

|  |  |
| --- | --- |
| Консультативное совещание по разработке Европейского плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними на 2016–2025 гг. | 160032 |
| Зал С, штаб-квартира ВОЗ | 29 января 2016 г. |
|  |  |
| Женева, Швейцария, 18 февраля 2016 г. | ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ |

План действий по профилактике и борьбе   
с неинфекционными заболеваниями   
в Европейском регионе ВОЗ, 2016–2025 гг.

|  |
| --- |
| Предлагаемый План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ на 2016–2025 гг. будет представлять собой обновленную версию Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. В нем принимаются во внимание уже данные государствами-членами обязательства и достигнутые успехи и приводятся приоритетные области действий и вмешательства на ближайшие десять лет (2016–2025 гг.), которые помогут достичь глобальные и европейские цели по сокращению преждевременной смертности и бремени болезней, по повышению качества жизни и обеспечению более справедливого распределения показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни.  Он был разработан в рамках консультативного процесса. В Плане учитываются основы политики Здоровье-2020, результаты совещаний высокого уровня Организации Объединенных Наций по неинфекционным заболеваниям в 2011 и 2014 гг. и значение недавно принятых Целей устойчивого развития. |

|  |
| --- |
| **Основные принципы и важнейшие элементы**  **Перспективное видение**  Европа, нацеленная на укрепление здоровья и свободная от предупреждаемых неинфекционных заболеваний (НИЗ), преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности.  **Цель**  Цель Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями заключается в предотвращении преждевременных смертей и значительном снижении бремени болезней, связанных с НИЗ, путем комплексных действий по улучшению качества жизни и обеспечению 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) развитие программ укрепления здоровья и профилактики болезней на уровне всего населения, (2) активное вовлечение групп и индивидуумов, подверженных высокому риску, (3) максимальный охват населения услугами эффективного лечения и ухода.  **Целевые ориентиры**  Достижение глобальной и европейской цели по относительному снижению преждевременной смертности от четырех НИЗ на: 1,5% в год до 2020 г. (Здоровье-2020); 25% к 2025 г. (Глобальный механизм мониторинга НИЗ); одну треть к 2030 г. (ЦУР) (базовый уровень – 2010 г.).  **Основные и вспомогательные направления**  Приоритетные области действий   * Стратегическое руководство * Эпиднадзор, мониторинг и оценка и научные исследования * Профилактика * Системы здравоохранения   Приоритетные меры   * Содействие потребительскому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов * Изменение рецептуры пищевых продуктов: жиры и сахара * Снижение потребления соли * Оценка и сокращение кардиометаболического риска * Раннее выявление и лечение рака и других НИЗ * Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями   Вспомогательные меры   * Поддержка физически активного образа жизни и видов передвижения * Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды * Содействие обеспечению чистого воздуха * Укрепление здоровья полости рта. |

**Содержание**

cтр.

[План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными   
заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, 2016–2025 гг. 1](#_Toc443301925)

[Введение 5](#_Toc443301926)

[Перспективное видение 7](#_Toc443301927)

[Цели, задачи и стратегический подход 8](#_Toc443301928)

[Целевые ориентиры 8](#_Toc443301929)

[Руководящие принципы 8](#_Toc443301930)

[Ключевые положения 9](#_Toc443301931)

[Сфера действия 9](#_Toc443301932)

[Приоритетные области действий 11](#_Toc443301933)

[Стратегическое руководство 11](#_Toc443301934)

[Эпиднадзор, мониторинг и оценка и научные исследования 12](#_Toc443301935)

[Профилактика 13](#_Toc443301936)

[Системы здравоохранения 15](#_Toc443301937)

[Приоритетные вмешательства (на популяционном уровне) 16](#_Toc443301938)

[Содействие потребительскому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов 16](#_Toc443301939)

[Изменение рецептуры пищевых продуктов: жиры и сахара 18](#_Toc443301944)

[Снижение потребления соли 19](#_Toc443301949)

[Приоритетные вмешательства (на индивидуальном уровне) 20](#_Toc443301954)

[Оценка и сокращение кардиометаболического риска 20](#_Toc443301955)

[Ранее выявление и эффективное лечение рака и других НИЗ 23](#_Toc443301960)

[Вакцинация и борьба с некоторыми актуальными инфекционными болезнями 25](#_Toc443301965)

[Вспомогательные меры 27](#_Toc443301970)

[Поддержка физически активного образа жизни и видов передвижения 27](#_Toc443301971)

[Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды 29](#_Toc443301976)

[Содействие обеспечению чистого воздуха 31](#_Toc443301981)

[Укрепление здоровья полости рта 33](#_Toc443301986)

[Роль Европейского регионального бюро ВОЗ 34](#_Toc443301991)

[Лидерство и информационно-разъяснительная работа 34](#_Toc443301992)

[Укрепление институционально-кадрового потенциала 35](#_Toc443301993)

[Мониторинг и эпиднадзор 35](#_Toc443301994)

[Работа с другими организациями 35](#_Toc443301995)

[Библиография 36](#_Toc443301996)

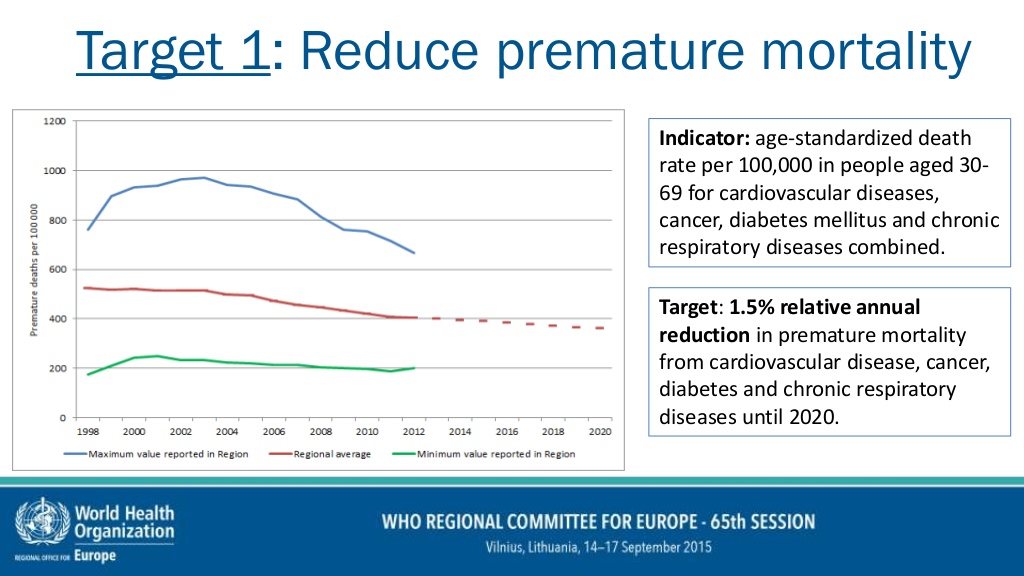
[Приложение 1. Вклад настоящего плана действий в выполнение некоторых глобальных и европейских целей 42](#_Toc443301997)

[Приложение 2. Вклад инициатив, предусмотренных существующими   
стратегиями и планами действий ВОЗ, в реализацию настоящего   
плана действий 46](#_Toc443301998)

# Введение

1. По общей концепции, Европа будущего представляется регионом, нацеленным на укрепление здоровья и свободным от предупреждаемых неинфекционных заболеваний (НИЗ), преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности.
2. Можно ли воплотить эту концепцию в жизнь? Основные причины преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности в Европейском регионе ВОЗ хорошо известны, как известны и эффективные вмешательства, позволяющие предупреждать и устранять многие из них. Свыше двух третей[[1]](#footnote-1) случаев преждевременной смерти в Регионе вызваны четырьмя основными НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), диабет, рак и хронические респираторные заболевания), и воздействие на основные факторы риска (употребление табака и алкоголя, нездоровый рацион питания и недостаточная физическая активность) позволит предотвратить по меньшей мере 80% болезней сердца, инсультов и случаев диабета, а также 40% случаев рака. Для ряда ведущих причин нетрудоспособности в Европейском регионе (измеряется показателем "число лет, прожитых с инвалидностью") – таких как, например, заболевания опорно-двигательного аппарата, психические расстройства, травмы и болезни полости рта – характерны те же факторы риска и детерминанты, что и для основных НИЗ.
3. Более того, за десять лет, прошедшие после принятия Европейской стратегии ВОЗ по профилактике и борьбе с НИЗ *(1)* и, пятью годами позже, Плана действий по реализации Европейской стратегии по НИЗ на 2012–2016 гг. *(2)*, полномочия на осуществление действий по борьбе с НИЗ получили еще большую поддержку. За принятием в 2011 г. Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике и борьбе с НИЗ*(3)* последовало утверждение Шестьдесят шестой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 г. Глобального плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ на 2013–2020 гг. и глобального механизма мониторинга *(4)*, а на втором совещании высокого уровня ООН в 2014 г. был принят комплекс обязательств с конкретными временными рамками, отчетность по которым будет представлена в 2018 г. Снижение преждевременной смертности отНИЗ стало отдельной задачей, предусмотренной в Целях устойчивого развития (ЦУР), а также отраженной в механизме мониторинга для европейской политики здравоохранения Здоровье-2020.
4. В настоящее время наблюдаются тенденции, которые позволяют сделать вывод о возможности выполнения Регионом указанных глобальных и европейских целевых ориентиров по снижению преждевременной смертности отНИЗ (рис. 1)*(5)*: продолжает снижаться смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, а также присутствует четкая тенденция к снижению распространенности курения и потребления алкоголя. Новый географически удаленный офис, открывшийся в Российской Федерации, также реализует проект по НИЗ, который призван способствовать активным действиям в 23 странах и значительно увеличить потенциал Региона в этой области. Особое внимание уделяется поддержке усилий по укреплению потенциала в 12 странах с самым высоким бременем НИЗ. Так, пять стран впервые провели у себя обследования по разработанной ВОЗ методике STEPS, были разработаны новые планы действий по НИЗ, а три страны достигли немалых успехов в апробации созданного ВОЗ Пакета основных вмешательств в области НИЗ (PEN) в первичном звене медико-санитарной помощи.

Рисунок. 1. Преждевременная смертность от четырех НИЗ в Европейском регионе ВОЗ: стандартизированный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения в возрасте 30–69 лет от ССЗ, рака, сахарного диабета и хронических респираторных заболеваний вместе взятых



*Notes*: International Classification of Diseases, tenth revision (ICD-10) codes used: cardiovascular dis eases: I00–I99, cancer:C00–C97, diabetes mellitus: E10–E14, chronic respiratory diseases: J40–47. The dashed line represents a trend of 1.5% annual decline in premature mortality to 2020 in accordance with the Health 2020 target, calculated using the average annual growth rate formula: SDRtime2 = SDRtime1 × (1+i)n, where i = growth rate of −1.5% and n = number of years.

*Source*: European detailed mortality database [online database].WHO Regional Office for Europe. 2014.

1. Вместе с тем, за общей картиной скрываются значительные различия внутри стран и между странами, а также между группами населения. На региональном уровне существует угроза невыполнения некоторых глобальных целей: в частности, это касается снижения употребления табака. В то же время, некоторые страны показали, что при достаточной решимости эта цель вполне достижима. По последним оценкам Европейского регионального бюро, Европейский регион не выполнит – причем со значительным отставанием – цель, касающуюся ожирения, и недостаточный прогресс в отношении физической активности способен лишь усугубить это отставание. В странах с высокими показателями смертности потребуется существенно активизировать прилагаемые усилия, а в условиях непростой финансовой ситуации и геополитической обстановки имеются свидетельства того, что в некоторых странах на место снижению может прийти обратная тенденция.
2. Более того, Европа, принимая во внимание перспективное видение, особенности и потенциал Региона, может ставить перед собой еще более смелые цели, чем те, которые предусмотрены в отношении преждевременной смертности в настоящее время. Для Региона со стареющим населением, все еще восстанавливающегося после кризиса, еще более важной, чем когда-либо до этого, становится потребность в хорошем жизненном старте для каждого человека, в здоровом трудоспособном населении и в повышении качества жизни в старшем возрасте. Ведущие причины нетрудоспособности, такие как заболевания опорно-двигательного аппарата и психические расстройства, часто присутствуют одновременно с основными НИЗ и могут влиять на конечные показатели здоровья. Повышенное внимание к общим факторам риска и детерминантам может благоприятно сказаться на предупреждении и лечении широкого круга неинфекционных заболеваний и, таким образом, влиять не только на преждевременную смертность, но и на предотвратимую нетрудоспособность. Синергетическое взаимодействие между существующими стратегиями и планами действий может быть взаимовыгодным, и немалую поддержку здесь способны оказать общие стратегические цели политики Здоровье-2020 – улучшение здоровья для всех и сокращение неравенства в отношении здоровья, а также развитие лидерства и коллективного стратегического руководства в интересах здоровья.
3. Настоящий План действий по профилактике и борьбе с НИЗ на 2016–2025 гг. представляет собой обновленную версию предыдущего плана. Во-первых, он позволит вновь обозначить и подчеркнуть ключевые тезисы, комплексно поддержать действующие в Европейском регионе инициативы, объединяя усилия в отношении стратегического руководства, эпиднадзора, профилактики и систем здравоохранения. Во-вторых, будучи тактической и оперативной стратегией, он позволяет сосредоточиться на условиях, необходимых для выполнения девяти глобальных целей в Европейском регионе, и поддержать страны в выполнении собственных обязательств с конкретными временными рамками и актуальных национальных целей. В-третьих, он позволяет увидеть, в контексте политики Здоровье-2020 и особенностей Региона, в т.ч. интересов и бремени болезней, европейскую позицию в интерпретации дальнейших шагов, поощряя, таким образом, самые смелые устремления. Наконец, при подготовке Плана использовались новейшие идеи, научные исследования и фактические данные. План действий разработан в тесном сотрудничестве с консультативной группой высокого уровня, на основании технических дискуссий с государствами-членами, с учетом рекомендаций Постоянного комитета Европейского регионального комитета ВОЗ (ПКРК) и новых данных о состоянии борьбы с НИЗ в Европе, а также новейших тенденций в этой сфере.

# Перспективное видение

1. По общей концепции, которая еще раз повторяет перспективное видение Европейской стратегии по НИЗ, Европа будущего представляется регионом, нацеленным на укрепление здоровья и свободным от предупреждаемых неинфекционных заболеваний, преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности.

# Цели, задачи и стратегический подход

1. Цели, задачи и стратегический подход взяты из Европейской стратегии по НИЗ. Цель заключается в том, чтобы 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.
2. Задачи Плана:

* оказывать комплексное воздействие на факторы риска и их глубинные детерминанты по всем секторам;
* укреплять системы здравоохранения в целях совершенствования профилактики и борьбы с НИЗ.

1. В основе Плана лежит всесторонний подход к борьбе с НИЗ на базе систематической интеграции политики и практики, направленных на сокращение неравенств в отношении здоровья, предусматривающий параллельное проведение следующих видов деятельности:

* развитие программ укрепления здоровья и профилактики болезней на   
   уровне всего населения;
* активное вовлечение групп и индивидуумов, подверженных высокому риску;
* максимальный охват населения услугами эффективного лечения и ухода.

# Целевые ориентиры

1. План действий указывает путь к достижению глобальной и европейской целей по относительному снижению преждевременной смертности от четырех НИЗ на: 1,5% в год до 2020 г. (Здоровье-2020); 25% к 2025 г. (Глобальный механизм мониторинга НИЗ); одну треть к 2030 г. (ЦУР) (базовый уровень – 2010 г.).
2. Помимо этого, он будет способствовать достижению восьми добровольных целей, предусмотренных глобальным механизмом мониторинга НИЗ, и соответствующих задач, предусмотренных ЦУР и политикой Здоровье-2020. Они перечислены в Приложении 2, и с ними соотнесены предполагаемые Планом действий вмешательства.

# Руководящие принципы

1. Руководящие принципы и ключевые тезисы для настоящего Плана действий были детально сформулированы еще в Плане на 2012–2016 гг. и Европейской стратегии по НИЗ и по-прежнему определяют осуществляемую деятельность. К ним относится:

* внимание к социальной справедливости
* укрепление систем здравоохранения
* учет интересов здоровья во всех стратегиях
* подход с учетом всех этапов жизни
* расширение прав и возможностей
* сбалансированность популяционного и индивидуального подходов
* интегрированные программы
* принцип участия всего общества

# Ключевые положения

1. Ниже приведены ключевые положения настоящего плана действий

* Профилактика на всех этапах жизни – это эффективный подход, и 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 здорового образа жизни.
* Профилактические и лечебно-диагностические услуги должны соответствовать своему назначению, учитывая существующее бремя болезней и растущие возможности для содействия укреплению здоровья.
* Людям должны быть предоставлены широкие возможности укреплять свое здоровье, эффективно взаимодействовать со службами здравоохранения и активно участвовать в лечебно-диагностическом процессе.
* Всеобщий доступ к возможностям для укрепления здоровья, мерам профилактики болезней и услугам здравоохранения – 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.

# Сфера действия

1. В Плане действий по профилактике и борьбе с НИЗ на 2016–2025 гг. для Европейского региона ВОЗ повторяются концепция, цель, задачи и стратегический подход Европейской стратегии и Плана действий по НИЗ на 2012–2016 гг., которые за прошедшее время ничуть не утратили своей актуальности. Сохраняя связь с Европейской стратегией по НИЗ, он по-прежнему продвигает те усилия, которые во многих странах уже начали приносить свои плоды.
2. Вместе с тем, следует усилить меры в отношении стратегических вопросов и вмешательств, чтобы обеспечить выполнение глобальных и региональных целевых ориентиров в отношении преждевременной смертности от НИЗ в согласованные сроки. В частности:

* необходимо признавать и всячески подчеркивать важность борьбы против табака для профилактики НИЗ;
* главной причиной преждевременной смертности остаются сердечно-сосудистые заболевания, для борьбы с которыми необходимы действия на популяционном уровне и целенаправленные подходы к борьбе против табака, снижению потребления соли, насыщенных жиров и транс-жиров, противодействию гипертензии и, особенно в восточной части Региона, борьбе с алкоголем.

1. Воплощение в жизнь более широкой концепции, касающейся предотвратимой нетрудоспособности, принимая во внимание ее ведущие причины, потребует синергизма между соответствующими планами действий и стратегиями и особого внимания к широкому кругу факторов риска и детерминант, в частности – к нездоровому рациону питания, недостаточной физической активности, ожирению и проблемам чистого воздуха и комплексного выявления и ведения болезней.
2. Для восполнения сохраняющихся пробелов были, по мере необходимости, дополнены, расширены и вновь выдвинуты на первый план уже существующие приоритетные области действий и приоритетные и вспомогательные вмешательства Плана действий на 2012–2016 гг. Чтобы сделать более заметным вклад всех структур Организации в дело профилактики и борьбы с НИЗ, а также установить связь с существующими обязательствами, особое значение придается действиям, предусмотренным и другими стратегиями и планами действий для Европейского региона ВОЗ (см. Приложение 2).
3. В последующих разделах документа будут описаны четыре приоритетные области действий – стратегическое руководство, эпиднадзор, профилактика и системы здравоохранения. Приоритетные направления – это широкие по своему охвату стратегические движущие элементы, которые тесно связаны с задачами Глобального плана действий по НИЗ и выполнением четырех обязательств с конкретными временными рамками, принятых министрами в итоговом документе ООН по НИЗ в 2014 г. *(6)*.
4. За ними следуют шесть приоритетных и четыре вспомогательных вмешательства, для каждого из которых в двух приложениях к документу приводятся краткие сведения об актуальности для целевых ориентиров и деятельности, предусмотренных другими стратегиями и планами действий для Европейского региона ВОЗ. Приоритетные вмешательства в первую очередь направлены на снижение преждевременной смертности посредством наиболее выгодных мероприятий по профилактике и борьбе с НИЗ, для осуществления комплекса рациональных с точки зрения вложений и отдачи и основанных на фактических данных вмешательств в Европейском регионе *(4)(7)*. Вспомогательные вмешательства имеют более широкий охват и поддерживают усилия, направленные на определенные факторы риска, неинфекционные заболевания и состояния, способствуя, в частности, снижению предотвратимой нетрудоспособности и повышению качества жизни. Эти вмешательства представляют собой действия со стороны государств-членов, которые будут осуществляться при поддержке ВОЗ; они будут описаны в последующих разделах документа.

# Приоритетные области действий

## Стратегическое руководство

1. Берясь за реализацию политики Здоровье-2020, правительства стран могут добиться реальных улучшений в здоровье населения при условии, что они будут работать во всех сферах государственного управления с целью выполнения двух взаимосвязанных стратегических задач: улучшение здоровья всех граждан и сокращениенеравенств и укрепление лидерства и коллективного стратегического руководства в интересах здоровья. Особенности детерминант НИЗ и тот факт, что многие из них имеют общие факторы риска, говорят о том, что для профилактики и борьбы с этими заболеваниями требуются многосекторальные ответные меры общегосударственного и общесоциального характера. Для того чтобы снизить бремя НИЗ, зачастую нужно задействовать государственную политику в таких секторах, как торговля, налоги, сельское хозяйство, городское строительство и производство продовольствия. Межсекторальные действия могут быть сложны и затруднительны в осуществлении, однако в настоящее время имеется достаточно знаний и опыта в отношении институциональных процессов, которые действительно способствуют осуществлению межсекторальной политики; в числе таких положительных примеров можно назвать Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) и Европейский процесс "Окружающая среда и здоровье" *(8)*.
2. Суть политики Здоровье-2020 – политический выбор в интересах здоровья*(9)*. В современной Европе интересы экономики, торговли и индустрии слишком часто занимают на повестке дня главное место, оказываясь выше соображений здоровья. Заключаются торговые соглашения, в которых должным образом не учитываются интересы здоровья, что может нивелировать с таким трудом достигнутые успехи. Индустрия вновь становится силой, противостоящей прогрессу в борьбе против табака и алкоголя, а также в улучшении рациона питания. В некоторых странах три четверти всей потребляемой соли добавляется в продукты непосредственно пищевой промышленностью, продукты для детей младшего возраста могут на 30% состоять из свободных сахаров, и в целом в Регионе чересчур распространено применение трансжиров. Слишком часто в обсуждениях относительно здоровья оно представляется как личный выбор человека, а не как сфера ответственности государства.
3. НИЗ оказывают весомый негативный эффект на развитие человека и общества. Принятие ЦУР придало обязательный характер для мобилизации усилий по воздействию на различные детерминанты в разных секторах: большую часть из 17 целей можно назвать социальными, экономическими и экологическими детерминантами здоровья, основная ответственность за которые лежит не на секторе здравоохранения, а на иных сферах *(10)*. Политическая декларация ООН призывает ВОЗ и другие организации в системе ООН согласованно поддерживать усилия стран по профилактике и борьбе с НИЗ и смягчению их последствий. Страновым группам ООН поручено вместе с уполномоченными представителями из правительств стран заниматься вопросами интеграции НИЗ в Рамочную программу ООН по оказанию помощи в целях развития и в связанные с ней процессы разработки и реализации программ. Группам предлагается наращивать потенциал для оказания странам поддержки в осуществлении таких приоритетных действий *(11)*.
4. Эта приоритетная область связана с задачами 1 и 2 Глобального плана действий по НИЗ и с двумя из четырех обязательств с конкретными временными рамками, которые были приняты странами в 2014 г.: установление национальных целевых ориентиров по НИЗ и выработка национальных многосекторальных стратегий и планов по достижению их к 2016 г. К 2015 г. многосекторальные и комплексные меры политики, стратегии или планы действий по НИЗ существовали в 79% стран Европейского региона ВОЗ, однако осуществлялись на практике лишь в 64% стран.

## Эпиднадзор, мониторинг и оценка и научные исследования

1. Данное приоритетное направление имеет отношение к задачам 5 и 6 Глобального плана действий по НИЗ и к одному из четырех обязательств с конкретными временными рамками, принятых странами в 2014 г. Отчет о ходе работы, который будет представлен на третьем совещании высокого уровня ООН по НИЗ в 2018 г., покажет, располагают ли государства-члены функциональными системами для планового сбора достоверных, в разбивке по причинам, данных о смертности, и проводят ли интегрированное обследование факторов риска ВОЗ STEPS или комплексное обследование показателей здоровья (обследования проводятся раз в пять лет). Ведется и учет процессов выработки и осуществления политики в отношении НИЗ, что позволяет на уровне стран оценивать прогресс и выявлять пробелы, которые требуют принятия дополнительных мер. Эпиднадзор за НИЗ и мониторинг должны быть встроены в национальные информационные системы здравоохранения. В странах ЕС продолжается гармонизация эпиднадзора – в частности, в рамках инициативы "Европейский опрос по показателям здоровья". Все более активно в Регионе проводятся обследования по конкретным факторам риска: так, не менее 25 стран принимают участие в Европейской инициативе ВОЗ по надзору за ожирением в детском возрасте (COSI), и в 44 странах Европейского региона ВОЗ и Северной Америки проводится обследование, посвященное поведению детей школьного возраста в отношении здоровья. В 2016–2017 гг. планируется провести 11 новых обследований по методике ВОЗ STEPS, а поддержку в установлении целевых ориентиров и работе систем мониторинга и оценки оказывают Географически удаленный офис по НИЗ и инициативы более широкого плана, такие как Сеть информации здравоохранения для республик Центральной Азии.
2. Целый ряд целевых ориентиров и показателей, зачастую одних и тех же, отслеживаются глобальным механизмом мониторинга НИЗ и механизмом мониторинга для политики Здоровье-2020. В недавно опубликованном Докладе о состоянии здравоохранения в Европе 2015 г. упоминались недостатки, присущие методам измерения благополучия, и для совершенствования информационного обеспечения политики и создания единой Европейской информационной системы здравоохранения была учреждена Европейская инициатива в области информации здравоохранения. Требуется повысить согласованность показателей и определений случая, чему, по всей вероятности, поспособствует дальнейшее сотрудничество между Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейским союзом. Для того чтобы отразить меняющиеся тенденции в пределах групп и между ними и стимулировать необходимые действия, нужно предоставлять более качественные данные в разбивке, по крайней мере, по полу и возрасту.
3. Необходимо использовать на практике инновации в сфере сбора данных, в том числе новые методики анализа и прогнозирования. Благодаря прорыву в информационных технологиях появилось множество новых источников данных, позволяющих лучше понять детерминанты здоровья населения. Внедрение электронных медицинских карт способно повысить качество охраны здоровья на всех ступенях систем здравоохранения и в целом способствовать мониторингу эффективности работы.
4. Своевременный сбор и использование данных могут способствовать улучшениям. Что касается целевых ориентиров в отношении ведения болезней и оказания услуг здравоохранения, то здесь для уверенного определения исходного уровня явно не хватает фактических данных. Между странами и внутри стран наблюдаются поразительные различия в лечении НИЗ и связанных с этим расходах – например, по такому показателю, как вероятность госпитализации при диабете или выживаемость после инфаркта миокарда *(12)*. Подобные вариации существуют и между социально-экономическими группами: так, различия в показателях выживаемости после инфаркта миокарда между мужчинами и женщинами свидетельствуют о важности изучения норм и ценностей, обусловленных гендерными различиями и гендерной предвзятостью в системе.
5. Несмотря на то, что в настоящее время для борьбы с НИЗ имеется достаточно фактических данных, добиться максимального эффекта от знаний позволят оценка эффективности и исследования, касающиеся практического внедрения мер, с надлежащим распространением результатов. Фактические данные могут представляться лицам, формирующим политику, чересчур непонятными и вводящими в заблуждение, и потому необходимо развивать связи между специалистами и руководителями, обеспечивая доступность этих данных. Для того чтобы стать действительно эффективной, комплексная система эпиднадзора за НИЗ должна преодолеть трудности, связанные с интеграцией и анализом информации из различных сфер, выходящих за традиционные границы болезней и факторов риска, и ключевые тезисы должны доводиться до лиц, формирующих политику, в более приемлемом виде, способствующем дальнейшему принятию решений.

## Профилактика

1. Главной исходной позицией остаются основные факторы риска, связанные с поведением – употребление табака и алкоголя, нездоровый режим питания и недостаточная физическая активность. Существуют весьма действенные меры, направленные на истоки проблем, а инвестиции в эффективные меры политики, которые будут нивелировать факторы риска для населения, подкрепляются экономическими аргументами *(13)*. Такие действия позволят снизить бремя не только четырех основных болезней (ССЗ, диабета, хронических респираторных заболеваний и рака), которые находятся в центре внимания глобального плана действий по НИЗ, но и других неинфекционных заболеваний и проблем, на которые приходится значительная часть бремени болезней и снижения качества жизни в Регионе – психические расстройства, заболевания опорно-двигательного аппарата и болезни полости рта, а также насилие и травматизм. Данная приоритетная область имеет отношение к задаче 3 Глобального плана действий по НИЗ, а сокращение факторов риска НИЗ, с учетом рекомендаций плана действий, является одним из обязательств с конкретными временными рамками, принятых странами.
2. Для сокращения основных факторов риска в Регионе может быть сделано намного больше. Положительные тенденции относительно ряда факторов риска (таких как табак и алкоголь) существуют, однако они неравно распределены (например, между мужчинами и женщинами или между социально-экономическими группами) или недостаточно сильны для того, чтобы достичь соответствующих целей в масштабе Региона. Так, алкоголь – это ведущий фактор для бремени болезней в Восточной Европе, которому сопутствуют тревожно высокие показатели травматизма и насилия и колебания смертности от ССЗ; в целом, Европейский регион ВОЗ – мировой лидер по вредному употреблению алкоголя, особенно среди молодежи. В дополнение к этому, почти три четверти молодых людей не выполняют рекомендаций ВОЗ относительно физической активности. И у детей, и у взрослых наблюдаются тревожные тенденции относительно ожирения, и рост его распространенности вызывает особую тревогу в Южной и Восточной Европе. Маркетинг высококалорийных пищевых продуктов, богатых солью, сахаром и жиром, достигает при этом громадных масштабов. Людям с нарушениями психического здоровья угрожают целые комплексы поведенческих факторов риска. В странах Региона с низким уровнем доходов зачастую отмечается самое высокое употребление табака и наименее эффективные меры по борьбе с ним, и во всех странах употребление табака наиболее всего распространено среди граждан с самыми низкими доходами. Все четыре фактора риска охватываются стратегиями и планами, недавно принятыми Региональным комитетом *(14*–*17)*, и сейчас ведущую роль играет их осуществление.
3. Новые сведения и идеи появляются и относительно роли социальных, экономических, гендерных и экологических детерминант в развитии НИЗ и их течении*(18)(19)*. Влияние подобных факторов начинается с утробы матери и продолжается на протяжении всего жизненного пути. Факторы, касающиеся матерей, такие как индекс массы тела выше 25кг/м2, чрезмерный набор веса при беременности, дефицит витамина D, курение на позднем этапе беременности и кормление грудью на протяжении менее одного месяца, тесно связаны с риском рождения детей, у которых впоследствии разовьются избыточная масса тела или ожирение. Дети, пережившие в детском возрасте неблагоприятные события, такие как жестокое обращение, в три раза чаще начинают курить, в десять раз чаще – небезопасно употреблять алкоголь и реже занимаются физической активностью, что повышает вероятность того, что впоследствии у них разовьются ожирение, рак, болезни сердца или хронические респираторные заболевания *(20)(21)*. Предоставление людям возможности вести активную и здоровую жизнь на склоне лет позволит им полноценно участвовать в жизни общества, ограничивая нагрузку на системы здравоохранения и социальной защиты. Для этого нужны инвестиции в широкий диапазон мер политики, затрагивающих все этапы жизненного пути, и в улучшение профилактики и комплексного ведения НИЗ на максимально ранних этапах жизни, начиная с периода до зачатия и во время беременности. Пятая часть всех случаев смерти в Европейском регионе ВОЗ может быть отнесена на счет воздействия факторов окружающей среды, таких как загрязнение воздуха, воздействие химических веществ и физических агентов; в первую очередь это касается смертности от сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний и рака *(22)*. Осведомленность об этих проблемах позволит укрепить аргументы в пользу принципа охвата жизненного пути, который описывается в политике Здоровье-2020, и воздействия на здоровье на всех ключевых этапах жизни, в любом возрасте и из поколения в поколение, с особым вниманием к упомянутым основополагающим детерминантам. ЦУР представляют собой новую отправную точку для продвижения интересов здоровья во всех стратегиях, но для этого потребуется дополнительная политическая приверженность и практические шаги.

## Системы здравоохранения

1. Данная приоритетная область имеет отношение к задаче 4 Глобального плана действий по НИЗ. Укрепление к 2016 г. систем здравоохранения для противодействия НИЗ посредством ориентированной на нужды людей первичной медико-санитарной помощи и всеобщего охвата услугами здравоохранения – еще одно данное государствами-членами ООН обязательство с конкретными временными рамками, которое повторяет стратегические задачи и целевые ориентиры политики Здоровье-2020. Надлежащее государственное финансирование для системы здравоохранения имеет для всеобщего охвата важнейшее значение, однако в период с 2010 по 2013 гг. уровень финансирования во многих странах Европы колебался или даже упал и как доля от ВВП, и в выражении на душу населения, а выплаты из собственных средств как доля от всех расходов на здравоохранение остались неизменными. Основная часть выплат из личных средств обычно приходится на лекарства, и во многих системах здравоохранения в Европе ведущими причинами такой неэффективности являются слабая политика в отношении фармацевтической продукции и ненадлежащее использование лекарств.
2. Ориентированные на нужды людей системы здравоохранения характеризуются тем, что предоставляют высококачественные комплексные и скоординированные услуги, соблюдая принцип социальной справедливости, и привлекают людей к участию в принятии решений на правах партнеров *(23)*. Хроническая природа и длительное течение многих неинфекционных заболеваний, как и тот факт, что один и тот же человек может одновременно сталкиваться с целым рядом заболеваний и факторов риска, делают такую систему весьма актуальной для потребностей XXI века. Помимо этого, все чаще признается, что во многих странах ведущими факторами для снижения смертности станут вмешательства на популяционном уровне и улучшение медико-санитарной помощи *(24)*. Такая помощь предоставляется в различных условиях, в том числе и домашних, и нуждается в структурах для комплексного оказания услуг здравоохранения, в соответствии с потребностями отдельных людей и групп населения и созданием условий для того, чтобы процессы выбора, планирования, организации, контроля и улучшения услуг позволяли повышать общую эффективность *(25)*. Она предоставляется при поддержке более широких функций системы здравоохранения и требует новых подходов к обучению и распределению кадровых ресурсов здравоохранения и управлению ими *(26)*, более качественного управления в сфере лекарственных средств и надлежащего их применения, доступных и качественных технологий здравоохранения и качественной информации здравоохранения. Укрепление потенциала и услуг общественного здравоохранения также позволит более эффективно бороться с НИЗ *(27)*. В секторе здравоохранения лежит немало возможностей для укрепления здоровья.
3. По состоянию на начало 2016 г., в 12 странах проведена оценка существующих в системах здравоохранения препятствий и возможностей для улучшения показателей в отношении НИЗ, с принятием соответствующих мер по ее итогам. Первые шаги, предпринятые в рамках оценки систем здравоохранения за последние два года, указывают на необходимость преобразований, таких как существенная трансформация программ скрининга в некоторых странах; учет потребностей мужчин трудоспособного возраста, которые в значительной степени исключены (в том числе и по собственной воле) из эффективных мер клинической профилактики; и расширение принципа "тотального охвата всех факторов риска" при ведении сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.

# Приоритетные вмешательства (на популяционном уровне)

## Содействие потребительскому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов

### Цель

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

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по снижению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальных целей 2, 4, 5, 6, 7 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Потенциал некоторых весьма действенных инструментов, таких как РКБТ ВОЗ, не используется в полной мере, и в Европейском регионе общий уровень реализации этих инструментов все еще относительно невысок – в полном объеме их осуществляют лишь несколько стран. Определенные меры политики способны приводить к сокращению вредного употребления алкоголя, принося при этом наибольшую пользу для молодых людей и тех, кто потребляет алкоголь в больших количествах, а также тех, кто страдает от пьянства окружающих их людей *(28)*. Нельзя недооценивать влияние, которое оказывает на потребление алкоголя маркетинг, в том числе и в социальных сетях, причем в первую очередь – на молодых людей. Системы для регулирования маркетинга алкогольных напитков, такие как нормативные базы, могут снижать это влияние, действуя на благо здоровья населения. Добровольные же соглашения часто оказываются неэффективными, что еще раз подтверждает потребность в регулировании и законодательстве *(29)*. Табачная индустрия, успешно прибегая к умелым приемам маркетинга и целому ряду рекламных ходов, смогла создать быстро растущий рынок для курящих женщин *(30)*. Нацеленный на детей чрезмерно назойливый маркетинг пищевых продуктов и напитков, богатых энергией, насыщенными жирами, трансжирами, сахаром и солью, наряду с повышением их доступности, в том числе и по стоимости, способствует неправильному питанию и растущим показателям избыточной массы тела и ожирения. Комбинированные инициативы – например, в сферах борьбы с табаком и с алкоголем, зачастую оказываются более эффективными с экономической точки зрения, чем меры, охватывающие лишь какую-то одну сферу. Вместе с тем, экономически эффективной мерой в поддержку моделей поведения и выбора в пользу здоровья все так же считается использование налоговых инструментов для влияния на потребление людьми табачной и алкогольной продукции *(13)*.

### Действия

1. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2), и включают следующее:

* ратифицировать РКБТ ВОЗ, если это еще не было сделано, и принимать   
  усиленные меры по ее всеобъемлющему осуществлению, включая выработку долгосрочной и слаженной налоговой политики, призванной регулярно отслеживать, повышать или корректировать ставки налогов на все виды табачных изделий, а также принятие полного запрета на все виды рекламы, стимулирования продаж и спонсорства табачных изделий (Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению РКБТ ВОЗ в Европейском регионе, 2015–2025);
* в рамках комплексного подхода к борьбе с алкоголем в странах следует вводить меры ценовой политики для снижения доступности алкоголя, а также системы для предотвращения некорректных и безответственных приемов рекламы и маркетинга, нацеленных на детей и молодежь (Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.);
* принимать строгие меры для сокращения воздействия на детей любых форм маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием энергии, насыщенных жиров, транс-жиров, сахара или соли*(31)*, изучить потенциальные экономические инструменты, которые могли бы противодействовать потреблению таких продуктов и, напротив, повышать ценовую доступность продуктов для здорового питания; в определенных случаях такими инструментами могут быть налоги на сахаросодержащие напитки (Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания, 2015–2020 гг.).

## Изменение рецептуры пищевых продуктов: жиры и сахара

### Цель

1. Практически ликвидировать трансжирные кислоты из продовольственного снабжения, главным образом – в обработанных продуктах, путем замещения этих кислот, а также насыщенных жиров, ненасыщенными жирами, и снижать содержание сахара.

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по сокращению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальных целей 6 и 7 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Увеличение потребления трансжиров способствует ухудшению липидного и липопротеинового профиля и повышает вероятность ССЗ и смертности больше, чем любые другие источники питательных веществ. С повышенным риском ССЗ связано и избыточное (>10% от общего потребления калорий) потребление насыщенных жиров. Во многих странах подавляющее большинство людей не выполняют рекомендации в отношении потребления насыщенных жиров и транс-жиров, и в особенности это касается групп с низким социально-экономическим статусом. Опыт Региона показывает, что принимаемые меры должны быть направлены на все элементы цепочки снабжения – предприятия, занимающиеся производством и переработкой пищевых продуктов, розничной торговлей и общественным питанием, что сможет обеспечить значительное снижение содержания вышеупомянутых веществ во всем ассортименте продукции и, следовательно, сокращение их потребления на уровне населения. Постепенное исключение трансжиров из пищевых продуктов путем введения предельных показателей их содержания возможно, но при этом следует избегать одновременного увеличения содержания насыщенных жиров. Дополнительную пользу принесет изменение рецептуры пищевых продуктов с целью удаления из них насыщенных жиров таким образом, чтобы они не были заменены на рафинированные углеводы, такие как сахар.
2. Потребление добавленных сахаров, которые обычно входят в состав таких пищевых продуктов промышленного производства, как сахаросодержащие напитки, может приводить к набору веса и повышению риска ожирения, кариеса и парадонтоза, а также диабета 2 типа. Согласно рекомендациям ВОЗ, потребление свободных сахаров не должно превышать 10% от общего потребления калорий, а сокращение потребления свободных сахаров до менее 5% от общего потребления калорий принесет дополнительную пользу для здоровья *(32)*. Помимо вышеизложенной политики в сфере налогов и маркетинга, нацеленной на богатые свободными сахарами продукты и напитки, снизить потребление свободных сахаров можно и мерами общественного здравоохранения, такими как маркировка пищевых продуктов, просвещение потребителей и выработка стратегии по изменению рецептуры пищевых продуктов (в первую очередь, прошедших обработку и богатых свободными сахарами).

### Действия

1. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2), и включают следующее:

* разработать и внедрить национальные стратегии, ориентированные на запрет или фактическое исключение трансжиров из пищевой промышленности, в контексте общего улучшения качества пищевых продуктов и, в частности, при недопущении увеличения содержания насыщенных жиров, вместо них отдавая предпочтение ненасыщенным жирам или даже стремясь к снижению содержания жиров как таковых (Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания, 2015–2020 гг.);
* находить возможности для дальнейшего снижения содержания свободных сахаров в прошедших обработку продуктах;
* приоритизировать повышение качества и изменение рецептуры продуктов, с дополнением в виде информативной и понятной маркировки на лицевой стороне упаковки.

## Снижение потребления соли

### Цель

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

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по снижению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальных целей 4 и 6 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Увеличенное потребление соли/натрия ассоциирует с повышенным артериальным давлением, а снижение потребления натрия, в свою очередь, уменьшает риск ССЗ. В большинстве стран ежедневные уровни потребления соли превышают рекомендованные ВОЗ пределы, при этом основным источником является соль в пищевых продуктах, подвергающихся технологической обработке. В глобальном масштабе, абсолютные показатели смертности от ССЗ среди взрослых младше 70 лет, обусловленные потреблением более 2 г натрия в день, достигают наивысшего уровня в Центральной Азии и в Восточной и Центральной Европе, примерно в пять раз превышая таковые для Западной Европы *(33)*. Снижение потребления соли населением возможно, и эта мера общественного здравоохранения является одной из наиболее эффективных с экономической и осуществимых с финансовой точки зрения. В данном случае меры, направленные на все элементы цепочки продовольственного снабжения, также могут значительно снизить содержание таких веществ в пищевых продуктах благодаря изменению их рецептуры. Весьма эффективными могут быть интегрированные программы по снижению потребления соли, и их успех зависит от мониторинга, участия заинтересованных сторон и лидерства правительств в установлении целевых значений и задач. Эффективность принимаемых мер могут повысить пошаговые подходы к снижению содержания натрия в продуктах и грамотно организованные инициативы по просвещению населения, а также понятная маркировка на лицевой стороне упаковки.

### Действия

1. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2), и включают следующее:

* разрабатывать, расширять и оценивать эффективность стратегий по сокращению потребления соли для обеспечения дальнейшего прогресса по всем категориям пищевых продуктов и во всех сегментах рынка (Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания, 2015–2020 гг.).

# Приоритетные вмешательства (на индивидуальном уровне)

## Оценка и сокращение кардиометаболического риска

### Цель

1. Проводить оценку кардиометаболического риска в абсолютных цифрах и предпринимать меры по его снижению.

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по снижению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальных целей 2, 3, 5, 6, 7, 8 и 9 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. В Европейском регионе имеются возможности для очень значительных улучшений в сфере выявления и комплексного ведения повышенного артериального давления и других факторов риска: например, обследования по показателям здоровья демонстрируют, что лечение и/или полноценную помощь получает лишь мизерная часть граждан, которые были включены в группу риска. Группа факторов риска, таких как употребление табака, повышенное содержание холестерина и высокое артериальное давление, способствует развитию атеросклероза, вызывающего ССЗ. Эти факторы риска взаимодействуют между собой, при этом часто умножая свой эффект. Обследования ВОЗ STEPS показывают, что около трети мужчин и женщин подвержены трем или более факторам риска *(34)(35)*. Особое внимание следует уделить общей оценке сразу целого комплекса факторов риска, а не единичных факторов, с целью снижения общего риска. В группу повышенного риска развития ССЗ входят лица с ССЗ (например, после инфаркта миокарда или инсульта), диабетом или нарушением функции почек в анамнезе или с очень высоким уровнем индивидуальных факторов риска; такие люди нуждаются в комплексном снижении всех факторов риска. Для остальных граждан могут использоваться схемы для оценки общего риска, чтобы акцентировать внимание на лечении людей с высоким общим риском ССЗ, а не с незначительно увеличенными единичными факторами. Помимо избежаниячрезмерноймедикализации населения, это также позволит рациональнее расходовать ограниченные ресурсы. В дополнение к выявлению лиц, которым угрожает повышенный общий риск, схемы для оценки риска могут служить инструментом коммуникации, позволяя пациентам лучше понимать и выполнять рекомендации по снижению риска и требования лечения. Такая стратегия может преимущественно осуществляться в первичном звене медико-санитарной помощи. Внеплановый скрининг на предмет факторов риска при обращении в учреждения первичного звена позволит, с большой долей вероятности, более эффективно, по сравнению с общими программами медицинских осмотров, расходовать ресурсы здравоохранения *(36)*, хотя такая стратегия должна предусматривать способы для охвата категорий граждан, которые реже обращаются в медицинские учреждения в плановом порядке, зачастую будучи "спрятанными" от системы здравоохранения.
2. Существуют специальные программы реабилитации после коронарных событий, таких как инфаркт миокарда, которые повышают качество жизни и снижают вероятность заболеваний в будущем *(37)*. В то же время все больше данных свидетельствуют о том, что под надлежащий врачебный контроль не попадают даже лица с подтвержденным повышенным риском ССЗ: например, только половина пациентов с сердечно-сосудистыми состояниями получают рекомендации об участии в программах вторичной профилактики/реабилитации, а меры по снижению факторов риска зачастую неадекватны *(38)*. Пациенты, восстанавливающиеся после инсульта, имеют еще меньше шансов на получение оптимальной помощи по снижению факторов риска сосудистых заболеваний. Ценный вклад во вторичную профилактику и реабилитацию могут внести медицинские сестры и представители родственных медицинских профессий.

### Действия

1. Предлагаются следующие действия:

* укреплять потенциал первичного звена медико-санитарной помощи для оценки кардиометаболического риска и принятия необходимых мер, включая разработку клинических руководств, создание потенциала, мониторинг и оценку;
* повышать охват и качество контроля кардиометаболического риска по итогам обследования, чтобы лица, у которых общий риск ССЗ превышает пороговый уровень, могли получать медикаментозное лечение и консультации (включая гликемический контроль) для профилактики инфаркта и инсульта;
* повышать качество и охват мерами вторичной профилактики и реабилитации после инфаркта и инсульта.

1. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2), и включают следующее:

* создать стабильно функционирующие, опирающиеся на научно обоснованные данные и прошедшие соответствующую аккредитацию службы и системы, оказывающие услуги по отказу от употребления табака, предусмотрев при этом возмещение их стоимости; внедрить короткие консультации по отказу от курения на всех этапах и уровнях оказания медико-санитарной помощи; содействовать интеграции оказания медицинской помощи при отказе от курения и профилактики курения в программы подготовки всех работников здравоохранения (Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению РКБТ ВОЗ в Европейском регионе, 2015–2025 гг.);
* внедрять подходящие системы и проводить обучение поставщиков услуг, чтобы охватить программами раннего выявления и кратких консультаций как минимум 30% населения, которому угрожает риск потребления алкоголя в опасных или вредных количествах, в том числе граждан, которые обращаются за медицинской помощью в связи с такими категориями болезней, как гипертензия (Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.);
* укреплять системы здравоохранения, чтобы они способствовали формированию здорового рациона питания: развивать потенциал и улучшать подготовку работников первичной медико-санитарной помощи для адекватного консультирования по вопросам питания и контроля и регулирования веса; развивать потенциал и улучшать подготовку специалистов по вопросам питания с целью оказания высококачественных услуг общественного здравоохранения в этой области, в дополнение к качественным услугам по вопросам питания, которые предоставляют учреждения здравоохранения (Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания, 2015–2020 гг.);
* интегрировать физическую активность в профилактику и лечение заболеваний и реабилитацию: добиваться того, чтобы поощрение физической активности работниками здравоохранения стало нормой, как одно из основных умений, которым должны обладать все специалисты первичной медико-санитарной помощи; рассмотреть стимулы и возможность компенсации, где это предусмотрено, стоимости профилактических и реабилитационных мероприятий на базе физической активности компаниями медицинского страхования (Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг.);
* оказывать адресную поддержку при отказе от курения представителям определенных групп, в частности беременным женщинам, родителям детей младшего возраста, лицам с нарушениями психического здоровья, пациентам с нарушениями со стороны сердца и дыхательной системы (Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению РКБТ ВОЗ в Европейском регионе на 2015–2025 гг.).

## Ранее выявление и эффективное лечение рака и других НИЗ

### Цель

1. Снизить смертность от рака шейки матки, молочной железы и ободочной и прямой кишки и снизить бремя других неинфекционных заболеваний/состояний.

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по снижению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальных целей 6, 7, 8 и 9 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Многие заболевания выявляются слишком поздно, что не позволяет обеспечить эффективное лечение: например, 30–40% случаев рака в Восточной Европе выявляются уже на метастатической стадии. Раннее выявление некоторых видов рака возможно либо посредством повышения осведомленности населения и работников здравоохранения о ранних признаках и симптомах заболевания, что позволит незамедлительно направить человека для подтверждения диагноза и лечения, либо путем скрининга для 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. В целях минимизации вреда и оптимизации результатов, скрининг на предмет раковых заболеваний следует проводить при наличии данных о его эффективности, силами организованных программ на популяционном уровне с надежными механизмами обеспечения качества. Большое распространение получают всеобщие медицинские осмотры и программы скрининга, однако не все из них основаны на фактических данных. Это может истощать ресурсы, не приводя к улучшению показателей здоровья. 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 этапах, именно создание программ ранней диагностики (а не скрининг) может стать наиболее реалистичной стратегией для улучшения выживаемости. Как бы то ни было, программы раннего выявления должны поддерживаться рядом механизмов, таких как эффективные алгоритмы диагностики и лечения, мониторинг и эпиднадзор и канцер-регистры на популяционном уровне.
2. Раннее выявление симптомов и признаков инфаркта миокарда или инсульта и своевременное оказание помощи согласно критически важным алгоритмам лечения ("цепочке выживания" или "цепочке восстановления") способно в значительной степени влиять на исход заболевания. Партнерства между ассоциациями пациентов и профессиональными объединениями, поставщиками услуг, лицами, ответственными за их разработку, и т.д., могут повысить информированность и грамотность общественности и специалистов, улучшить эффективность добольничной сердечно-легочной реанимации и действий неотложных медицинских служб и повысить оперативность первой специализированной помощи, включая тромболиз, тромбэктомию или чрескожные коронарные вмешательства. Скоординированные и многопрофильные действия при диагностике, ранней помощи и ранней реабилитации – например, силами персонала инсультных отделений – способны снижать смертность и не допускать или ограничивать инвалидизацию.
3. Подобные вмешательства могут применяться и к другим неинфекционным заболеваниям, таким как сахарный диабет, хронические респираторные заболевания и некоторые болезни опорно-двигательного аппарата, где раннее выявление и лечение также могут приносить ощутимые результаты и не допускать ухудшения здоровья, повышать качество жизни и снижать потребность в дорогостоящей помощи на более поздних стадиях. Например, лица, отнесенные к группе высокого риска развития диабета типа 2, могут включаться в основанные на фактических данных программы гарантированного качества по изменению образа жизни, чтобы не допустить или отсрочить развитие болезни. Созданный ВОЗ Пакет основных вмешательств в области НИЗ (PEN) для первичного звена медико-санитарной помощи – это комплекс экономически целесообразных мер с разной приоритетностью, направленных на профилактику и лечение болезней сердца, инсульта, диабета, рака, астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний. Эти меры могут обеспечивать надлежащее качество помощи даже в условиях нехватки ресурсов *(39)*. Внедрение такого минимального набора необходимых вмешательств в области НИЗ, в комплексе с надлежащими алгоритмами направления, диагностики и лечения и с доступом к жизненно важным лекарствам и технологиям, поможет странам начать реформы для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и справедливости в здоровье.

### Действия

1. Предлагаются следующие действия:

* повышать осведомленность медицинских работников и населения в целом о ранних признаках и симптомах онкологических заболеваний и внедрять организованные алгоритмы диагностики и лечения выявленных заболеваний;
* там, где это уместно и подтверждено фактическими данными, и где системы здравоохранения в состоянии принимать соответствующие дальнейшие меры, осуществлять организованные, с гарантированным качеством, программы скрининга среди населения на предмет рака шейки матки, молочной железы и ободочной и прямой кишки, учитывая конкретные условия страны;
* провести оценку государственных и частных учреждений в первичном звене медико-санитарной помощи и, при необходимости, обеспечить доступные базовые технологии и основные лекарственные средства, включая препараты-генерики, необходимые для лечения основных НИЗ;
* поддержать реализацию хотя бы минимального набора основных вмешательств в связи с НИЗ в первичном звене, для повышения охвата базовой помощью и уровня ее социальной справедливости;
* способствовать раннему выявлению симптомов и признаков инфаркта миокарда или инсульта у мужчин и женщин и своевременному оказанию помощи согласно критически важным алгоритмам лечения ("цепочке выживания" или "цепочке восстановления");
* осуществлять скоординированные и многопрофильные действия при диагностике, ранней помощи и ранней реабилитации – например, силами персонала инсультных отделений.

1. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2) и включают следующее:

* в системах здравоохранения Региона должно быть предусмотрено оказание долгосрочной помощи детям и подросткам с хроническими заболеваниями (Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.);
* повышать, для людей с проблемами психического здоровья, доступность к медико-санитарной помощи по поводу соматических заболеваний, таких как ССЗ, раковые заболевания, диабет и болезни ротовой полости, на том же уровне, как и для всего населения в целом (Европейский план действий по охране психического здоровья).

## Вакцинация и борьба с некоторыми актуальными инфекционными болезнями

### Цель

1. Способствовать, в подходящем контексте и при наличии ресурсов, вакцинации и мерам по борьбе с соответствующими инфекционными болезнями в целях профилактики развития и осложнений НИЗ.

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по снижению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальной цели 9 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Несмотря на общее название "неинфекционные заболевания", в данную группу входит ряд болезней, которые имеют инфекционное происхождение и/или протекают с осложнениями в связи с определенными инфекциями, что требует определенных ответных мер. Существуют причинно-следственные пути, такие как недостаточность питания и неудовлетворительные санитарно-гигиениеские условия; у НИЗ и у туберкулеза есть общие факторы риска, такие как табак и бедность; рак и некоторые ССЗ могут иметь такие общие причинные факторы, как нелеченые инфекции (напр., стрептококковая инфекция и ревматический вальвулит). У одного человека могут одновременно присутствовать несколько заболеваний (как инфекционных, так и неинфекционных), что сказывается на особенностях их лечения. Наличие одного заболевания может повышать вероятность развития другого – например, и курение, и диабет повышают риск развития туберкулеза *(40)(41)*. Лечение одного заболевания может и повышать риск развития другого – например, антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции способна увеличивать риск метаболического синдрома *(42)*. Присутствие одного заболевания может приводить к ухудшению исхода другого – например, сочетание ТБ и диабета может усугубить исход обоих заболеваний*(43)*, а употребление табака и алкоголя может отрицательно сказываться на течении ВИЧ-инфекции и подрывать способность организма бороться с инфекциями, связанными с ВИЧ *(44)*.
2. Некоторые заболевания, предупреждаемые с помощью вакцин, могут способствовать развитию НИЗ: так, главной причиной рака шейки матки является устойчивое или хроническое заражение одним из онкогенных (высокого риска) типов вируса папилломы человека (ВПЧ), который передается половым путем; материнская краснуха может приводить к развитию у младенца врожденного порока сердца; у некоторых людей хроническое заражение гепатитом В увеличивает риск цирроза и рака печени. Вакцинация – очень эффективное медико-санитарное вмешательство, и за последние годы достигнут значительный прогресс в разработке и внедрении новых вакцин и расширении охвата существующими программами иммунизации. При наличии соответствующих ресурсов, вакцинация против ВПЧ может быть включена в комплекс мер по профилактике и борьбе с раком шейки матки. Некоторые данные также указывают на то, что вакцинация против гриппа снижает вероятность осложнений у больных ХОБЛ *(45)*, а пациентам с некоторыми видами хронических легочных болезней может идти на пользу пневмококковая вакцина *(46)*.

### Действия

1. Предлагаются следующие действия:

* оценить и максимально расширить возможности для профилактики и борьбы с НИЗ, которые предоставляются программами по борьбе с инфекционными болезнями.

1. Действия в данном направлении коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2) и включают следующее:

* внедрять национальные календари иммунизации, в том числе для лиц пожилого возраста (Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг.; Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.);
* бороться с инфекцией гепатита В (Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг.);
* принимать решения о внедрении новых вакцин на основании фактических данных – например, при планировании внедрения программы по иммунизации против ВПЧ и программ иммунизации для людей с хроническими состояниями (Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг.).

# Вспомогательные меры

## Поддержка физически активного образа жизни и видов передвижения

### Цель

1. Содействовать повышению уровня физической активности посредством внесения изменений в системы здравоохранения и условия окружающей среды.

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по снижению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальных целей 3, 6, 7 и 8 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Физическая активность снижает риск развития ССЗ, диабета и некоторых видов рака, играет важную роль в комплексном ведении хронических состояний и контроле веса, положительно сказывается на психическом здоровье и позволяет на протяжении всей жизни укреплять здоровье легких и опорно-двигательного аппарата. Высокий уровень физической активности с большой долей вероятности может приносить дополнительную пользу для здоровья как у взрослых, так и у детей, и меры в поддержку физической активности могут осуществляться в самых различных условиях и на всех этапах жизни. Недостаточная физическая активность считается серьезным фактором риска саркопении и остеопороза, и содействие физической активности среди людей старшего возраста помогает поддерживать здоровье, подвижность и функциональную самостоятельность, а также способствует предупреждению падений. Вместе с тем, показатели физической активности, использования общественного транспорта и безопасности дорожного движения в большой степени зависят от гендерных норм, ролей и ценностей. Во многих случаях слишком низкие показатели соматического здоровья у людей с психическими расстройствами частично обусловлены такими поведенческими факторами риска, как курение, недостаточная физическая активность, неправильное питание и злоупотребление алкоголем. В настоящем документе уже упоминалась важность основанных на упражнениях программ реабилитации после коронарных событий (см. Приоритетные вмешательства). Реабилитация на базе упражнений также считается важным элементом комплексного ведения ХОБЛ и сердечной недостаточности. Она может повышать качество жизни с точки зрения здоровья, дает больше возможностей для физической активности и снижает риск госпитализации*(47)(48)*.
2. Повышение уровня физической активности в повседневной жизни предусматривает модификацию среды в домах, школах, на рабочем месте и в местных сообществах для поддержки здорового поведения, в первую очередь – ходьбы пешком и езды на велосипеде как средств передвижения. Активной мобильности может способствовать повышение доступности и привлекательности общественного транспорта и обеспечение безопасности дорожного движения.

### Действия

1. Предлагаются следующие действия:

* максимально активно использовать основанные на упражнениях программы реабилитации при определенных болезнях и состояниях;
* обеспечить, чтобы вмешательства в сфере физической активности отражали различия в потребностях и возможностях у мужчин и женщин на всех этапах жизни.

1. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2) и включают следующее:

* интегрировать физическую активность в профилактику и лечение заболеваний и реабилитацию после болезни (Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг.);
* включить аспект изменения образа жизни в программы просвещения и лечения людей с проблемами психического здоровья (Европейский план действий по охране психического здоровья);
* предложить рекомендации по содействию физической активности во всех учреждениях здравоохранения и социальной помощи, обслуживающих пожилых людей (Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг.);
* улучшить доступ к спортивным сооружениям и предлагаемым возможностям для занятия физической активностью, особенно для уязвимых групп (Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг.);
* поощрять физическую активность для людей всех возрастов; обеспечить для всех детей доступ к здоровой и безопасной окружающей среде и к таким условиям повседневной жизни, которые бы позволяли им ходить пешком или ездить на велосипеде в детские сады и школы, а также доступ к зеленым зонам с возможностями для игр и других форм физической активности (Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья;Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.; Европейский план действий по охране психического здоровья);
* создавать жилые помещения и жилые районы, которые были бы безопасными, удобными и доступными для лиц старшего возраста (по их собственному определению) и способствовали мобильности и самостоятельности; содействовать повышению физической активности пожилых людей благодаря созданию благоприятных условий в местных сообществах и с помощью действий в социальной области (Европейский план действий по охране психического здоровья;Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг.);
* уменьшить автомобильное движение и улучшить условия для ходьбы пешком и езды на велосипеде (Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг.);
* обеспечить всемерный учет потребностей детей в процессах градостроительства, проектирования жилых зданий и медицинских учреждений, регулирования передвижения населения и создания транспортной инфраструктуры (Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья).

## Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды

### Цель

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

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по снижению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальных целей 2, 3, 5, 6 и 7 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Рациональные с точки зрения затрат и результатов меры по укреплению здоровья могут носить всеобщий характер, а также осуществляться применительно к целевым группам населения – например, в школах и на работе *(13)*. Вмешательства в рамках инициативы "Школы, способствующие укреплению здоровья", могут способствовать улучшениям в таких вопросах здоровья, как уровень физической активности, хорошая физическая форма, потребление фруктов и овощей и отказ от курения *(49)*. Для некоторых вмешательств экономическая целесообразность может стать заметной лишь спустя продолжительное время (например, это касается действий по снижению риска ожирения), а другие меры – такие как охрана психического здоровья на рабочем месте – наиболее эффективны как раз в краткосрочной перспективе. Подобные меры должны учитывать гендерные особенности.
2. Люди, страдающие хроническими заболеваниями или, например, госпитализированные в связи с обострением хронических респираторных заболеваний, инфарктом миокарда или инсультом, могут нуждаться в поддержке для того, чтобы продолжить обучение или трудовую деятельность. Во многих промышленных странах болезни опорно-двигательного аппарата стали главной причиной нетрудоспособности или отпуска по болезни, и вмешательства, осуществляемые на рабочих местах, способны сокращать время отсутствия на работе, снижать боль и улучшать функциональный статус людей *(50)*. Например, многопрофильные вмешательства, включающие элементы соматического здоровья, психологической помощи и просвещения, а также профессиональной подготовки и деятельности, зарекомендовали себя как более действенные для помощи онкологическим больным в возвращении к работе, нежели обычные виды помощи *(51)*.

### Действия

1. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2) и включают следующее:

* помогать людям с хроническими состояниями продолжать учебу или трудовую деятельность;
* реализовывать существующие полномочия и выполнять обязательства в отношении оздоровления среды обитания, чтобы снизить подверженность факторам, повышающим риск возникновения НИЗ (таким как радон, ультрафиолетовое излучение, асбест), и снижать влияние выявленных факторов риска (Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья).

1. Действия для школ и других учебных заведений:

* развивать связи с сетью "Школы за здоровье в Европе", стимулируя здоровые модели поведения и создавая здоровые условия окружающей среды;
* установить стандарты для обеспечения пищевыми продуктами в школах и создавать условия для того, чтобы в школах и других местах, где собираются дети, не осуществлялось никаких мероприятий по маркетингу пищевых продуктов с высоким содержанием калорий, насыщенных жиров, трансжиров, сахара или соли (Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания, 2015–2020 гг.);
* способствовать тому, чтобы в школах и других учебных заведениях не было места для табака и алкоголя; поставить цель обеспечить для всех детей здоровые условия окружающей среды в помещениях дошкольных учреждений, школ и общественных мест отдыха в духе выполнения руководства ВОЗ по качеству воздуха внутри помещений, а также обеспечить, чтобы все эти места стали свободными от табачного дыма (Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья; Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению РКБТ ВОЗ в Европейском регионе, 2015–2025 гг.; Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.; Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.).

1. Рабочие места:

* разработать политику, законодательство и инструменты стратегического руководства, направленные на решение проблем, связанных с профессиональными НИЗ, и обеспечить соблюдение работодателями соответствующих правил и нормативов;
* создавать для работодателей стимулы к снижению психосоциальных стресс-факторов и стресса, связанного с работой, усилению мер по контролю стресса и внедрению на предприятиях и в организациях простых программ по повышению благополучия работников (Европейский план действий по охране психического здоровья);
* поддерживать здоровое питание в столовых предприятий и организаций, а также продвигать строгие правила в отношении алкоголя и табака на работе;
* обеспечить возможности для физической активности и проводить консультирование по вопросам физической активности на предприятиях и в организациях: рассмотреть меры для создания условий, лучше способствующих физической активности в течение рабочего дня (Стратегия в области физической активности для Европейского региона, 2016–2025 гг.).

## Содействие обеспечению чистого воздуха

### Цель

1. Содействие обеспечению чистого воздуха путем борьбы с загрязнением воздуха внутри и вне помещений позволит снизить заболеваемость ССЗ, хроническими и острыми болезнями органов дыхания и раком.

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по сокращению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальной цели 5 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Загрязнение воздуха – наиболее важный отдельно взятый фактор экологического риска для здоровья, на который приходится значительная часть бремени инсультов, болезней сердца, рака легких и острых и хронических респираторных заболеваний, включая астму. По имеющимся оценкам, 80% смертей, связанных с загрязнением атмосферного воздуха, вызваны ишемической болезнью сердца и инсультом, 14% смертей приходится на ХОБЛ или острые инфекции нижних дыхательных путей, а 6% – на рак легких. Данные о качестве воздуха (в странах, где такие данные имеются) говорят о том, что более 80% населения ежегодно подвергается такому уровню воздействия твердых частиц, который превышает нормы, приведенные в руководствах ВОЗ. В дополнение к загрязнению атмосферного воздуха, серьезную угрозу здоровью представляет дым от приготовления пищи внутри помещений на угле и топливе из биомассы, а также воздействие табачного дыма. Проблема загрязнения атмосферного воздуха в целом не может быть решена усилиями отдельных людей или только лишь сектора здравоохранения – она требует действий со стороны лиц, вырабатывающих политику, на уровне городов и стран и на международном уровне, в секторах транспорта, промышленности, энергетики, сбора и утилизации отходов, строительства и сельского хозяйства. В числе примеров политики и направлений для инвестиций, которые способны снизить загрязнение атмосферного воздуха из основных источников, следует отметить экологически чистый транспорт, энергосберегающее жилье, городское планирование и оптимизация сбора и утилизации отходов муниципалитетами. В свою очередь, сокращение выбросов от бытовых систем, работающих на угле и топливе из биомассы, а также воздействия табачного дыма, позволит снизить загрязнение воздуха внутри помещений.

### Действия

1. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий (Приложение 2) и включают следующее:

* разработать надлежащие меры, направленные на предотвращение и снижение потребления табака, воздействия табачного дыма и зависимости от никотина, уделив при этом особое внимание молодежи, некурящим и представителям уязвимых групп (Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению РКБТ ВОЗ в Европейском регионе, 2015–2025 гг.; Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.);
* продолжать и наращивать усилия, направленные на снижение распространенности острых и хронических респираторных заболеваний путем снижения воздействия мельчайших и других твердых частиц, особенно связанных с продуктами горения производственного, транспортного и бытового происхождения, а также концентрации приземного озона, в соответствии с положениями руководства ВОЗ по качеству воздуха (Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья);
* разрабатывать эффективные межсекторальные стратегии и нормативы, внедрение которых способно радикальным образом обеспечить снижение уровней загрязнения воздуха внутри помещений, и создавать стимулы и возможности для предоставления гражданам доступа к устойчивым, экологически чистым и здоровым методам энергоснабжения в жилых и общественных зданиях (Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья).

## Укрепление здоровья полости рта

### Цель

1. Укрепление здоровья полости рта.

### Целевые ориентиры

1. Помимо содействия в реализации политики Здоровье-2020 и выполнения глобальных целей в отношении НИЗ и предусмотренных в ЦУР задач по снижению преждевременной смертности, данное приоритетное вмешательство способствует и выполнению глобальных целей 2, 5, 7 и 9 в отношении НИЗ (Приложение 1).

### Обоснование

1. Надлежащая гигиена и уход за ротовой полостью, зубами и деснами – залог здорового питания и важное условие для предупреждения НИЗ, поскольку патологии полости рта могут способствовать развитию сердечно-сосудистых и других заболеваний. Болезни полости рта, в свою очередь, в большинстве своем предотвратимы; приводить к их развитию могут устранимые факторы риска, такие как употребление сахара и табака и чрезмерное употребление алкоголя. Высокий относительный риск болезней полости рта имеет социально-экономические детерминанты. Борьба с болезнями полости рта требует доступных систем охраны здоровья полости рта, при этом соответствующие услуги следует ориентировать на первичное звено медико-санитарной помощи и на меры профилактики, способные снизить риск заболеваний. Работники стоматологических специальностей могут играть роль в раннем выявлении рака полости рта, а также в консультировании по отказу от курения *(52)*.

### Действия

1. Действия в данном направлении могут способствовать выполнению целого ряда планов действий (перечисленных в Приложении 2), однако в самих этих планах конкретные действия, имеющие отношение к здоровью полости рта, упоминаются достаточно редко. Здоровье полости рта имеет немалое значение и для повышения общих показателей здоровья на всех этапах жизни, и для смягчения последствий для здоровья от нездорового рациона питания и употребления табака, алкоголя и сахаросодержащих напитков. Таким образом, нам предоставляется хорошая возможность для восполнения этого пробела. В числе подходящих действий можно назвать следующее:

* укрепление здоровья полости рта посредством улучшения рациона питания, снижения потребления сахара, улучшения гигиены ротовой полости, оптимизации воздействия фтористых соединений, борьбы против алкоголя и табака, снижения челюстно-лицевого травматизма;
* способствовать улучшению здоровья полости рта на всех этапах жизни: оказывать детям и подросткам поддержку для сохранения здоровья полости рта, привлекая для этого их семьи, дошкольные и школьные учреждения и другие структуры на уровне местных сообществ; защищать уязвимые категории граждан, таких как живущих за чертой бедности или маргинализированных лиц (например, бездомных или беженцев), а также представителей групп риска, таких как беременные женщины, лица, которые на протяжении длительного времени находятся в специализированных учреждениях (например, тюрьмах или психиатрических больницах), и пожилые люди в домах престарелых;
* создавать системы охраны здоровья полости рта, ориентированные на профилактику и на улучшение показателей здоровья полости рта согласно принципам социальной справедливости, на укрепление эпиднадзора, общественного здравоохранения и первичного звена, и на обеспечение квалифицированных и разнопрофильных рабочих кадров.

# Роль Европейского регионального бюро ВОЗ

## Лидерство и информационно-разъяснительная работа

1. Европейское региональное бюро ВОЗ продолжит выполнять ведущую роль в координации общеевропейских мер реагирования на конкретные вызовы, связанные с НИЗ, посредством настоящего плана действий и других актуальных стратегий и планов действий для Европейского региона ВОЗ, которые вместе представляют собой основу для согласованного и действенного подхода. Также Региональное бюро будет тесно сотрудничать со штаб-квартирой ВОЗ для содействия реализации глобального плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ на 2013–2020 гг., как в масштабе Европейского региона, так и во всем мире. Региональное бюро продолжит тесное сотрудничество с Европейской комиссией и взаимодействие с соответствующими межправительственными учреждениями, такими как Программа развития ООН и Всемирный банк, чтобы добиваться включения вопросов борьбы с НИЗ в актуальные повестки дня социального и экономического характера и, в частности, в Рамочные программы ООН по оказанию помощи в целях развития.

## Укрепление институционально-кадрового потенциала

1. Региональное бюро будет оказывать поддержку государственным органам на национальном и субнациональном уровнях, чтобы сделать профилактику и борьбу с НИЗ задачей высокой приоритетности, в первую очередь в странах с высокими показателями обусловленных НИЗ нетрудоспособности и смертности. Региональное бюро поддержит усилия стран по дальнейшему изучению природы НИЗ, распространенных среди населения, анализу имеющихся ресурсов и потенциала для планирования и организации эффективных ответных мер, и оценки потенциальных препятствий и возможностей для профилактики и борьбы с НИЗ в своих системах здравоохранения. Региональное бюро будет работать вместе с государствами-членами и с экспертами, занимаясь поиском и распространением актуальных знаний, опыта и примеров из практики в поддержку разработки и осуществления мер политики на доказательной основе, а также для подготовки базы вспомогательных материалов. Оно будет помогать странам формулировать, разрабатывать и осуществлять планы действий в отношении НИЗ с четкими задачами, стратегиями и целевыми показателями и с достаточным финансированием, а также создавать или укреплять механизмы для межсекторальной работы и коллективного руководства в интересах здоровья.

## Мониторинг и эпиднадзор

1. Региональное бюро продолжит, во взаимодействии со штаб-квартирой ВОЗ и другими партнерами, вести мониторинг и оценку прогресса в профилактике и борьбе с НИЗ, в особенности посредством периодических обследований потенциала для борьбы с НИЗ, а также мониторинга прогресса на основании глобальных и европейских целевых ориентиров и индикаторов. Оказывать необходимую для этого поддержку будет проект по НИЗ на базе ГУО Европейского регионального бюро ВОЗ в Москве, в чьи задачи будет входить объединение и анализ данных мониторинга и эпиднадзора и организация деятельности в странах, например, по проведению обследований STEPS и работе канцер-регистров, в том числе в рамках проекта комплексного эпиднадзора за НИЗ.

## Работа с другими организациями

1. Поддержку Региональному бюро будут оказывать сотрудничающие центры ВОЗ и сети по укреплению здоровья, такие как Международная сеть больниц и служб здравоохранения, содействующих укреплению здоровья, сеть "Школы за здоровье в Европе", сеть ВОЗ "Здоровые города" и сеть "Регионы – за здоровье". Что касается консультаций и сотрудничества с неправительственными организациями и соответствующими профессиональными организациями и объединениями пациентов, у которых нет конфликта интересов с общественным здравоохранением, то Европейское региональное бюро ВОЗ, признавая опыт и потенциальный вклад этих структур, будет уделять такому сотрудничеству больше внимания. Важными партнерами на международном и национальном уровне представляются коалиции организаций здравоохранения, которые также ставят перед собой цели борьбы с НИЗ.

# Библиография[[2]](#footnote-2)

1. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. 2006 (http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases, accessed 3 February 2016).

2. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016, accessed 8 August 2015).

3. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2012 (A /RES/66/2; http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/96/PDF/N1145896.pdf?OpenElement, accessed 3 February 2016).

4. Organization WH. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/nmh/events/ncd\_action\_plan/en/, accessed 29 July 2015).

5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/ehr2015, accessed 3 February 2016).

6. Генеральная Ассамблея. Итоговый документ совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2014 (A /RES/68/300; http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/457/47/PDF/N1345747.pdf?OpenElement, accessed 3 February 2016).

7. From burden to ‘best buys’: reducing the economic impact of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization, World Economic Forum, Harvard School of Public Health; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best\_buys\_summary/en/).

8. Wismar M, Martin-Moreno JM. Intersectoral working and Health in All Policies. In: Facets of public health in Europe, 199–216. Maidenhead, New York: Open University Press; 2014 (European Observatory on Health Systems and Policies series; http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/facets-of-public-health-in-europe).

9. Развитие межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ. Здоровье – это политический выбор. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/16; http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6516-promoting-intersectoral-action-for-health-and-well-being-in-the-who-european-region-health-is-a-political-choice, accessed 3 February 2016).

10. Health in 2015 from MDGs, Millennium Development Goals, to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/).

11. Guidance Note on the Integration of NCDs into UNDAFs. Geneva: World Health Organization and The United Nations Development Programme; 2015 (http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/guidance-note-NCDs-UNDAF/, accessed 3 February 2016).

12. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care. Paris: The Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 (OECD Health Policy Studies; http://www.oecd.org/els/health-systems/cardiovascular-disease-and-diabetes-policies-for-better-health-and-quality-of-care-9789264233010-en.htm, accessed 3 February 2016).

13. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: WHO regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 (http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/promoting-health,-preventing-disease-is-there-an-economic-case, accessed 3 February 2016).

14. Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.: оставить табак в прошлом. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/10; http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6510-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-20152025, accessed 3 February 2016).

15. Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/9; http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc659-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025, accessed 3 February 2016).

16. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/14; http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020, accessed 3 February 2016).

17. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021, accessed 3 February 2016).

18. Обзор социальных детерминант и разрывов по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report, accessed 8 August 2015).

19. Минская декларация. Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/draft-of-minsk-declaration, accessed 3 February 2016).

20. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, editors. Европейский доклад по предупреждению жестокого обращения с детьми. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013, accessed 3 February 2016).

21. Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/13; http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6413-investing-in-children-the-european-child-maltreatment-prevention-action-plan-20152020, accessed 8 August 2015).

22. Окружающая среда и здоровье в Европейском регионе ВОЗ: достижения, трудности и извлеченные уроки. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/11; http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6511-environment-and-health-in-the-who-european-region-progress,-challenges-and-lessons-learned, accessed 3 February 2016).

23. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/13; http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness, accessed 3 February 2016).

24. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. Nat. Rev. Cardiol. 2015;12(9):508–30. doi:10.1038/nrcardio.2015.82.

25. Health services delivery: a concept note (2015). WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/health-services-delivery-a-concept-note-2015, accessed 3 February 2016).

26. Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals, accessed 3 February 2016).

27. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/12 Rev.1; http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services, accessed 4 February 2016).

28. Goryakin Y, Roberts B, McKee M. Price elasticities of alcohol demand: evidence from Russia. Eur. J. Health Econ.HEPAC Health Econ. Prev. Care. 2015;16(2):185–99. doi:10.1007/s10198-014-0565-9.

29. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Are the Public Health Responsibility Deal alcohol pledges likely to improve public health? Anevidencesynthesis. Addiction. 2015;110(8):1232–46. doi:10.1111/add.12855.

30. Расширение возможностей женщин – борьба с маркетингом табачной продукции в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2010/empower-women-combating-tobacco-industry-marketing-in-the-who-european-region, accessed 3 February 2016).

31. Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей. Свод рекомендаций. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/marketing-food-to-children/ru/, accessed 3 February 2016).

32. Руководство по потреблению сахаров взрослыми и детьми. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars\_intake/ru/, accessed 3 February 2016).

33. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, et al. Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes. N. Engl. J. Med. 2014;371(7):624–34. doi:10.1056/NEJMoa1304127.

34. Republic of Moldova STEPS survey 2013. Fact sheet. In: Prevalence of noncommunicable disease risk factors in the Republic of Moldova: STEPS 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (Annex 1; http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/ prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-the-republic-of-moldova.-steps-2013-2014).

35. Georgia STEPS survey 2010. Fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/chp/steps/Georgia\_2010\_Fact\_Sheet.pdf).

36. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012;345:e7191. doi:10.1136/bmj.e7191.

37. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst. Rev. 2014;12:CD011273. doi:10.1002/14651858.CD011273.pub2.

38. Kotseva K, Wood D, Bacquer DD, Backer GD, Rydén L, Jennings C, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. Eur. J. Prev. Cardiol. 2015;2047487315569401. doi:10.1177/2047487315569401.

39. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/iris/handle/10665/133525, accessed 3 February 2016).

40. Jeon CY, Murray MB. Diabetes Mellitus Increases the Risk of Active Tuberculosis: A Systematic Review of 13 Observational Studies. PLoS Med. 2008;5(7):e152. doi:10.1371/journal.pmed.0050152.

41. Basu S, Stuckler D, Bitton A, Glantz SA. Projected effects of tobacco smoking on worldwide tuberculosis control: mathematical modelling analysis. BMJ. 2011;343:d5506. doi:10.1136/bmj.d5506.

42. Smart T. HIV and non-communicable diseases (NCDs). In: HIV & AIDS Treatment in Practice. London: NAM; 2011 (HATIP, No. Issue 182; http://www.stoptb.org/wg/tb\_hiv/assets/documents/HATIP\_182\_NCDs\_HIV\_&\_TB.pdf, accessed 3 February 2016).

43. Baker MA, Harries AD, Jeon CY, Hart JE, Kapur A, Lönnroth K, et al. The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review. BMC Med. 2011;9:81. doi:10.1186/1741-7015-9-81.

44. Geneau R, Hallen G. Toward a systemic research agenda for addressing the joint epidemics of HIV/AIDS and noncommunicable diseases. AIDS Lond. Engl. 2012;26Suppl 1:S7–10. doi:10.1097/QAD.0b013e328355cf60.

45. Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RWB, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst. Rev. 2006;(1):CD002733. doi:10.1002/14651858.CD002733.pub2.

46. Chang CC, Singleton RJ, Morris PS, Chang AB. Pneumococcal vaccines for children and adults with bronchiectasis. Cochrane Database Syst. Rev. 2009;(2):CD006316. doi:10.1002/14651858.CD006316.pub3.

47. Davies EJ, Moxham T, Rees K, Singh S, Coats AJ, Ebrahim S, et al. Exercise based rehabilitation for heart failure. Cochrane Database Syst. Rev. 2010;(4):CD003331. doi:10.1002/14651858.CD003331.pub3.

48. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst. Rev. 2006;(4):CD003793. doi:10.1002/14651858.CD003793.pub2.

49. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Pouliou T, Murphy SM, Waters E, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews.Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 (http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008958.pub2, accessed 4 February 2016).

50. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HCW, Franche R-L, Boot CRL, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. Cochrane Database Syst. Rev. 2015;10:CD006955. doi:10.1002/14651858.CD006955.pub3.

51. de Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MH, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. Cochrane Database Syst. Rev. 2011;(2):CD007569. doi:10.1002/14651858.CD007569.pub2.

52. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting.CochraneDatabaseSyst. Rev. 2006;(1):CD005084. doi:10.1002/14651858.CD005084.pub2.

# Приложение 1. Вклад настоящего плана действий в выполнение некоторых глобальных и европейских целей

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Приоритет-ные области действий | | | | Приоритетные меры | | | | | | Вспомогательные меры | | | |
|  | Стратегическое руководство | Эпиднадзор | Профилактика | Системы здравоохранения | Содействие потребитель-скому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов | Изменение рецептуры пищевых продуктов: жиры и сахара | Снижение потребления соли | Оценка и сокращение кардиометаболического риска | Раннее выявление и лечение рака и других НИЗ | Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями | Содействие развитию физически активных средств передвижения | Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды | Содействие обеспечению чистого воздуха | Укрепление здоровья полости рта |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 1: Относительное сокращение на 25% общей смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета. | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 2: Относительное сокращение как минимум на 10% вредного употребления алкоголя сообразно ситуации и с учетом национальных условий. | √ | √ | √ | √ | √ |  |  | √ |  |  |  | √ |  | √ |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 3: Относительное сокращение на 10% распространенности недостаточной физической активности. | √ | √ | √ | √ |  |  |  | √ |  |  | √ | √ |  |  |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 4: Относительное сокращение на 30% среднего потребления соли/натрия. | √ | √ | √ |  | √ |  | √ |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Приоритет-ные области действий | | | | Приоритетные меры | | | | | | Вспомогательные меры | | | | | | |
|  | Стратегическое руководство | Эпиднадзор | Профилактика | Системы здравоохранения | Содействие потребительскому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов | Изменение рецептуры пищевых продуктов: жиры и сахара | Снижение потребления соли | Оценка и сокращение кардиометаболического риска | Раннее выявление и лечение рака и других НИЗ | Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями | Содействие развитию физически активных средств передвижения | Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды | | Содействие обеспечению чистого воздуха | | Укрепление здоровья полости рта | |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 5: Относительное снижение на 30% текущего показателя распространенности употребления табака среди лиц в возрасте 15 лет и старше. | √ | √ | √ | √ | √ |  |  | √ |  |  |  | √ | | √ | | √ | |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 6: Относительное сокращение на 25% распространенности случаев повышенного кровяного давления или сдерживание распространенности случаев повышенного кровяного давления, в соответствии с национальными условиями. | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |  | √ | √ | |  | |  | |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 7: Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения. | √ | √ | √ | √ | √ | √ |  | √ | √ |  | √ | √ | |  | | √ | |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 8: Охват как минимум 50% пациентов, имеющих соответствующие показания, медикаментозным лечением и консультациями (включая контроль гликемии) для профилактики инфарктов и инсультов. | √ | √ | √ | √ |  |  |  | √ | √ |  | √ |  | |  | |  | |
| Глобальная цель по борьбе с НИЗ 9: Наличие 80% доступных базовых технологий и основных лекарственных средств, включая препараты-генерики, необходимых для лечения основных НИЗ как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. | √ | √ |  | √ |  |  |  | √ | √ | √ |  |  |  | | √ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Приоритет-ные области действий | | | | Приоритетные меры | | | | | | Вспомогательные меры | | | | |
|  | Стратегическое руководство | Эпиднадзор | Профилактика | Системы здравоохранения | Содействие потребительскому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов | Изменение рецептуры пищевых продуктов: жиры и сахара | Снижение потребления соли | Оценка и сокращение кардиометаболического риска | Раннее выявление и лечение рака и других НИЗ | Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями | Содействие развитию физически активных средств передвижения | Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды | Содействие обеспечению чистого воздуха | Укрепление здоровья полости рта | |
| Целевой ориентир 1 политики Здоровье-2020: Сократить преждевременную смертность среди населения Европы: Относительное ежегодное снижение на 1,5% общей преждевременной смертности от ССЗ, рака, диабета и хронических болезней органов дыхания в период до 2020 г. | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| Целевой ориентир 2 политики Здоровье-2020: Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| Целевой ориентир 3 политики Здоровье-2020: Снижение социальных неравенств в отношении здоровья в Европе | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| Целевой ориентир 4 политики Здоровье-2020: Повысить уровень благополучия населения Европы | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| ЦУР 3.4: К 2030 г. сократить на одну треть преждевременную смертность отНИЗ посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| ЦУР 3.5: Укреплять профилактику и лечение наркомании, в том числе употребления наркотиков и вредного употребления алкоголя |  |  |  |  | √ |  |  |  |  |  |  | √ |  |  |
| ЦУР 3.6: К 2020 г. вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий |  | √ | √ |  | √ |  |  |  |  |  | √ | √ | √ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Приоритет-ные области действий | | | | Приоритетные меры | | | | | | Вспомогательные меры | | | | |
|  | Стратегическое руководство | Эпиднадзор | Профилактика | Системы здравоохранения | Содействие потребительскому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов | Изменение рецептуры пищевых продуктов: жиры и сахара | Снижение потребления соли | Оценка и сокращение кардиометаболического риска | Раннее выявление и лечение рака и других НИЗ | Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями | Содействие развитию физически активных средств передвижения | Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды | Содействие обеспечению чистого воздуха | Укрепление здоровья полости рта | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЦУР 3.9: К 2030 г. существенно сократить число случаев смерти и заболеваний в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения воздуха, воды и почв |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | √ | √ |  |
| ЦУР 3.а: Усилить, в соответствующих случаях, меры по осуществлению РКБТ ВОЗ во всех странах |  |  |  |  | √ |  |  |  |  |  |  | √ | √ |  |
| ЦУР 11.2 К 2030 г. обеспечить доступ к безопасному, сбалансированному и рациональному жилью, транспортным системам и условиям местной среды |  | √ | √ |  |  |  |  |  |  |  | √ | √ | √ |  |
| ЦУР 16.2 Покончить с жестоким обращением и всеми формами насилия в отношении детей, а также с торговлей детьми |  | √ | √ |  |  |  |  |  |  |  | √ | √ |  |  |

# Приложение 2. Вклад инициатив, предусмотренных существующими стратегиями и планами действий ВОЗ, в реализацию настоящего плана действий

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Приоритетные области действий | | | | | Приоритетные меры | | | | | | Вспомогательные меры | | | |
|  | Стратегическое руководство | Эпиднадзор | Профилактика | Системы здравоохранения | Содействие потребительскому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов | | Изменение рецептуры пищевых продуктов: жиры и сахара | Снижение потребления соли | Оценка и контроль кардиометаболического риска | Раннее выявление и лечение рака и других НИЗ | Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями | Содействие развитию физически активных средств передвижения | Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды | Содействие обеспечению чистого воздуха | Укрепление здоровья полости рта |
| Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XХI века. | √ | √ | √ | √ | √ | | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания, 2015–2020 гг. | √ | √ | √ | √ | √ | | √ | √ | √ |  |  |  | √ |  |  |
| Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. | √ | √ | √ | √ |  | |  |  | √ |  |  | √ | √ |  |  |
| Дорожная карта мероприятий по усилению мер для выполнения Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе, 2015-2025 гг. | √ | √ | √ | √ | √ | |  |  | √ |  |  |  |  | √ |  |
| Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. | √ | √ | √ | √ | √ | |  |  | √ |  |  |  |  |  |  |
| Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. | √ | √ | √ | √ | √ | |  |  |  | √ |  | √ | √ |  |  |
| Европейская стратегия и план действий в области здорового старения на 2012–2020 гг. | √ | √ | √ | √ |  | |  |  | √ |  | √ | √ | √ |  |  |
| Европейский план действий по охране психического здоровья. | √ | √ | √ | √ | √ | |  |  | √ | √ |  | √ | √ |  | √ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Приоритетные области действий | | | | | Приоритетные меры | | | | | Вспомогательные меры | | | |
|  | Стратегическое руководство | Эпиднадзор | Профилактика | Системы здравоохранения | Содействие потребительскому выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов | Изменение рецептуры пищевых продуктов: жир и сахар | Снижение потребления соли | Оценка и контроль кардиометаболического риска | Ранее выявление и лечение рака и других НИЗ | Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями | Содействие развитию физически активных средств передвижения | Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды | Содействие обеспечению чистого воздуха | Укрепление здоровья полости рта |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, 2015–2020 гг. | √ |  |  | √ |  |  |  | √ | √ | √ |  |  |  | √ |
| Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг. | √ | √ | √ | √ |  |  |  |  |  | √ |  |  |  |  |
| Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. | √ | √ | √ |  | √ |  |  |  |  |  | √ | √ | √ |  |
| Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. | √ | √ | √ | √ |  |  |  |  | √ | √ |  |  |  | √ |
| Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг. |  |  | √ |  |  |  |  |  |  |  | √ | √ |  |  |

=   =   =

1. Оценочные данные уточняются (и, предположительно, окажутся выше указанного уровня). [↑](#footnote-ref-1)
2. Все ссылки даны по состоянию на 10 февраля 2016 г. [↑](#footnote-ref-2)