и изменения стереотипов поведения в пользу здоровья. Программы гигиены и безопасности труда также могут выступать в защиту мероприятий, направленных на создание благоприятной среды на рабочем месте. В более широких масштабах уроки, извлеченные из опыта общественных движений, связанных с проблемами изменения климата и его влияния на устойчивое развитие, служат моделью проведения информационно-агитационной работы по проблеме НИЗ и развития. Имеются прочные взаимосвязи с причинами загрязнения воздуха и шума и с проводимыми мерами по борьбе с ними. Реализация рациональной и устойчивой политики в области окружающей среды, включая оптимизацию сельскохозяйственной практики и защиту детей от неблагоприятных экологических воздействий, вносит прямой вклад в сокращение бремени НИЗ.

## Принципиальное видение, цель и задачи

Видение, цель и задачи настоящего плана действий были предложены и одобрены государствами-членами в Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2006 г.). Они согласуются с новой Европейской политикой здравоохранения и новой Рамочной основой действий по укреплению потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе.

### Принципиальное видение

Европа, нацеленная на укрепление здоровья и свободная от предупреждаемых неинфекционных заболеваний, преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности.

### Цель

Предотвратить преждевременную смертность и значительно сократить бремя болезней, связанное с НИЗ, посредством комплексных действий, направленных на улучшение качества жизни людей и обеспечение более справедливого распределения показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни как внутри государств-членов, так и между ними.

### Задачи

- Предпринимать комплексные меры по всем секторам, направленные на факторы риска и их глубинные детерминанты;

- Укреплять системы здравоохранения в целях совершенствования профилактики и борьбы с НИЗ.

#### **Стратегический подход**

Всесторонний подход к борьбе с НИЗ, основанный на систематической интеграции политики и практики, направленных на сокращение неравенств в отношении здоровья, и предусматривающий параллельное проведение следующих видов деятельности:

1. содействовать разработке и осуществлению программ укрепления здоровья и профилактики болезней на популяционном уровне;
2. вести активную целевую работу с группами и лицами, подверженными высокому риску;
3. обеспечивать максимальный охват населения эффективными услугами медицинской помощи и ухода.

## **Принципы построения Плана действий**

В соответствии с Европейской стратегией профилактики и борьбы с НИЗ, План действий предусматривает всеобъемлющий и интегрированный подход к решению проблем, связанных с НИЗ, который одновременно содействует укреплению здоровья и развитию программ по профилактике болезней на популяционном уровне и целенаправленно работает на группы риска и граждан, подвергающихся высокому риску, и максимально охватывает население эффективным лечением и уходом. При этом, систематически проводится интеграция политики и действий в целях сокращения неравенств в вопросах здоровья. В то же время, в целях обеспечения максимального позитивного эффекта в отношении здоровья, План предусматривает конкретный набор научно обоснованных вмешательств на период 2012–2016 гг. Будет проводиться мониторинг и оценка прогресса в реализации этих вмешательств.

План действий разделен на четыре приоритетных направления действий, пять приоритетных вмешательств и два вспомогательных вмешательства. Приоритетные вмешательства носят конкретный научно обоснованный характер и соответствуют существующим обязательствам государств-членов. Основное внимание сосредоточено на осуществлении конкретных практических мероприятий в период 2012–2016 гг., которые могут служить поддержкой странам в достижении концептуального видения, целей и задач Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ. При этом воздействие на социальные детерминанты здоровья и сокращение неравенств в отношении здоровья рассматриваются в качестве таких ключевых элементов, которые не изложены в виде отдельных разделов, но имеют общее значение для каждого из основных разделов.

Четыре приоритетные области действий “привязаны” к соответствующим разделам Европейской региональной стратегии по профилактике и борьбе с НИЗ, как это отражено ниже:

1. стратегическое руководство борьбой с НИЗ, включая построение альянсов и сетей и всемерное содействие расширению прав и возможностей граждан (область действия, соответствующая Европейской стратегии в целом);
2. укрепление эпиднадзора, мониторинга и оценки, а также наращивание научных исследований (область действия, соответствующая Европейской стратегии в целом);



- укрепление здоровья и профилактика болезней (область действий, соответствующая вмешательствам на популяционном уровне, изложенным в Европейской стратегии);
- дальнейшая ориентация услуг здравоохранения на профилактику и оказание помощи при хронических заболеваниях (область действия, соответствующая элементам Европейской стратегии, имеющим отношение к услугам на индивидуальном уровне, а также к группам и лицам высокого риска).

Пять приоритетных вмешательств сосредоточены на следующем:

- содействие потребителю выбору в интересах здоровья путем применения налоговой политики и механизмов маркетинга;
- замена трансжиров в пищевых продуктах полиненасыщенными жирами;
- снижение потребления соли;
- оценка и управление кардиометаболическим риском;
- ранняя диагностика онкологических заболеваний.

Два дополнительных набора вмешательств также включены как средства развития внутрисекторальных связей с действиями, направленными на экологические детерминанты НИЗ:

- содействие физически активным видам передвижения;
- содействие оздоровлению различных условий окружающей среды.

## Приоритетные области действий

### Стратегическое руководство борьбой с НИЗ, включая построение альянсов и сетей и содействие расширению прав и полномочий граждан

Стратегическое руководство в интересах здоровья определяется как “усилия правительств или других действующих сил направлять сообщества, страны или даже группы стран в их стремлении к достижению здоровья и благополучия как к коллективной цели” (11); это одно из ключевых положений в разработке политики Здоровье-2020. Поскольку многочисленные влияния на здоровье находятся за пределами сектора здравоохранения и распространяются через границы государств, стратегическое руководство делом профилактики и борьбы с НИЗ требует включения таких межсекторальных и многоуровневых механизмов, которые предусматривают участие всех заинтересованных сторон и действие которых распространяются с местного на глобальные уровни. Такие механизмы включают действия по определению общих целей, ресурсов и взаимовыгодных результатов профилактики НИЗ, по оценке эффективности проводимой политики и по осуществлению межсекторальных действий на основе подотчетности и устойчивости. Политика, стратегия или план по борьбе с НИЗ определяют направления и целевые показатели по профилактике и борьбе с НИЗ, а также обеспечивают согласованную политику по ряду планов, касающихся конкретных проблем.

Стратегическое руководство борьбе с НИЗ, обеспечивающее воздействие на социально-экономические детерминанты здоровья и их распределение, предусматривает выполнение лидирующей функции, предоставление полномочий, стимулов, бюджета и механизмов сотрудничества, а также совместное решение проблем при взаимодействии всех компонентов государственного управления и секторов общества. Учет гендерных и

других социальных детерминант имеет ключевое значение для планирования, разработки и осуществления программ общественного здравоохранения, направленных на борьбу с НИЗ, прежде всего в целях повышения уровня охвата и эффективности вмешательств, а также для снижения экономического ущерба, связанного со сниженной производительностью труда и повышением спроса на медико-санитарные и социальные услуги вследствие социальных неравенств (12). Для системы здравоохранения имеется значительный спектр деятельности по сокращению неравенств, особенно с учетом того, что доступность, рациональность и приемлемость услуг здравоохранения являются социально детерминированными (13,14).

Наиболее актуальные проблемы здравоохранения требуют вовлечения заинтересованных сторон за пределами органов государственного управления – имеются в виду международные органы, агентства двустороннего сотрудничества, профессиональные ассоциации, неправительственные организации (НПО), частный сектор и академические учреждения. Альянсы и сетевой обмен информацией – это фундаментальный механизм для достижения необходимых результатов. Имеющиеся группы общественного здравоохранения, такие как EuroHealthNet, Европейская ассоциация общественного здравоохранения (EURHA) и Ассоциация школ общественного здравоохранения в Европейском регионе (ASPHER), а также сети стран, такие как Сеть здоровья Юго-Восточной Европы (SEEHN), проявляют особый интерес в проблеме НИЗ. Важная роль принадлежит как сетям более общего профиля, таким как “Школы за здоровье в Европе” или сети ВОЗ “Здоровые города”, так и конкретно занимающимся проблемой НИЗ, таким как созданная под эгидой ВОЗ Общенациональная программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ), Европейская сеть ВОЗ по содействию оздоровительной физической активности (НЕРА) и Европейский альянс по хроническим заболеваниям.

Ключевым компонентом содействия формированию здорового образа жизни, равно как и профилактики и лечения НИЗ является расширение прав и возможностей граждан. В результате эволюции ролей пациентов и медицинских работников пациент становится в центре лечебно-диагностического процесса. Стратегии, направленные на расширение прав пациентов и их семей, повышают возможности пациента активно участвовать в лечении своего заболевания, вести более здоровый образ жизни и более эффективно использовать услуги здравоохранения; близкие пациента при этом совершенствуют навыки ухода. Группы самопомощи, ассоциации пациентов и другие аналогичные структуры, защищающие их права, оказывают поддержку в развитии партнерских отношений между пациентами и медицинскими работниками, предоставляя возможности для выбора, информацию и действенные средства. Следует также учитывать важную роль средств массовой информации, оказывающих влияние на нормы и поведение, а также служащие механизмом общественных обсуждений. Вместе с тем, любые усилия, направленные на расширение прав и возможностей граждан, должны будут принимать в расчет тот факт, что наиболее уязвимые группы и индивидуумы в обществе только тогда будут иметь шансы получать пользу от инициатив, рассчитанных на расширение социального участия, если эти инициативы будут адекватными, приемлемыми и чувствительными к требованиям социальной справедливости.

### **Действия ВОЗ**

- Всемерно поддерживать разработку национальных планов действий по профилактике и борьбе с НИЗ либо в качестве отдельного документа, либо интегрированного с другими стратегиями и планами общественного здравоохранения, с обязательным обращением внимания на социальные детерминанты и их распределение.



- Использовать существующие стратегические механизмы и платформы, обладающие синергизмом в отношении профилактики НИЗ, такие как Европейский процесс по окружающей среде и здоровью и соответствующие многосторонние соглашения по защите окружающей среды.
- Предпринимать практические меры, направленные на создание хорошо функционирующих партнерств Европейских сетей национальных координаторов по НИЗ и заинтересованных сторон в государственном секторе, гражданском обществе, профессиональных ассоциациях и научно-академической сфере по отношению к совместным мерам защиты интересов здоровья, поиска ресурсов и обмена опытом, а также наращивать потенциал профилактики и борьбы с НИЗ. В рамках этих партнерств будут созываться форумы для взаимодействий с частным сектором, с должным учетом необходимости избегать конфликта интересов.
- Развивать практические предложения по сотрудничеству в борьбе с НИЗ между международными организациями, такими как ВОЗ, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Европейская комиссия, Всемирный банк, Европейский инвестиционный банк и Международное агентство по атомной энергии (МАГАТЭ) в целях отстаивания интересов здоровья по конкретным темам, таким как стандарты и показатели, и в совместной работе в странах, с более четким определением сравнительных преимуществ каждого партнера.
- Предоставлять техническую поддержку государствам-членам в реализации и укреплении компонентов политики, стратегий и программ, посвященных расширению прав и возможностей пациентов и местных сообществ, включая руководства о том, как инкорпорировать внимание к охвату групп и отдельных лиц, которые, по всей вероятности, не обладают необходимыми полномочиями или преимуществами.

### **Действия государств-членов**

- Растущее число стратегий и планов действий по вопросам НИЗ и смежным проблемам на национальном уровне, которые отражают социальный и экологический контекст борьбы с НИЗ и формирования здорового образа жизни, имеют отведенные бюджеты и потенциал для реализации и включают компонент мониторинга как общего влияния на здоровье, так и распределения показателей.
- Рост числа стран, включивших НИЗ в национальные и региональные повестки дня социально-экономического развития.
- Рост числа национальных альянсов по НИЗ или хроническим заболеваниям, которые сосредоточены на проблемах сочетанной заболеваемости и общих факторах координации усилий по информационно-разъяснительной деятельности интегрированным образом.

### **Укрепление эпиднадзора, мониторинга и оценки**

В Европейском регионе ВОЗ имеется большой объем данных, полученных в результате проведения опросных эпидемиологических исследований на субнациональном, страновом, региональном и глобальном уровнях (см. Приложение 1). Тем не менее, согласование данных в масштабе Региона представляет собой сложную задачу в связи с использованием различных инструментов сбора данных и различных определений показателей, рекомендуемых различными учреждениями, при этом имеющиеся данные по странам не всегда репрезентативны для всей страны или могут характеризоваться недостаточно высоким качеством.

Важнейшее значение для разработки целенаправленных действий, мониторинга хода работы и успешности противостояния НИЗ, а также для планирования и оценки стратегий и политики важнейшее значение имеют данные эпиднадзора. Системы эпиднадзора должны быть качественными, надежными, стандартизированными и устойчивыми. Их следует корректировать соответственно потребностям стран, при этом координировать их на международном уровне следует посредством общих протоколов, определений показателей, аналитического инструментария и баз данных, позволяющих проводить международные сравнения наблюдаемых тенденций. В отношении НИЗ система эпиднадзора должна генерировать и прослеживать информацию по следующим направлениям: бремя НИЗ (заболеваемость, смертность, инвалидность и экономический ущерб); оценка распространенности болезней и тенденций соответствующих факторов риска; социальные детерминанты; группы риска; ход реализации научно обоснованных стратегий. Необходимое внимание следует уделять уязвимым группам и дезаггегированным популяционным данным путем представления сведений в разбивке по полу, возрастным группам и социальным факторам, таким как уровень образования, доходы и место жительства. Следует изучать возможности связей с другими соответствующими системами эпиднадзора, например, в отношении экологических воздействий и инфекционных болезней.

Необходимо интегрировать мониторинг и оценку НИЗ и факторов риска в общие системы информации здравоохранения в целях укрепления связей и устойчивости, что позволит проводить долгосрочную оценку и распределение показателей эффективности вмешательств по борьбе с НИЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ работает вместе с государствами-членами по мониторингу развития потенциала в странах для профилактики и борьбы с НИЗ, в том числе исследуя возможный опыт, который можно получить на основе надлежащей практики, и то, каким образом стратегии НИЗ включены в более широкую повестку дня общественного здравоохранения и реформы здравоохранения. В составляемых докладах представлены не только данные мониторинга хода работы по реализации стратегий НИЗ в государствах-членах как составной части полномочий ВОЗ в соответствии с Планом действий на 2008–2013 гг. для реализации глобальной стратегии ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями, но также приводятся и примеры надлежащей практики и более глубокий анализ отдельных стратегий стран.

Имеется достаточно фактических данных для того, чтобы предпринимать меры по борьбе с НИЗ, и следует использовать наилучшие имеющиеся из них, проводя постоянный мониторинг в целях приобретения опыта и необходимой адаптации. Тем не менее, все еще имеется потребность получения дополнительных фактических данных, например, по результатам оценки эффективности (в среднем по населению и распределение) и экономической рентабельности вмешательств. Необходимо развивать связи между специалистами и руководителями и обеспечить распространение данных в различных форматах для различных аудиторий и через различные каналы. Сети учреждений общественного здравоохранения, сотрудничающие центры ВОЗ и Сеть фактических данных в отношении здоровья уже существуют как богатый ресурс для Региона.

### **Действия ВОЗ**

- Разработать и внедрить принципиальную основу оценки данного плана действий по борьбе с НИЗ на европейском региональном уровне и на страновом уровне, обеспечив, что действия, показатели и подходы по мониторингу и оценке сопоставимы с другими планами действий ВОЗ по конкретным факторам риска.
- Создать экспертную консультативную группу в помощь разработке подхода, определяющего, какие элементы данного плана действий необходимо отслеживать в целях мониторинга и составления отчетности по достигнутым результатам,

используя сочетание различных источников данных и методологий (которые должны быть практически реализуемы в странах с различными уровнями дохода и с учетом социальных детерминант здоровья, таких как гендер и социально-экономический статус).

- Разработать руководства по функционированию интегрированной информационной системы по НИЗ, включая региональный перечень показателей по НИЗ (в дополнение к глобальным инициативам) для проведения эпиднадзора на национальном уровне и включения в интегрированную платформу по информации здравоохранения в Европейском региональном бюро ВОЗ. При этом необходимо предусмотреть гармонизацию подходов с базой данных “Здоровье для всех” и существующими методами сбора и разбивки данных по НИЗ и возможность синергизма со смежными инфекционными болезнями и системами по инфекционным болезням и экологическому надзору в целях получения всесторонней картины.
- Разработать и распространить аналитические справки по вопросам включения аспектов гендера, других социальных детерминант и социальной справедливости в политику по борьбе с НИЗ, содержащие профили распределения неблагоприятных влияний данных аспектов по конкретным НИЗ и их факторам риска.

### **Действия государств-членов**

- Активизация создания новых или укрепления существующих интегрированных национальных систем эпиднадзора за НИЗ, включая в их рамки информацию по бремени болезней, факторам риска, социальным детерминантам и группам риска.
- Объективно продемонстрированный рост сотрудничества между структурами науки и руководящими органами, определяющими политику, так чтобы фактические данные по проблемам НИЗ согласованным образом отвечали потребностям практической политики.
- Более полное наличие и использование данных эпиднадзора за НИЗ, в разбивке по полу, возрасту и социальному положению, на основе глобальных и региональных обзоров социальных детерминант, в целях мониторинга и анализа распределения эффекта от вмешательств.

### **Укрепление здоровья и профилактика болезней**

В Оттавской хартии по укреплению здоровья (15), принятой в 1986 г. и получившей подтверждение в последующей Бангкокской хартии по укреплению здоровья (16) выдвинуты пять основных стратегий укрепления здоровья: учет интересов здоровья в проводимой государственной политике; создание благоприятных условий окружающей среды; укрепление действий на уровне местных сообществ; развитие индивидуальных навыков; переориентирование служб здравоохранения. Необходимость учета влияния внешних средовых условий на жизненный выбор и поведение людей обусловила внимание к этим конкретным средовым условиям, таким как школы, рабочие места, а также, например, места заключения. При этом имеет важное значение проведение политики по созданию благоприятных условий для здоровья, способствующих облегчению выбора в пользу здоровья (17). Так, например, городское планирование, проводимое с учетом интересов здоровья, может предусматривать создание инфраструктуры, способствующей физически активным формам передвижения и обеспечивающей благоприятные условия для активного досуга.

Необходимо достичь баланса между подходами, ориентированными на население в целом, и подходами, направленными на лиц групп высокого риска. Наибольшую пользу

для населения могут принести мероприятия, направленные на население в целом. В результате небольшого сокращения риска для большого числа людей, например снижения содержания холестерина, снижения кровяного давления или уровней табакокурения среди населения в целом можно предупредить возникновение значительно большего количества случаев заболеваний, таких как сердечно-сосудистые нарушения, и случаев смерти, чем в результате лечения небольшого числа людей групп повышенного риска (18). Национальная законодательная и налоговая политика (например, запрет промышленных трансжиров или уменьшение вдвое содержания соли в пищевых продуктах, подвергающихся технологической обработке), могут принести как эффективные результаты в отношении здоровья, так и сэкономить средства. Индивидуальные подходы требуют больших затрат, увеличивают неравенства и они осуществимы лишь при наличии обеспеченных необходимыми ресурсами и эффективных систем здравоохранения. Тем не менее, важно понять, какие группы населения смогли продемонстрировать наилучшие результаты в ответ на меры, направленные на население в целом, поскольку обычно существует социальный градиент – наименее обеспеченные и социально уязвимые группы населения с наименьшей вероятностью демонстрируют результаты в ответ на применение таких мер, направленных на изменение образа жизни.

Одновременно с планированием широких социальных мер по детерминантам НИЗ необходимо непосредственно обратиться к решению вопросов, связанных с четырьмя поведенческими факторами риска. Как указано в глобальных и региональных обзорах по социальным детерминантам, важно сосредоточить внимание на контексте, в котором формируется образ жизни – “первопричине”. За последнее десятилетие приняты глобальные и региональные стратегии борьбы с курением, вредным потреблением алкоголя, отсутствием физической активности и нездоровыми рационами питания. Кроме того, РКБТ является ключевым международным инструментом в сфере здравоохранения по борьбе против табака. Пакет политики MPOWER представляет собой подкрепленный доказательной базой набор инструментов по реализации РКБТ. В результате проведенной оценки меры по борьбе с табаком и сокращению потребления соли были признаны одними из наиболее экономически эффективных в глобальном масштабе. Вместе с тем признается, что наиболее эффективны многокомпонентные программы, являющиеся составной частью интегрированного и комплексного подхода.

Профилактика болезней включает в себя клинические профилактические услуги, такие как программа вакцинации, программы скрининга среди населения, и оценка кардиометаболического риска в первичном звене оказания медицинской помощи. Более подробно эти вопросы освещаются в следующем разделе.

### **Действия ВОЗ**

- Разработать наборы инструментов политики, готовые для использования государствами-членами в небольшом количестве определенных приоритетных областей межсекторального формирования политики, имеющей отношение к НИЗ, опираясь на обширный опыт, приобретенный Регионом в сфере борьбы против табака, в сфере транспорта и окружающей среды, а также внешней политики (эта работа будет проводиться в тесной связи с действиями, запланированными в порядке выполнения политики Здоровье-2020), при этом уделяя необходимое внимание возможному воздействию на здоровье и гендерную справедливость.
- Подготовить и представить промежуточный отчет о прогрессе стран в осуществлении межсекторальных действий на Восьмой глобальной конференции по укреплению здоровья (Хельсинки, Финляндия, 2013 г.).
- Разработать инструменты содействия повышению грамотности в вопросах здоровья и укрепления действий местных сообществ с использованием механизмов повышения грамотности населения в вопросах здоровья (такие как наглядные пособия и средства,

помогающие пациентам в принятии решений, и курсы по самоконтролю в отношении лечения), а также решать проблемы неграмотности и языкового барьера в качестве препятствий к обеспечению грамотности в вопросах здоровья.

- Использовать существующие региональные сети для школ, содействующих укреплению здоровья, рабочих мест, больниц, мест лишения свободы, университетов и городов для разработки инструментов и предоставления технической поддержки в целях содействия профилактике и борьбе с НИЗ и для оценки распределения воздействия.

### **Действия государств-членов**

- Добиться ускорения процесса ратификации и реализации положений РКБТ, с тем чтобы создать мир, в основном свободный от табака.
- Выполнить обязательства, принятые в рамках Европейской хартии по борьбе с ожирением, Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2007–2012 гг., Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью и Глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя.
- Согласование национальной политики в области сельского хозяйства, торговли, промышленности и транспорта для содействия улучшению рациона питания, повышению уровня физической активности и сокращению вредного употребления алкоголя.

### **Дальнейшая ориентация служб здравоохранения на профилактику и оказание помощи при хронических заболеваниях**

Перед системами здравоохранения стоит сложная задача предоставления всеобъемлющих подходов к сокращению бремени болезней посредством интеграции таких аспектов, как укрепление здоровья, профилактика болезней и оказание длительной помощи пациентам с хроническими болезнями, принятие мер в случае острых состояний и оказание реабилитационной и паллиативной помощи в случае необходимости. И хотя результативные и даже экономически эффективные вмешательства для большей части таких состояний хорошо известны, многие из них не используются в широких масштабах.

Кроме того, для многих пациентов, страдающих от хронических НИЗ, существуют серьезные факторы, препятствующие доступу к постоянной медицинской помощи надлежащего качества. Во многих странах охват пациентов с хроническими болезнями услугами длительного ухода является далеко не всеобщим, и страны широко различаются по требованиям к доле участия пациентов с НИЗ в оплате медицинских услуг и лекарственных средств. В частности, финансовые барьеры могут явиться препятствием к управлению распространенными факторами риска, которые могут эффективно контролироваться с помощью лечения лекарственными средствами, например, в случае таких факторов, как высокое кровяное давление и уровень холестерина. И даже там, где существует всеобщий доступ, ведение хронических состояний у малоимущих слоев населения оставляет желать лучшего.

Далее, существуют данные, свидетельствующие о потенциальной возможности получения большей результативности при ведении хронических болезней, которой можно добиться при более совершенной координации или интеграции услуг с преодолением институциональных границ. Это особенно важно в условиях с ограниченными ресурсами, где даже более необходимо добиваться максимальной отдачи от вложенных средств и перераспределить ресурсы с третичного на профилактический уровень. В Европе множится число стран, где на повестке дня систем оказания медицинской помощи в части реформ приоритетное место занимает задача по



устранению этих препятствий и обеспечению более рационального и ориентированного на пациента обслуживания. Старение населения и эскалация стоимости медицинских услуг повышают актуальность этой задачи.

Более прочные системы здравоохранения, своевременно предоставляющие эффективную и доступную в финансовом отношении медицинскую помощь, могут внести большой вклад в снижение преждевременной заболеваемости и смертности в результате НИЗ. Чтобы добиться этого, необходимо усовершенствовать порядок и методы предоставления услуг, при этом медицинским работникам следует в большей степени опираться на научно-доказательные данные, а также активизировать проведение мероприятий по охране общественного здоровья. Необходимо рассмотреть механизмы финансирования здравоохранения по обеспечению финансовой доступности медицинского обслуживания для пациентов, в частности для наиболее уязвимых групп населения. Необходимо пересмотреть подходы системы здравоохранения к развитию кадров, лекарственных средств и технологий для обеспечения адекватного вложения ресурсов системы здравоохранения в отношении их количества и качества. Следует укрепить механизмы стратегического управления, в частности посредством совершенствования стратегического руководства, обеспечения необходимых кадровых и финансовых ресурсов и расширения прав и возможностей пациентов. И наконец, необходимо укреплять потенциал общественного здравоохранения и службы, особенно в соответствующих областях эпиднадзора, оценки потребностей, профилактики болезней и укрепления здоровья, развития лидирующей роли в здравоохранении и развития кадровых ресурсов.

### **Действия ВОЗ**

- Проводить научные исследования, документировать данные и содействовать использованию наиболее эффективной практики в процессе применения ориентированной на пациента модели оказания медицинской помощи в целях координированного ведения хронических болезней от профилактики до паллиативного ухода, на всех уровнях системы здравоохранения, с преодолением институциональных границ (первичная медико-санитарная помощь, социальный уход на уровне местного сообщества, стационарные услуги, экстренная помощь), в том числе в отношении неинфекционных и инфекционных заболеваний, и уделяя особое внимание оценке распределения воздействия мер среди всего населения.
- Применяя модели наилучшей практики, наращивать региональный потенциал по развитию навыков самоконтроля состояния здоровья среди пациентов, семей и добровольном секторе, путем повышения квалификации медицинских работников и создания соответствующих механизмов поддержки.
- Распространять и пропагандировать необходимость обеспечения универсального доступа к более всеобъемлющим и справедливым пакетам вмешательств в отношении НИЗ и непрерывности оказания услуг посредством надлежащих моделей финансирования здравоохранения, адаптированных к конкретным условиям каждой страны.
- Далее разрабатывать стратегии обеспечения доступа к экономически эффективным лекарственным средствам и к их более рациональному использованию медицинскими работниками и пациентами, выявляя модели надлежащей практики, которые способствовали бы улучшению ситуации в этой сфере в государствах-членах.
- Разрабатывать сравнимые на международном уровне показатели для мониторинга тенденций в обеспечении доступа к эффективным вмешательствам в рамках борьбы с НИЗ (таких как показатели по основным лекарственным средствам, наличным платежам граждан и более медленные темпы обеспечения доступа к таким вмешательствам для наименее обеспеченных групп населения) и содействовать эффективности в обеспечении медицинского обслуживания

посредством использования процессов проведения независимой и научно обоснованной оценки медицинской технологии.

- Разработать оперативное руководство по содействию интегрированному выявлению и ведению случаев заболеваний, с акцентом на связях между вакцинацией, сексуальным и репродуктивным здоровьем и НИЗ; между ВИЧ/СПИДом, сердечно-сосудистыми и онкологическими болезнями; между ТБ и борьбой против табака; между борьбой с вредным употреблением алкоголя, ведением диабета и питанием.

### **Действия государств-членов**

- Укреплять роль первичного звена медицинской помощи в профилактике и борьбе с НИЗ, особенно в отношении оценки факторов риска и управления ими, а также в отношении краткосрочных вмешательств (для поддержки в отказе от курения и сокращении вредного потребления алкоголя), уделяя внимание группам населения и индивидуумам, в наибольшей степени уязвимым в связи с их социальным и экономическим положением.
- В большей мере принимать, осуществлять и проводить мониторинг использования основанных на доказательной медицине руководящих принципов и стандартов, установленных для интегрированного ведения НИЗ в первичном звене медицинской помощи, обращая особое внимание на социальные детерминанты и принцип справедливости.
- Увеличивать масштабы использования эпидемиологических методов исследования в сфере оказания медицинской помощи, с количественной оценкой воздействия медицинских вмешательств, в том числе таких показателей, как степень удовлетворенности пациентов/их семей и ощущения пациентов в отношении своего здоровья.
- Включение аспектов укрепления здоровья и профилактики болезней в программы обучения медицинских работников и работников первичного звена медицинской помощи, в частности, и расширение их прав и возможностей в плане того, что они станут “проводниками” изменений, проводя информационно-разъяснительную работу с целевыми группами населения в отношении стратегий сокращения риска возникновения НИЗ и будут в большей степени осознавать, каким образом социальное и экономическое положение людей влияет на их возможности делать выбор в отношении своего здоровья, при этом приводя содержание мероприятий общественного здравоохранения в странах в соответствие с масштабами и содержанием индивидуальных потребностей в укреплении здоровья и профилактике.
- Добиваться укрепления потенциала и служб общественного здравоохранения на всех уровнях и обеспечения тесных связей со сферой медицинского обслуживания при осуществлении рамочной основы действий по укреплению потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе.

### **Приоритетные меры**

Выбор приоритетных мер на следующий пятилетний период определяется их обоснованностью, тем, что они подкреплены фактологической базой данных, при этом являясь экономически эффективными и практически осуществимыми с финансовой и политической точки зрения, в целом ряде различных условий стран. Были подобраны и обобщены фактологические данные, подкрепляющие эффективность этих вмешательств, и многие из них включены в Доклад ВОЗ о глобальной ситуации по проблемам НИЗ (2010 г.) в качестве наиболее эффективных, который характеризует их как “действия,

которые следует предпринять незамедлительно для ускорения получения результатов в отношении спасенных жизней, предупрежденных болезней и значительных сэкономленных средств”. Эти действия также увязаны с согласованным перечнем приоритетных действий по профилактике и борьбе с НИЗ (19).

Предполагается, что эти приоритетные меры проводятся в рамках более всеобъемлющего и интегрированного подхода, а также на фоне усилий, приведенных в предыдущем разделе настоящего документа по приоритетным областям действий. *Не* предполагается, что в предстоящие пять лет должны будут проводиться только вышеупомянутые меры и никакие более. Но предполагается, что будут достигнуты вышеприведенные результаты.

К концу 2012 г. будет разработан подробный план проекта по каждой из приоритетных мер, и будет также функционировать механизм мониторинга и оценки, который в 2017 г. предоставит данные не только о воздействии, но также о распределении этого воздействия среди всего населения.

## **Содействие здоровому потребительскому выбору посредством использования налоговой политики и механизмов маркетинга**

### **Цель**

В полной мере использовать налоговую политику и меры маркетингового контроля для осуществления влияния на спрос в отношении табака, алкоголя и продуктов питания с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжиров, соли и сахара.

### **Итоговые результаты/показатели**

- Сокращение распространенности табака – как среди населения в целом, так и ускоренными темпами в группах населения, характеризующихся более высокими уровнями распространенности табакокурения;
- Сокращение вредного употребления алкоголя – как среди населения в целом, так и ускоренными темпами в группах населения, характеризующихся более высокими уровнями распространенности;
- Снижение уровней ожирения.

### **Промежуточные результаты/показатели**

- Ограничение воздействия как непосредственно курения, так и дыма от курения (“вторичного курения”) посредством повышения цен на табачные изделия, использование предупреждений о вреде курения, освобождения от табачного дыма общественных мест и полного запрета на все виды стимулирования продажи табачных изделий;
- Сокращение вредного употребления алкоголя посредством повышения налогов на алкоголь, введения в силу запретов на рекламу и ограничения доступа к алкоголю в розничной продаже;
- Содействие использованию более здорового рациона питания посредством контроля за ценовой политикой, маркированием и маркетингом.

### **Обоснование**

Маркетинг пищевых продуктов, подвергнутых технологической обработке, со “скрытыми сахарами”, солью и чрезмерным содержанием насыщенных жиров, особенно предназначенных для детей, и тот факт, что они продаются все в больших количествах,



вносят свой вклад в вызывающий тревогу рост распространенности избыточной массы тела и ожирения среди детей и взрослых, особенно лиц с низким социально-экономическим статусом. Алкоголь – это фактор риска возникновения НИЗ, но он также является важной, самостоятельной причиной заболеваемости и смертности (через алкогольную зависимость, физическое насилие и травмы, а также другие нарушения здоровья, связанные с употреблением алкоголя). Еще значительная доля населения не охвачена этими экономически эффективными мерами, изложенными в РКБТ, либо потому, что страна не ратифицировала Конвенцию, либо в связи с тем, что преобразование обязательств в действия носит еще недостаточный характер (например, в сфере создания законодательства по освобождению от табачного дыма общественных мест). О пакете мер по ценообразованию и маркетингу табачных изделий и алкоголя, а также о контроле маркетинга пищевых продуктов, предназначенных для детей, заявлено в глобальных и региональных стратегиях и резолюциях и, кроме того, они являются составной частью пакета мер, которые были определены как наиболее эффективные.

### **Действия**

- Обоснование целесообразности использования налоговых механизмов в поддержку обеспечения здорового выбора и изучения возможностей использования налоговых поступлений для финансирования устойчивых структур, работающих в целях укрепления здоровья;
- Запрещение маркетинга табачных изделий (не ограничивающихся только сигаретами), постепенно сокращая подверженность детей и молодых людей воздействию всевозможных форм маркетинга алкоголя, а также пищевых продуктов с высоким содержанием соли, жиров и сахара, а также напитков с добавлением сахара.

## **Замена трансжиров в пищевых продуктах полиненасыщенными жирами**

### **Цель**

Исключение трансжирных кислот из состава пищевых продуктов, подвергаемых технологической обработке, и замена их полиненасыщенными жирами.

### **Итоговые результаты/ показатели**

- В большинстве государств-членов трансжиры исключены из пищевых продуктов, подвергнутых технологической обработке.

### **Промежуточные результаты/показатели**

- Достижение и осуществление национальных и международных соглашений по исключению и надлежащей замене трансжиров в переработанных пищевых продуктах, предназначенных для европейского рынка.

### **Обоснование**

Трансжирные кислоты способствуют развитию болезней сердца за счет повышения уровней так называемого “плохого холестерина” (липопротеинов низкой плотности, или ЛПНП), снижения уровней “хорошего холестерина” (липопротеинов высокой плотности, или ЛПВП) и разрушения клеток стенки сосудов, способствуя развитию воспалительных процессов и закупорке сосудов, что приводит к инфаркту. Трансжиры преимущественно содержатся в продуктах с частично гидрогенизированными маслами, срок хранения и структура которых делает их весьма привлекательными для ресторанного бизнеса и

производителей, занимающихся технологической обработкой продуктов. В процессе частичной гидрогенизации образуются не только трансжиры, но также происходит разрушение полезных для здоровья жиров группы Омега-3, которые содержатся в маслах растительного происхождения. Исключение трансжиров из пищевых продуктов возможно; крупные производители пищевых продуктов могли бы добиться этого за сравнительно короткий период времени, и ряд крупных продовольственных компаний уже добились этого.

### **Действия**

- Работа вместе с промышленностью над разработкой календарного плана для поэтапного исключения трансжиров из состава пищевых продуктов, которые предназначаются для европейского рынка, а также для предупреждения замены их насыщенными жирами (что создаст другую проблему), с тем чтобы способствовать замене их на полиненасыщенные жиры или общему уменьшению содержания жиров.

## **Снижение потребления соли**

### **Цель**

Снизить потребление соли в рационе питания до уровня, не превышающего 5 г (2000 мг натрия) на человека в день.

### **Итоговые результаты/ показатели**

- Снижение потребления соли до рекомендуемых уровней в большинстве государств-членов.

### **Промежуточные результаты/показатели**

- Создание национальных стратегических планов по снижению потребления соли;
- Проведение оценки количества потребляемой соли населением;
- Формирование органов с участием различных заинтересованных сторон.

### **Обоснование**

В большинстве стран ежедневные уровни потребления соли превышают рекомендованные ВОЗ пределы, при этом основным ее источником является соль в пищевых продуктах, подвергающихся технологической обработке. Существует прямая корреляция между количеством потребляемой соли и уровнями кровяного давления. Сокращение потребления соли снижает долгосрочный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта. По оценкам, снижение потребления соли с 10 г до 5 г в день приведет к сокращению общего показателя возникновения инсультов на 23%, а показателя сердечно-сосудистой заболеваемости – на 17%. Снижение потребления соли населением возможно, и эта мера общественного здравоохранения является одной из наиболее экономически эффективных и осуществимых с финансовой точки зрения. И хотя между странами существуют явные различия в отношении источников потребления соли, стереотипов поведения и рационов питания, можно установить некоторые общие принципы, дать общие рекомендации и распространить их в целях обеспечения успешной реализации стратегии снижения потребления соли (20).

### **Действия**

- Разработать и реализовать стратегии снижения потребления соли в соответствии с основными положениями рекомендаций ВОЗ.

## **Оценка и управление кардиометаболическим риском**

### **Цель**

Проводить оценку кардиометаболического риска в абсолютных цифрах и предпринимать меры по его снижению качестве одной из основных функций первичного звена оказания медицинской помощи в Европе.

### **Итоговые результаты/показатели**

- Повышение доли пациентов, в отношении которых достигнуты рекомендуемые цели по изменению стереотипов поведения и лечению.

### **Промежуточные результаты/показатели**

- Создание научно обоснованных руководств по оценке риска и мерам поведенческого и фармакологического характера;
- Повышение конкретных практических показателей (т.е. обучение медицинских работников, количество назначений различных лекарственных средств);
- Повышение доли пациентов, в отношении которых проводится оценка риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), при обеспечении справедливого доступа к услугам.

### **Обоснование**

Диабет значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), при этом следует отметить, что сочетание факторов риска, связанных с ССЗ, имеет большую значимость, чем совокупность индивидуальных факторов. Специалисты все больше сходятся во мнении, что для надлежащего решения проблемы факторов кардиометаболического риска (КМР) необходим многопрофильный подход. Данные свидетельствуют о том, что раннее выявление факторов развития КМР и воздействие на них является эффективной мерой профилактики развития гипергликемии, сахарного диабета 2 типа, гипертензии и гиперлипидемии. Особое внимание следует уделить общей оценке количества факторов риска, а не стратегии, направленной на отдельное заболевание или отдельный фактор риска. Таким образом можно осуществлять раннее и эффективное ведение, в рамках которого, среди прочего, предпринимать сочетания мер, влияющих на формы поведения (регулирование веса, физическая активность, рацион питания, отказ от курения) и фармакологических мер, направленных на профилактику сосудистых нарушений у лиц с выявленным высоким показателем КМР. Такая стратегия может преимущественно осуществляться в первичном звене оказания медицинской помощи.

### **Действия**

- Обеспечивать получение данных и предоставлять рекомендации относительно организационных и ресурсных изменений, которые требуется провести в первичном звене медицинской помощи, с тем чтобы осуществлять комплексный подход – проводить оценку КМР, необходимую корректировку и последующее наблюдение;
- Обеспечение получения данных по успешным многопрофильным программам оценки КМР и принятия надлежащих мер;
- Укреплять потенциал первичного звена оказания медицинской помощи для оценки КМР и принятия необходимых мер; для этого, среди прочего, требуется разработка клинического руководства, создание потенциала, проведение мониторинга и анализа полученных данных.

## **Ранняя диагностика онкологических заболеваний**

### **Цель**

Сокращение смертности от рака шейки матки, молочной железы и ободочной и прямой кишки.

### **Итоговые результаты/показатели**

- Диагностика рака молочной железы, шейки матки и ободочной и прямой кишки на более ранних стадиях;
- Повышение уровня выживаемости при раке молочной железы, шейки матки и ободочной и прямой кишки.

### **Промежуточные результаты/показатели**

- Охват программами организованного скрининга;
- Оценка осведомленности в вопросах онкологических заболеваний в основных подгруппах населения.

### **Обоснование**

Известны меры, позволяющие проводить раннее выявление и эффективное лечение около трети онкологических заболеваний. Существует две стратегии раннего выявления: ранняя диагностика посредством повышения осведомленности населения относительно ранних признаков и симптомов заболевания, что позволит незамедлительно направить человека для подтверждения диагноза и лечения; и проведение скрининга лиц, которые не обнаруживают никаких симптомов и чувствуют себя здоровыми, с целью выявления предраковых нарушений или онкологического заболевания на ранней стадии его развития с последующим направлением для диагностики и лечения. Для обеспечения эффективности такой работы и во избежание нанесения вреда, который может превысить пользу, профилактический осмотр должен проводиться в рамках организованных программ скрининга среди населения при обеспечении качества. В условиях ограниченности ресурсов и возможностей систем здравоохранения и там, где большая часть раковых заболеваний, которые могут выявляться на ранних стадиях, диагностируются сегодня на поздних стадиях, именно создание программ ранней диагностики может явиться наиболее практически осуществимой стратегией сокращения доли пациентов, которые обращаются к врачу на последней стадии рака (добиться “выявления на более ранних стадиях”) и улучшения показателей выживаемости. Во всех странах должен существовать национальный план борьбы против рака, содержащий целый ряд положений, предусматривающих все этапы процесса от эпиднадзора на популяционной основе с созданием регистра раковых заболеваний до доступа к паллиативной помощи.

### **Действия**

- Проводить оценку частоты возникновения и смертности от основных предупреждаемых, выявляемых на ранних стадиях и поддающихся лечению видов рака, включая долю раковых заболеваний, диагностируемых на более ранних стадиях и распространенность случаев выживания в ситуациях с раковыми заболеваниями, – там, где имеются соответствующие информационные системы;
- Повышать осведомленность относительно ранних признаков и симптомов онкологических заболеваний среди медицинских работников и населения в целом, и там, где это уместно, осуществлять организованные программы скрининга среди населения, учитывая конкретные условия страны;

- Проводить оценку качества, безопасности и эффективности существующих программ раннего выявления онкологических заболеваний.

## **Вспомогательные меры**

Эти вспомогательные меры включены в настоящий План действий в качестве средства укрепления межсекторальных взаимосвязей между действиями по НИЗ и действиями в рамках более широкой экологической и образовательной повестки дня.

## **Содействие развитию физически активных средств передвижения**

### **Цель**

Содействовать повышению физической активности посредством изменения городской среды.

### **Итоговые результаты/показатели**

- Количество километров, которые человек проходит в год пешком или проезжает на велосипеде;
- Доля детей, которые по дороге в школу и из школы используют различные виды передвижения (ходьбу пешком, езду на велосипеде, общественный транспорт, частный автомобиль).

### **Промежуточные результаты/показатели**

- Число стран, имеющих национальную политику содействия использованию езды на велосипеде и пешей ходьбы;
- Число стран, разработавших национальные планы действий в сфере транспорта, здравоохранения и окружающей среды либо в качестве самостоятельных планов, либо в виде составной части какого-либо другого плана.

### **Обоснование**

Политика в сфере транспорта и городского планирования играет важнейшую роль в определении уровней воздействия таких факторов окружающей среды, как связанные с транспортом загрязнение воздуха и шум, а также в обеспечении условий, которые могут способствовать повышению или понижению ежедневной физической активности, особенно посредством использования езды на велосипеде и ходьбы пешком в качестве средства передвижения или для отдыха. Появляется все больше фактических данных, свидетельствующих о том, что меры, направленные на обеспечение таких условий городской среды, которые способствуют развитию физически активных средств передвижения, в сочетании с общественным транспортом, могут оказывать влияние на выбор способа передвижения и таким образом способствовать развитию более здоровых форм поведения – при этом вносится соответствующий вклад также в повестку дня проблемы климатических изменений. В городах Европы, где более чем в 50% случаев поездка на машине покрывает расстояние менее 5 км, и более чем в 30% случаев – менее 3 км, замена кратковременных поездок на автомашине пешей ходьбой или ездой на велосипеде вполне осуществима и в полной мере согласуется с рекомендуемыми уровнями ежедневной физической нагрузки средней степени интенсивности.

## **Действия**

- Разработать и осуществлять национальные планы действий в сфере транспорта, здравоохранения и окружающей среды;
- Принимать участие в работе региональных сетей, осуществлять обмен опытом, выявлять и обмениваться данными по эффективности мер в сфере транспорта и городского планирования, способствующих сокращению риска НИЗ;
- Развивать и использовать базы данных, разрабатывать рекомендации и инструменты для оценки изменений в состоянии здоровья, связанных с транспортом, с учетом экономических аспектов;
- Разрабатывать и использовать инструменты для интеграции вопросов здоровья в транспортную политику.

## **Укрепление здоровья в конкретных условиях**

### **Цель**

Улучшать здоровье и благополучие посредством создания более благоприятных для здоровья условий в школах и на рабочих местах.

### **Промежуточные результаты/показатели**

- Количество стран, имеющих законодательство в сфере гигиены труда и профессиональной безопасности с положениями, предусматривающими защиту работников от профессиональных онкологических и легочных заболеваний, в том числе астмы;
- Количество стран, имеющих национальные программы в поддержку всеобъемлющих инициатив для укрепляющих здоровье школ и рабочих мест в соответствии с рамочной концепцией ВОЗ.

### **Обоснование**

Существует неразрывная связь между здоровьем и образованием: образование оказывает серьезное влияние на показатели здоровья; процесс обучения людей, обладающих хорошим здоровьем, проходит более эффективно; у них лучше успехи и они менее склонны обращаться к рискованным формам поведения, если они удовлетворены своей учебной и общаются с авторитетными взрослыми людьми. Укрепление здоровья в условиях обучения в школе направлено на улучшение здоровья всех тех, кто находится в школе, как сотрудников, так и обучающихся, с использованием целостных подходов, с активным привлечением к этой работе как преподавателей, так и учеников; в этой связи имеют значение политика, направленная на создание “здоровых школ”, физическая и социальная среда в школах, учебная программа, связи с местным сообществом и медицинские услуги.

Ежегодно в Регионе различные заболевания, связанные с рабочими условиями, уносят жизни 300 000 человек (не считая случаев смерти в результате травматизма), большая часть из которых – это НИЗ. Факторы риска этих заболеваний могут быть скорректированы в результате организованных усилий общества и предприятий. Рабочие места также можно с успехом использовать в качестве условий для осуществления программ профилактики НИЗ и укрепления здоровья. Меры по укреплению здоровья на рабочем месте (WHP) – в случае, если эта деятельность планируется и осуществляется в виде всеобъемлющей инициативы за здоровые рабочие места – эффективны в сокращении факторов риска НИЗ, когда они направлены на решение проблем, связанных



с отсутствием физической активности, нездоровыми пищевыми привычками, курением и употреблением алкоголя, а также с психологическими факторами риска, при участии как рядовых работников, так и руководителей.

### Действия

- Реализовывать существующие полномочия и выполнять обязательства в отношении оздоровления среды обитания, с тем чтобы снизить подверженность риску возникновения неинфекционных заболеваний;
- Разработать политику, законодательство и инструменты стратегического управления, направленные на решение проблем, связанных с профессиональными НИЗ на национальном, местном уровне, на уровне рабочих мест в соответствии с рекомендациями ВОЗ и обеспечить соблюдение работодателями соответствующих правил и нормативов;
- Участвовать в работе соответствующих сетей, таких как “Школы во имя здоровья в Европе” и “Европейская сеть по охране здоровья работающих” в направлении укрепления потенциала стран, создания условий, способствующих улучшению здоровья и первичной профилактики НИЗ.

### Библиография<sup>3</sup>

1. *План действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_Rec1-part4-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part4-ru.pdf)).
2. *Московская декларация: Первая глобальная министерская конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям.* Москва, 28–29 апреля 2011 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 ([http://www.who.int/nmh/events/moscow\\_ncds\\_2011/conference\\_documents/moscow\\_declaration\\_ru.pdf](http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_ru.pdf)).
3. *Global status report on noncommunicable diseases 2010.* Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)).
4. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700_rus.pdf)).
5. Blas E, Sivasankara Kurup A (eds). *Equity, social determinants and public health programmes.* Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf)).
6. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.: первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/ru/index.html>).
7. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>).

---

<sup>3</sup> Все веб-сайты – по состоянию на 20 июля 2011 г.

8. Ritsatakis A, Makara P. *Gaining health: analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/105318/e92828.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/105318/e92828.pdf)).
9. Farrington JL, Stachenko S. *Country capacity for noncommunicable disease prevention and control in the WHO European Region. Preliminary report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/122976/E94316.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/122976/E94316.pdf)).
10. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal*, 1981, 282:1847–1851.
11. Kickbusch I. 21st century governance for health and well-being: a study for the WHO European Regional Office. Progress update [Presentation at the fourth session of the Eighteenth Standing Committee of the WHO Regional Committee for Europe, Geneva, 15 May 2011].
12. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010 (doi:10.1136/jech.2010.112680).
13. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems, Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf)).
14. *Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/127318/e94476.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/127318/e94476.pdf)).
15. *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 21 November 1986*. Geneva, World Health Organization, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1, [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)).
16. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Sixth Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, 11 August 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 ([http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829\\_%20BCHP.pdf](http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf)).
17. *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991*. Geneva, World Health Organization, 1991 (WHO/HPR/HEP/95.3, [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall\\_statement.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf)).
18. Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *PLoS Medicine*, 2010, 7(8) (e1000320. doi:10.1371/journal.pmed.1000320).
19. Beaglehole, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. Published online 6 April 2011 (doi:10.1016/s0140-6736(11)60393-0).
20. *Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom, July 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500777\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500777_eng.pdf)).



## **Стратегии, планы действий, резолюции и декларации министерских конференций ВОЗ<sup>4</sup>**

В тексте приводятся ссылки на следующие документы:

### **Всемирная ассамблея здравоохранения**

*Резолюция WHA53.17 “Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними”*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 ([http://apps.who.int/gb/archive/r/r\\_wha53.html](http://apps.who.int/gb/archive/r/r_wha53.html)).

*Резолюция WHA61.14 “Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии”*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 ([http://apps.who.int/gb/or/r/r\\_wha61r1.html](http://apps.who.int/gb/or/r/r_wha61r1.html)).

*Резолюция WHA63.13 “Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя”*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R13-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-ru.pdf)).

*Резолюция WHA57.17 “Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью”*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 ([http://apps.who.int/gb/or/r/r\\_wha57r1.html](http://apps.who.int/gb/or/r/r_wha57r1.html)).

*Resolution WHA56.1 on the Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/ea56r1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r1.pdf)).

### **Европейский региональный комитет ВОЗ**

*Резолюция EUR/RC56/R2 “Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-sixth-session/resolutions2/eurrc56r2>).

*Резолюция EUR/RC57/R4 “Деятельность по итогам Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением и Второй европейский план действий в области пищевых продуктов и питания”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-seventh-session/resolutions/eurrc57r4>).

### **Европейское региональное бюро ВОЗ**

*Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/76528/E89306R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/76528/E89306R.pdf)).

*Европейская хартия по борьбе с ожирением*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/87467/E89567R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87467/E89567R.pdf)).

---

<sup>4</sup> Все веб-сайты по состоянию на 20 июля 2011 г.

*Steps to health. A European framework to promote physical activity for health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/101684/E90191.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf)).

*Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)).

*Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/78610/E93618R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78610/E93618R.pdf)).

*Улучшать здоровье, повышать качество жизни: дети и подростки с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семьи. Европейская декларация “Здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей”.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/121272/e94506R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/121272/e94506R.pdf)).

## Приложение 1. Примеры существующих систем эпиднадзора за НИЗ

• Страновой уровень	• На региональном уровне	• На глобальном уровне
<ul style="list-style-type: none"><li>• Опросные исследования, репрезентативные для всей страны</li><li>• Системы профилактического медицинского обследования школьников</li><li>• Ведение регистров онкологических заболеваний</li><li>• Использование услуг здравоохранения</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Европейская база данных “Здоровье для всех” (ЗДВ)</li><li>• Европейская информационная система по алкоголю и здоровью</li><li>• Европейская база данных ВОЗ по борьбе против табака</li><li>• Европейская база данных ВОЗ по питанию, ожирению и физической активности</li><li>• Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением</li><li>• Евростат</li><li>• Опросное исследование по поведению детей школьного возраста в отношении здоровья</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Глобальная инфобазы ВОЗ</li><li>• Глобальное опросное исследование ВОЗ по вопросам здоровья среди учащихся школ</li><li>• Глобальная система ВОЗ по эпиднадзору за потреблением табака (включая Глобальное опросное исследование о потреблении табака молодежью, Глобальное опрос персонала учебных заведений, Глобальное опросное исследование студентов-медиков и Глобальный опрос об употреблении табака среди взрослых)</li><li>• Глобальная система ВОЗ-CDC по эпиднадзору за употреблением табака</li><li>• Системы ВОЗ по эпиднадзору STEPS</li><li>• Глобальная обсерватория здравоохранения ВОЗ</li></ul>

## **Приложение 2. EUR/RC61/R3 “План действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.”**

Региональный комитет,

вновь подтверждая, что неинфекционные заболевания (НИЗ) являются ведущей причиной смертности и заболеваемости в Европейском регионе ВОЗ;

ссылаясь на резолюцию EUR/RC56/R2, утвердившую Европейскую стратегию профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, которая стала служить стратегической основой для действий государств-членов в Европейском регионе по реализации их страновой политики и участию в международном сотрудничестве;

ссылаясь на свою резолюцию EUR/RC57/R4, принятием которой был утвержден Второй европейский план действий в области пищевых продуктов и питания (2007–2012 гг.) и одобрена Европейская хартия по борьбе с ожирением;

ссылаясь на свою резолюцию EUR/RC60/R7, принятием которой были одобрены решения Пятой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья, отраженные в Пармской декларации по окружающей среде и здоровью;

ссылаясь на резолюции WHA53.17, WHA60.23 и WHA61.14 Всемирной ассамблеи здравоохранения, в которых Ассамблея здравоохранения одобрила План действий по осуществлению Глобальной стратегии профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними;

ссылаясь на резолюцию WHA64.11 Всемирной ассамблеи здравоохранения, принятием которой Ассамблея здравоохранения одобрила Декларацию Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями (Москва, 28–29 апреля 2011 г.) и предложила Генеральному директору ВОЗ осуществлять скоординированные действия и отчитываться о достигнутых результатах;

признавая осуществляемые процессы по повышению приоритетности НИЗ в качестве вопроса здравоохранения, имеющего международное значение, в частности такие мероприятия, как Региональная консультация высокого уровня по НИЗ (Осло, 25–26 ноября 2010 г.), Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и борьбе с НИЗ (Москва, 28–29 апреля 2011 г.), предстоящее Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (Нью-Йорк, 19–20 сентября 2011 г.) и опубликование Доклада ВОЗ о глобальной ситуации по проблемам НИЗ<sup>1</sup>;

рассмотрев доклад, содержащий предложения в отношении плана действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.<sup>2</sup>;

---

<sup>1</sup> Доклад ВОЗ о глобальной ситуации по проблемам НИЗ, 2010 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 ([http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/), по состоянию на 22 июля 2011 г.).

<sup>2</sup> Документ EUR/RC61/12.

признавая, что Европейский план действий по НИЗ на 2012–2016 гг. направлен на предоставление рекомендаций по конкретным научно обоснованным действиям в сфере профилактики и борьбы с НИЗ, адаптируемых к различным уровням опыта государств-членов и действующим в них политике и законодательству, в рамках, которые позволяют осуществлять мониторинг и оценку;

полностью признавая, что Европейский план действий по НИЗ на 2012–2016 гг. может нуждаться в корректировке для обеспечения его согласованности со всесторонней рамочной основой мониторинга, которая должна быть принята на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2012 г.;

признавая далее, что Европейский план действий по НИЗ на 2012–2016 гг. находится в соответствии и в координации с существующими обязательствами государств-членов по осуществлению Глобальной стратегии и Плана действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями, Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и Глобальной стратегии в области питания, физической активности и здоровья;

подтверждая, что надлежащий подход к проблеме НИЗ следует направить, в том числе, на их социальные и экологические детерминанты и, среди прочего, акцентировать внимание на причинах социальной несправедливости в уязвимых группах населения и на протяжении всей жизни;

подтверждая также, что причины и последствия НИЗ связаны с состоянием психического здоровья, насилием и травматизмом, с нарушениями опорно-двигательного аппарата и другими хроническими состояниями, а также с рядом инфекционных болезней, и что при решении проблем НИЗ необходимо обращаться к синергическому взаимодействию с программами, которые занимаются вопросами, связанными с этими состояниями;

признавая, что Европейский план действий по НИЗ на 2012–2016 гг. будет находиться в соответствии и координации с Рамочной основой действий в сфере общественного здравоохранения и с новой Европейской политикой здравоохранения (Здоровье-2020);

СОГЛАШАЕТСЯ с тем, что Европейский план действий по НИЗ на 2012–2016 гг. предлагает руководство и варианты политики для государств-членов по серии конкретных действий, которые могут быть предприняты в Европейском регионе для достижения ощутимых результатов в борьбе с НИЗ с использованием существующих всеобъемлющих, интегрированных подходов и с учетом, по мере необходимости, действующего национального законодательства и политики;

**НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** государства-члены<sup>3</sup>:

- (a) использовать данный План действий в соответствии с национальными потребностями для определения важнейших мер, принятие которых необходимо для укрепления всеобъемлющих, интегрированных национальных подходов к борьбе с НИЗ, а также в качестве основы для международного сотрудничества;
- (b) укреплять национальный потенциал систем здравоохранения для решения проблем, связанных с НИЗ, включая разработку национальных планов и интегрированных подходов к эпиднадзору;

---

<sup>3</sup> И, где применимо, с региональными организациями экономической интеграции.

- (с) оказывать содействие и поддержку межсекторальной политике сокращения рисков НИЗ, включая поведенческие и экологические факторы риска, в соответствии с положениями Плана действий;
- (d) в соответствии с направлениями национальной политики наращивать действия по изменению стереотипов поведения и расширению прав и возможностей местных сообществ в сфере борьбы с НИЗ;
- (e) укреплять ведение НИЗ в первичном звене оказания медицинской помощи, предоставляя всеобщий доступ к услугам клинической профилактики, лечения и ухода, используя научно обоснованные подходы и надлежащее финансирование;

ПРИЗЫВАЕТ международные, межправительственные и неправительственные организации, а также организации самопомощи поддержать настоящий План действий и, по мере целесообразности, проводить совместную работу с государствами-членами и Региональным бюро ВОЗ по укреплению национальной политики и планов по борьбе с НИЗ;

ПРЕДЛАГАЕТ Региональному директору:

- (a) в сотрудничестве с государствами-членами<sup>4</sup> и опираясь на итоги Совещания высокого уровня Организации Объединенных Наций по НИЗ, а также исходя из целевых показателей и индикаторов, которые должны быть утверждены Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2012 г., уточнить и завершить формирование набора целевых показателей и индикаторов по основным разделам Плана действий по НИЗ;
- (b) синхронизировать мониторинг со всесторонней рамочной основой мониторинга, которая должна быть принята на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2012 г.;
- (c) сотрудничать с государствами-членами и организациями и помогать в их усилиях по осуществлению приоритетных действий и вмешательств, представленных в Планах действий по борьбе с НИЗ;
- (d) развивать сотрудничество с правительственными и неправительственными организациями и между государствами-членами, равно как и в рамках ВОЗ, с другими международными организациями и региональными участниками в поддержку Плана действий;
- (e) представить доклад о ходе работы Региональному комитету на его шестьдесят третьей сессии в 2013 г. и отчет о выполнении Плана действий Региональному комитету на его шестьдесят шестой сессии в 2016 г.

---

<sup>4</sup> И, где применимо, с региональными организациями экономической интеграции.

## Европейское региональное бюро ВОЗ

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

### Государства-члены

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

## План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 г.

