



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

На пути к Европе, свободной от предотвратимых неинфекционных заболеваний

Будущая динамика преждевременной
смертности в Европейском регионе ВОЗ



Дискуссионный документ для Европейского
совещания ВОЗ для национальных
руководителей и менеджеров программ по
неинфекционным заболеваниям в Москве,
Российская Федерация, 8–9 июня 2017 г.

Европейский регион ВОЗ, свободный от предотвратимых неинфекционных заболеваний: концепция

План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) в Европейском регионе ВОЗ (1) включает стратегическую концепцию Европы, свободной от предотвратимых НИЗ. В настоящем документе рассматривается один из аспектов данной концепции – сокращение числа предотвратимых смертей, вызванных четырьмя основными НИЗ, а именно сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими заболеваниями, диабетом и хроническими респираторными заболеваниями. В настоящем документе:

- рассматриваются принятые правительствами обязательства по профилактике предотвратимой смертности от НИЗ;
- дается оценка ходу работ в Регионе в целом и в отдельных субрегионах;
- предлагается сценарий ускоренного достижения результатов.

Настоящий дискуссионный документ подготовлен для Европейского совещания ВОЗ для национальных руководителей и менеджеров программ по НИЗ, которое пройдет в Москве (Российская Федерация) 8–9 июня 2017 г. К нему прилагаются два документа, отражающие ход достижения Регионом глобальных целей, в соответствии с Глобальной системой мониторинга НИЗ, и индикаторов реализации обязательств Организации Объединенных Наций с установленными сроками выполнения.

Консенсус по вопросу снижения преждевременной смертности

Мировой консенсус по вопросу снижения смертности от НИЗ достигался в четыре этапа, на каждом из которых государствами добровольно принимались глобальные цели или задачи.

1. **Изначальная широкомасштабная цель.** В 2007 году на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюцией WHA60.23 была принята цель «укреплять политическую волю в национальных масштабах и на местном уровне для профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними в рамках обязательства по достижению цели сокращения смертности от неинфекционных болезней в течение следующих десяти лет на 2% в год, которая содержится в одиннадцатой Общей программе работы на 2006–2015 гг. (2)».
2. **Цель в соответствии с Глобальной системой мониторинга НИЗ.** Первоначальная цель впоследствии была включена в глобальные добровольно принимаемые цели в рамках Декларации, принятой на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (3). В мае 2013 года Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Глобальную систему мониторинга НИЗ (4), первой задачей которой названо «относительное сокращение общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета и хронических респираторных заболеваний на 25%» в период с 2010 по 2025 гг.
3. **Цель в рамках подхода «Здоровье-2020».** Европейский регион ВОЗ, где в 2013 году разрабатывались задачи принятой политики здравоохранения «Здоровье-2020», поставил перед собой цель «относительного ежегодного снижения совокупной (по всем четырем причинам) преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета и хронических респираторных заболеваний на 1,5% до 2020 года» (5).
4. **Цели в области устойчивого развития (ЦУР), задача 3.4.** В итоге три предыдущих инициативы были объединены в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года в задаче 3.4 ЦУР: государства-участники согласились «к 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия» (6).

Таким образом был сформирован глобальный консенсус, не налагающий на государства обязательств, но вдохновляющий их на деятельность. В соответствии с этим консенсусом, преждевременной смертью от НИЗ считается смерть в возрасте от 30 до 69 лет. Кроме того, стороны договорились о том, что с 2010 по 2030 гг.

численность таких смертей должна быть снижена на треть, т. е. приблизительно на 1,5–2,0% ежегодно. Для целей настоящего документа такие преждевременные смерти будут считаться в большинстве своем предотвратимыми.

Успехи, достигнутые в Регионе

Долгосрочная динамика преждевременной смертности от НИЗ по государствам – членам Европейского региона ВОЗ представлена на рис. 1. Диаграмма показывает риск ранней смертности от всех четырех групп НИЗ по каждой стране.

По странам наблюдается множество различий, однако выявляются и общие тенденции.

- Практически во всех странах, по которым доступна достаточно подробная статистика смертности, за последнее десятилетие четко просматривается тенденция к снижению преждевременной смертности от НИЗ.
- Самыми быстрыми темпами это снижение происходит в странах с самой высокой смертностью, и показатели по Региону стабильно выравниваются с сокращением разрыва между восточной и западной частью Региона.
- За десять лет, с 2007 по 2017 гг., почти во всех странах Региона уверенно достигнута первоначальная широкомасштабная цель ежегодного снижения смертности на 2%; это относится как к странам, смертность в которых снижалась уже с 1970-х годов, так и к странам, где риск преждевременной смертности от НИЗ достиг пиковых значений в период с 2000 по 2005 гг.
- Ожидается, что в следующие три года установленный политикой «Здоровье-2020» показатель ежегодного снижения смертности от НИЗ в Регионе на 1,5% будет не только достигнут, но и превышен.

Эти наблюдения имеют всеобщую значимость и могут задать направления для предстоящего обзора Организацией Объединенных Наций хода выполнения мер по НИЗ в 2018 году. Предварительный анализ показывает, что такие успехи достигнуты не только в Регионе; аналогичная динамика наблюдается в странах с высоким уровнем дохода по всему миру. Возможно также, что, как и в Европейском регионе, для стран со средним уровнем дохода сейчас наступает переломный момент. И тогда задачей остается ускорение и максимизация темпов сокращения смертности, особенно в странах, где не полностью реализованы такие меры, как налогообложение и контроль повышенного артериального давления среди населения.

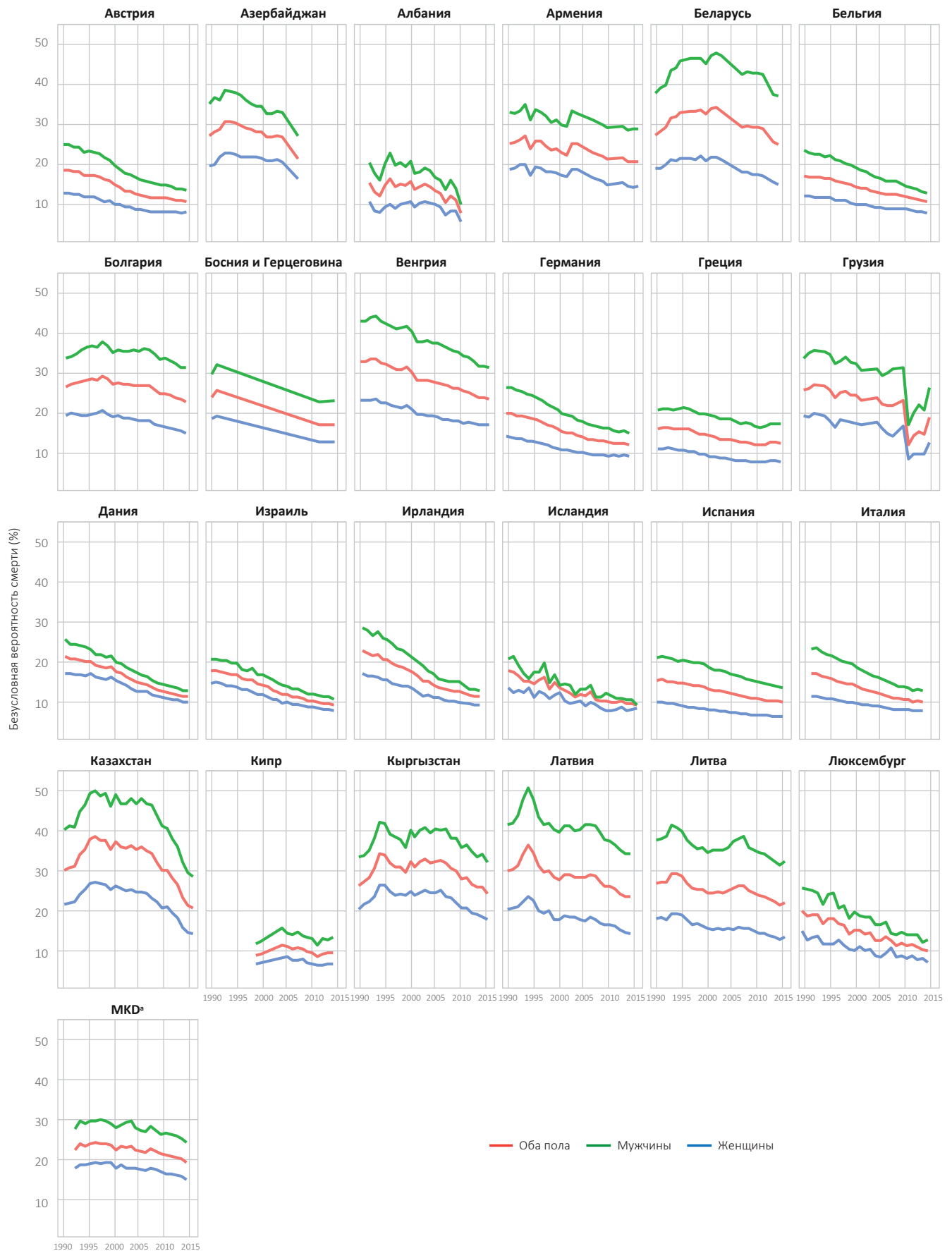
Обоснование масштабной цели: возможность скачкообразного движения

В ходе анализа, результаты которого будут представлены на Европейском совещании ВОЗ для национальных руководителей и менеджеров программ по НИЗ, было проведено моделирование и сравнение траекторий смертности от НИЗ в трех группах стран (рис. 2):

1. в странах Содружества Независимых Государств (СНГ);
2. в государствах – членах Европейского союза (ЕС) до мая 2004 года (15 стран ЕС); а также
3. в государствах – членах ЕС начиная с мая 2004 года (13 стран ЕС).

Сравнение временных рядов по трем группам показывает, что, если страны СНГ продолжают в среднем следовать уже принятой траектории, им потребуется порядка 50 лет, чтобы достичь текущих низких показателей смертности 15 стран ЕС. Несмотря на то, что показатели по 13 странам ЕС лучше, чем по странам СНГ, они примерно на 25 лет отстают от уровня 15 стран ЕС. Таким образом, СНГ и 13 стран ЕС отстают от 15 стран ЕС в плане снижения смертности от предотвратимых НИЗ на одно и два поколения соответственно. При этом СНГ и 13 стран ЕС располагают преимуществами новых технологий, доказательной базы, полномочий и опыта, которых не было у 15 стран ЕС в прошлом. Дополнительный импульс их усилиям придадут Декларация Организации Объединенных Наций (3) и ЦУР (б). Разрыв между эпидемиологическими данными и опытом дает основания рассчитывать на то, что, если страны Региона со средним уровнем дохода станут более полно использовать свой расширенный доступ к знаниям, они смогут ускорить темпы достижения успехов и скачкообразно преодолеть длительный период медленного сокращения смертности, наблюдавшийся в 15 странах ЕС.

Рис. 1. Тенденции безусловной вероятности смерти людей в возрасте от 30 до 69 лет от четырех основных групп НИЗ в государствах – членах Европейского региона ВОЗ, 1990–2015 гг.



*MKD – бывшая югославская Республика Македония.

Рис. 1. продолжение

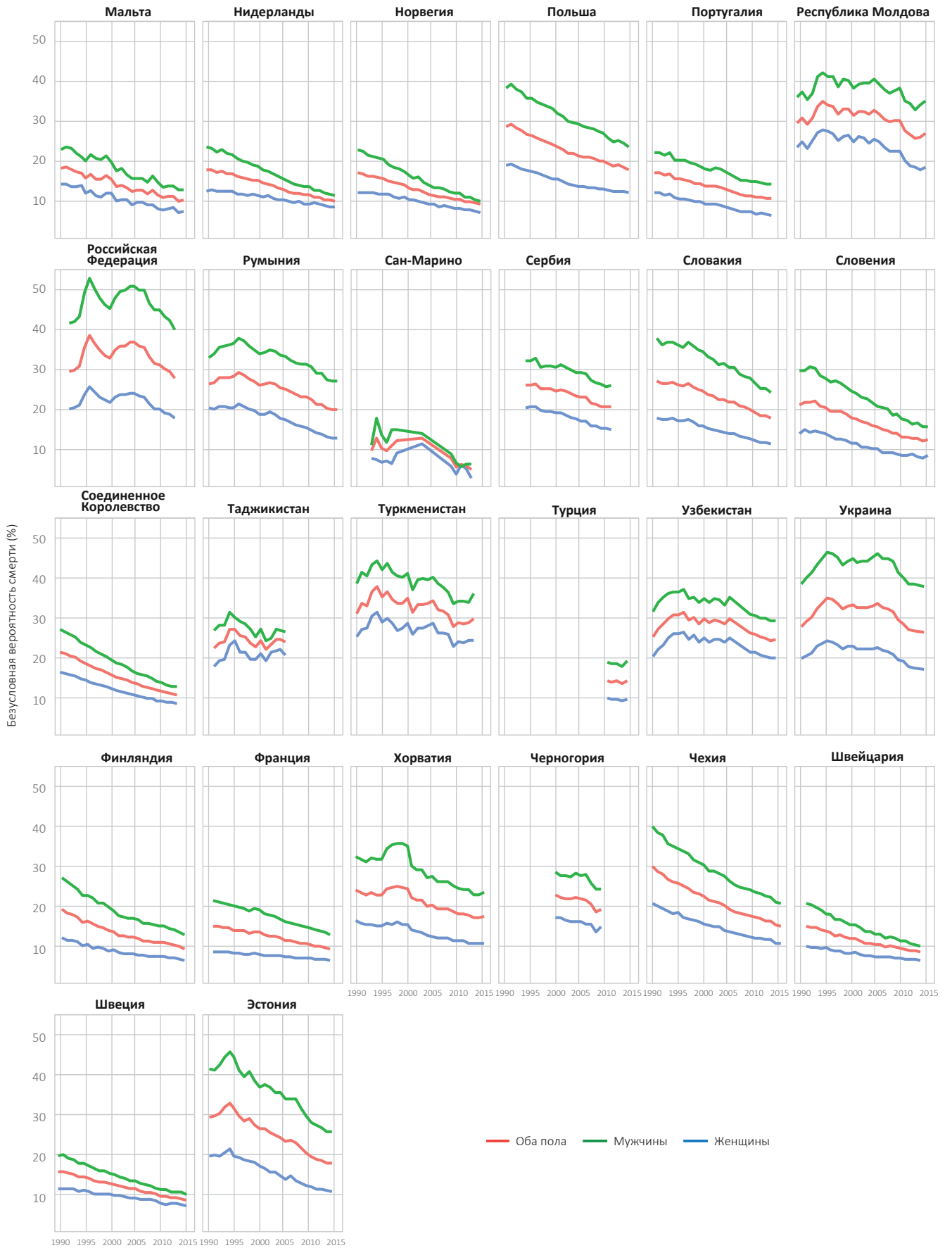
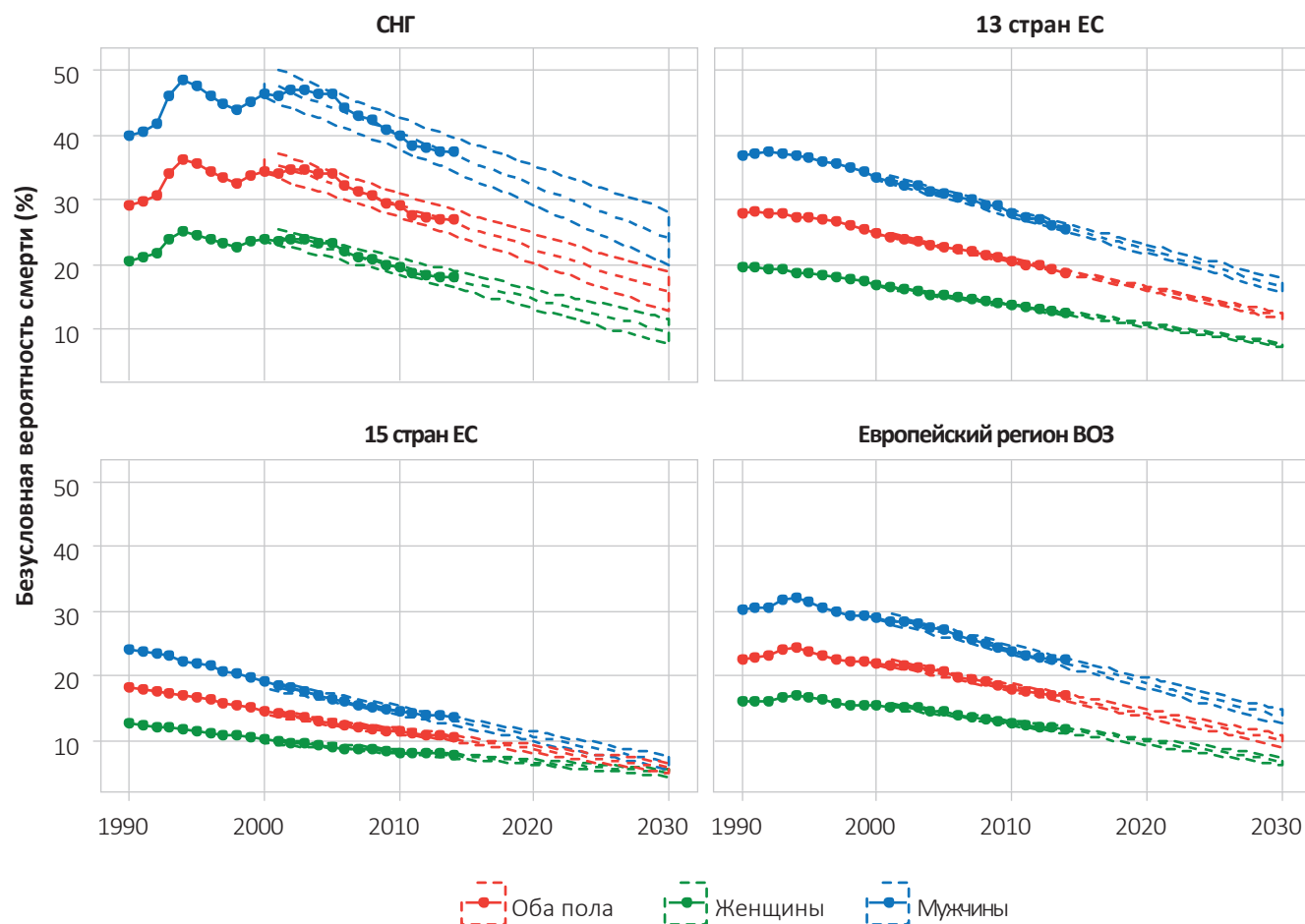


Рис. 2. Выявленная безусловная вероятность смерти людей в возрасте от 30 до 69 лет от четырех основных групп НИЗ в Европейском регионе ВОЗ и отдельных группах стран, 1990–2015 гг. и прогноз до 2030 года



Тот факт, что во многих странах Региона достигнуты лишь небольшие успехи по широкому спектру показателей, связанных с употреблением табачных изделий, алкоголя и соли, а также с контролем повышенного артериального давления, говорит о том, что для такого скачкообразного движения есть большой потенциал.

Присутствует как минимум один признак того, что такое движение уже происходит. В последние три года в Регионе активизированы меры по контролю употребления табака. 1 июня 2013 г. в Российской Федерации была принята всесторонняя нормативно-правовая база в этой сфере, что способствовало сокращению продаж табачных изделий примерно на 6–8% в год. Принятие Директивы о табачных изделиях в ЕС способствовало нанесению на их упаковку иллюстрированных предупреждений о вреде здоровью, и из восьми стран мира, принявших на момент составления настоящего документа законы о простой упаковке для табачных изделий, семь расположено в Регионе. Представляется, что для контроля употребления табака в Регионе наступил переломный момент, после которого ситуация должна улучшаться экспоненциально, а не медленно и постепенно.

Возможности быстрого улучшения

Достижение серьезных улучшений возможно в двух сферах борьбы с преждевременной смертностью от НИЗ: адресные гендерные меры борьбы со смертностью и воздействие на предотвратимую смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Потери среди мужчин

На рис. 3 в порядке возрастания показан риск преждевременной смерти для женщин и мужчин во всех государствах – членах Европейского региона ВОЗ. Большинство стран в нижней части графика расположено в Западной Европе. Там риск постепенно растет как для мужчин, так и для женщин, и кривые для обоих полов практически параллельны. В странах Региона со средним уровнем дохода риск преждевременной смертности для мужчин резко возрастает в сравнении с риском для женщин. Кроме того, этот риск кардинально выше риска для мужчин того же возраста в западноевропейских странах.

Неблагоприятная картина смертности среди этих мужчин трудоспособного возраста имеет серьезные демографические, экономические и политические последствия. Бремя предотвратимой смертности настолько значительно и наблюдается уже столь длительное время, что во многих странах оно представляется практически естественным и неизменным явлением. Однако показатели западноевропейских стран свидетельствуют о ложности такого заключения. Меры по сокращению смертности среди мужского населения могут принести большую пользу Региону и стать одним из механизмов ускорения сокращения общей смертности.

Меры по устранению феномена повышенной мужской смертности, вероятно, должны планироваться с учетом того, что мужчины в гораздо большей степени, чем женщины, подвержены употреблению алкогольной и табачной продукции, а также зачастую не имеют доступа к профилактическим клиническим услугам или не прибегают к ним; кроме того, есть и более глубинные факторы, определяющие поведение мужчин, например представления о мужественности и роли мужчины в обществе.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний

Аналогичным образом мы видим, что в рамках десятилетия усиленных мер по борьбе со смертностью от предотвратимых НИЗ особого внимания заслуживают сердечно-сосудистые заболевания (рис. 4). По трем оставшимся основным группам НИЗ в Регионе наклон кривых довольно ровный, однако по сердечно-сосудистым заболеваниям четко выделяется две группы стран: первая – в основном страны с высоким уровнем дохода, где

Рис. 3. Безусловная вероятность смерти мужчин и женщин в возрасте от 30 до 69 лет от четырех основных групп НИЗ в государствах – членах Европейского региона ВОЗ (по последним доступным данным)

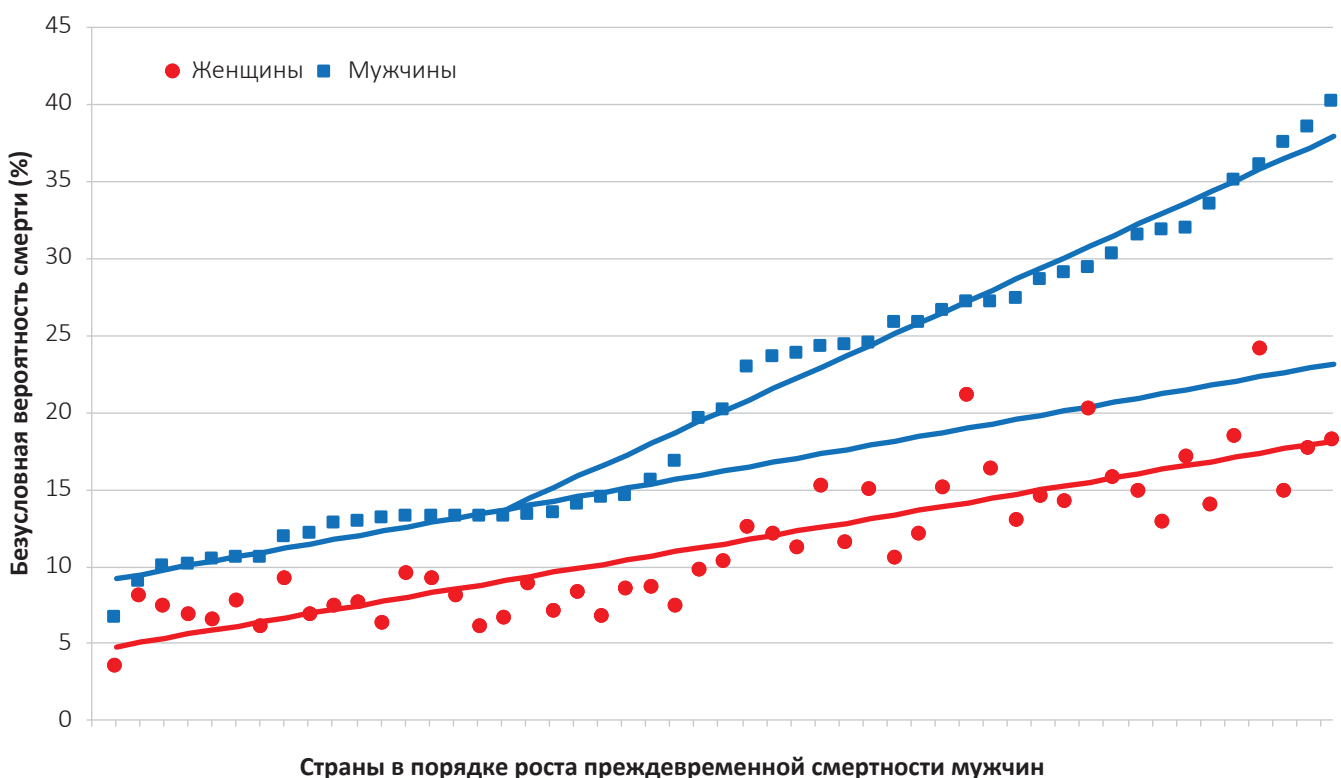
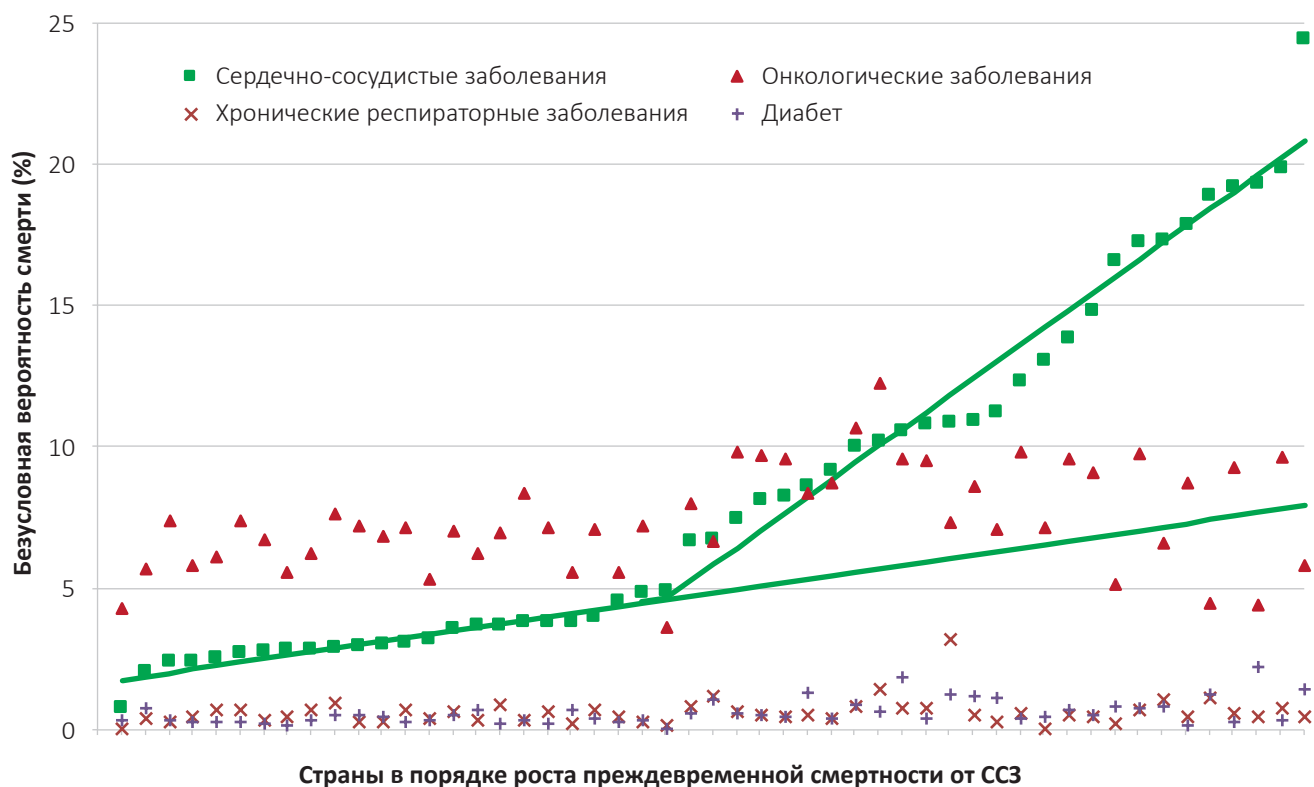


Рис. 4. Безусловная вероятность смерти людей в возрасте от 30 до 69 лет в государствах – членах Европейского региона ВОЗ, с разбивкой по группам заболеваний (последние доступные данные)



наклон кривой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний плавный; вторая – страны со средним уровнем дохода, где наклон крутой. Это очередное свидетельство наличия в Регионе фундаментального разделения: существует много стран, которые могли бы быстро улучшить ситуацию, снизив излишнюю смертность от инфаркта миокарда и инсульта.

Усиление мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в странах с высоким бременем смертности будет способствовать приоритизации медицинских мер, которым до сих пор придавалось слишком малое значение. Существует значительный потенциал улучшения ситуации в странах, где отмечается высокий уровень потребления соли, еще не стал нормой эффективный контроль повышенного артериального давления на уровне первичной медицинской помощи, а принимаемые при инфаркте миокарда и инсульте меры неотложной помощи недостаточны.

В Европейском регионе ВОЗ можно достигнуть еще бóльших успехов: курс на 45-процентное снижение смертности

В настоящем документе предлагается установить целевой показатель снижения преждевременной смертности от НИЗ в Регионе с 2010 по 2030 гг. на уровне 45% или выше – в рамках активизации усилий по реализации импульса и поддержке духа Декларации Организации Объединенных Наций, политики «Здоровье-2020» и ЦУР (3,5,6). Эта цель подкрепляется следующими утверждениями.

- По всему Региону отмечается снижение преждевременной смертности от НИЗ. Многим странам исторически сложившаяся динамика снижения уже обеспечит достижение ЦУР, а путем максимально рационального использования уже проведенных экономически эффективных вмешательств можно достичь бóльших успехов.
- Избыточная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний мужчин в возрасте от 30 до 69 лет в ряде стран представляет собой точку приложения направленных усилий, которые помогут дополнительно ускорить темпы достижения успехов.

Достижение этой смелой цели потребует выработки в разных странах Региона различных стратегий и соответствующих различных уровней целевых показателей.

- Для стран с высоким уровнем дохода первоначальные целевые показатели были смоделированы в соответствии с тенденциями снижения смертности в большинстве развитых стран мира. Это означает, что страны Региона с высоким уровнем дохода при снижении смертности на одну треть просто следуют своей естественной траектории. Необходимо признать, что ожидать от этих стран существенного увеличения масштабов сокращения смертности, возможно, не следует, однако они могут рассмотреть возможность повышения целевых показателей сверх обычной практики.
- Страны со средним уровнем дохода и высокой смертностью сейчас резко снижают ее уровень, однако это позволит им достичь показателей стран с высоким уровнем дохода лишь через два поколения, а за это время успеет произойти кардинальное и предотвратимое сокращение численности населения. Текущий уровень знаний и доказательной базы предполагает, что возможна организация совместных усилий с целью дополнительного ускорения темпов сокращения смертности. Кроме того, ускоренное достижение успехов в этих странах Региона станет испытательной площадкой для того, чтобы показать всему миру, чего можно добиться за счет таких усилий.

Стратегия работы по трем направлениям

Стратегия сокращения смертности на 45% включает три основных направления работы: широкий охват профилактическими мероприятиями, который позволит ускорить достижение успехов по «наиболее выгодным» вмешательствам во всех странах (7); совместные усилия по сокращению повышенной смертности среди мужчин трудоспособного возраста; а также аналогичные усилия по сокращению повышенной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

1. **Полное использование «наиболее выгодных» вмешательств.** Результаты анализа, изложенные в сопутствующих документах, представленных на конференции, указывают на то, что текущий спад смертности происходит параллельно с постепенным достижением успехов в «наиболее выгодных» вмешательствах – наиболее экономически эффективных мерах профилактики НИЗ и борьбы с ними. Хотя в Регионе определенно отмечается прогресс, сохраняется и множество недостатков. Во многих странах акцизы на табачную и алкогольную продукцию намного ниже уровней, необходимых для реального изменения масштабов употребления табака и алкоголя; существует значительный потенциал усовершенствования мер контроля доступности алкоголя, запрета на курение в общественных местах, а также отказа от использования трансжиров и сокращения применения соли в пищевой промышленности. Во многих странах до сих пор малодоступны программы популяризации физической активности, а доступ к эффективным средствам контроля повышенного артериального давления не является рутинной практикой. Реализация полного пакета «наиболее выгодных» вмешательств ускорит снижение смертности в Регионе.
2. **Снижение повышенной смертности среди мужчин.** Существует группа стран с высоким уровнем предотвратимой смертности среди мужчин. Хотя биологическая половая принадлежность является для человека неизменной данностью в этом контексте, гендерная принадлежность, будучи социологическим, антропологическим, культурным и политическим концептом, способна кардинально меняться. Коренные причины повышенной мужской смертности лежат в концепте мужественности; пришло время рассматривать аспекты маскулинности в качестве самостоятельных определяющих факторов, которые являются изменяемыми и заслуживают исследования и вмешательства как непосредственные причины предотвратимой смертности и заболеваемости. Изучения и непосредственного вмешательства требуют и существующие в культуре ожидания, согласно которым мужчина пьет и курит, не должен заботиться о себе и обращаться за помощью; внимания заслуживает и вопрос соответствия систем здравоохранения ожиданиям и потребностям мужчин.
3. **Снижение повышенной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.** Существует также группа стран с высоким уровнем предотвратимой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Помимо указанных выше общепрофилактических и адресованных мужчинам мер, внимание лиц, формирующих политику, может привлечь и смертность от этих заболеваний в контексте важности борьбы с НИЗ, в частности важности

контроля повышенного артериального давления в рамках оказания первичной медицинской помощи. Такие услуги повсеместно доступны не во всех странах Региона, хотя их доступность должна быть индикатором качества здравоохранения. Кроме того, многих смертей можно избежать за счет вложения ресурсов в системы оказания неотложной помощи при инфаркте миокарда и инсульте – это еще одна мера повышения качества здравоохранения, которая может сохранить людям жизнь.

В успехе этого начинания особо важную роль играет первый его элемент. Максимально полное использование «наиболее выгодных» вмешательств поможет снизить смертность среди всего взрослого населения во всех странах Региона. Оно обеспечит огромные выгоды и заложит основу для ускорения темпов достижения успехов. Целевая борьба с повышенной смертностью среди мужчин и с повышенной смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, аналогично стратегии высокого риска в профилактической медицине, принесет большую пользу небольшому кругу людей.

В рамках такой стратегии важно не упускать из виду общие принципы здравоохранения, определяющие целевые ориентиры и меры в каждой стране.

- Меры, направленные на **инвалидность и ожидаемую продолжительность здоровой жизни**. Указанные меры также будут способствовать серьезному сокращению предотвратимой инвалидности. Широкий подход к улучшению показателей здоровья населения является неотъемлемым аспектом политики «Здоровье-2020» (5) и должен оставаться одним из важных элементов обновленной стратегии.
- Меры, направленные на борьбу с НИЗ **среди женщин**. Мужчины действительно являются группой населения, подверженной повышенной смертности: уровень ее так высок, что заслуживает внимания уже с точки зрения прав человека и социальной справедливости. Однако риск смертности женщин в возрасте старше 50 лет близок к мужскому, поскольку в этом возрасте женщина лишается защиты, которую имеет до менопаузы. Представленный в данном документе подход должен, среди прочего, предусматривать учет особых потребностей женщин. В данном предложении полностью учтены материалы Европейского доклада о здоровье и благополучии женщин (8) и Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин (9), которые должны приниматься во внимание при планировании мер по борьбе с НИЗ, в особенности в таких сферах, как недостаточная диагностика НИЗ у женщин и исключение женщин из клинических исследований и исследований общественного здравоохранения по этим заболеваниям.
- Снижение **преждевременной смертности (в возрасте до 70 лет)** от НИЗ является основной задачей Глобальной системы мониторинга НИЗ, однако бремя нездоровья вследствие НИЗ в более позднем возрасте всё тяжелее и составляет бóльшую часть бремени заболеваний в целом. В Европейском регионе ВОЗ в 2014 году 70% смертей от основных четырех групп НИЗ зафиксировано у людей в возрасте старше 70 лет. В 15 странах ЕС эта цифра составляла 78%, а в странах СНГ – 62%. Поэтому для снижения бремени нездоровья вследствие НИЗ важно не только сосредоточивать усилия на преждевременной смертности, но и принимать меры на всей протяженности жизни. Анализ причин смерти пожилого населения может дать важную информацию о том, влияние каких причин можно дополнительно снизить или замедлить – даже в пожилом возрасте. Основное условие снижения общего бремени НИЗ в Регионе – сокращение рисков НИЗ **на всех этапах жизни человека**, начиная с перинатальных факторов, детского и подросткового периода и заканчивая старостью – а не только борьба с преждевременной смертностью. Эффективные меры профилактики и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на всех этапах жизни крайне необходимы во всем Регионе; особенно активное и ускоренное приложение усилий требуется в странах с наиболее высоким бременем. Данная позиция полностью соответствует выдвинутой в настоящем документе цели ускорить сокращение преждевременной смертности.
- Может показаться, что упор на сердечно-сосудистые заболевания отвлекает внимание от проблем **онкологических заболеваний, диабета и хронических респираторных заболеваний**. Однако это не так. Базовый принцип «четыре на четыре», много лет пропагандируемый ВОЗ, остается основным условием достижения предлагаемого целевого ориентира. Представленная в настоящем документе работа является адаптацией этого принципа к контексту Региона, где уже продемонстрированы первоначальные успехи, и предлагается в ответ на полученные данные о повышенной смертности. Как всегда в случае с НИЗ, необходим

широкий подход к работе со всеми четырьмя факторами риска и четырьмя заболеваниями, а также принятие интенсивных мер для групп населения высокого риска.

- В задаче 3.4 ЦУР (б) **психическое здоровье и благополучие** правомерно увязаны со снижением смертности от НИЗ. Основная причина повышенной смертности среди мужчин – их повышенная подверженность рискам, порождаемым социальными концептами мужественности, представлениями о склонности рисковать и не просить о помощи, трудностями с самооценкой и преодолением проблем, отсутствием холистического понимания ролей и отношений женщин и мужчин, а также прочими факторами, тесно связанными с психическим здоровьем и благополучием. По сути, представленный в настоящем документе подход является попыткой применить на практике психический и физический аспекты этой задачи ЦУР.
- И наконец, ускорение темпов сокращения смертности от НИЗ требует работы с коренными ее причинами – **социальными детерминантами здоровья**. Систематические усилия по улучшению социальных детерминант необходимы для успешной реализации данного предложения. Одной из основных детерминант здоровья является гендер, что играет важную роль в достижении предлагаемой смелой цели. Важен и доступ к услугам здравоохранения – еще одна социальная детерминанта, выделенная Комиссией по социальным детерминантам здоровья (10). Кроме того, НИЗ представляют собой комплексные социальные явления, обусловленные социальными, экологическими, коммерческими и экономическими детерминантами на всех этапах жизни. Необходимо учитывать целый ряд детерминант: на этапе анализа (эпиднадзор в реальном времени, симуляции, сетевой анализ), на этапе планирования и оценки (в том числе при выборе метода эксперимента в естественных условиях) и на этапе осуществления вмешательства (выбор межсекторального принципа или принципа работы со всем обществом, в зависимости от ситуации).

Реализация стратегической концепции

В настоящем документе сделано предположение о готовности Европейского региона ВОЗ выйти на следующий этап осуществления ЦУР. Региону следует стремиться к снижению преждевременной смертности от НИЗ на 45% или более в период с 2010 по 2030 гг. – в рамках активизации усилий по реализации импульса и поддержке духа Декларации Организации Объединенных Наций, политики «Здоровье-2020» и ЦУР (3,5,6).

Принятие таких добровольных обязательств на национальном или региональном уровне будет способствовать повышению стандартов борьбы с НИЗ во всем мире. Этого можно достичь и в Европейском регионе ВОЗ. Такой шаг будет иметь далеко идущие последствия для населения Региона. Инициатива по принятию обязательств, основанных на доказательном подходе, подаст пример остальным регионам мира и определит их политику. Кроме того, эти меры будут способствовать сокращению неравенства между странами, внутри стран, а также между мужчинами и женщинами. Настоящий документ призван заложить основу научной и политической дискуссии, необходимой для начала новой эпохи, которая ознаменуется ускорением темпов искоренения самой серьезной причины смертности в Европе.

Список источников

1. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6611-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-who-european-region>, по состоянию на 26 мая 2017 г.).
2. Резолюция WHA60.23. Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии. Опубликовано в сборнике резолюций Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2007:87–90 (WHA60.23; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24128/1/A60_R23-ru.pdf, по состоянию на 26 мая 2017 г.).
3. Резолюция 66/2. Политическая декларация Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Принята Генеральной Ассамблеей ООН в

- сентябре 2011 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2011 (A/RES/66/2; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/&Lang=R, по состоянию на 26 мая 2017 г.).
4. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework [Глобальная система мониторинга НИЗ]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/, accessed 26 May 2017).
 5. Целевые ориентиры и индикаторы для политики «Здоровье-2020». Версия 3 (2016). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317937/Targets-indicators-Health-2020-version3-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 26 мая 2017 г.).
 6. Резолюция 70/1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 25 сентября 2015 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=http://www.un.org/en/ga/70/resolutions.shtml&Lang=R, по состоянию на 26 мая 2017 г.).
 7. Приложение 3. В: Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012:65–70 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>, по состоянию на 30 мая 2017 г.).
 8. Women’s health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage [Здоровье и благополучие женщин в Европе: от высокой продолжительности жизни к общему улучшению показателей]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016>, accessed 26 May 2017).
 9. Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/333913/strategy-womens-health-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 26 мая 2017 г.).
 10. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health [Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидация разрыва в течение жизни одного поколения: обеспечить справедливость в отношении здоровья путем поддержки социальных детерминант здоровья. Итоговый доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья]. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf, accessed 26 May 2017).

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int