

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

**СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ  
И КОНТРОЛЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМАТИЗМА  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Москва, 2008**

## СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ .....	3
2. ЗНАЧЕНИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМАТИЗМА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ .....	4
3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМАТИЗМА.....	7
3.1. Формирование федеральной и региональной политики, определение источников и механизмов финансирования .....	7
3.2. Развитие и совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы .....	9
3.3. Роль системы здравоохранения .....	11
3.4. Подготовка кадров .....	13
3.5. Просвещение населения .....	14
3.6. Создание системы мониторинга неинфекционных заболеваний и травматизма, их факторов риска .....	16
3.7. Развитие международного сотрудничества .....	17
4. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ .....	18
5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	19
6. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ МАТЕРИАЛЫ.....	21
7. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ .....	23
8. ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ.....	24

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Неинфекционные заболевания (НИЗ)\*, травмы и несчастные случаи (ТНС)\*\* приводят к глобальным социально-экономическим потерям населения многих стран мира, включая Российскую Федерацию (РФ). В связи с отсутствием в стране единого стратегического документа по профилактике НИЗ и ТНС в октябре 2006 г. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) и Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) заключили договор о разработке Стратегии профилактики и контроля НИЗ и ТНС (далее — Стратегия\*\*\* ) в России.

Стратегия разработана многодисциплинарной межсекторальной группой, организованной Минздравсоцразвития России, при участии ВОЗ, Всемирного банка и их московских офисов, международных экспертов из Финляндии, Канады, США, Великобритании и других стран, с использованием соответствующих документов [3—9]. Основным разработчиком и координатором работы по созданию Стратегии в России был определен Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития России.

В представленной Стратегии отражены основные профилактические направления [10]: **популяционная стратегия** — воздействие на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития НИЗ и ТНС среди всего населения, **стратегия высокого риска** — выявление и снижение уровней факторов риска у людей с высоким риском развития НИЗ и ТНС, **вторичная профилактика** — предупреждение прогрессирования НИЗ, выявление лиц с ранними стадиями заболевания или последствиями ТНС и проведение соответствующих профилактических и лечебных мероприятий.

В Стратегии определены цель, задачи, основные направления действий по профилактике НИЗ и ТНС, пути их реализации в условиях современной России, способствующие охвату всего населения и предоставляющие равные права на здоровье всем жителям России.

**Целью разрабатываемой Стратегии** является создание межсекторальной системы, направленной на предупреждение развития и прогрессирования НИЗ и ТНС в России посредством комплексных действий, способствующих оздоровлению образа жизни, коррекции факторов риска, лежащих в основе этих заболеваний, повышению эффективности лечения, что должно привести к улучшению качества и продлению жизни населения, увеличения трудовых ресурсов и экономического потенциала страны.

**Основными задачами Стратегии являются:**

- повышение приоритета профилактики НИЗ и ТНС в программах национальных действий по укреплению и сохранению здоровья населения;
- разработка системы межведомственного, межрегионального сотрудничества и партнерства по вопросам укрепления здоровья, профилактики НИЗ и ТНС;
- определение и создание эффективной инфраструктуры для укрепления здоровья, профилактики НИЗ и ТНС;
- предложение источников увеличения и путей распределения кадровых, технических и финансовых ресурсов, направляемых для профилактики, контроля НИЗ и ТНС;

---

\* НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (НИЗ) — незаразные заболевания, которые не передаются контактным, воздушно-капельным путем, через воду или пищу.

\*\* ТРАВМЫ И НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ (ТНС) — физические повреждения как результат внезапного воздействия на организм энергии по величине превышающей границы физиологических возможностей или вследствие недостатка одного или нескольких жизнеобеспечивающих элементов (например, кислорода). Энергия может быть механической, термической, химической или радиационной. Несчастные случаи — телесные повреждения вследствие дорожно-транспортных происшествий, падения с высоты, попадания инородных предметов в дыхательные пути, поражения электрическим током, огнем, противоправных действий третьих лиц, утоплений [1].

\*\*\* СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НИЗ — общая, руководящая линия или основные установки, важные для подготовки и осуществления профилактики НИЗ [2].

— определение роли Стратегии по профилактике НИЗ и ТНС в реализации приоритетных национальных здоровье-сберегающих проектов.

Предлагаемый документ адресуется в первую очередь лицам, принимающим решения: членам правительства РФ и аппарата правительства, членам парламента, руководителям и сотрудникам Минздравсоцразвития России, других министерств и ведомств, руководителям федеральных округов и регионов, руководителям системы здравоохранения в регионах, а также всем тем, кто может участвовать в разработке и внедрении программ профилактики НИЗ и ТНС в России.

## 2. ЗНАЧЕНИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМАТИЗМА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Неинфекционные заболевания и ТНС приводят к глобальным социально-экономическим потерям населения многих стран мира. Если в начале XXI века почти 60% всех случаев смерти и 47% глобального бремени болезни приходилось на долю основных НИЗ, то к 2020 г. эти показатели возрастут соответственно до 73 и 60% [11]. Среди НИЗ болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования (ЗН), болезни желудочно-кишечного тракта (БЖКТ) и органов дыхания (БОД), сахарный диабет 2-го типа, а также внешние причины имеют огромное значение для здоровья населения РФ, являясь основными причинами смерти населения страны. **Вклад этих болезней в общую смертность составил:** БСК — 57%, ЗН — 13%, внешние причины — 13%, БЖКТ — 4%, БОД — 4%, **а суммарный вклад этих заболеваний составил 91%** [12]. Вклад БСК, ЗН и внешних причин в общую смертность населения страны наибольший: в 2006 г. он составил 83%. Следует отметить, что в том же году инфекции\* [13] и паразитарные болезни были ответственны только за 1,6% всех смертей населения страны.

Стандартизованные коэффициенты смертности\*\* от основных НИЗ на 100 000 населения в РФ сильно варьируют; минимальные значения обнаружены в Южном Федеральном Округе, максимальные — в Дальневосточном: 1246,0—1599,8 — по общей смертности (средний по России — 1388,9); 725,0—899,6 — по БСК (средний — 779,1), 164,8—198,4 по ЗН (средний — 179,4). Показатели смертности от внешних причин находились в пределах от 277,8 (Сибирский Федеральный Округ) до 130,6 (Южный Федеральный Округ), средний по России — 204,2 [12]. Большой разброс в показателях смертности между округами обусловлены разными социально-экономическими уровнем и состоянием здоровья населения округов.

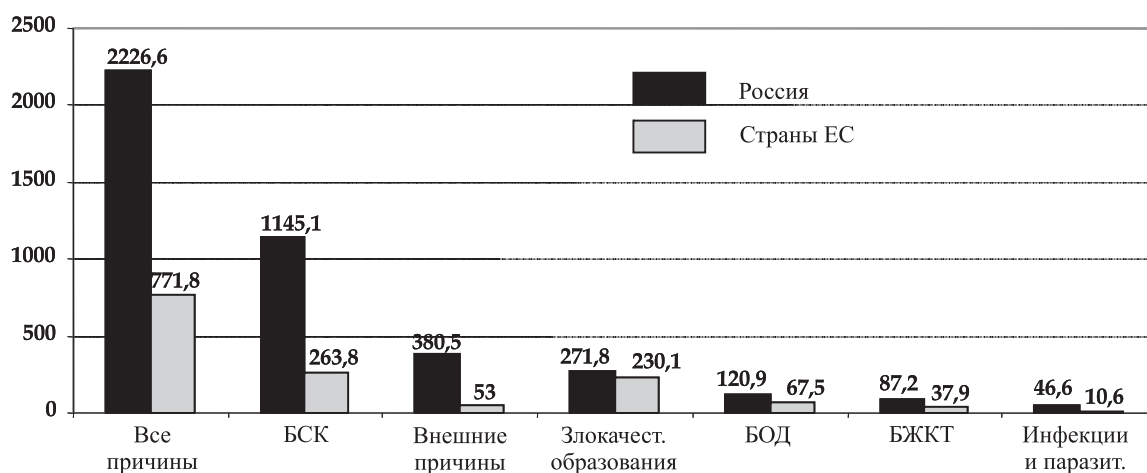
Внешние причины, включая травмы, занимают второе место в структуре причин смерти населения России, являясь одной из основных причин смерти в возрасте от 1 года до 35 лет у женщин и до 45 лет у мужчин [14—16]. На долю производственных травм приходится 17—19%, бытовых 26—46%, уличных 28—30%.

Особое место среди травм занимают дорожно-транспортные травмы, которые являются одной из основных причин инвалидности лиц трудоспособного возраста. В России ежегодно травмы от дорожно-транспортных происшествий получают 200 000 человек, из которых 30 000 погибает. Среди детей эти показатели составляют 22 000 и 1500 человек. Это позволяет отнести дорожно-транспортный травматизм к одной из серьезнейших социально-экономических и медицинских проблем России.

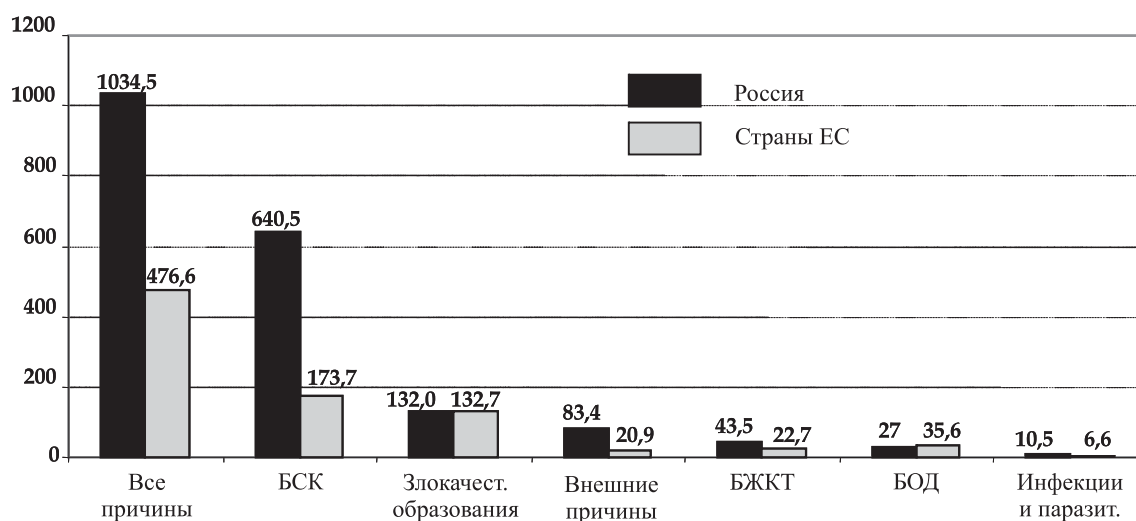
В 2005 г. стандартизованные (к европейскому стандарту) коэффициенты смертности (на 100 000 населения) по основным причинам, рассчитанные для РФ, во много раз превышали тако-

\* ИНФЕКЦИИ — группа болезней, вызываемых патогенными микроорганизмами и характеризующихся заразительностью, наличием инкубационного периода, реакцией инфицированного организма на возбудитель и, как правило, циклическим течением и формированием постинфекционного иммунитета.

\*\* При стандартизации по полу и возрасту использован прямой метод, за стандарт была использована структура европейской популяции. При расчете коэффициентов смертности на 100 000 населения использовали данные о смертности по причинам/возрасту/полу и среднегодовые значения численности населения отдельно по каждой возрастной группе и полу.



**Рис. 1. Коэффициенты смертности на 100 000 населения от основных причин среди мужчин России и стран ЕС-15 в 2005 г.**



**Рис. 2. Коэффициенты смертности на 100 000 населения от основных причин среди женщин России и стран ЕС-15 в 2005 г.**

вые для стран Европейского Союза [17]. Так, коэффициенты смертности от БСК и внешних причин среди российских мужчин в 4 и 7 раз (рис. 1), а среди женщин в 3,5 и 4 раза (рис. 2) превышали таковые среди мужчин и женщин стран Европейского Союза (объединенные показатели для 15 стран, включенные в Европейский Союз до мая 2004 г., далее ЕС-15).

Около 40% всех смертей населения России приходится на наиболее трудоспособный возраст — 25—64 года [18]. В этом возрасте более 80% всех смертей обусловлены НИЗ и внешними причинами. Коэффициенты смертности от всех НИЗ, от БСК и от травм для населения России в возрасте 15—64 лет превосходят таковые для ЕС-15 на 294, 941 и 484% соответственно [17].

Избыточные преждевременные смерти населения России приводят к низкой средней ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении. В 2006 г. ОПЖ в РФ составила 66,6 года (минимум 63,9 года в Дальневосточном Федеральном Округе и максимум 68,8 года в Южном Федеральном Округе); для мужчин — 60,4 года (57,9 — Дальневосточный Федеральный Округ и 63,2 — Южный Федеральный Округ), для женщин — 73,2 года (70,7 — Дальневосточный Феде-

ральный Округ и 74,6 — Южный Федеральный Округ) [12]. Показатели ОПЖ в России в среднем на 10—14 лет ниже, чем в странах ЕС [17]. Короткая ОПЖ и наблюдаемая тенденция к ее снижению обусловлены в значительной степени высокой смертностью населения трудоспособного возраста от сердечно-сосудистых заболеваний и травм [19]. Поэтому, снижение смертности населения России от этих причин может привести к увеличению продолжительности жизни и численности работающего контингента населения страны.

Ведущие причины НИЗ в России: курение, повышенное артериальное давление (АД), гиперхолестеринемия, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность и нездоровое питание (см. таблицу). Вклад этих факторов в общую смертность населения страны колеблется от 9 до 35%, а в общие потери по нетрудоспособности — от 5 до 16% [7, 20, 21]. Повышенное АД, высокие уровни холестерина и курение приводят к 75% всех смертей в РФ. В то же время ведущее место среди причин потерь вследствие нетрудоспособности занимает злоупотребление алкоголем. Алкоголь — важный фактор риска травм и несчастных случаев: дорожно-транспортные происшествия, а также травмы, связанные с падением, зависят от количества употребленного алкоголя [1].

**Таблица. Вклады основных факторов риска в показатели общей смертности (ОС) и общие потери вследствие нетрудоспособности (ОПН) населения России в 2002 г. («Dying too young», table 5, p.10. source: WHO/EURO Health DataBase).**

№	Фактор риска	ОС, %	№	Фактор риска	ОПН, %
1.	Повышенное артериальное давление	35,5	1.	Алкоголь	16,5
2.	Гиперхолестеринемия	23,0	2.	Повышенное артериальное давление	16,3
3.	Курение	17,1	3.	Курение	13,4
4.	Недостаточное употребление фруктов и овощей	12,9	4.	Гиперхолестеринемия	12,3
5.	Высокий индекс массы тела	12,5	5.	Высокий индекс массы тела	8,5
6.	Алкоголь	11,9	6.	Недостаточное употребление фруктов и овощей	7,0
7.	Недостаточная физическая активность	9,0	7.	Недостаточная физическая активность	4,6
8.	Городские загрязнители воздуха	1,2	8.	Запрещенные препараты	2,2
9.	Препараты свинца	1,2	9.	Препараты свинца	1,1
10.	Запрещенные препараты	0,9	10.	Небезопасный секс	1,0

Распространенность факторов риска НИЗ достаточна высока. Среди взрослого населения (старше 15 лет) курит 60% мужчин и 15,5% женщин, около 40% имеют повышенное АД, злоупотребляют алкоголем 17—21% мужчин (употребление алкоголя в пересчете на чистый этанол  $\geq 168$  г/неделя) и 3—4% женщин (употребление алкоголя в пересчете на чистый этанол  $\geq 84$  г/неделя), а разовое употребление алкоголя мужчинами и женщинами в 5 и 2 раза соответственно превышают допустимые безопасные дозы [22—24]. В последнее время значительное влияние на здоровье населения страны оказывает психо-социальный стресс [25]. Депрессивные расстройства как показатели психосоциального стресса встречаются в среднем у 46% пациентов, обратившихся по разным поводам к терапевтам, кардиологам и невропатологам, и эти расстройства ассоциируются с социально-экономическими (низкий доход) и поведенческими (курение, злоупотребление алкоголем) факторами. Кроме того, сами факторы риска (повышенное АД, курение, избыточное потребление алкоголя) и показатели смертности также ассоциируются с социально-экономическим и образовательным статусом [24—27]. Факторы риска могут накапливаться у индивидуумов, особенно с низким социально-экономическим статусом, и взаимодействовать, часто оказывая множественный эффект: наличие нескольких факторов риска у одного человека повышает риск его смерти от БСК в 5—7 раз [18].

Высокая смертность и низкая рождаемость способствуют сокращению численности населения России примерно на 0,8% в год. При сохранении такой тенденции к 2025 г. численность населения страны может уменьшиться на 18 млн человек [28]. Поскольку большой процент смертности приходится на трудоспособный возраст, преждевременные потери населения в этом возрасте могут привести к снижению внутреннего валового продукта (ВВП) и постарению населения. По разным расчетам экспертов ВОЗ:

— при сохранении существующих тенденций в смертности, вследствие недополученного национального дохода из-за высокой смертности от болезней сердца, инсульта и сахарного диабета, за период 2005—2015 гг. потери государственной казны России составят 303 млрд международных долларов [29]. Причем, эти потери в 2015 г. в 6 раз превысят таковые в 2005 г. (11,1 млрд) и составят 66,4 млрд долл. Если в 2005 г. Россия недополучила 1% от ВВП из-за смертности от болезней сердца, инсульта и сахарного диабета, то в 2015 г. страна потеряет более 5% от ВВП.

Снижение смертности от НИЗ и ТНС среди населения 15—64 лет может привести к увеличению ОПЖ и трудовых ресурсов страны вместе с улучшением состояния здоровья и экономики. Улучшения в состоянии здоровья и экономики страны в будущем можно представить как:

— снижение смертности взрослого населения страны от НИЗ и ТНС до уровня смертности населения стран ЕС-15 к 2025 г. приведет к росту ВВП на 3,6—4,84% (2002) [28];

— ежегодное снижение смертности от НИЗ на 4,6% и ТНС на 6,6% среди населения России 15—64 лет (начиная с 2002 г.) могло бы к 2025 г. привести к уровню смертности от этих причин населения стран ЕС-15 (оптимистический сценарий, когда политика страны направлена на снижение смертности) [28];

— широкое понятие достижения «благополучия» населения РФ при достижении уровня смертности населения стран ЕС-15 к 2025 г. будет означать повышение уровня ВВП на 29% (по сравнению с 2002 г.).

### **3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМАТИЗМА**

#### **3.1. Формирование федеральной и региональной политики, определение источников и механизмов финансирования**

Задача государства — обеспечить последовательную и долгосрочную политику\*, способствующую мотивации населения и формированию благоприятной окружающей среды для сохранения здоровья, повышения качества и продления жизни населения. Формирование эффективной общественной и государственной политики профилактики и борьбы с НИЗ и ТНС требует участия государства, различных секторов общества (медицинского и немедицинского), принятия государственных, парламентских, общественных решений и участия в принятии этих решений населения с перспективой его активного участия и ответственности в реализации принятых решений. Политические решения должны приниматься на государственном, региональном и местном уровнях. Необходимо развивать сотрудничество с различными производственными учреждениями, частным сектором, гражданским обществом. Особое внимание необходимо уделить уязвимым группам населения. При формировании политики и реализации стратегии необходимо учитывать неравенство в здоровье между различными социальными группами.

Анализ существующей ситуации дает основание среди приоритетов государственной политики выбрать политику профилактики НИЗ и ТНС, которая должна быть направлена на создание доступных и равных для всех условий для выбора и поддержания здорового образа жизни, укреп-

\*Политика — согласие, консенсус среди партнеров о том, какие проблемы надо решить, и о том, каким способом или с помощью каких стратегий это надо делать [30].

пления здоровья, профилактики НИЗ, ТНС и факторов, способствующих их развитию и прогрессированию.

*Для этого следует:*

**Во-первых**, признать, что снижение смертности от НИЗ и ТНС — это не только медицинская проблема, но и социально-экономическая проблема всего общества, всей системы здравоохранения, **всего государства**; соответственно и пути решения этой проблемы должны быть общегосударственными мерами с участием **всего российского общества**.

**Во-вторых**, разработать, принять и распространить на федеральном и региональном уровнях ряд законодательных и административных нормативно-правовых мер для организации и финансирования мероприятий по профилактике НИЗ и ТНС как подпроекта (ов) национальных здоровье-сберегающих проектов с соответствующим организационным оформлением.

**В-третьих**, придать первостепенное значение решению проблемы профилактики НИЗ и ТНС в системе здравоохранения. Для этого должны быть предприняты определенные организационные меры и выделены адекватные человеческие, технические и финансовые ресурсы.

**В-четвертых**, создать систему подготовки и сертификации кадров для осуществления мероприятий по профилактике НИЗ и ТНС.

**В-пятых**, привлечь средства массовой информации (СМИ) для просвещения населения о причинах НИЗ и ТНС, основных методах их профилактики, основах здорового образа жизни, обеспечить СМИ необходимыми материалами, выделить государственные ресурсы для поддержки соответствующих программ.

Одно из необходимых условий осуществления эффективных мероприятий по профилактике НИЗ и ТНС — **адекватное финансирование**.

Источниками такого финансирования могут быть:

- государственные инвестиции;
- инвестиции страховых компаний;
- инвестиции общественных организаций;
- инвестиции бизнес-компаний;
- частные инвестиции;
- инвестиции международных организаций.

Необходимо признать, что финансирование профилактики НИЗ, ТНС и укрепления здоровья населения должно осуществляться не только за счет отчислений из бюджета системы здравоохранения. **Основное финансирование должно быть государственным, долгосрочным, целевым, слагающимся из федеральных и региональных ресурсов**. Наиболее реальный путь — финансирование подпроекта (ов) в рамках приоритетных национальных здоровье-сберегающих проектов. Такой подход позволяет определять приоритеты для инвестиций, оценивать полученные результаты, целесообразность использования вложенных средств и в дальнейшем осуществлять финансирование только эффективных и приоритетных направлений и программ, что в условиях ограниченных ресурсов крайне важно. Дополнительное финансирование через систему грантов и на конкурсной основе должно быть прямым и открытым как для государственных, так и для частных и общественных организаций, в сфере деятельности которых определены мероприятия по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний.

Среди способов финансирования мероприятий по профилактике НИЗ и ТНС, в частности по борьбе с табакокурением и алкоголизмом, должны быть государственное определение и регулирование целевых отчислений от акцизных сборов на табак и алкоголь, а также взимание штрафов за нарушение законодательных и нормативно-правовых актов, регулирующих производство и потребление этих товаров. Необходимо также учитывать определение и использование средств из фондов учреждений и организаций, относящимся к сферам, непосредственно связанным со здоровьем населения, таким как физкультура и спорт, образование, здравоохранение, сельское хозяйство, пищевая промышленность, транспорт.



Развитие финансирования профилактики НИЗ и ТНС страховыми компаниями, включая систему обязательного медицинского страхования (ОМС), должно продолжаться и основываться на отработанных стандартах и стоимости оказания профилактических услуг населению, критериях эффективности таких услуг. Приравнивание (по оплате фондом ОМС) мероприятий по профилактике НИЗ к лечебным услугам заметно облегчило бы выполнение этой задачи.

Частным (бизнес) компаниям необходимо предусмотреть целевое отчисление средств на мероприятия по профилактике НИЗ, ТНС и укреплению здоровья как для сотрудников своих компаний, так и для всего населения. Для таких компаний необходимо создавать комфортный (льготный) налоговый режим, что должно быть определено законодательно.

Частные инвестиции предполагают формирование сознания отдельных лиц (филантропы) для вложения средств (благотворительность) в мероприятия по укреплению здоровья, профилактике НИЗ и ТНС, чему будет способствовать создание для этих людей системы государственного поощрения.

Промышленность, энергетика, транспорт, связь, сельское хозяйство должны осуществлять плановые инвестиции в охрану здоровья и окружающей среды, охрану труда. Необходимо осуществлять политику ценообразования, в которой бы учитывались любые издержки, связанные с ущербом для здоровья, нанесенным производимыми промышленностью продуктами. Необходимо внести поправки в индекс ВВП, чтобы в нем учитывались положительные и отрицательные воздействия экономической деятельности на развитие человеческого потенциала, здоровье населения и окружающую среду.

Еще одним источником привлечения финансирования может быть более активное участие России в международных программах по профилактике НИЗ и ТНС. Однако это не означает, что международные программы могут финансировать длительные программы, проводимые в России, в отличие от краткосрочных научных программ. Определенную поддержку можно получить при включении в долгосрочные международные проекты, когда в стране имеются необходимые условия для проведения таких проектов.

Для облегчения использования различных источников финансирования важно проводить исследования преимуществ, которые получают различные организации при инвестировании в профилактику и снятии барьеров. Профилактика — долгосрочные инвестиции, и нужно понимать, что необходимо ждать десятилетия, чтобы ощутить успех от профилактики еще до того, как будет получена экономическая выгода от нее. Однако есть факты, которые могут опровергнуть это положение. Так, снижение уровней фактора риска может привести к достаточно быстрому улучшению здоровья как на популяционном, так и на индивидуальном уровнях [31]. Например, быстрые результаты можно получить при инвестициях в лечение артериальной гипертензии (АГ) и инсульта.

Более того, можно опровергнуть мнение о том, что профилактика НИЗ и ТНС требует больших вложений. Как будет показано в следующем разделе (3.2) по законодательству и нормативно-правовой базе, некоторые вмешательства, направленные на профилактику НИЗ и ТНС, требуют незначительных финансовых вложений и могут проводиться прямо сейчас. Осуществление популяционной стратегии может привести к положительным результатам в большой группе населения при относительно недорогих программах вмешательства. Стратегии высокого риска и вторичной профилактики могут быть более дорогими для служб здравоохранения, но давать определенные быстрые результаты. Необходимо использование всех 3 стратегий.

### **3.2. Развитие и совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы**

Для осуществления государственной политики, способствующей формированию благоприятной окружающей среды для сохранения и укрепления здоровья, повышения качества и продления жизни населения, необходимы соответствующие законодательные и нормативно-правовые акты. В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 2) говорится, что одним из основных принципов охраны здоровья является приоритет профилактических мер. Однако в полной мере такие законы не представлены, также не прописаны механизмы их реализации и контроля, административные и другие нормативно-правовые санкции за их невыполнение. Ис-

ключением являются законы и нормативно-правовые акты, регулирующие производство и потребление табачной и алкогольной продукции. Присоединение России к Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) (Федеральный закон — ФЗ-51 от 24 апреля 2008 г.) будет способствовать дальнейшему совершенствованию российских законов и нормативно-правовых актов, направленных на снижение табакокурения в стране.

Успех популяционной стратегии, направленной на снижение курения, избыточного употребления алкоголя и дорожно-транспортных происшествий, может быть достигнут при совершенствовании и строгом соблюдении соответствующих законодательных и нормативно-правовых актов [31].

В отношении табакокурения: повышение цен через налогообложение — один из наиболее эффективных методов снижения табакокурения. Другие доказано эффективные методы: распространение информации о риске для здоровья табакокурения, ограничение курения в общественных местах\* и на рабочих местах, запрет рекламы.

В отношении чрезмерного употребления алкоголя: повышение цен через налогообложение, ограничение розничной продажи и запрет рекламы являются наиболее эффективными методами для снижения чрезмерного употребления алкоголя.

***Повышение цен через налогообложение является наиболее эффективным и менее затратным методом снижения табакокурения и чрезмерного употребления алкоголя.***

Для безопасности дорожного движения наиболее эффективными и малозатратными методами, снижающими риск дорожно-транспортных происшествий, являются: минимизация повреждений, связанных с обстоятельствами высокого риска (например, увеличение легального возраста вождения мотоцикла), строительство безопасных дорог (установка ограничителей скорости), побуждение и поддержка населения в отношении безопасного поведения на дороге (усиление законов по соблюдению скоростного режима, осуществление контроля за содержанием алкоголя в крови, обеспечение и использование ремней безопасности, использование шлемов при езде на велосипеде и мотоцикле).

Основные направления развития и совершенствования законодательной и нормативно-правовой базы по профилактике НИЗ и ТНС должны включать:

- разработку и проведение эффективных ценовых и налогово-акцизных мер на табачную и алкогольную продукцию, включая пиво;
- запрет продажи табачной и алкогольной продукции, лицам, не достигшим возраста 18 лет;
- запрет всех видов рекламы табачной и алкогольной продукции, нездорового питания в средствах массовой информации, общественных местах;
- запрет курения и распитие алкогольных напитков в общественных местах;
- совершенствование законодательных мер по безопасности дорожного движения и нормативно-правовых актов по их исполнению.

*Исполнению этих мер могут способствовать:*

- разработка эффективных мер контроля, административных и материальных (штрафы) наказаний за неисполнение законодательных и нормативно-правовых актов, направленных на профилактику НИЗ и ТНС;
- создание эффективной таможенной политики и мер контроля, направленных на предотвращение контрабанды и изготовления контрафактной табачной, алкогольной продукции;
- определение мер по ликвидации незаконной торговли табачными изделиями и алкогольной продукцией, конфискация доходов от такой торговли.

Политика и законодательные акты могут также играть важную роль в продвижении здорового питания, повышения физической активности, методов борьбы с ожирением, особенно когда они сочетаются с просветительскими компаниями:

---

\* Общественные места — места работы, досуга, отдыха, физкультуры и спорта, лечебные, образовательные и дошкольные учреждения, предприятия культуры, питания, торговли, транспорта и прилегающие к ним территории.

- регулирование производства и состава продуктов питания (например, снижение содержания животного жира и соли), побуждение производителей продуктов питания к замене «нездоровых» продуктов питания или их ингредиентов на «здоровые»;
- упаковка и маркировка продуктов питания, в которой должна быть представлена необходимая информация в четком, правдивом и стандартном виде;
- городской дизайн и транспортная политика, способствующие развитию пешеходного и велосипедного движения.

Наконец, принятие соответствующих производственных нормативно-правовых актов, направленных на предупреждение травматизма на рабочих местах, играет большую роль для сохранения здоровья. Для поддержания благоприятного рабочего климата и продления сроков (длительности) работы важно улучшать стандарты, нормативно-правовые акты, и мониторировать травматизм на производстве, а также развивать сотрудничество с международной организацией по труду и другими соответствующими организациями.

Для успешного осуществления, финансирования и принятия соответствующих законодательных мер необходимы длительные инвестиции и создание сотрудничества с различными секторами общества, такими как транспорт и окружающая среда, пищевая индустрия, добровольные организации.

Развитие законодательной и нормативно-правовой базы в области охраны здоровья населения в регионах неразрывно связано с развитием общего законодательства страны. В статье 6 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан написано, что к ведению субъектов Федерации, входящих в состав РФ, в вопросах охраны здоровья граждан относится принятие законодательных и иных правовых актов, контроль над соблюдением федерального законодательства, **законодательная инициатива в области охраны здоровья граждан**. В настоящее время существует система подписания договоров о разграничении ведения и полномочий между федеральными органами государственной власти и органами власти субъектов РФ. Можно надеяться, что при расширении полномочий субъектов РФ роль и степень самостоятельности субъектов РФ в законодательном и нормативно-правовом поле повысится.

Необходимо также учитывать, что после изменения законодательства в западных странах в неблагоприятную сторону для табачных компаний, производителей алкогольной продукции и пищевой индустрии эти корпорации переместили свои действия в восточные страны, не имеющие такой законодательной защиты. Поэтому для **России важно привести соответствующие федеральные законы и нормативно-правовые акты к таковым международным, участвовать и поддерживать международные законодательные и нормативно-правовые инициативы**.

### 3.3. Роль системы здравоохранения

Определение роли системы общественного здравоохранения\* [32] в профилактике НИЗ и ТНС является одним из основных звеньев настоящей Стратегии. Контроль большинства причин НИЗ и ТНС может осуществляться учреждениями немедицинского профиля. Медицинские работники должны выступать в роли инициаторов и «катализаторов» профилактических программ. Однако разработка и осуществление профилактики НИЗ и ТНС невозможны без эффективного партнерства медицинского (лечебно-профилактического) и немедицинского секторов, государственных и частных организаций, научно-исследовательских учреждений и профессиональных научных обществ, общественных организаций, а также активного участия самого населения.

Минсоцразвития России должно играть важную роль в просвещении и продвижении ключевых методов профилактики в различные сектора, такие как окружающая среда, спорт, транспорт

\* Общественное здравоохранение (Public Health) — процесс мобилизации и привлечения местных, региональных, национальных и международных ресурсов для обеспечения условий, при которых люди могут быть здоровы. Действия, которые должны быть предприняты для создания таких условий, определяются естественными условиями существования общества и значимостью, важностью проблем, определяющих здоровье общества. То, что можно будет сделать, определяется научными знаниями и доступными ресурсами. То, что сделано, будет определяться социальной и политической ситуациями, которые имеют место в данное время и в данном месте.

и другие. Ввиду отсутствия специальной структуры, нацеленной на координацию профилактики и контроля НИЗ и ТНС, в Минздравсоцразвития России необходимо создать самостоятельное структурное подразделение, в функциональные обязанности которого должны войти:

- информирование властных структур и общества о ситуации с НИЗ и ТНС;
- обеспечение взаимодействия с различными секторами и учреждениями общественного здравоохранения;
- организация, разработка и реализация национальных и региональных программ по профилактике НИЗ и ТНС для различных целевых групп населения;
- создание системы мониторинга факторов как способствующих, так и снижающих риск развития и прогрессирования НИЗ и ТНС, а также непосредственно мониторинга НИЗ и ТНС;
- привлечение профессиональных, технических и финансовых ресурсов, а также населения для проведения мероприятий по профилактике НИЗ и ТНС;
- обеспечение населения доступными современными технологиями профилактики, лечения и контроля НИЗ и ТНС, включая образовательные пособия, лекарственные средства и оборудование;
- обеспечение доступа населения к качественным информационным и образовательным материалам по профилактике, включая рекламу и пропаганду основ здорового образа жизни в СМИ и общественных местах;
- осуществление связей с населением, СМИ, неправительственными общественными организациями, международными организациями;
- введение услуг по профилактике НИЗ и ТНС, лечению табачной и алкогольной зависимости в стандарты медицинских услуг;
- создание альтернативных мероприятий, поддерживающих стремление людей к позитивным изменениям в их образе жизни.

Сочетание популяционной стратегии профилактики НИЗ со стратегиями профилактики высокого риска и вторичной профилактики будет способствовать улучшению здоровья населения. В системе здравоохранения большое внимание следует уделить разработке и осуществлению программ по контролю факторов риска НИЗ и ТНС, в частности курения, АГ, гиперхолестеринемии, сахарного диабета 2-го типа, выделению людей с высоким риском развития НИЗ и тех, кто нуждается в активном лечении. Могут применяться как медикаментозные вмешательства, например антигипертензивные, липидснижающие, сахароснижающие, инсулинорегулирующие, для отказа от курения, так и немедикаментозные методы коррекции и контроля факторов риска НИЗ и ТНС, например краткосрочные вмешательства по снижению употребления алкоголя среди тех, кто злоупотребляет алкоголем, программы по снижению массы тела. Последние вмешательства могут проводить не только врачи, но и медицинские сестры, фармацевты и специалисты других медицинских профессий.

Профилактика должна стать частью практической деятельности медицинских работников, а программы профилактики НИЗ и ТНС, их факторов риска должны быть интегрированы в обязанности учреждений медицинского сектора здравоохранения. Для этого нужно развитие стимулов способствующих таким изменениям.

В настоящее время в системе здравоохранения существуют структуры, способные заниматься профилактикой НИЗ и ТНС: центры медицинской профилактики (ЦМП) и отделения профилактики в поликлиниках, первичное звено здравоохранения, медико-санитарные части и центры профпатологии, Федеральная служба Роспотребнадзора, научно-исследовательские институты, профессиональные научные общества кардиологов, диабетологов, педиатров и другие организации и учреждения. Такого широкого спектра деятельность может быть успешна, начиная с определения основ (основные моменты профилактики), которые смогли бы обеспечить общую деятельность, поддержку и мониторинг, до внедрения политики.

Национальная и региональные сети ЦМП не достроены, а в ряде регионов они полностью разрушены. Деятельность существующих ЦМП ориентирована недостаточно четко. В то же время ЦМП — структура, которая имеет большой потенциал для профилактики НИЗ и ТНС на по-

пуляционном уровне; более того, именно ЦМП могут быть координационным ядром программ профилактики НИЗ и ТНС в регионах. Поэтому ЦМП следует ориентировать на создание и осуществление популяционных профилактических программ в области НИЗ и ТНС, включая систематическое слежение и анализ уровней факторов риска и смертности населения. Для осуществления такой работы ЦМП необходимо разработать тарификацию таких услуг, обеспечить их кадрами, финансовыми и материально-техническими ресурсами.

Деятельность первичного звена здравоохранения в настоящее время сконцентрирована в основном на лечебно-диагностических функциях. В то же время службы первичного звена здравоохранения, работая на индивидуальном или групповом/семейном уровнях, должны ввести в постоянную практическую деятельность профилактику НИЗ и ТНС и их факторов риска. Современные методы лечения НИЗ, особенно ранних стадий, дают хороший эффект и заметно продлевают жизнь пациентов. В то же время у большинства этих пациентов уровни факторов риска остаются высокими, что ведет к прогрессированию заболеваний, появлению осложнений и преждевременной смерти. Поэтому в задачи врачей первичного звена здравоохранения должна входить коррекция факторов риска как до появления симптомов заболевания (с целью его предупреждения), так и особенно интенсивная их коррекция после появления клинических признаков болезни (с целью предупреждения его прогрессирования). Выделение групп высокого риска развития заболеваний, ранняя диагностика, своевременное лечение и наблюдение за эффективностью лечения АГ, гиперхолестеринемии, сахарного диабета 2-го типа могут снизить смертность от БСК. Поэтому необходимо совершенствование методов профилактики и лечения НИЗ и ТНС. Важным шагом должна стать поддержка развития семейной медицины, одного из важных каналов введения профилактического направления в работу первичного звена здравоохранения.

В связи с тем, что в задачи **службы Госсанэпиднадзора** (Федеральная Служба по Надзору в Сфере Защиты Прав Потребителей и Благополучия Человека) входит предупреждение вредного влияния неблагоприятных условий труда, быта, факторов окружающей среды на здоровье населения, а также гигиеническое воспитание и образование населения, эти службы могут внести существенный вклад в профилактику НИЗ и ТНС. Эта служба должна обязательно входить в межсекторальные комитеты по профилактике НИЗ и ТНС.

### 3.4. Подготовка кадров

Для осуществления мероприятий по профилактике НИЗ и ТНС необходимо достаточное количество квалифицированных медицинских и немедицинских кадров. В настоящее время преподавание по современным научно-обоснованным программам профилактики НИЗ и ТНС осуществляется недостаточно полно и проводится только в отдельных высших и средних специальных *образовательных* учреждениях, в основном медицинского профиля. Система подготовки немедицинских работников для работы в этом направлении отсутствует. Также отсутствует и единая система стандартов обучения профилактики НИЗ и ТНС как на пред-, так и на последипломном уровне. Нет системы непрерывного профессионального развития в этой области, что могло бы позволить специалистам обновлять их навыки и опыт посредством тренировок и обучения.

Необходимо отметить, что специалисты в области профилактики НИЗ и ТНС могут готовиться не только из медиков и педагогов. Профессионалы других специальностей: психологи, социальные работники, журналисты, лица, принимающие решения в сфере здравоохранения и социальной защиты, могут также быть обучены методам профилактики НИЗ и ТНС. Независимо от специальности новое поколение специалистов в области профилактики и общественного здравоохранения должно быть обеспечено современными достижениями, позволяющими оценивать, мониторировать и осуществлять программы профилактики и контроля НИЗ и ТНС. Для этого необходимо развитие системы обучения и получения навыков в традиционных областях — профилактики и эпидемиологии, и новых областях, таких как укрепление здоровья, доказательная медицина (практика), оценка воздействия на здоровье. Эти базовые знания должны быть общими для подготовки профессионалов медицинских и немедицинских специальностей. В то же время стандарты подготовки профессионалов медицинских специальностей отличаются от таковых

для профессионалов немедицинских специальностей, в частности в стратегиях «высокого риска» и «вторичной профилактики» НИЗ и ТНС.

Доступ к современным методам профилактики НИЗ и ТНС крайне ограничен. Для подготовки высококвалифицированных специалистов необходимо:

- утвердить специальности **«медицинская профилактика»** для последипломого образования и **«профилактика неинфекционных заболеваний»** для подготовки научных кадров с общей программой подготовки;

- создать и утвердить стандарты обучения по специальностям «медицинская профилактика» и «профилактика неинфекционных заболеваний» для подготовки кадров с различными по специализации программами подготовки;

- включить в программы обучения не только теоретические аспекты профилактики, но и реальные практические модули (навыки), необходимые для ежедневной работы специалистов в области профилактики НИЗ и ТНС;

- совершенствовать систему подготовки кадров для работы с населением в образовательных учреждениях (профессионального среднего и высшего звена) и учреждениях здравоохранения;

- проводить обучение навыкам сотрудничества с различными секторами системы здравоохранения и другими секторами, такими, как образование, социальные службы, сельское хозяйство, дорожно-транспортный, охрана и правопорядок;

- развивать систему непрерывного профессионального развития, тренировок и обновления навыков;

- проводить экспертную оценку доказательств эффективности вмешательств, постоянное обновление, основанное на доказательствах, образовательных руководств и тренировочных материалов по основным методам профилактики и мониторинга НИЗ и ТНС;

- создать систему квалифицированной экспертной оценки профилактических технологий и разработки рекомендаций по внедрению только научно-обоснованных технологий, сформировать экспертный Совет по лицензированию всех видов профилактической деятельности;

- развивать сеть школ общественного здоровья, пересмотреть и дополнить существующие программы обучения современными методами подготовки специалистов по обучению населения основам здорового образа жизни, методам улучшения здоровья и профилактики НИЗ и ТНС.

### 3.5. Просвещение населения

Уровень знаний населения в области здоровья — один из первых и значимых факторов, от которого зависит активность населения в сохранении здоровья и изменении поведения (отказ от вредных привычек и формирование здорового образа жизни). Так как существуют доказательства, что только просвещение населения оказывает незначительное влияние на изменение поведения индивидуума, важно, чтобы образование населения проходило совместно с обучением навыкам, оценкой отношения и поддерживалось политическими методами. Например, обучение безопасности на дороге имеет наибольший эффект, когда является частью комплексных мероприятий, которые включают строгие законодательные меры и усиленные меры по исполнению, потому как один вид вмешательства усиливается другим. Для просвещения населения необходимо предпринять следующие действия:

- разработать и ввести в действие систему финансирования из различных источников всех мероприятий, касающихся просвещения населения в отношении здорового образа жизни, мер по укреплению здоровья и профилактике НИЗ и ТНС;

- ориентировать и мобилизовать первичное здравоохранение на просвещение населения о причинах НИЗ и ТНС, основных методах их профилактики, основах здорового образа жизни и на поддержку населения в его здоровом выборе;

- научно-исследовательским центрам (просвещения, здравоохранения) разрабатывать, осуществлять и оценивать эффективные долгосрочные программы по обучению населения основам здорового образа жизни и профилактике НИЗ и ТНС, информировать властные структуры на коммунальном, региональном и федеральном уровнях, а также население об эффективности таких программ по промежуточным и конечным результатам;

- повысить активность ЦМП в организации, координации, осуществлении и оценки просветительных мер по профилактике НИЗ и ТНС среди населения;
- отдавать предпочтение популяционному подходу в просвещении населения по основам здорового образа жизни, мерам по укреплению здоровья и профилактике НИЗ и ТНС;
- создавать профильные финансируемые научные издания, в которых были бы представлены научно-обоснованные положения об основах здорового образа жизни, НИЗ, травматизме и их факторах риска, результаты исследований, посвященных профилактике НИЗ и ТНС;
- создавать и проводить образовательные курсы по научно обоснованной профилактике и контролю НИЗ и ТНС (профессионалы для непрофессионалов и населения).

Использование СМИ для повышения уровня знаний населения важно, но мало эффективно, если только их используют для изменения поведения. Так, например, если СМИ и образовательные мероприятия в школах освещают риск, связанный с потреблением алкоголя, то это приводит только к повышению уровня знаний населения о риске для здоровья при чрезмерном употреблении алкоголя. Однако это не приводит к значительному снижению потребления алкоголя и вредного воздействия алкоголя на здоровье. Просвещение должно сопровождаться строгими политическими мерами, которые описаны в разделе 3.2. Существуют доказательства, что успешным кампаниям просвещения через СМИ предшествуют научные разработки и детальный анализ различных аудиторий (социальный маркетинг). Кроме того, кампании СМИ по просвещению наиболее эффективны, когда они сопровождаются индивидуальной работой с населением. Необходимо предпринять следующие действия:

- активизировать работу СМИ по информированию населения о причинах НИЗ и ТНС, основных методах их профилактики, основах здорового образа жизни, используя соответствующие научные разработки и оценочные технологии для повышения эффективности такой работы;

- создать экспертные советы по подготовке и предоставлению в СМИ научно-обоснованной информации по причинам НИЗ и ТНС, основным методам их профилактики, чтобы информация, предоставляемая населению через СМИ, имела научное обоснование и доказательную базу.

В стране имеется широкий спектр человеческих ресурсов: их надо воспитывать и вовлекать в работу. Необходимо развивать механизмы привлечения отдельных групп населения к составлению, развитию и внедрению программ и мероприятий по укреплению здоровья. Привлечение молодых людей, например может привести к успеху в развитии и распространении программ и информации для молодежи. Для контроля факторов риска и таких состояний, как алкогольная зависимость и избыточная масса тела, наиболее эффективные программы предусматривали создание групп поддержки или использование существующих групп взаимопомощи, которые позволяли людям обсуждать их проблемы, и получить ответ от других больных. Для этого необходимо:

- создать межведомственные экспертные советы (комитеты) по разработке муниципальных, региональных и национальных программ просвещения населения по основам здорового образа жизни, мерам по укреплению здоровья и профилактике НИЗ и ТНС, в которые должны входить представители власти (законодательной и исполнительной), науки, образования, здравоохранения, государственного и частного бизнеса, религиозных и общественных организаций;

- активно вовлекать население в программы и кампании по улучшению здоровья и профилактики НИЗ и ТНС с особым акцентом на создание групп взаимопомощи и привлечение молодых людей в планирование, внедрение и оценку профилактических мероприятий;

- повышать уровень медико-гигиенических знаний населения, формировать у граждан ответственность за свое собственное здоровье и за здоровье окружающих, обучать население здоровому образу жизни с помощью информационных программ, специально адаптированных к различным возрастным группам населения, а также с учетом их социально-экономического и образовательного статуса.

### **3.6. Создание системы мониторинга неинфекционных заболеваний и травматизма, их факторов риска**

Профилактика НИЗ и ТНС — важный компонент качественной медико-социальной помощи. Разработка системы наблюдения — решающий фактор для получения доказательств, необходимых для того, чтобы информировать политиков и планировать деятельность, следить за потребностями населения, оценивать эффективность профилактических мероприятий, а также оценивать, сравнивать и прогнозировать изменения в НИЗ и ТНС, их факторах риска. Необходимо создать постоянно действующую систему мониторинга НИЗ, ТНС и факторов, в том числе социально-экономических, способствующих их развитию и прогрессированию. Вполне естественно, что такая система должна иметь постоянное государственное финансирование.

В первую очередь необходимо создать (национальную, региональную) постоянно действующую информационную систему мониторинга поведенческих факторов риска, как наиболее доступную и недорогую. Система подразумевает *регулярное* изучение и анализ поведенческих и связанных с ними биологических факторов риска развития и прогрессирования НИЗ на случайных представительных выборках населения. Необходимо, чтобы такая система имела государственное (федеральное, региональное) финансирование, в рамках системы проводились длительные перекрестные исследования по изучению основных параметров, характеризующих здоровье населения, основанные на опросах и обследовании членов индивидуальных домохозяйств, включающих физические и биохимические измерения и регистрацию основных факторов риска. Такие исследования могут проводиться на региональном и местном (локальном) уровне, так чтобы сосредоточенные инвестиции могли поддерживать всеобъемлющее мониторинговое наблюдение на репрезентативных выборках.

Для формирования общей национальной базы данных о здоровье населения (физиологических и биологических параметров, социально-экономических и образовательных характеристик, поведенческих факторов, наследственных данных, сведений о наличии заболеваний), основных характеристик окружающей среды, влияющих на здоровье, и контроля качества таких данных, **необходимо создание консультативно-методического центра с соответствующим финансовым, техническим и кадровым обеспечением.**

Такая система может быть частью более крупной национальной или региональной системы мониторинга показателей здоровья и определяющих его факторов. Дальнейшее развитие такой информационной системы можно представить, как создание национальной, региональной или муниципальной **электронной базы данных**, в которой на основе согласованных и стандартных данных будут представлены, помимо поведенческих и биологических факторов риска НИЗ и ТНС, индивидуальные (демографические, социально-экономические, образовательные) характеристики человека, показатели здоровья, регистры НИЗ и ТНС с указанием страховых компаний, покрывающих расходы на оказание медицинской помощи. Это позволит получать достоверные данные о распространенности факторов риска НИЗ и ТНС, проводить сравнительный анализ таких данных между отдельными группами населения, регионами, странами, представлять эти данные лицам, принимающим решения при планировании программ профилактики и контроля НИЗ и ТНС.

Национальная и региональная системы мониторинга могут поддерживаться полной оперативной электронной записью показателей здоровья (ЭЗЗ) и представлены в медицинских учреждениях на региональном или национальном уровне, включая создание ИТ базы, способствующей интеграции и получению в режиме онлайн доступа к существующим и предлагаемым хранилищам баз данных по НИЗ и изъятию данных из базы системы: клинические данные больных, демографические, данные рождения и регистры смерти; регистры НИЗ, ТНС, и других заболеваний; базы данных систем наблюдения, и фондов ОМС.

Более того, составляющие баз данных и их индикаторы должны быть определены и стандартизованы вместе с правилами по их обмену и потоку между ключевыми институтами для того, чтобы уменьшить вероятность дублирования и создания *похожих* баз данных. Предлагаемая система мониторинга НИЗ и ТНС, интегральная часть национальной системы мониторинга показателей здоровья, должна предоставлять в режиме онлайн доступ к федеральным и ре-



гиональным регистрам НИЗ и ТНС, для слежения за уровнями и характеристиками смертности, заболеваемости и за факторами риска, что необходимо для планирования и оценки профилактических мероприятий, определения бремени болезни, выделения популяции высокого риска и оценки распространенности рисков для здоровья. Аналитический объем должен быть доведен до такой степени, чтобы данные по НИЗ и ТНС могли обеспечить своевременными и уместными сведениями лиц, принимающих оперативные и политические решения.

### 3.7. Развитие международного сотрудничества

Укрепление и развитие международного сотрудничества в области профилактики НИЗ и ТНС играет существенную роль и должно способствовать:

- привлечению внимания лиц, принимающих решения, к проблеме НИЗ и ТНС в стране и эффективным мероприятиям по их профилактике;
- привлечению дополнительных инвестиций для осуществления программ по профилактике НИЗ и ТНС;
- обмену опытом (положительным, отрицательным) в профилактике НИЗ и ТНС, разработке и проведении совместных программ просвещения и научных исследований по профилактике НИЗ и ТНС, обсуждению результатов таких исследований на международных конференциях, симпозиумах, форумах;
- выявлению программ, улучшающих здоровье индивидуумов наиболее затратно-эффективным путем, начиная от демонстрационных проектов и переходя к длительным программам;
- подготовке квалифицированных специалистов (экспертов) для работы по профилактике НИЗ и ТНС, обмену специалистами и знаниями;
- разработке международных стандартов мониторинга факторов риска, НИЗ и ТНС, эффективных методов профилактики и контроля;
- выработке технологий, необходимых для противодействия трансграничной рекламе, контрабанде табачной, алкогольной продукции, нездорового питания и производству контрафактной продукции.

В России имеется достаточный опыт международного сотрудничества в области разработки и внедрения эффективных программ по профилактике НИЗ. Сотрудничество с ведущими международными организациями (ВОЗ, Всемирный Банк, Агентство международного развития США и Канады, ЮНИСЕФ), а также с отдельными научными учреждениями (Национальные институты здоровья США, Центры контроля заболеваний и профилактики США, Национальный институт общественного здоровья Финляндии, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Агентство общественного здоровья Канады) способствовало разработке отечественных политических и стратегических документов по профилактике НИЗ (для взрослых и детей), адаптации и внедрению их в ряде регионов страны, позволило в отдельных городах создать систему мониторинга поведенческих факторов риска НИЗ среди взрослого населения (25—64 года), провести образовательные программы по контролю бронхиальной астмы (дети, врачи практического здравоохранения) [33—46]. Значительный опыт разработки политики, создания межсекторального сотрудничества для осуществления профилактики НИЗ среди детского и взрослого населения накоплен в программе CINDI—Россия (Программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний) в рамках международной программы CINDI ЕРБ ВОЗ. Программа CINDI представлена в 20 регионах России и может использоваться для реализации Стратегии профилактики НИЗ и ТНС в различных регионах страны.

Один из значимых моментов сотрудничества с ВОЗ — участие российских экспертов в разработке РКБТ [8]. Существенным результатом такой работы стало присоединение России к РКБТ, что в дальнейшем будет способствовать принятию ряда законодательных, административных, профилактических и лечебных мер для снижения табакокурения в стране.

## 4. ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ

Реализация предлагаемой Стратегии должна привести к сокращению разрыва в состоянии здоровья населения между субъектами РФ, различными социально-экономическими группами населения, а также Россией и промышленно развитыми странами Европы и мира.

После ознакомления со Стратегией лиц, принимающих решения, и принятия ее основных положений за основу путями ее реализации должны стать принципиальные решения на правительственном и парламентском уровне (федеральном, региональном, муниципальном), которые лягут в основу разработки плана действий, разработки и осуществления конкретных программ профилактики НИЗ и ТНС и их факторов риска.

### Решения на правительственном, парламентском уровне

1. Политическое и законодательное решение о создании в рамках приоритетных национальных здоровье-сберегающих проектов подпроекта «Профилактика неинфекционных заболеваний, травм и несчастных случаев» с соответствующим организационным и финансовым обеспечением. Предлагаемая Стратегия и будет его содержанием.

2. Для координации этого подпроекта и обеспечения межсекторального, межведомственного сотрудничества необходимо создать координационный комитет, возглавляемый заместителем Председателя правительства РФ, секретариат от Минздравсоцразвития России с представителями основных министерств и ведомств, частного сектора и гражданского общества. Основную работу мог бы выполнять Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины.

3. Решение о постановке задачи создания и осуществления региональных программ профилактики НИЗ и ТНС полномочным представителем Президента РФ в федеральных округах и губернаторам с основным финансированием за счет регионов.

### Решения на уровне Минздравсоцразвития России

1. Создание в Минздравсоцразвития России структурного подразделения, ответственного за профилактику и контроль НИЗ и ТНС.

2. Обновление существующих положений (приказов) Минздравсоцразвития России о деятельности ЦМП с постановкой перед ними в качестве основной задачи действий по разработке, осуществлению и координации программ профилактики НИЗ и ТНС в регионах и городах (муниципалитетах) среди населения.

Эти решения должны обеспечить межсекторальность, межведомственность действий, возможность разработки рабочего плана действий с выдвижением конкретных целей и задач, сроков выполнения, обозначением ответственных лиц и организаций и предельно важно — конкретным бюджетом для осуществления целей и задач программ профилактики, обеспечить максимальный охват населения, включая целевые группы (дети, подростки, молодежь, работающее население, пожилые, социально-неблагополучные группы и т.д.). Решение этой задачи должно в основном финансироваться из государственных средств на федеральном и региональном уровне.

Политика и оперативная работа в области здравоохранения и медицинского обслуживания должна базироваться на надежных знаниях, доказательствах, полученных в научных исследованиях по изучению состояния здоровья населения и формирующих его факторах. Создание постоянно действующей (национальной, региональной) системы слежения, позволяющей мониторить НИЗ и ТНС и их факторы риска — надежная основа для осуществления такой работы. Научные исследования должны стать базой для:

- выбора приоритетов для осуществления стратегических мероприятий;
- развития прикладной эпидемиологии, совершенствования системы мониторинга здоровья населения и контроля факторов риска НИЗ, ТНС и смертности от них;
- получения информации о современном состоянии неравенства в РФ между различными регионами, между мужчинами и женщинами, между различными социально-экономическими

группами, и использование такой информации для последующего информирования лиц, принимающих решения;

- проведения анализа потерь здоровья населения и эффективности систем здравоохранения РФ на основе показателей глобального бремени болезней DALY, продолжительности жизни, соотнесенной с ее качеством, QALY и ряда других показателей;

- разработки и совершенствования медико-социальных технологий улучшения здоровья через изменение образа жизни, выработки популяционной, групповой и *индивидуальной* моделей здорового поведения;

- определения возможностей использования новых технологий профилактики НИЗ и ТНС, укрепления здоровья;

- оценки экономической эффективности этих мероприятий.

Основные научные исследования дают возможность представить важность НИЗ и ТНС для РФ. Процесс составления современного руководства по применению затратно-эффективных вмешательств, влияющих на здоровье населения, и формирования обоснованной политики включает:

- определение приоритетов в области политики, которые должны отвечать определенным целям в зависимости от местной информации о бремени болезней, существующих социальных/политических приоритетах, различиях, возможностях для сохранения и укрепления здоровья;

- выявление различных сравнимых клинических и затратно-эффективных вмешательств, чтобы получить максимальные результаты от вложений (техническая эффективность);

- установление и определение приоритетов для получения доказательств по заболеваниям при планировании исследований.

Большое значение для реализации основных направлений Стратегии имеет лоббирование принципов эффективной стратегии профилактики НИЗ и ТНС в сотрудничестве с международными организациями, в первую очередь с ВОЗ, с ведущими международными организациями и научно-исследовательскими институтами, имеющими большой опыт в разработке соответствующих стратегий и проведении профилактических программ. Известные профилактические проекты/программы (Стенфордские программы, проект «Северная Карелия», «Канадская инициатива здорового сердца» и многие другие) могут быть источниками обмена знаниями и опытом об эффективных видах профилактического вмешательства среди населения [47—49]. Содержанием научных исследований должны стать: обзор эффективных программ, проводимых в других странах, перевод уроков, которые научили чему-то другие страны, адаптация существующих стратегий и развитие новых, подходящих для использования в РФ (на национальном, региональном и местном уровне).

## 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сегодня очевидно, что снижение высокой смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни в России возможно прежде всего за счет профилактики и контроля основных НИЗ и ТНС. Данная проблема, несомненно, является межсекторальной, однако медицинские работники играют большую роль в ее решении. Они должны быть инициаторами, «катализаторами», «анализаторами» всех действий, способствующих профилактике НИЗ и ТНС, а также информировать властные структуры и население о динамике этих процессов.

Не вызывает сомнения, что популяционная стратегия, цель которой — оздоровление образа жизни всего населения, играет первостепенную роль в профилактике НИЗ и ТНС. Однако надо четко представлять, что эффект от этой стратегии появится тогда, когда население, восприняв ее, отреагирует изменением образа жизни, а для этого, как показывает опыт, потребуется длительный период времени. В то же время службы здравоохранения, используя стратегию высокого риска и предупреждения прогрессирования ранних стадий заболевания, могут сыграть существенную роль в сравнительно быстром снижении у значительной части населения уровня корректируемых факторов риска (курение, АГ, дислипидемии, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет

2-го типа, ожирение и др.), и тем самым снизить заболеваемость и смертность от НИЗ и ТНС. Сегодня в арсенале врачей имеются возможности с помощью современных лекарственных средств и биологически активных добавок быстро корректировать основные факторы риска НИЗ и ТНС. При этом не следует противопоставлять вышеназванные стратегии (популяционная, высокого риска и вторичная профилактика), наоборот, они дополняют друг друга и наилучший эффект достигается там, где используются все 3 стратегии. Это подтверждает существующий зарубежный и отечественный опыт [29, 50, 51].

В России наибольший опыт разработки и реализации программ профилактики НИЗ и укрепления здоровья имеет Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития России, являющийся сотрудничающим центром ВОЗ по развитию и внедрению политики и программ профилактики НИЗ. Проведение эффективных исследовательских и демонстрационных проектов по профилактике НИЗ показало возможность снижения смертности от мозгового инсульта (контроль АГ у мужчин 40—54 лет) [52] и ишемической болезни сердца (многофакторная профилактика ишемической болезни сердца среди мужчин 40—59 лет) [53]. Образовательные программы для детей по предупреждению развития факторов риска БСК (мальчики 11—12 лет) [54] и контролю бронхиальной астмы (дети 4—14 лет) [41, 42] также были успешными. Однако эти программы не имели дальнейшего, общенационального распространения. Поэтому в настоящее время для снижения бремени НИЗ и негативного их вклада в существующую демографическую ситуацию в стране необходимы общенациональные программы, которые должны состоять из правильных (адекватных) действий, охватывать правильное (достаточное) число населения, осуществляться в течение правильного периода времени и с правильной интенсивностью. Для гарантии эффективности таких программ необходимы государственная политика (поддержка), межсекторальное сотрудничество и достаточные человеческие (профессиональные) и материальные ресурсы. Программы профилактики НИЗ и ТНС необходимо проводить в течение всей жизни, начиная с детского возраста, что будет способствовать раннему формированию основ здорового образа жизни, предупреждению начала развития факторов риска НИЗ и ТНС. Важным для распространения знаний и опыта в области профилактики НИЗ и ТНС явилось издание ряда журналов, посвященных профилактике заболеваний и укреплению здоровья.

Более того, получение данных по неравномерному распределению факторов риска НИЗ и ТНС в обществе должно стать важным шагом для принятия решения по анализу современной ситуации в стране в отношении смертности и заболеваемости от этих причин, а также анализу связи этих показателей здоровья с социально-экономическим статусом, для того чтобы определить степень такой зависимости, затем формировать политику и создавать соответствующие структуры для вмешательства.

Формирование социальной политики и преобразование окружающей среды для соблюдения основ здорового образа жизни в течение всей жизни, поддержание долголетней активной жизни, которое достигается сохранением и укреплением физического и психического здоровья каждого человека, предоставлением ему медицинской помощи в случае утраты здоровья, должны способствовать снижению риска развития и прогрессирования НИЗ и ТНС.

Создание муниципальных, региональных и федеральных кратко-, средне-, долгосрочных программ по профилактике НИЗ и ТНС, как наиболее социальнозначимых причин, с охватом больших групп населения, участием всего общества и всей системы здравоохранения позволит улучшить качество и продлить жизнь населения, увеличить трудовые ресурсы и экономический потенциал страны. Для этого необходимы политическая воля, действующие соответствующие законодательные и нормативно-правовые акты, достаточные кадровые и финансовые ресурсы, а также развитие и укрепление гражданского общества, которое способно поддерживать и оказывать помощь в просвещении населения и проведении мероприятий по улучшению состояния здоровья населения РФ.

## 6. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. *Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P.* Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done. World Health Organization 2006.
2. Terminology for European Health Policy Conference. In: A glossary with equivalents in French, German and Russian. WHO (Regional Office for Europe, Copenhagen) 1994.
3. Приоритетный национальный проект «Здоровье».
4. Концепция демографической политики Российской Федерации до 2025 г.
5. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. ВОЗ (Копенгаген) 2006.
6. Global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. WHO (Geneva) 2008.
7. *Marquez P.V., Dying T.Y.* Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation (Summary) 2005.
8. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. ВОЗ 2003, 2004, 2005.
9. World Health Organization. Prevention and control of Noncommunicable diseases: implementation of the global strategy. Resolution WHA61.44 of the sixty-first. World Health Assembly 2008.
10. *Rose G.* The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press 1992.
11. World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the Future 2003.
12. Медико-демографические показатели Российской Федерации, 2006 г. Статистические материалы 2007;179.
13. Большая медицинская энциклопедия. Под ред. Б.В. Покровского. М: Советская энциклопедия 1978;9:3.
14. Европейская конференция Министров транспорта (ЕКМТ), ВОЗ, Всемирный Банк. Состояние безопасности дорожного движения. Партнерский обзор по стране: Российская Федерация. ЕСМТ 2006;142.
15. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2006 г;247.
16. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. Под ред. М. Педен, Р. Скарфилда, Д. Слита и др. М 2004;258.
17. <http://www.who.int/whosis/database>.
18. *Oganov R.G., Maslennikova G.Ya.* Noncommunicable disease in the Russian Federation and the role of risk factors. In: Health Promotion and Prevention of Noncommunicable disease in Russia and Canada. Eds. I.S. Glanunov, S. Stachenko. July 2006;150. HP5-16/2006E ISBN: 0-062-02873.
19. *Mesle F.* Mortality in Central and Eastern Europe. In: Long-term trends and recent upturn. Demographic Research Special Collection 2 Article 3. Germany (Rostock): Max Planck Institute for Demographic Research 2002.
20. WHO Global InfoBase. <http://infobase.who.int>
21. European Health Report. WHO 2005.
22. *Масленникова Г.Я., Мартыничик С.А., Шальнова С.А. и др.* Медицинские и социально-экономические потери, обусловленные курением взрослого населения России. Проф забол укреп здоровья 2004;3:5—9.
23. *Gilmore A., Pomerleau J., McKee M. et al.* Prevalence of Smoking in 8 Countries of the Former Soviet Union: Results From the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. Am J Public Health 2004;94:2177—2187.
24. *Шальнова С.А.* Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России (по результатам обследования национальной представительной выборки): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1999.
25. *Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др.* Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология 2004;44:1:48—54.
26. *Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г.* Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. Кардиоваск тер проф 2005;1:4—9.
27. *Murphy M., Bobak M., Nicholson A. et al.* The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980–2001. Am J Public Health 2006;96:7:1293—1299.
28. *Suhrcke M., Rocco L., McKee M. et al. (eds.)* on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Economic consequences of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation. WHO 2007;89.
29. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO: Global Report 2005;ISBN 92 4 156300.

30. Необходимость межсекторальных (межведомственных) действий в интересах здоровья. Резюме отчета Европейской конференции «Политика в области здравоохранения: возможности для будущего». Копенгаген 1994.
31. Cost-effective Strategies for Noncommunicable Diseases, Risk Factors, and Behaviors in Priorities in Health, Disease Control Priorities Project. The World Bank 2006.
32. *Detels R., McEwen J., Beaglehole R. et al. (eds.)*. Oxford textbook of public health. Oxford: Oxford University Press 2002;1.
33. К здоровой России: опыт и перспективы развития программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI) в России. Под ред. Р.А. Потемкиной. М 1995; 201; EUR/RUS/NCD.
34. К здоровой России. Политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России. М 1997;94.
35. Здоровое питание: план действий по разработке региональных программ в России. Руководство. Под ред. ГНИЦ ПМ России в сотрудничестве с ЕРБ ВОЗ. М 2000.
36. Руководство «Укрепление здоровья детей школьного возраста: план действий по разработке региональных программ в России». Проф забот и укреп здоровья 2004;1:14— 29;2:48—56;3:19—25.
37. Политика охраны и укрепления здоровья населения. Концепция «Вологодская область. Здоровье — XXI». Вологда 2000;26.
38. *Потемкина Р.А., Глазунов И.С., Камардина Т.В. и др.* Руководство по проведению изучения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний. М 2002.
39. Обучающий курс «Научно-обоснованная профилактика НИЗ» для лиц, принимающих решения в области здравоохранения <http://www.cindi.ru>.
40. *Глазунов И.С.* Значение для практики результатов последних отечественных исследований по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология 1987;3:5—8.
41. *Maslennikova G.Ya., Morosova M.E., Salman N.V. et al.* Asthma Education programme in Russia: educating patients. Patient education and counseling 1998;33:113—127.
42. *Maslennikova G.Ya., Shmarova L.M., Lapidus J.A., Oganov R.G.* Asthma education in Russia: effectiveness of a training programme for primary care doctors. Asthma J 2001;6:3:134—138.
43. Якутская Декларация по профилактике неинфекционных заболеваний и укреплению здоровья» Конференция «Профилактика неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья. Роль программы CINDI». Якутск 2005.
44. Региональная стратегическая программа. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в Челябинске и Челябинской области. Политика и союз во имя здоровья. CINDI Челябинск. Челябинск 1995.
45. Региональная стратегическая программа. Профилактика неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья населения Тверской области. CINDI. Тверь 1996.
46. *Glasunov I.S., Stachenko S. (eds.)*. Health Promotion and Prevention of Noncommunicable disease in Russia and Canada. July 2006;150:HP5-16/2006E ISBN: 0-062-02873.
47. *Farquhar J.W.* The Stanford cardiovascular disease prevention programs. Annals of the New York Academy. Sciences 1991;623:327—331.
48. *Puska P., Tuomilehto J., Nissinen A. et al. (eds.)*. The North Karelia project. 20 years. Results and Experiences 1995.
49. Stachenko S. The Canadian Heart Health Initiative: a countrywide cardiovascular disease prevention strategy J Hum Hypertens 1996;10:Suppl 1:S5—S8.
50. *Emberson J., Whincup P., Morris R. et al.* Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. Eur Heart J 2004;25:484—491.
51. *Iestra J.A. Kromhout D., van der Schouw Y.T. et al.* Effect Size Estimates of Lifestyle and Dietary Changes on All-Cause Mortality in Coronary Artery Disease Patients: A Systematic Review. Circulation 2005;112:924—934.
52. *Britov A.N., Sapozhnikov II., Konstantinov E.N. et al.* The control of arterial hypertension in the population. In: Preventive Cardiology. Eds. E.I. Chazov, R.G. Oganov. М 1989;149—186.
53. *Калинина А.М.* Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на некоторые показатели здоровья и прогноза жизни (10-летнее наблюдение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1993.
54. *Alexandrov A.A., Maslennikova G.Ya., Kulikov S.M. et al.* Primary prevention of cardiovascular disease: 3-year intervention results in boys of 12 years of age. Prev Med 1992;21:53—62.

## 7. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ:

Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации была подготовлена группой российских экспертов, в которую вошли:

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации**

Хальфин Руслан Альбертович  
Шевырева Марина Павловна  
Гончарук Николай Николаевич  
Варавикова Елена Алексеевна  
Честнов Олег Петрович

**Главное учреждение:** ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (директор — академик РАМН, Оганов Рафаэль Гегамович)

**Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины**

Оганов Рафаэль Гегамович  
Глазунов Игорь Сергеевич  
Масленникова Галина Яковлевна  
Метельская Виктория Алексеевна  
Попович Марина Викторовна  
Соловьева Ирина Михайловна  
Соловьев Дмитрий Алексеевич  
Усова Екатерина Витальевна  
Шальнова Светлана Анатольевна

**Правительство Российской Федерации**

Мартыненко Александр Владимирович

**Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации**

Сычева Ольга Николаевна

**Министерство образования и науки Российской Федерации**

Федотова Тамара Юрьевна

**Министерство финансов Российской Федерации**

Галаган Ольга Владимировна

**Общественная палата, институт здоровья Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации»**

Самородская Ирина Владимировна  
Ступаков Игорь Николаевич  
Фуфаев Евгений Николаевич

**ОАО «БАНК УРАЛСИБ»**

Потемкина Римма Александровна

**Исполнительный Комитет Ассоциации экономического взаимодействия субъектов Северо-Запада Российской Федерации**

Хазова Елена Васильевна

**Вологодский областной центр медицинской профилактики**

Касимов Риза Ахмедзакиевич

**Правительство Самарской области**

Куличенко Вадим Петрович

**Самарский областной центр медицинской профилактики**

Мальшин Юрий Алесеевич

**ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования» Росздрава**

Волкова Эмилия Григорьевна

**ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования»**

Кузнецова Ольга Юрьевна

**Представительство Всемирного Банка в России**

Салахутдинова Севиль Камаловна

**Представительство Всемирной организации здравоохранения в России**

Мыльникова Лариса Алексеевна

## 8. ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Проект Стратегии был рассмотрен и прокомментирован группой **Международных экспертов, под руководством Патрисио Маркеса**, Ведущего Специалиста по Здравоохранению, Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США. В группу международных экспертов вошли:

**Сильвия Стаченко**, Заместитель Главного специалиста по общественному здоровью, Министерство здравоохранения Канады, Генеральный директор, Агентство общественного здоровья Канады, Оттава, Канада

**Джилл Фаррингтон**, Препятствующая должность — Координатор, Борьба с неинфекционными заболеваниями, Всемирная Организация Здравоохранения, Европейское Региональное Бюро (ЕРБ ВОЗ). В настоящее время — Национальная служба здравоохранения, Манчестер, Англия

**Каллипсо Халкидоу**, Директор, Международные Программы, Национальный Институт Здоровья и Клинического совершенствования Великобритании. Лондон, Англия

**Дарвин Р. Лабарт**, Директор, Отдел профилактики заболеваний сердца и мозгового инсульта, Национальный Центр профилактики хронических заболеваний и укрепления здоровья, Координационный центр по укреплению здоровья, Центров контроля заболеваний и профилактики (CDC), Департамент здравоохранения США. Атланта, Джорджия, США

**Сильвия Роблес**, Специалист по общественному здравоохранению, Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США

**Филип Масгроув**, Препятствующее место работы — Ведущий Экономист, Всемирный банк. В настоящее время Заместитель редактора журнала Health Affairs, штат Мэриленд, США

**Альберто Гонима**, Консультант Всемирного банка. Сан-Антонио, Техас, США

**Вилли де Жеинд**, Консультант Всемирного банка, Вирджиния, США

**Пекка Пушка**, Генеральный директор, Национальный Институт Общественного Здравоохранения (KTL) Финляндии, Хельсинки, Финляндия

**Тина Лаатикайнен**, Национальный Институт Общественного Здравоохранения (KTL) Финляндии, Хельсинки, Финляндия

**Дэвид В. Маккуин**, Национальный. Центр профилактики хронических заболеваний и укрепления здоровья. Центры контроля заболеваний (CDC), Атланта, Джорджия, США

**Джерард Андерсон**, Университетская Школа Bloomberg Института общественного здравоохранения Джона Хопкинса. Балтимор, штат Мэриленд, США

**Харальд Липман**, Управляющий директор и Главный исполнительный администратор (СЕО) , Международная сердечная помощь и модификация факторов риска, Англия

**Дейв Леон**, Лондонская Школа Гигиены и Тропических Болезней. Лондон, Англия

**Мартин МакКи**, Лондонская Школа Гигиены и Тропических Болезней. Лондон, Англия

**Марк Шурке**, ЕРБ ВОЗ, Инвестиции для здоровья и развития. ЕРБ ВОЗ, Венеция, Италия

**Мэри Коллинз**, Препятствующее место работы — Министр здравоохранения Канады, Представитель ВОЗ в Российской Федерации. В настоящее время Директор, Альянс здоровой жизни Британской Колумбии. Ванкувер, Канада

**Микко Виенонен**, Препятствующее место работы — Представитель ВОЗ в Российской Федерации. В настоящее время член экспертной группы по неинфекционным заболеваниям Партнерство Северное измерение общественного здоровья и социального благополучия. Хельсинки, Финляндия

**Луиджи Миглиорини**, Руководитель, Офис ВОЗ в Российской Федерации. Москва, Российская Федерация

**Барбара Халстед**, ЕРБ ВОЗ. Копенгаген, Дания

**Франческа Рациоппи**, ЕРБ ВОЗ. Рим, Италия

**Динеш Сети**, ЕРБ ВОЗ. Рим, Италия

Разработка документа, печать и тиражирование были поддержаны Фондом Билла и Мелинды Гейтс (Вашингтон, США), Всемирным Банком (Вашингтон, США) в рамках распространения доклада DCP2 (Disease Control Priorities in Developing Countries — Приоритеты в Контроле Заболеваний в Развивающихся Странах)