

МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ СТРАТЕГИЯ

формирования здорового образа жизни
населения, профилактики и контроля
неинфекционных заболеваний
на период до 2025 года

Аннотация

Проект Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года (далее – Стратегия) подготовлен по поручению Минздрава России на основе официально опубликованных отечественных и зарубежных данных и материалов, представленных внештатными специалистами Минздрава России. Материалы обобщены, оформлены и отредактированы в соответствии с требованиями Федерального закона от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» и Правилами разработки, корректировки, осуществления мониторинга и контроля реализации отраслевых документов стратегического планирования Российской Федерации по вопросам, находящимся в ведении Правительства Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 29.10.2015 № 1162, сотрудниками ФГБУ ГНИЦПМ П.В. Ипатовым и М.В. Попович при непосредственном участии главного внештатного специалиста по медицинской профилактике Минздрава России С.А. Бойцова и экспертов ВОЗ Sylvie Stachenko, Frederiek Mantingh, Jill Farrington, Enrique Loyola, Е.Д.Юрасовой. Проект Стратегии подготовлен при поддержке Европейского бюро ВОЗ в рамках Двухгодичного соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения 2016/2017 и Проекта ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (Проекта по НИЗ), финансируемого за счет гранта, выделенного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

I. Общие положения

Формирование здорового образа жизни населения, профилактика и контроль неинфекционных заболеваний являются одной из важнейших межотраслевых проблем развития Российской Федерации. Основные неинфекционные заболевания¹ являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения, они обуславливают не только большие человеческие страдания, но и выраженное негативное воздействие на социально-экономическое положение страны.

В России смертность от основных неинфекционных заболеваний составляет 68,5 % от общей смертности населения, которая, несмотря на определенные успехи по ее снижению, остается на очень высоком уровне. Проблема снижения смертности населения включена как основная в Стратегию национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года (утверждена Указом Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 г. № 683). Высокий уровень смертности от неинфекционных заболеваний приводит к большим экономическим потерям, обусловленным как прямыми затратами на оказание медицинской помощи, так и потерями вследствие сокращения трудовых ресурсов.

Уровень смертности от основных неинфекционных заболеваний более чем на 70 % определяется смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, при этом ее уровень в 2–3 раза превышает таковой в странах западной Европы. В то же время смертность в России от злокачественных новообразований, хронических бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета отличается от уровня смертности в европейских странах незначительно. Сердечно-сосудистые заболевания являются основным бременем для страны, в 2014 году экономический ущерб от них превысил 1 трлн руб.

По опыту многих стран мира, достигших 2–3-кратного снижения смертности от неинфекционных заболеваний, вклад профилактических мероприятий в это снижение составляет от 40 % до 70 %. Чрезвычайно важно, что имеются убедительные научные доказательства, что популяционные профилактические программы сопровождаются возвратом инвестиций в соотношении 1:5–6 в течение 5–10 лет, а программы профилактики на рабочем месте уже в течение 3–5 лет сопровождаются возвратом инвестиций в соотношении 1:3–6. В связи с этим, основным стратегическим направлением обеспечения национальной безопасности в сфере охраны здоровья нации, на среднесрочную перспективу, является усиление профилактической направленности здравоохранительных действий всех ветвей власти, секторов, слоев и структур общества, с ориентацией на сохранение здоровья человека на протяжении всей его жизни, во всех сферах его деятельности, при совершенствовании в качестве основы жизнедеятельности института семьи, охраны материнства, отцовства и детства.

Приоритет развития профилактики в сфере охраны здоровья установлен статьей 12 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и обеспечивается путем:

- 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- 2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

¹ В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения к основным неинфекционным заболеваниям относятся сердечно-сосудистые заболевания (болезни системы кровообращения), злокачественные новообразования, хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет.

- 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
- 4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Межведомственный характер мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни определен статьей 30 указанного закона, а статьей 19 Федерального закона от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» в таких случаях предписывается межведомственный характер стратегического планирования и реализации Стратегии.

Положения Стратегии определяют приоритеты и основные направления государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере общественного здоровья, реализуемые на основе комплексных планов и программ профилактики и контроля неинфекционных заболеваний путем тесного взаимодействия основных ветвей власти, секторов экономики, государственных, муниципальных и общественных организаций с целью создания в стране единого профилактического пространства для увеличения продолжительности здоровой и активной жизни, реализации жизненного потенциала граждан, снижения уровня инвалидности и смертности. **Единое профилактическое пространство или единая профилактическая среда обитания, жизни и деятельности человека представляет собой комплекс условий обитания, жизни и деятельности человека, обеспечивающий максимально длительную и активную жизнь, включающий информирование населения и каждого гражданина о преимуществах и условиях ведения здорового образа жизни, о необходимости профилактики, раннего выявления и лечения неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, а также создание для этого необходимых условий и обеспечение доступности этих условий, информационных и медицинских услуг для всех слоев населения.**

Основные положения настоящей Стратегии учитывают рекомендации и руководящие принципы основополагающих стратегических и политических документов ВОЗ по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний:

- охват всего жизненного цикла человека, всех сфер его деятельности;
- расширение прав граждан, трудовых коллективов и общественных объединений;
- использование стратегий и технологий, основанных на фактических данных об их эффективности;
- всеобщий охват доступными и эффективными мерами профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на популяционном и индивидуальном уровне;
- исключение реальных, предполагаемых или потенциальных конфликтов интересов, неравенства граждан и социальных слоев общества;
- соблюдение прав человека и принципа справедливости;
- согласованность действия на национальном и международном уровне, международное сотрудничество и солидарность;
- многосекторальная деятельность в достижении основных целей.

За основу приняты Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2013–2020 годы, разработанный ВОЗ, материалы Московской мини-

стерской конференции (2011), Резолюция A/RES/68/300 совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по неинфекционным заболеваниям (Нью-Йорк, 2014) и рекомендации других документов ВОЗ, направленных на согласованные и координированные действия для достижения девяти добровольных глобальных целей, в том числе цели относительного сокращения преждевременной смертности от четырех основных групп неинфекционных заболеваний на 25 % к 2025 году в контексте Европейской политики Здоровье-2020 и нового Европейского плана действий по борьбе с неинфекционными заболеваниями, а также принятых в 2015 г. Генеральной Ассамблеей ООН 17 целей устойчивого развития до 2030 г., в число которых входит обеспечение здорового образа жизни и снижение смертности от неинфекционных заболеваний, обязательства по достижению которых взяла на себя и Российская Федерация в лице ее Президента.

Стратегия подготовлена в соответствии с положениями и нормами Конституции Российской Федерации, федеральных законов, международного права, международных договоров Российской Федерации, резолюций и деклараций Всемирной организации здравоохранения, касающихся данной области, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, Прогноза долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года, разработанного Минэкономразвития России, других актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации.

II. Актуальность и современное состояние проблемы формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний

Актуальность, современное состояние проблемы и тенденции развития

Несмотря на снижение смертности населения в Российской Федерации за последние 10 лет более чем на 17 %, уровень ее выше, чем в странах Евросоюза, вошедших в него до 2004 г., на 119 % и на 28 % – вошедших после 2004 г. В 2014 году вклад в общую смертность сердечно-сосудистых заболеваний составил 50,1 %, онкологических – 15,5 %, хронических бронхо-легочных заболеваний – 1,8 % и сахарного диабета – 1,1 %. При относительно невысоком самостоятельном вкладе сахарного диабета в структуру смертности, частота сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин с сахарным диабетом в 2–3 раза, а у женщин в 3–5 раз выше, чем у лиц без сахарного диабета.

Особенностью смертности в Российской Федерации является то, что наибольшее число потерянных лет потенциальной жизни обусловлено смертностью среди мужчин в возрасте до 50–60 лет, они теряют в среднем 30 % от всего их жизненного цикла. В целом уровень смертности среди мужчин больше, чем у женщин, в 1,8 раза. Данная разница в значительной степени определяется более высокой частотой пагубного потребления алкоголя, потребления табака и повышенного артериального давления среди мужчин. Высокий риск развития инсульта, инфаркта миокарда и сердечно-сосудистой смерти в ближайшие 10 лет имеют 40,6 % здоровых мужчин (мужчин, не имеющих доказанного атеросклероза), тогда как такой же риск имеют только 7,1 % здоровых женщин (женщин, не имеющих доказанного атеросклероза), что почти в 6 раз меньше. В общей популяции здоровых и больных граждан частота высокого сердечно-сосудистого риска составляет у мужчин – 53,3 %, у женщин – 37,7 %.

Кроме того, имеет место большая вариабельность смертности между регионами, например, ее уровень в Тверской области в 2,4 раза выше, чем в Москве. Вариабельность в уровне смертности связана с уровнем экономического развития регионов, бытовыми условиями проживания людей, продажей водки и других алкогольных напитков. К субъектам Российской Федерации с наименьшим уровнем потерянных лет потенциальной жизни² относятся все регионы Южного и Северо-Кавказского федеральных округов, г. Москва, г. Санкт-Петербург, Белгородская область, Пензенская область, Республика Татарстан, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра и Ямало-Ненецкий автономный округ. К субъектам Российской Федерации с наибольшим уровнем потерянных лет потенциальной жизни относятся все регионы Дальневосточного федерального округа, кроме Республики Саха (Якутия), 7 из 12 регионов Сибирского федерального округа (Республика Хакасия, Забайкальский край, Иркутская и Кемеровская области, Республика Алтай, Республика Бурятия, Республика Тыва), а также Курганская, Новгородская, Псковская, Тверская области и Ненецкий автономный округ.

Еще одной важнейшей особенностью смертности в Российской Федерации является то, что подавляющее большинство смертей происходит вне стационаров, то есть дома, на работе, на даче, в общественных и других местах. Так, вне стационаров в 2014 г. от болезней системы кровообращения умерло 697 809 граждан, что составляет 74,2 % от всех умерших по этой причине, от ишемической болезни сердца вне стационаров умерло 402 288 человек, или 81,7 % от

² Показатель уровня потерянных лет потенциальной жизни характеризуется числом умерших и возрастом, в котором наступила смерть. Он обеспечивает адекватную оценку значимости для общества потерь, обусловленных смертностью граждан в молодом возрасте.

всех умерших по этой причине, от цереброваскулярных болезней – 179 794 человек и 60,8 % соответственно, от болезней органов дыхания – 53 851 и 66,2 % соответственно. Уровень внегоспитальной смертности в России в 3–5 раз превышает таковой в странах Западной Европы и Северной Америки, при этом возраст смерти россиян на 8–12 лет меньше. Прежде всего, это свидетельствует о низком уровне санитарного просвещения населения, обуславливающим поздний вызов бригады скорой медицинской помощи к умирающему человеку, и о недостаточной доступности как скорой медицинской помощи, так и специализированной стационарной медицинской помощи. Темп снижения внегоспитальной смертности можно признать относительно удовлетворительным только в отношении цереброваскулярных заболеваний – число граждан, умерших вне стационаров, за последние 10 лет уменьшилось на 20,1%, что в абсолютных цифрах составило уменьшение внегоспитальной смертности на 200 тыс. человек в год. При этом в стационарах стало умирать на 36 тыс. человек больше, а общая смертность от цереброваскулярных заболеваний снизилась на 34,6 %.

Согласно результатам исследования ЭССЕ-РФ, проведенного в 2012–2013 годах в 12 субъектах Российской Федерации, различающихся по демографическим, экономическим и климато-географическим характеристикам, в среднем по всем регионам, включенным в исследование, распространенность курения составила 23,6 %, в том числе среди мужчин – 39,0 %, среди женщин – 13,6 %; избыточного потребления соли – 49,0 %, среди мужчин – 53,2 %, среди женщин – 46,3 %; недостаточного потребления фруктов и овощей – 41,4 %, среди мужчин – 49,9 %, среди женщин – 35,7 %; низкой физической активности – 39,8 %, среди мужчин – 37,0 %, среди женщин – 42,0 %; ожирения – 29,7 %, среди мужчин – 26,9 %, среди женщин – 30,8 %; повышенного артериального давления – 33,0 %, среди мужчин – 39,8 %, среди женщин – 28,3 %; повышенного уровня общего холестерина – 58,4 %, среди мужчин – 58,0 %, среди женщин – 58,9 %; повышенного уровня глюкозы натощак – 4,6 %, среди мужчин – 5,4 %, среди женщин – 4,1 %.

Наличие у населения поведенческих факторов риска тесно связано с уровнем образования, характером трудовой деятельности, местом проживания. У граждан с начальным и средним уровнем образования в сравнении с гражданами, имеющими высшее образование, достоверно чаще встречаются курение, избыточное потребление соли, недостаточное потребление фруктов и овощей, симптомы депрессии и тревоги и реже низкий уровень физической активности. У «синих воротничков» в сравнении с «белыми воротничками» достоверно выше распространенность курения, избыточного потребления соли, недостаточное потребление фруктов и овощей и меньше частота низкой физической активности, а также симптомов депрессии и тревоги. При проживании в сельской местности чаще обнаруживается избыточное потребление соли и реже симптомы депрессии и низкой физической активности.

За период с 2003 года по 2013 год распространенность курения у мужчин снизилась с 53,3 % до 39,0 %, а у женщин, напротив, возросла с 8,6 % до 13,6 %. Распространенность ожирения у мужчин резко увеличилась с 11,8% до 26,9 %, а у женщин в меньшей степени – с 28,4 % до 30,8 %. В силу лучшей приверженности к лечению распространенность повышенного артериального давления у женщин существенно снизилась с 36,7 % до 28,3 %, тогда как у мужчин, напротив, возросла с 33,7 % до 39,8 %, что также связано с ростом у них ожирения.

За период с 2008 года по 2014 год отмечено существенное снижение оценочного показателя среднедушевого потребления алкогольной продукции в пересчете на абсолютный алкоголь, в 2008 году он составлял 16,2 литра на душу населения в год, в 2013 году – 11,9 литра, в 2014 году – 11,6 литра. При этом за последние три года на четверть снизилось количество отравлений алкоголем.

При оценке вклада факторов риска в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России у мужчин на первом месте находится повышенный уровень систолического артериального давления, на втором месте – курение и на третьем месте диастолическое артериальное давление. У женщин первую и вторую позицию занимают соответственно повышенное диастолическое и систолическое артериальное давление, третью – повышенный уровень холестерина крови.

Наблюдаемое в последние годы снижение смертности в России происходит на фоне уменьшения курения мужчин, увеличения числа регулярно принимающих антигипертензивные препараты больных артериальной гипертонией и улучшения эффективности контроля артериального давления у этих больных. При этом осведомленность о наличии артериальной гипертонии у мужчин составляет 67,5 %, у женщин – 78,9 %; среди мужчин при наличии показаний регулярно принимают препараты для снижения давления 39,5 %, среди женщин – 60,9 %; среди принимающих регулярно препараты достигают целевых значений уровня артериального давления 41,4 % мужчин и 53,5 % женщин. В конечном итоге эффективный контроль артериальной гипертонии в популяции составляет 14,4 % среди мужчин и 30,9 % среди женщин.

К факторам, позитивно влияющим на уровень смертности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, относится приверженность к липидснижающей терапии, в частности терапии статинами, а также прием антиагрегантных и других препаратов, предотвращающих тромбообразование.

Моделирование риска развития неинфекционных заболеваний позволяет прогнозировать ситуацию с позиции различных профилактических стратегий или сценариев на основе эпидемиологических и клинических данных и планировать необходимые адресные меры. Эпидемиологическое моделирование на основании данных исследования ЭССЕ-РФ показало, что если в течение последующих 10 лет будет сохраняться настоящий уровень распространенности артериальной гипертонии и курения, то при условии, что не будет происходить роста других факторов риска, с одной стороны, а также увеличения объема высокотехнологичной медицинской помощи и улучшения контроля артериальной гипертонии, с другой стороны, смертность останется на прежнем уровне. В лучшем случае возможно небольшое ее снижение за счет неконтролируемого увеличения информированности населения о вреде факторов риска. При оптимистическом сценарии уменьшения распространенности курения на 25 % и повышения эффективности контроля артериальной гипертонии также на 25 % в ближайшие 10 лет смертность среди мужчин может снизиться на 11 %, а среди женщин – на 14 % даже при прежнем объеме оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Это позволит в течение 10 лет сохранить 433 400 жизней (предотвратить смерти от сердечно-сосудистых заболеваний) и предотвратить потери 633,3 млрд руб.

Высокий уровень смертности от неинфекционных заболеваний приводит к большим экономическим потерям, обусловленным как прямыми затратами на оказание медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной и дорогостоящей, так и потерями в экономике вследствие сокращения трудовых ресурсов из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности. Так, на примере сердечно-сосудистых заболеваний показано, что в 2014 году в России экономический ущерб этой группы болезней превысил 1 трлн руб., причем большая его часть была обусловлена потерями в экономике.

Среди мер, направленных на борьбу с неинфекционными заболеваниями, наиболее рентабельными являются профилактические мероприятия. По данным крупных международных исследований популяционная профилактика, а также профилактические программы на рабочем месте характеризуются возвратом инвестиций. Так, популяционные профилактические программы сопровождаются возвратом инвестиций в соотношении 1:5–6 в течение 5–10 лет,

а программы профилактики на рабочем месте уже в течение 3–5 лет сопровождаются возвратом инвестиций в соотношении 1:3–6.

Анализ экономической целесообразности профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения посредством проведения диспансеризации взрослого населения, которая реализуется в стране с 2013 года, с последующим диспансерным наблюдением и амбулаторным лечением, показал, что при условии ожидаемого снижения смертности за счет профилактических мер возврат инвестиций в улучшение здоровья населения в течение 10 лет составит 5 руб. на каждый вложенный рубль за счет производства дополнительного объема внутреннего валового продукта (далее – ВВП).

Результаты анализа экономической целесообразности отдельных мер высокотехнологичной медицинской помощи свидетельствуют о том, что эти меры также могут быть экономически оправданы с позиции затрат на сохраненный год жизни. Данные затраты оказываются ниже порога затрат, рекомендованного ВОЗ и равного 3 ВВП, производимым одним человеком в течение года (в Российской Федерации в ценах 2012 года 1 ВВП, произведенный на душу населения, равнялся 15 тыс. долларов, или 450 тыс. рублям). Так, например, по результатам моделирования в затратах 2012 года увеличения объема чрескожных вмешательств на коронарных артериях до 90 % от числа всех больных с инфарктом миокарда потребовало бы 333 тыс. руб. на год сохраненной жизни (при учете затрат только на саму процедуру).

Для разработки и реализации Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года сформирована достаточная нормативно-правовая база.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации (статья 41) каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, подлежат финансированию федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

В развитие указанных положений Конституции Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определил, что:

- охрана здоровья граждан включает в себя систему мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи (статья 2);
- профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (статья 2);
- профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях **органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объ-**

единениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни (статья 30);

- формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, включая занятия физической культурой и спортом (статья 30);

Большой вклад в дело развития профилактики неинфекционных заболеваний и формирования у населения здорового образа жизни вносит ряд нормативно-правовых актов, принятых за последние годы.

Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», предусматривающий установление запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах; ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия, регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий; установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий; просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма; установление запрета рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака; оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака; предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями; ограничение торговли табачной продукцией и табачными изделиями; установление запрета продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета потребления табака несовершеннолетними, запрета вовлечения детей в процесс потребления табака.

Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года, направленная на осуществление политики ценообразования, обеспечивающей установление потребительских цен на алкогольную продукцию с учетом содержания в ней этилового спирта; разработку и принятие технических регламентов о требованиях к безопасности алкогольной и спиртосодержащей продукции; снижение доступности алкогольной продукции путем ограничения ее розничной продажи по месту и времени; ограничение (вплоть до полного запрета) скрытой рекламы алкогольной продукции, привлекающей общественное внимание, особенно детей и молодежи.

Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года и план мероприятий по ее реализации, регламентирующие разработку национальных стандартов, обеспечивающих соблюдение требований технических регламентов, касающихся пищевых продуктов и продовольственного сырья; совершенствование механизмов контроля качества производимых на территории Российской Федерации и поставляемых из-за рубежа пищевых продуктов и продовольственного сырья; разработку и внедрение единых форм государственной статистической отчетности о заболеваемости, связанной с нарушением питания, в том числе с анемией, недостаточностью питания, ожирением, болезнями органов пищеварения, а также о грудном вскармливании детей; разработку и внедрение программ государственного мониторинга питания и здоровья населения на основе проведения специаль-

ных исследований индивидуального питания, в том числе групп риска (дети раннего возраста, беременные и кормящие женщины, малоимущее население), включая вопросы безопасности и развития распространенных алиментарно-зависимых состояний; усиление пропаганды здорового питания населения, в том числе с использованием средств массовой информации, и другие меры.

Информационно-коммуникационная стратегия по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года;

Стратегия государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года;

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года;

Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы;

Подпрограмма № 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

Государственная программа Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» и Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года;

Государственная программа Российской Федерации «Охрана окружающей среды» на 2012–2020 годы.

Для конкретизации и практического применения положений указанных нормативно-правовых актов разработаны и введены в действие соответствующими приказами Минздрава России порядки оказания медицинской помощи при всех основных неинфекционных заболеваниях, положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, порядок проведения профилактического медицинского осмотра, порядок проведения диспансерного наблюдения.

Предпринятые за последние годы меры по реализации разработанных порядков, положений и программ привели к первым положительным результатам. По данным эпидемиологических исследований наметилась тенденция повышения уровня информированности граждан о факторах риска неинфекционных заболеваний, а данные социологических опросов выявили повышение мотивации граждан к ведению здорового образа жизни и сохранению здоровья. Появлению данной тенденции в немалой степени способствовали сформированная обширная сеть центров здоровья и приобретший большую популярность сайт «Так здорово.ру», с последующим созданием целой сети подобных сайтов, а также телефонные горячие линии и кабинеты помощи по отказу от курения, телевизионные передачи на здравоохранительные темы, массовые акции по пропаганде здорового образа жизни.

В стране набирает популярность движение «Здоровые города, районы и поселки» Если в 2010 году в него входило 7 городов, то сегодня их уже 30 с общей численностью населения 12 миллионов человек. Все большее число граждан России, представителей власти, работодателей, общественных деятелей и организаций понимают первоочередную необходимость формирования единой профилактической среды, создания внутренних и внешних условий обитания человека, необходимых для ведения здорового образа жизни.

Предпринимаются шаги для создания адекватной системы постоянного контроля и мониторинга основных показателей, влияющих на здоровье человека. Созданы основы для вве-

дения регулярного эпидемиологического мониторинга неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития на федеральном уровне, во многих регионах созданы амбулаторные и госпитальные регистры больных неинфекционными заболеваниями.

В целях создания адекватной стоящим задачам структур медицинской профилактики инициировано существенное расширение и реформирование сети региональных центров медицинской профилактики, центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики.

Организована широкомасштабная диспансеризация определенных групп взрослого населения, с охватом за 3 года (2013-2015 г.г.) более 65 % всего взрослого населения страны, обеспечена возможность регулярного проведения профилактических медицинских осмотров на предмет раннего выявления неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и коррекции этих факторов. Организовано широкомасштабное проведение профилактических медицинских осмотров детей.

Инициирована разработка учебных программ по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний на додипломном и последипломном уровнях подготовки медицинских работников, а также представителей органов государственной власти, политиков, представителей бизнеса, общественных организаций. Предприняты начальные действия по повышению уровня знаний врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей), а также сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики и центров здоровья в вопросах формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний. Осуществлены начальные действия по повышению уровня знаний и ответственности представителей органов государственной власти, политиков, представителей бизнеса, общественных организаций о необходимости повышения мотивации граждан, в том числе работающих, к ведению здорового образа жизни и обеспечения для этого соответствующих условий.

Большую роль в улучшении прогноза жизни больных с сердечно-сосудистой патологией сыграли организация сосудистых центров, внедрение современных стандартов лечения острых сосудистых катастроф и увеличение объемов высокотехнологичных видов лечения, в первую очередь операций реваскуляризации коронарного кровотока у больных с хроническими формами ишемической болезни сердца. Аналогичную роль в улучшении прогноза жизни больных с онкопатологией сыграло существенное увеличение охвата населения скрининг-тестами на выявление злокачественных новообразований и все более широкое внедрение современного высокотехнологичного хирургического, лучевого и химиотерапевтического лечения указанной категории больных.

За период с 2000 г. по 2012 г. показатель стандартизованной смертности от хронической обструктивной болезни легких в России уменьшился в два раза – с 33,3 до 16,8 на 100 000 населения; в том числе среди мужчин – с 67,7 до 36,6 на 100 000 мужчин; среди женщин – с 15,4 до 7,1 на 100 000 женщин. В 2012 г. показатель смертности от хронической обструктивной болезни легких в России был ниже, чем в Германии (19,4 на 100 000), Великобритании (30,5 на 100 000) и США (37,0 на 100 000 населения).

Повысилась частота раннего выявления сахарного диабета у населения, имеющего факторы риска этого заболевания (ожирение, артериальную гипертензию, дислипидемию), благодаря внедрению системы диспансеризации, а также более широкому охвату врачей общей практики программами обучения в области диагностики сахарного диабета.

Нерешенные проблемы, основные причины и следствия

Вместе с тем уровень смертности в стране остается высоким, а темпы его снижения недостаточными. Нормативно-правовое регулирование процесса формирования единой профилактической среды и здорового образа жизни населения не предусматривает в достаточной мере механизмов межведомственного, межсекторального взаимодействия и координации усилий, как со стороны органов государственной и муниципальной власти, так и структур бизнеса, общественных организаций и движений, необходимого для реализации основополагающего принципа «Учет здоровья во всех стратегиях и областях деятельности» на основе подготовленного специалистами ВОЗ «Межотраслевого руководства по обеспечению здоровья во всех стратегиях» (2012). Требуется нормативной конкретизации понятие ответственного отношения граждан к здоровью, что существенно повысит мотивацию граждан к ведению здорового образа жизни.

Также необходима конкретизация прав граждан на оказание первой помощи (само- и взаимопомощи) при жизнеугрожающих заболеваниях (состояниях), в том числе с использованием автоматических дефибрилляторов. Правовая регламентация этой деятельности является основой для профилактики и снижения чрезвычайно высокой внегоспитальной смертности населения страны.

Несмотря на принятие в 2013 г. федерального закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» частота курения женщин увеличивается. Меры по реализации основных требований закона недостаточны, в частности по проведению ценовой и налоговой политики, по просвещению и информированию населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма, особенно на женщин и детей начиная с внутриутробного периода жизни, по установлению запрета прямой и косвенной рекламы и стимулирования продажи табака. Недостаточен контроль запрета продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета потребления табака несовершеннолетними, запрета вовлечения детей в процесс потребления табака. Также недостаточны меры по оказанию гражданам медицинской помощи по отказу от курения и лечению табачной зависимости.

В сфере государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года также недостаточно предпринимаемых мер, направленных на осуществление политики ценообразования на алкогольную продукцию и снижение доступности алкогольной продукции путем ограничения и жесткого контроля ее розничной продажи по месту и времени; необходимо ограничение (вплоть до полного запрета) скрытой рекламы алкогольной продукции, привлекающей общественное внимание, особенно детей и молодежи.

В стране не организован учет и не разработаны объективные индикаторы потребления населением поваренной соли, сахара, трансизомеров жирных кислот, насыщенных жиров и других ингредиентов пищи, оказывающих вредное влияние на здоровье человека, не проводится и научных исследований в этой области. Отсутствует запрет на рекламу продуктов питания, вредных для здоровья взрослых и особенно детей. Не запрещена реклама несуществующей (объективно не доказанной) пользы для здоровья или лечебных свойств пищевых продуктов, что является прямым и массовым обманом населения с корыстными целями.

В борьбе с поведенческими факторами риска особое внимание должно быть обращено на рост распространенности курения среди женщин и необходимость недопущения дальнейшего роста ожирения вследствие нездорового питания и низкого уровня физической активности, по-прежнему требует активного вмешательства высокий уровень злоупотребления алкоголем.

Увеличение распространенности ожирения среди несовершеннолетних и мужчин является новым вызовом в плане потенциального роста частоты артериальной гипертензии, развития метаболического синдрома, сахарного диабета и неалкогольной жировой болезни печени, снижения их репродуктивного здоровья. Необходимо существенно расширить практику и повысить эффективность антигипертензивной, липидснижающей, сахароснижающей и антикоагулянтной терапии, увеличить доступность высокотехнологичной помощи больным неинфекционными заболеваниями, в первую очередь с острой сосудистой патологией, повысить активность предупредительных и лечебных мер в отношении поведенческих факторов риска у этих пациентов.

Численность больных сахарным диабетом по данным обращаемости за период с 2003 года по 2013 год выросла в 2 раза (от 2 до 4 млн. человек), распространенность от 2,0 % до 2,8 %. Однако данные общероссийского эпидемиологического исследования NATION (2013–2015 гг.), направленного на активное выявление сахарного диабета 2 типа, свидетельствуют о том, что истинная распространенность больных СД 2 типа в Российской Федерации в 2 раза выше зарегистрированной и составляет 5,4 %.

Не соответствует современным требованиям уровень знаний по проблеме бремени неинфекционных заболеваний и экономической эффективности здорового образа жизни среди лиц, принимающих решения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, а также среди работодателей. Отсутствует эффективный координационный механизм взаимодействия на федеральном, региональном, муниципальном уровнях и межотраслевого взаимодействия в работе по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний. Явно недостаточен уровень социальной рекламы по пропаганде здорового образа жизни на федеральных и региональных каналах телевидения. Практически не принимают участия в пропаганде здорового образа жизни структуры и средства министерства культуры, недостаточный вклад в эту работу структур и средств системы воспитания и всех уровней образования.

По данным Минприроды России суммарные издержки для здоровья населения от загрязнения атмосферного воздуха и вод в отдельные годы оцениваются в диапазоне от 3 % до 6 % ВВП. При этом издержки, связанные с загрязнением воздуха, больше издержек, связанных с загрязнением вод.

Примерно на 15 % территории России, где сконцентрировано 60 % населения и производится основная часть ВВП, качество окружающей среды является неудовлетворительным. В городах, где проживает порядка 55 млн человек (53 % городского населения России), степень загрязнения воздуха оценивается как высокая и очень высокая. В 42 субъектах Российской Федерации более половины городского населения находится под воздействием высокого и очень высокого загрязнения воздуха. Загрязнение водных объектов остается одной из основных экологических проблем для промышленно развитых регионов Поволжья, Урала, Кузбасса, Северного Кавказа.

В результате загрязнения окружающей среды формируются существенные потери здоровья населения страны в виде дополнительных случаев заболеваний, а также сокращения продолжительности жизни.

Росгидромет, Росприроднадзор, Роспотребнадзор и Федеральное медико-биологическое агентство должны координировать свои усилия при осуществлении установленных полномочий, необходимо повышать качество наблюдений, число постов сети наблюдений, доступность информации о состоянии среды обитания и санитарно-эпидемиологическом благополучии не только для специалистов, но и для населения.

Далек от завершения процесс формирования оптимальной инфраструктуры медицинской профилактики. Многие региональные (субъектовые) центры медицинской профилактики не-

достаточно укомплектованы и не являются самостоятельными юридическими лицами, не хватает отделений и кабинетов медицинской профилактики поликлиник и амбулаторий, их штаты и структура в большинстве случаев не соответствуют требованиям приказа Минздрава России от 30 сентября 2015 года № 683н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» (далее – приказа Минздрава России от 30 сентября 2015 года № 683н). Во многом по этой причине страдает качество диспансеризации взрослого населения.

Практически полностью отсутствует методическое сопровождение и контроль качества проведения скрининговых исследований, включенных в программу диспансеризации, а также процесса постановки пациентов под диспансерное наблюдение и дальнейшего обследования со стороны специалистов-онкологов, кардиологов, эндокринологов, пульмонологов, гастроэнтерологов и психиатров-наркологов.

Недостаточная активность врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), сотрудников школьных медицинских кабинетов в выявлении и коррекции среди детей нездорового питания, избыточной массы тела, ожирения, низкой физической активности, курения, повышения уровня артериального давления. В большинстве случаев школьное и организованное общественное питание не соответствует принципам здорового питания.

Не обеспечено важнейшее условие современной организации профилактики и лечения больных с неинфекционными заболеваниями в плане развития информационных технологий в первичном звене здравоохранения (электронная медицинская карта, электронная форма учета и проведения диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения, дистанционный мониторинг физиологических функций и биохимических параметров).

В стране необходимо формирование полноценной системы преподавания основ здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, как на додипломном, так и последипломном уровне подготовки врачей и средних медицинских работников, а также полноценной системы повышения уровня знаний врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-педиатров участковых, сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики и центров здоровья по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в рамках непрерывного медицинского образования.

Требуют устранения недостатки в сфере вторичной профилактики и предупреждения рецидивов неинфекционных заболеваний, а также амбулаторного и специализированного лечения сердечно-сосудистых, онкологических, хронических бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В настоящее время охват диспансерным наблюдением больных неинфекционными заболеваниями составляет не более 50% от должного и проводится не на должном уровне качества.

Для повышения качества амбулаторного и стационарного лечения необходимо создание системы лекарственного страхования.

В настоящее время до 50 % больных с основными неинфекционными заболеваниями, в том числе с их острыми формами (острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, астматический статус, обострение хронических бронхо-легочных заболеваний, нестабильное течение сахарного диабета) и злокачественными новообразованиями проходят лечение в неспециализированных стационарах по причине недостаточности числа специализированных отделений и центров, их коечной емкости, кадрового и материального оснащения.

В большинстве регионов с зарегистрированным ростом показателя смертности от новообразований в 2014 году и (или) с показателем выше среднероссийского и имеющим тенденцию к росту, отмечались серьезные недостатки в организации первичного звена здравоохранения. В частности, отмечается низкий по сравнению со среднероссийским процент выявленных активно со злокачественными новообразованиями от числа больных с первично установленным диагнозом в: Брянской области – 7,6 %, Калининградской области – 8,8 % (по Российской Федерации – 17,3 %). Зафиксирован высокий процент выявляемости злокачественных новообразований на поздних (III и IV стадиях) в Брянской и Иркутской областях – 45,2 % и 48,5 % соответственно, в то время как в Российской Федерации этот показатель составляет 42,4 %. Также в указанных субъектах Российской Федерации отмечается низкий показатель выполнения плана по диспансеризации (80,4 % и 79,7 % от плана соответственно), что затрудняет раннее выявление онкологических заболеваний.

Во многом неудовлетворительная организация первичного звена здравоохранения и онкологической службы объясняется дефицитом квалифицированных специалистов по данным специальностям. Так, при средней обеспеченности врачами-онкологами в Российской Федерации на уровне 0,47, в Калининградской области этот показатель не превышает 0,23; в Свердловской области – 0,37; в Иркутской области – 0,42; в Республике Адыгея и Брянской области – по 0,43.

В некоторых субъектах Российской Федерации имеет место нехватка первичных онкологических кабинетов, которые в ряде случаев не обеспечивают работу в несколько смен. Кроме того, высокий уровень показателя смертности от онкологических заболеваний обусловлен следующими факторами:

- высокой распространенностью поведенческих факторов риска развития онкологических заболеваний, имеющих одинаковую структуру с факторами риска других неинфекционных заболеваний;
- изменением возрастной структуры населения с увеличением в популяции доли старших возрастных групп;
- поздней обращаемостью населения за медицинской помощью;
- недостаточной выявляемостью новообразований на ранних стадиях;
- отсутствием преемственности и другими дефектами в оказании медицинской помощи онкологическим больным.

В этой связи особое внимание должно уделяться реализации мероприятий по диспансеризации населения. Успешное проведение диспансеризации населения, как показывает практика, может обеспечить существенный вклад как в снижение общей смертности населения, так и смертности от злокачественных новообразований (до 30 %).

Требуется оптимизация объем финансирования системы здравоохранения и распределение средств пропорционально наносимому ущербу, в частности от основных неинфекционных заболеваний. Существующее финансирование Подпрограммы 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» включает финансирование профилактики всех заболеваний, но преимущественно ориентировано на профилактику инфекционных заболеваний, так как на них выделено в 25 раз больше финансовых средств и в 4 раза больше индикаторов. На основное мероприятие подпрограммы № 1 (Мероприятие 1.1. Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, в том числе у детей. Профилактика развития зависимостей, включая сокращение потребления табака, алкоголя, наркотических средств и пси-

хоактивных веществ, в том числе у детей) выделено в 2015 г. 401,2 млн руб., из них Минздраву России – 94,3 млн руб., а в 2016 году – всего 12,2 млн руб.

Кроме того, решение проблемы профилактики неинфекционных заболеваний и формирования у населения здорового образа жизни в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» и ее подпрограммы № 1 невозможно, в силу практически полного отсутствия межсекторального и межведомственного взаимодействия, отсутствия какой-либо заинтересованности в решении проблем профилактики неинфекционных заболеваний со стороны многочисленных федеральных органов исполнительной власти, у которых нет конкретных заданий, индикаторов их выполнения, юридической и общественной ответственности за их выполнение.

В стране отсутствует единая система устойчивого регулярного эпидемиологического мониторинга неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, как на федеральном, так и на региональном уровнях. Программы развития отраслей, регионов, муниципальных образований и предприятий не учитывают их влияния на здоровье населения. Отсутствует и механизм оценки такого влияния разрабатываемых программ и проектов, обеспечивающий приоритет профилактики в сфере охраны здоровья граждан.

III. Цель, задачи и стратегические направления государственной политики в области формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний

Основная цель Стратегии

Основной целью Стратегии является формирование здорового образа жизни населения, профилактика, контроль и снижение бремени неинфекционных заболеваний посредством создания единой профилактической среды обитания, жизни и деятельности человека на основе межведомственного взаимодействия всех ветвей власти, секторов, слоев и структур общества, включая здравоохранение, другие министерства, агентства и службы, работодателей, общественные организации, представителей религиозных конфессий и других групп населения.

Задачи Стратегии

1. Совершенствование нормативно-правового регулирования процесса формирования профилактической среды, здорового образа жизни населения и ответственного отношения граждан к здоровью на основе комплексного межсекторального подхода в соответствии с требованиями ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Создание на межсекторальной основе эффективного механизма стратегического управления, координации сотрудничества и взаимодействия между основными заинтересованными участниками процесса формирования профилактической среды обитания, жизни и деятельности граждан с учетом подготовленного специалистами ВОЗ «Межотраслевого руководства по обеспечению здоровья во всех стратегиях» (2012).
3. Повышение уровня информированности потенциальных участников процесса формирования профилактической среды (реализации Стратегии), включая здравоохранение, другие министерства, агентства и службы, работодателей, общественные организации, представителей религиозных конфессий и других групп населения на федеральном, региональном, муниципальном уровнях, о проблеме бремени неинфекционных заболеваний и создание у них мотивации для вовлечения и активного участия в процессе борьбы с неинфекционными заболеваниями.
4. Интегрирование мер профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в планы развития всех социально-экономических секторов на федеральном, региональном и муниципальном уровнях для осуществления принципов Хельсинкской декларации (2013 г.) «принцип здоровья во всех сферах деятельности» на основе межсекторального взаимодействия в соответствии с Московской декларацией (2011 г.) с особым вниманием на социальные и экономические детерминанты здоровья.
5. Создание системы регулярного универсального эпидемиологического мониторинга поведенческих, биологических, социально-экономических, экологических, производственных и бытовых факторов риска развития неинфекционных заболеваний, заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний на федеральном и региональном уровнях для оценки тенденций и эффективности проводимых мероприятий по реализации Стратегии.
6. Совершенствование системы пропаганды здорового образа жизни, санитарного просвещения населения о факторах риска развития неинфекционных заболеваний и необходимости ответственного отношения к своему здоровью, здоровью своих родных и близких.

7. Совершенствование мер профилактики, раннего выявления неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития в рамках первичной медико-санитарной помощи с расширением охвата диспансерным наблюдением пациентов неинфекционными заболеваниями и высоким риском их развития, а также обеспечением граждан, имеющих соответствующие показания, надлежащей лекарственной терапией.
8. Совершенствование мер профилактики неинфекционных заболеваний в рамках специализированной медицинской помощи с обеспечением широкой доступности консультаций врачами-специалистами и высокого уровня наличия базовых современных технологий, основных лекарственных средств (включая препараты-дженерики), необходимых для специализированного, в том числе высокотехнологичного, лечения и профилактики осложнений.
9. Обеспечение необходимого уровня профессиональной подготовки в рамках получения додипломного и последипломного медицинского образования по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний на основе корректировки федеральных государственных образовательных стандартов и учебных программ.
10. Создание социальных и экономических детерминант для обеспечения возможности ведения здорового образа жизни для всех слоев и групп населения, снижения уровня распространенности модифицируемых факторов риска неинфекционных заболеваний в соответствии с темпом, обозначенным «Глобальным планом действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013–2020» (ВОЗ, 2013), а также факторов среды обитания, жизни и деятельности человека, негативно влияющих на здоровье в соответствии с целевыми установками настоящей Стратегии.

Стратегические направления государственной политики в области создания единой профилактической среды

Государственная политика в области создания единой профилактической среды обитания, жизни и деятельности человека включает систему правовых, финансово-экономических и организационных мер федеральных органов государственной власти, их территориальных органов, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в указанной сфере для достижения заявленной цели Стратегии.

Четыре основных группы неинфекционных заболеваний, на которых сконцентрирована Стратегия, – сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные онкологические заболевания, хронические заболевания органов дыхания и сахарный диабет – вносят самый крупный вклад в заболеваемость и являются причиной почти трех четвертей всех смертей в Российской Федерации.

Все основные неинфекционные заболевания имеют под собой сходную структуру факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни (употребление табака, нездоровый характер питания, недостаточная физическая активность, пагубное употребление алкоголя), воздействием факторов среды обитания, жизни и деятельности человека, негативно влияющих на здоровье, и которые в значительной мере предотвратимы или поддаются контролю посредством эффективных вмешательств, направленных на устранение этих общих факторов риска через формирование здорового образа жизни и создание условий для этого, а также посредством ранней диагностики, вторичной профилактики и современного лечения неинфекционных заболеваний.

Создание условий для ведения здорового образа жизни и коррекция поведенческих факторов риска приводит к снижению индивидуального риска развития неинфекционных забо-

леваний путем предотвращения, торможения развития или снижения выраженности четырех основных биологических факторов риска – избыточной массы тела или ожирения, артериальной гипертензии, нарушений жирового обмена (гиперлипидемии и дислипидемии) и нарушений углеводного обмена. В конечном итоге снижение индивидуального риска у значительной части населения приводит к снижению популяционного риска неинфекционных заболеваний и в итоге – к снижению смертности населения.

Для снижения смертности населения и достижения поставленной цели снижения бремени неинфекционных заболеваний необходима одновременная реализация мер по четырем основным стратегическим направлениям.

Первое стратегическое направление – снижение популяционного риска неинфекционных заболеваний в масштабах всего населения, что достигается (1) повышением информированности о факторах, влияющих на здоровье, мотивации населения к ведению здорового образа жизни и коррекции, имеющихся факторов риска (курения, нездорового питания, низкой физической активности, пагубного потребления алкоголя, повышенного артериального давления, дислипидемии, избыточной массы тела и ожирения); (2) обеспечением условий для ведения здорового образа жизни (экологически безопасная среда обитания, чистый воздух, чистая вода и почва, жилищные условия, соответствующие санитарным нормам, включая водопровод, канализацию, газификацию, доступность продуктов здорового питания и запрет/ограничение реализации продуктов вредных для здоровья, доступность занятий физической культурой и спортом).

Основное внимание должно быть уделено проведению экономически эффективных популяционных вмешательств, направленных на сокращение распространенности поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний, – курения, нездорового питания, недостаточной физической активности и вредного употребления алкоголя, а также факторам окружающей среды (обитания, жизни и деятельности), пагубно влияющим на здоровье людей.

В этой связи приоритетными следует считать неукоснительное выполнение требований федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», основных положений Концепции государственной политики по снижению масштабов пагубного потребления алкоголя и профилактике алкоголизма, а также Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания, в том числе включающих реализацию таких стратегических мер, как изменение ценовой политики с целью снижения доступности табака и алкоголя, запрет их рекламы и маркетинга, включая косвенную рекламу их потребления, нацеленную на детей и молодежь. Необходимы также стратегические меры по сокращению совокупного воздействия на детей и взрослых любых форм маркетинга (включая онлайн-формы) продуктов питания с высоким содержанием калорий, насыщенных жиров, транс-жиров, свободных сахаров, а также сокращение потребления соли в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Стратегически важным является пропаганда здорового питания с самого раннего детства до преклонного возраста, включая широкое информирование общества о преимуществах грудного вскармливания, а также обеспечение доступности физической активности в форме физической культуры и спорта, пешей ходьбы и езды на велосипеде для всех слоев и возрастных групп населения, включая лиц с ограниченными возможностями.

Необходимы меры по контролю добросовестности рекламы и запрещение не только рекламы продуктов питания, вредных для здоровья, но и запрещение рекламы несуществующих (объективно не доказанных) пользы для здоровья или лечебных свойств пищевых продуктов.

Требуется повышение значимости и качества проведения массовых информационно-пропагандистских акций, особенно входящих в программу ВОЗ («Международный день отка-

за от курения», «Всемирный день борьбы с хронической обструктивной болезнью легких», «Всемирный день борьбы с сахарным диабетом» и многие другие). Целесообразна подготовка и проведение в России «Года борьбы с раком», «Года легочного здоровья», «Года борьбы с сахарным диабетом».

Первостепенную роль в реализации этого направления играют средства массовой информации и особенно телевидение, имеющее огромную аудиторию зрителей среднего и старшего возраста, а также воспитательные, образовательные организации и структуры глобальной сети Интернет, охватывающие практически все молодое поколение.

Оценка мер, включенных в настоящую стратегию, потребует создания на постоянной бюджетной основе системы регулярного эпидемиологического мониторинга социальных и экологических детерминант, поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний, заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний на федеральном и региональном уровнях, а также укрепления кадровых ресурсов и институционального потенциала в целях эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки решения задач и достижения поставленных целей Стратегии.

Направление может быть успешным только на межсекторальной основе, через внедрение принципа здоровья во все сферы деятельности и для всех возрастных групп населения с привлечением всех ветвей власти, секторов, слоев и структур общества, включая здравоохранение, другие министерства, агентства и службы, работодателей, общественные организации и движения. Для этой цели необходимо создать современный (с использованием электронно-вычислительной техники и средств связи) механизм межсекторальной координации с национальным и региональным представительством и подотчетностью на надведомственном уровне, с тем чтобы обеспечить эффективную координацию и сотрудничество ключевых заинтересованных сторон, а также их совместную ответственность.

Необходимы фундаментальные и прикладные научные исследования в области первичной популяционной профилактики неинфекционных заболеваний и формирования у населения здорового образа жизни, включая оценку влияния на здоровье различных факторов среды обитания, жизни и деятельности человека

Данное направление обеспечивает наибольший эффект, в том числе экономический, но проявляется он не ранее 5–10 лет его активной реализации. Достаточно высокие первичные затраты со стороны федерального, регионального и муниципального бюджетов, а также структур бизнеса на проведение непрерывной информационной кампании и, особенно, на обеспечение условий для ведения здорового образа жизни полностью окупаются и на каждый вложенный 1 рубль инвестор получает возврат до 6 рублей.

Указанный комплексный стратегический подход к первичной профилактике неинфекционных заболеваний, реализуемый практически полностью за пределами системы здравоохранения, в нашей стране, в силу своей недостаточности, требует особенного внимания.

Второе стратегическое направление – снижение доли граждан с высоким индивидуальным риском неинфекционных заболеваний, а также доли граждан, имеющих эти заболевания.

Главным содержанием действий является раннее и максимально полное выявление граждан с высоким индивидуальным риском неинфекционных заболеваний и максимально широкий охват их профилактическим консультированием и диспансерным наблюдением с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных у них поведенческих и биологических факторов риска.

Это стратегическое направление является, по сути, первичной профилактикой, реализуемой в рамках здравоохранения, через создание системы выявления лиц с высоким риском не-

инфекционных заболеваний с последующей коррекцией факторов риска и при необходимости своевременным направлением их на лечение.

Начиная с 2013 года, в стране в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения создана уникальная система масштабного скрининга неинфекционных заболеваний и их факторов риска с ежегодным охватом более 20 млн человек. Ее необходимо всемерно укреплять, развивать и совершенствовать. Большая роль в развитии и совершенствовании этого направления принадлежит главным медицинским специалистам по профилям основных неинфекционных заболеваний, структурам медицинской профилактики (центрам, отделениям и кабинетам медицинской профилактики, центрам здоровья), а также страховым компаниям. В частности, необходимо применение для этих целей единых, международно признанных и эффективных методик раннего (скринингового) выявления у населения сахарного диабета, злокачественных новообразований, хронических болезней органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Должны пройти специальную подготовку (обучение) по единым образовательным программам все медицинские работники, участвующие в обследовании (скрининг-тестировании) граждан, в том числе медицинский персонал, участвующий в проведении спирометрического исследования для выявления хронической обструктивной болезни легких у лиц, имеющих респираторные симптомы. Экстренно необходима разработка, официальное утверждение и широкое внедрение в практику федеральных методических рекомендаций по использованию всех скрининг-тестов, применяемых в процессе диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

Следует всемерно повышать активность врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), сотрудников школьных медицинских кабинетов в выявлении и коррекции среди детей нездорового питания, избыточной массы тела, ожирения, низкой физической активности, курения, повышения уровня артериального давления. В первоочередном порядке необходимо приведение школьного и другого организованного питания в соответствие с принципами здорового питания.

Затраты на проведение скрининга населения на предмет выявления неинфекционных заболеваний и их факторов риска, осуществляемого в процессе диспансеризации и профилактических осмотров, а также в процессе работы центров здоровья, составляют не более 1,5 % от общих расходов на здравоохранение. При этом возврат инвестиций в улучшение здоровья за счет диспансеризации населения и организации последующего диспансерного наблюдения больных в течение 10 лет составляет 5 руб. на каждый вложенный рубль за счет производства дополнительного объема внутреннего валового продукта.

Третье стратегическое направление – комплекс мер вторичной профилактики неинфекционных заболеваний в рамках участковой службы первичного звена здравоохранения.

Главным содержанием мероприятий является диспансерное наблюдение и эффективный контроль артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, других сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза и их осложнений, злокачественных новообразований после стандартного хирургического, лучевого и химиотерапевтического вмешательства, хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета.

Важное значение имеет мониторинг охвата диспансерным наблюдением и качества его проведения у пациентов основными неинфекционными заболеваниями, а также ликвидация дефицита врачей-специалистов (кардиологов, онкологов, пульмонологов, эндокринологов) первичного звена здравоохранения и их активное участие в диспансерном наблюдении пациентов, в методической помощи в этом аспекте врачам участковой службы.

Необходим поиск методов и средств повышения эффективности диспансерного наблюдения, как путем повышения мотивации и приверженности пациентов к назначенному лечению,

так и путем совершенствования его проведения, в том числе с использованием современных достижений в области информационных технологий (электронная медицинская карта, электронная форма учета и проведения диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения, дистанционный мониторинг физиологических функций и биохимических параметров, дистанционные аудио- и визуальные контакты врача и пациента), а также выездных методов работы.

В частности, существенно повысит эффективность выявления хронических болезней органов дыхания и кровообращения у сельских жителей, а также эффективность диспансерного наблюдения этих больных широкая реализация проекта «Пульмомобиль», увеличение числа мобильных центров здоровья и других передвижных средств оказания медицинской помощи населению.

Внедрение методов ранней диагностики сахарного диабета, их интеграция в систему диспансерного наблюдения населения, а также мониторинга состояния контроля заболевания по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c) позволит практически в 2 раза снизить частоту своевременно не выявленного сахарного диабета 2 типа.

К факторам, достоверно снижающим уровень смертности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, относится приверженность к липидснижающей терапии, в частности терапии статинами, а также прием антиагрегантных и других препаратов, предотвращающих тромбообразование.

Существенно повысит эффективность диспансерного наблюдения больных с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой повсеместное введение в индикаторы качества их лечения вакцинацию против гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекции.

В случае внедрения системы лекарственного страхования, которое существенно повышает эффективность диспансерного наблюдения, первоначально расходы существенно возрастают, но затем вследствие уменьшения количества осложнений неинфекционных заболеваний происходит их значимое снижение за счет снижения числа пациентов, нуждающихся в оказании дорогостоящей специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Четвертое стратегическое направление – обеспечение широкой доступности мер вторичной профилактики неинфекционных заболеваний на уровне специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи.

Всем пациентам с сердечно-сосудистыми и другими неинфекционными заболеваниями с целью достижения безрецидивного течения заболевания и профилактики осложнений должны быть проведены (1) своевременная консультация врача-специалиста, (2) обследование на наличие показаний к специализированному лечению, (3) специализированное, в том числе высокотехнологичное лечение при наличии показаний к его проведению, (4) профилактическое консультирование и коррекция устранимых факторов риска в стационаре в процессе (до или сразу после) специализированного (высокотехнологичного) вмешательства с участием врача, осуществляющего это вмешательство для повышения мотивации пациента к коррекции выявленных факторов риска и ведению здорового образа жизни.

Уровень смертности от неинфекционных заболеваний более чем на 70 % определяется уровнем преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, при этом ее уровень в 2–3 раза превышает таковой в странах Западной Европы, в то же время смертность от злокачественных новообразований, хронических бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета незначительно отличается от уровня регистрируемого в странах Европы и Америки. По этой причине основной резерв снижения смертности в Российской Федерации лежит в области профилактики и контроля болезней органов кровообращения, прежде всего ишемиче-

ской болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний. Это требует дальнейшего расширения и совершенствования сети кардиологических диспансеров и центров сердечно-сосудистой хирургии, сети первичных и региональных сосудистых центров для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и острого коронарного синдрома (ОКС), необходимо создание региональных центров по оказанию мультидисциплинарной специализированной помощи пациентам с тяжелыми сосудистыми осложнениями сахарного диабета.

Необходимо добиться полного исключения возможности лечения больных с основными неинфекционными заболеваниями, особенно с их острыми формами (ОКС, ОНМК, астматический статус, обострение хронических бронхо-легочных заболеваний, нестабильное течение сахарного диабета) и злокачественными новообразованиями в неспециализированных стационарах. Для этого необходимо в первоочередном порядке принятие мер по приведению числа вышеуказанных специализированных центров и отделений в полное соответствие с потребностью населения в данном виде помощи, а также обеспечение стабильной работы этих структур за счет адекватного кадрового, материально-технического и финансового обеспечения.

При этом принципиально важно, чтобы увеличение доступности стационарной специализированной медицинской помощи сопровождалось аналогичным снижением внегоспитальной (внебольничной) смертности от сердечно-сосудистых и хронических бронхо-легочных заболеваний, особенно граждан в возрасте менее 80 лет. Все случаи смерти граждан вне стационара должны подлежать клинико-анатомическому разбору на предмет ее преждевременности и предотвратимости.

Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным в Российской Федерации предполагает:

- обеспечение соответствия числа, штатной численности персонала и выполняемых функций первичных онкологических кабинетов и первичных онкологических отделений требованиям (рекомендациям) Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915;
- дальнейшее развитие сети онкологических центров (диспансеров) с организацией их в абсолютном большинстве регионов при обеспечении организационного, методического и научного сопровождения со стороны федеральных онкологических центров;
- все региональные онкологические центры (диспансеры) должны в свою очередь обеспечивать организационно-методическое сопровождение работы первичного звена здравоохранения в плане своевременного выявления злокачественных опухолей на ранних стадиях в рамках организованного (диспансеризация) и оппортунистического скрининга;
- региональные онкологические центры должны быть мультидисциплинарными структурами, имеющими необходимые диагностические мощности, включающие магнитно-резонансную, компьютерную и позитронно-эмиссионную томографию, а также современные лаборатории для проведения морфологической и молекулярно-генетической диагностики злокачественных заболеваний;
- региональные онкологические центры должны обладать всеми возможностями оперативного лечения опухолей, а также химиотерапии, лучевой терапии, брахитерапии, а также таргетной и иммунотерапии;
- обеспечение фундаментальных и прикладных научных исследований в области профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований, включая разработку и внедрение отечественных импортозамещающих лекарственных препаратов и технологий.

- Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам с хроническими болезнями органов дыхания включает проведение мероприятий по следующим основным направлениям:
- оснащение современным оборудованием, стабильное обеспечение кадровыми и финансовыми ресурсами пульмонологических отделений и пульмонологических дневных стационаров, приведение их численности в соответствие с реальной потребностью населения;
- разработка, регулярное обновление и широкое внедрение в практическое здравоохранение национальных (подготовленных с учетом международного опыта) клинических рекомендаций по профилактике и лечению хронических болезней органов дыхания, а также острых респираторных заболеваний и пневмонии как важнейших факторов риска развития хронических болезней органов дыхания, а также тяжелых осложнений практически всех хронических неинфекционных заболеваний;
- организация циклов тематического усовершенствования во всех медицинских вузах по вопросам профилактики, диагностики и лечения болезней органов дыхания для врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-педиатров, развитие и совершенствование системы непрерывного обучения врачей-пульмонологов;
- обеспечение актуальных научных исследований в области профилактики, ранней диагностики и лечения хронических болезней органов дыхания, подготовка и проведение научных форумов с международным участием.

Дальнейшее развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом предусматривается в следующих направлениях:

- создание региональных центров по оказанию мультидисциплинарной специализированной помощи пациентам с тяжелыми сосудистыми осложнениями сахарного диабета (кабинеты диабетической стопы, диабетической ретинопатии, нефропатии), а также совершенствование материально-технической базы федеральных и региональных медицинских организаций, имеющих лицензии на оказание мультидисциплинарной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным сахарным диабетом с тяжелыми сосудистыми осложнениями, как реальные пути снижения частоты терминальных осложнений (случаев слепоты по причине диабетической ретинопатии, ампутаций нижних конечностей, потребности в заместительной почечной терапии) и смертности от них;
- организация центров медико-генетического консультирования и прогнозирования сахарного диабета 1 и 2 типа в семьях больных и в популяции в регионах России с целью выявления лиц с высоким риском заболевания и проведение профилактических мер по предупреждению развития диабета и его осложнений;
- модернизация и оптимизация работы национального Регистра больных сахарным диабетом с обеспечением возможности: (а) динамической оценки показателей заболеваемости сахарным диабетом 1 и 2 типа, других форм сахарного диабета, летальности больных сахарным диабетом, частоты развития хронических осложнений; (б) анализа структуры сахароснижающей терапии и эффективности терапии; (в) оценки экономической составляющей охраны здоровья лиц с сахарным диабетом; что позволит проводить оперативную оценку изменений эпидемиологии сахарного диабета, экономического бремени заболевания и оптимизацию расходов на лечение больных во всех регионах страны;
- внедрение в клиническую практику современных сахароснижающих лекарственных средств и внедрение единых национальных стандартов по профилактике, лечению и реа-

билитации больных сахарным диабетом, как реальный способ существенного повышения (до 65 %) доли больных с хорошим контролем заболевания ($HbA1c < 7\%$);

- повышение качества подготовки кадров в области диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета путем создания кафедр эндокринологии-диабетологии, внедрения обучающих программ (курсов) по диабетологии на кафедрах терапевтического направления для повышения профессиональных знаний врачей терапевтических специальностей по вопросам сахарного диабета;
- научные фундаментальные и прикладные работы (научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы) в области ранней диагностики, профилактики сахарного диабета и его сосудистых осложнений.

Развитие данного стратегического направления осуществляется в рамках системы здравоохранения и является наиболее затратным, но абсолютно необходимым.

Кроме указанных четырех основных направлений деятельности необходимо с целью профилактики и **снижения внегоспитальной смертности населения**, прежде всего от острого коронарного синдрома, острых нарушений мозгового кровообращения, острой сердечной недостаточности и внезапной остановки сердца (внезапной сердечной смерти) проведение своего комплекса межсекторальных мер, включающих:

- совершенствование нормативно-правового регулирования процесса оказания первой помощи населению, включая нормативно-правовое обеспечение проведения закрытого массажа сердца и применения автоматического дефибриллятора при оказании первой помощи лицам с внезапной остановкой сердца, произошедшей вне медицинской организации (обеспечение дефибрилляторами аэропортов, вокзалов, других мест массового скопления граждан, обучение населения, привлечение парамедиков и др.);
- широкое санитарно-гигиеническое просвещение населения о первых признаках наиболее опасных и наиболее часто встречающихся жизнеугрожающих состояний и необходимости срочного вызова скорой медицинской помощи;
- обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и их близких правилам оказания первой помощи и необходимости срочного вызова скорой медицинской помощи при появлении первых симптомов неотложного состояния;
- разработку алгоритмов первой помощи при основных неотложных состояниях, официальное их утверждение и широкое распространение в виде памяток и буклетов для населения и групп высокого риска.

Огромный и далеко не полностью использованный резерв профилактики и снижения смертности от неинфекционных заболеваний имеют **профилактические прививки** от инфекционных заболеваний, способствующих развитию или осложняющих течение неинфекционных заболеваний, в частности от гриппа и пневмококковой инфекции.

Грипп провоцирует и осложняет течение практически всех заболеваний и нередко является причиной декомпенсации, летального осложнения и исхода сердечно-сосудистых, бронхо-легочных и онкологических заболеваний, сахарного диабета. В ближайшие годы необходимо обеспечить вакцинацию против гриппа всего взрослого населения страны.

Аналогичным образом пневмококковая инфекция является частой причиной декомпенсации и смерти лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, особенно в пожилом возрасте. Вакцинации пневмококковой полисахаридной вакциной должны подлежать все граждане в возрасте 65 лет и старше, а также все лица, страдаю-

щие сахарным диабетом, хроническими сердечно-сосудистыми и бронхо-легочными заболеваниями.

Необходимо проведение на постоянной основе пропагандистских и информированно-просветительских мероприятий для всего населения, а также для больных неинфекционными заболеваниями, особенно хроническими болезнями органов дыхания и кровообращения об эффективности и целесообразности проведения вакцинации против гриппа и других инфекций (в соответствии с показаниями), достоверно снижающей смертность практически от всех неинфекционных заболеваний, особенно у лиц старшей возрастной группы. Первоочередной задачей является создание единой системы мониторинга и контроля вакцинации против гриппа и других инфекций взрослого населения, особенно групп риска, включая больных неинфекционными заболеваниями, с участием всех субъектов Российской Федерации. Необходимо проводить активную пропаганду самостоятельной вакцинации против вируса папилломы человека, как эффективного метода профилактики генитального рака и рака шейки матки. Вакцинации подлежат девочки в возрасте от 11 до 26 лет и мальчики от 11 до 21 года.

Положения Стратегии развивают и конкретизируют требования действующих документов стратегического планирования и не противоречат положениям иных нормативно-правовых актов Российской Федерации в какой-либо своей части, касающихся сферы формирования у населения здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний.

IV. Механизмы решения задач Стратегии, целевые показатели

Основным механизмом решения задач Стратегии является хорошо апробированный программно-целевой метод решения комплексных межотраслевых социально-экономических проблем развития государства, к которым полностью относится проблема формирования здорового образа жизни у населения и развития профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в нашей стране. Программно-целевой метод рекомендован к применению Первой Глобальной министерской конференцией ВОЗ по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (Московская декларация 2011 г.); Европейской стратегией ВОЗ профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 годов; шестьдесят шестой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения – Политическая декларация Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними 27 мая 2013 г.

В сентябре 2011 г. на Генеральной Ассамблее ООН мировые лидеры приняли исторические обязательства по борьбе с неинфекционными заболеваниями и согласовали «дорожную карту» с конкретными мероприятиями по снижению глобального бремени неинфекционных заболеваний, включая обязательство по разработке многосекторальных стратегий, планов и программ действий, в сфере профилактики и контроля неинфекционных заболеваний к 2013 году.

В целях активизации национальных усилий по снижению бремени неинфекционных заболеваний Всемирная ассамблея здравоохранения в 2013 г. приняла девять конкретных добровольных глобальных целей для достижения их к 2025 г. и одобрила комплекс мероприятий в контексте Глобального плана действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013–2020 гг., который, при условии его совместного осуществления государствами-членами, международными партнерами и ВОЗ, будет способствовать выполнению обязательств, принятых мировыми лидерами в сентябре 2011 года.

Механизмы реализации настоящей Стратегии учитывают рекомендации указанных документов ВОЗ и включают: (1) глобальные целевые установки в соответствии с основными стратегическими направлениями, в том числе девять добровольных глобальных целей, в соответствии с разработанным ВОЗ Глобальным планом действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний, а также широкий перечень подцелей; (2) основные мероприятия по достижению указанных глобальных целей и подцелей; (3) сроки и целевые индикаторы успешности выполнения каждого мероприятия; (4) ответственных исполнителей и ресурсную базу выполнения мероприятий.

Указанный механизм осуществляется на основе государственного межведомственного плана мероприятий или на основе отдельных целевых программ по реализации Стратегии, которые должны содержать следующие основные положения, целевые установки и мероприятия.

1. Снижение популяционного риска неинфекционных заболеваний в масштабах всего населения путем повышения мотивации населения к ведению здорового образа жизни и создания для этого соответствующих условий.
 - Разработка и внедрение единой системы мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний и комплексной оценки эффективности основных направлений реализации Стратегии.
 - Повышение уровня санитарно-гигиенического просвещения населения в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, а также повышение приверженности граждан к его ведению с привлечением федеральных и региональных средств массовой информации, широким использованием социальной рекламы на всех каналах телевидения, включением в этот процесс органов и струк-

тур образования и культуры, молодежной и социальной политики, физической культуры и спорта, а также работодателей, общественных организаций и движений, волонтеров.

- Обеспечение развития государственно-частного партнерства в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, разработка мер, стимулирующих и мотивирующих работодателей к реализации программ и отдельных мероприятий по укреплению здоровья и профилактике неинфекционных заболеваний на рабочем месте не только для работников, но и для клиентов и партнеров.
- Проведение комплекса социально-экономических мер и нормативно-правового регулирования для обеспечения возможности ведения здорового образа жизни всем слоям населения России, в том числе для пенсионеров, лиц, находящихся в интернатах и домах престарелых, а также при доходах граждан, равных прожиточному минимуму или ниже его.
- Меры политики, направленные на сокращение воздействия на детей и взрослых маркетинга продуктов питания и безалкогольных напитков с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров или соли. Планомерное постепенное увеличение акцизов на табачные изделия и водку, а также подавление производства и реализации нелегального алкоголя; применение ограничительных мер на производство и реализацию продуктов, содержащих повышенный уровень транс-изомеров жирных кислот, и предоставление преференций производителям продуктов здорового питания.
- Разработку научно обоснованных официальных рекомендаций производителям пищевых продуктов по снижению содержания в них транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров и соли/натрия с определением необходимого темпа снижения и добровольных промежуточных и конечных целей.
- Проведение комплекса мероприятий по повышению безопасности среды обитания (воздуха, воды, почвы) в масштабах страны, региона, города, села и других мест проживания и трудовой деятельности граждан.
- Приведение санитарно-гигиенического состояния жилого фонда и жилищных условий граждан к безопасным нормам, включая оборудование водопровода, канализации, бездымных способов обогрева помещений и приготовления пищи.
- Проведение комплекса мероприятий по обеспечению доступности для различных слоев и групп населения, в том числе по состоянию здоровья и возрасту, продуктов здорового питания и налогового регулирования производства и реализации продуктов, вредных для здоровья, формирование сети столовых, кафе и ресторанов диетического (здорового) питания, в том числе бесплатного диетического (здорового) питания для граждан, находящихся за чертой бедности (с доходами ниже прожиточного минимума).
- Обеспечение доступности занятий физической культурой и спортом, пеших и велосипедных прогулок для всех слоев и возрастных групп населения, включая инвалидов и других лиц с ограниченными физическими возможностями.
- Обеспечение эффективного мотивирования к ведению здорового образа жизни и обеспечение для этого необходимых условий в воспитательных и образовательных учреждениях, в трудовых коллективах, в учреждениях социальной помощи.
- Продолжение и усиление мер, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя с привлечением пропагандистских, политических, административных, налоговых и финансовых ресурсов, необходимых для выполнения этой задачи.

- Продолжение и расширение мер, направленных на сокращение потребления табака, на мобилизацию пропагандистских, политических, административных, налоговых и финансовых ресурсов, необходимых для выполнения этой задачи и реализации основных положений Федерального закона от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».
 - Приведение структур медицинской профилактики (центров медицинской профилактики, центров здоровья, отделений (кабинетов) медицинской профилактики) в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 30 сентября 2015 года № 683н и их ведущей (методической) ролью в процессе популяционной профилактики неинфекционных заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.
 - Обеспечение подхода, учитывающего весь жизненный цикл человека, все сферы его деятельности, при совершенствовании в качестве основы института семьи, охраны материнства, отцовства и детства, осуществляемого в аспекте проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний у населения.
 - Проведение санитарно-просветительной работы и массовых агитационных мероприятий по существенному увеличению охвата вакцинацией против инфекционных заболеваний, прежде всего против гриппа и пневмококковой инфекции, способствующих развитию или осложняющих течение основных неинфекционных заболеваний и увеличивающих смертность от них.
 - Проведение популяционных мероприятий по активной профилактике внегоспитальной смертности от сердечно-сосудистых и бронхо-легочных заболеваний, включающих массовое обучение населения основным симптомам жизнеугрожающих состояний, которые требуют немедленного вызова скорой медицинской помощи, а также обучение простейшим методам оказания первой помощи в период до прибытия медицинского работника.
 - Повышение уровня научной деятельности в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, инновационного развития профилактических технологий.
2. Снижение доли граждан с высоким индивидуальным риском неинфекционных заболеваний, выявляемых в процессе диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, при обследовании в центрах здоровья и иных медицинских вмешательствах.
- Обеспечение приоритета профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в соответствии с требованиями статьи 12 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ряду мероприятий по укреплению и развитию системы здравоохранения в Российской Федерации.
 - Приведение центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 30 сентября 2015 года № 683н и их ведущей ролью в процессе индивидуальной и групповой профилактики неинфекционных заболеваний, персонального информирования и мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни.
 - Организация диспансерного наблюдения лиц с высоким индивидуальным уровнем риска развития неинфекционных заболеваний, с проведением комплекса профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по его снижению.
 - Создание при крупных поликлиниках лабораторий по диагностике и лечению нарушений дыхания во время сна, одного из значимых факторов риска развития бронхо-легочных и сердечно-сосудистых заболеваний и их фатальных осложнений.

- Организация подготовки в медицинских колледжах средних медицинских работников для работы в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, в центрах здоровья.
 - Организация циклов тематического усовершенствования для средних медицинских работников в области профилактики сахарного диабета и обучения больных сахарным диабетом, в том числе обучения населения групп риска (лиц с ожирением, беременных, с сердечно-сосудистой патологией) в школах здоровья самоконтролю заболевания.
 - Организация циклов тематического усовершенствования во всех медицинских вузах по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний для врачей, занимающих должности «врач по медицинской профилактике» в центрах медицинской профилактики, отделениях (кабинетах) медицинской профилактики и центрах здоровья.
 - Организация изучения, в рамках додипломного обучения на кафедрах поликлинической терапии медицинских вузов, вопросов диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и скрининга основных неинфекционных заболеваний.
 - Обеспечение в первичном звене здравоохранения условий для эффективной организации диспансеризации и профилактических медицинских осмотров на основе повсеместного внедрения электронной медицинской карты и компьютерных программ учета их прохождения.
 - Обеспечение в рамках трехлетнего цикла не менее чем 70 %-й охват медико-профилактическими услугами различных групп населения, включая граждан старше 75 лет (диспансеризация, профилактические медицинские осмотры, работы и услуги по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний).
 - Повышение эффективности скрининга онкологических заболеваний в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров путем методического и организационного обеспечения их проведения со стороны онкологических центров и диспансеров, врачей-онкологов первичного звена здравоохранения, а также специалистов в области лабораторной, лучевой и эндоскопической диагностики.
 - Проведение индивидуальных и групповых мероприятий по повышению мотивации и охвата вакцинацией против инфекционных заболеваний, способствующих развитию или осложняющих течение неинфекционных заболеваний.
3. Предупреждение развития осложнений у граждан, имеющих неинфекционные заболевания, в рамках диспансерного наблюдения больных врачами участковой службы в организациях первичной медико-санитарной помощи.
- Охват диспансерным наблюдением не менее 75 % больных неинфекционными заболеваниями на каждом терапевтическом участке, в том числе с использованием системы дистанционного мониторинга физиологических и биохимических параметров у больных неинфекционными заболеваниями.
 - Повсеместное внедрение системы лекарственного страхования для лиц с неинфекционными заболеваниями.
 - Обеспечение в первичном звене здравоохранения условий для эффективной организации диспансеризации и профилактических медицинских осмотров на основе повсеместного внедрения электронной медицинской карты и автоматического взятия на учет и под диспансерное наблюдение лиц с неинфекционными заболеваниями.
 - Повышение в рамках системы непрерывного медицинского образования уровня знаний врачей участковой службы (врачей-терапевтов участковых, врачей общей прак-

тики (семейных врачей), врачей-педиатров участковых) по вопросам своевременной и качественной диагностики неинфекционных заболеваний, а также диспансерного наблюдения и обследования больных с неинфекционными заболеваниями.

- Организация изучения, в рамках додипломного обучения на кафедрах поликлинической терапии медицинских вузов, вопросов диспансерного наблюдения, реабилитации, гериатрии и паллиативной медицинской помощи.
 - Обеспечение индивидуальной мотивации лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями или имеющих высокий риск их развития по проведению им своевременной вакцинации против инфекционных заболеваний (гриппа, пневмококковой инфекции), способствующих развитию или осложняющих течение неинфекционных заболеваний.
 - Проведение индивидуальных и групповых мероприятий по профилактике внегоспитальной смертности больных сердечно-сосудистыми и бронхо-легочными заболеваниями, а также лиц, имеющих высокий риск их развития, включающих обучение пациентов и их близких основным симптомам жизнеугрожающих состояний, которые требуют немедленного вызова скорой медицинской помощи, а также обучение простейшим методам оказания первой помощи в период до прибытия бригады скорой медицинской помощи. Информирование в школах детей об этой проблеме и необходимости внимательного отношения к здоровью родителей, бабушек и дедушек.
 - Внедрение в постоянную практику клиничко-анатомического анализа всех летальных исходов на врачебных (терапевтических) участках с позиций концепции предотвратимой смертности.
4. Своевременная и эффективная профилактика осложнений и контроль течения неинфекционных заболеваний в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.
- Обеспечение широкой доступности мер вторичной профилактики неинфекционных заболеваний на уровне специализированной медицинской помощи, включающей (1) проведение своевременной консультации врача-специалиста, (2) обследование на наличие показаний к специализированному лечению, (3) проведение специализированного, в том числе высокотехнологичного, лечения при наличии показаний к его проведению, (4) коррекцию устранимых факторов риска в стационаре в процессе (до или сразу после) специализированного (высокотехнологичного) вмешательства с участием врача, осуществляющего это вмешательство (для повышения мотивации пациента к коррекции выявленных факторов риска).
 - Принятие мер по приведению числа кардиологических диспансеров и отделений, центров сердечно-сосудистой хирургии, онкологических центров и диспансеров, а также центров и отделений для лечения больных хроническими бронхолегочными заболеваниями и сахарным диабетом в полное соответствие с потребностью населения в данном виде помощи, а также обеспечение стабильной работы этих структур за счет адекватного кадрового, материального-технического и финансового обеспечения.
 - Обеспечение возможности и доступности лечения больных с острыми формами основных неинфекционных заболеваний (острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, астматический статус, обострение хронических бронхо-легочных заболеваний, нестабильное течение сахарного диабета) в специализированных стационарах с круглосуточным выполнением специализированных, в том числе высокотехнологичных, медицинских вмешательств по экстренным показаниям.

5. Обеспечение разработки, поддержки и развития регистров сердечно-сосудистых, онкологических, хронических бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета, с набором соответствующих показателей, отвечающим региональным и национальным потребностям.
6. Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере ответственного отношения граждан к своему здоровью, формирования здорового образа жизни, профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, включая оказание первой помощи при фатальных осложнениях этих заболеваний, а также государственного статистического наблюдения указанных процессов в сочетании с укреплением и развитием системы регистрации актов гражданского состояния и сбора данных о причинах смерти.
7. Создание государственной системы управления, координации и мониторинга реализации Стратегии, включая разработку перечня индикаторов (показателей) для объективной и всесторонней оценки процессов формирования здорового образа жизни, профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации.

Основные и дополнительные показатели профилактики и контроля неинфекционных заболеваний, используемые для мониторинга достижений их целевых значений при реализации Стратегии

(на основе Глобального плана действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013–2020 гг., разработанного Всемирной организацией здравоохранения, 2013 г.)

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень)	Характеристика показателя-индикатора и его числовое значение (единица измерения)
Смертность и заболеваемость		
Преждевременная смертность от неинфекционных заболеваний	(1) Сокращение на 25 % общей смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета (см. примечание к таблице)	(1) Смертность населения в возрасте от 30 до 70 лет в результате сердечно-сосудистых, онкологических, хронических бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета по отдельности и суммарно (абсолютное значение, коэффициент смертности)
	Дополнительные показатели	(2) Доля умерших вне стационара в возрасте от 30 до 70 лет в результате сердечно-сосудистых, онкологических, хронических бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета (абсолютное значение, процент) (3) Заболеваемость раком с разбивкой по видам онкологических заболеваний на 100 000 человек
Факторы риска		
<i>Поведенческие факторы риска</i>		
Пагубное потребление алкоголя	(2) Относительное сокращение на 10 % пагубного потребления алкоголя	(4) Общее (зарегистрированное и незарегистрированное) потребление алкоголя на душу населения (в возрасте от 15 лет) в течение календарного года в литрах чистого этилового спирта (5) Стандартизованная по возрасту распространенность эпизодического употребления алкоголя в больших количествах среди подростков и взрослых (6) Связанная с употреблением алкоголя заболеваемость и смертность среди подростков и взрослых
Недостаточная физическая активность	(3) Относительное сокращение на 10 % распространенности недостаточной физической активности	(7) Распространенность недостаточной физической активности среди подростков, определяемой как менее 60 минут физической активности умеренной или высокой интенсивности в день (8) Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной физической активности среди лиц в возрасте от 18 лет (определяется как менее 150 минут физической активности умеренной интенсивности в неделю или эквивалентный показатель)

<p>Потребление соли/натрия</p>	<p>(4.1) Относительное сокращение на 15 % среднего потребления населением соли/натрия (4.2) Относительное сокращение на 10 % распространенности избыточного потребления соли</p>	<p>(9.1) Стандартизованное по возрасту среднее суточное потребление соли (хлорида натрия) на душу населения в возрасте от 18 лет в граммах (9.2) Распространенность избыточного потребления соли у лиц в возрасте от 18 лет</p>
	<p>Дополнительные показатели</p>	<p>(10) Доля потребления готового к потреблению мяса (мясопродуктов) и мясных полуфабрикатов с пониженным содержанием соли от общего объема потребления готового к потреблению мяса (мясопродуктов) и мясных полуфабрикатов на душу населения в сутки в граммах (абсолютное значение, процент) (11) Доля потребления хлебо-булочных и макаронных изделий с пониженным содержанием соли от общего объема потребления хлебо-булочных и макаронных изделий на душу населения в сутки в граммах (абсолютное значение, процент)</p>
<p>Потребление табака</p>	<p>(5) Относительное сокращение текущего показателя распространенности употребления табака среди лиц в возрасте от 15 лет мужского пола на 23 %, женского пола на 12 %</p>	<p>(12) Распространенность употребления табака в настоящее время среди подростков (13) Стандартизованная по возрасту распространенность употребления табака в настоящее время среди лиц в возрасте от 18 лет раздельно для мужского и женского пола</p>
<p><i>Биологические факторы риска</i></p>		
<p>Повышенное кровяное давление</p>	<p>(6) Относительное сокращение на 25 % распространенности случаев повышенного кровяного давления (7) Увеличение доли граждан с гипертонической болезнью, стабильно имеющих целевые значения уровня артериального давления, среди лиц мужского пола на 17 %, среди лиц женского пола на 11 %</p>	<p>(14) Стандартизованная по возрасту распространенность среди лиц в возрасте от 18 лет повышенного артериального давления (давление определяется как повышенное, если систолическое давление ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое давление ≥ 90 мм рт. ст.) (15) Среднее систолическое давление в популяции (16) Стандартизованная по возрасту распространенность среди лиц с гипертонической болезнью в возрасте от 18 лет повышенного артериального давления раздельно для мужского и женского пола (давление определяется как повышенное, если систолическое давление ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое давление ≥ 90 мм рт. ст.) (17) Среднее систолическое давление в популяции больных гипертонической болезнью</p>
<p>Диабет и ожирение</p>	<p>(8) Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения</p>	<p>(18) Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня глюкозы в крови/диабета у лиц в возрасте от 18 лет (повышенным является уровень глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл), или по признаку приема лекарственных средств против повышения уровня глюкозы в крови).</p>
		<p>(19) Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков (определяются в соответствии с принятыми ВОЗ стандартными показателями развития детей школьного возраста)</p>

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень)	Характеристика показателя-индикатора и его числовое значение (единица измерения)
<p>Диабет и ожирение</p>	<p>(8) Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения</p> <p>Дополнительные показатели</p>	<p>и подростков как одно среднеквадратичное отклонение индекса массы тела с учетом возраста и пола (избыточная масса тела) и два среднеквадратичных отклонения индекса массы тела с учетом возраста и пола (ожирение))</p> <p>(20) Стандартизованная по возрасту распространенность избыточного веса и ожирения у лиц в возрасте от 18 лет (избыточный вес: если индекс массы тела ≥ 25 кг/м²; ожирение: если индекс массы тела ≥ 30 кг/м²)</p> <p>(21) Стандартизованная по возрасту средняя доля общего погребления калорий за счет насыщенных жирных кислот у взрослых в возрасте от 18 лет</p> <p>(22) Стандартизованная по возрасту распространенность потребления менее пяти полных порций (400 граммов) фруктов и овощей в день взрослым населением (в возрасте от 18 лет)</p> <p>(23) Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня общего холестерина у лиц в возрасте от 18 лет (повышенным считается уровень общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л или 190 мг/дл);</p> <p>(24) Средний уровень общего холестерина в популяции</p>
<p>Меры, реализуемые в сфере системы здравоохранения, в том числе в ведомственных системах охраны здоровья и в иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность</p>		
<p>Раннее выявление основных неинфекционных заболеваний и лиц с высоким риском их развития</p>	<p>(9) Охват диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами не менее 23 % взрослого населения в год или 70 % взрослого населения за 3 года</p>	<p>(25) Доля граждан в возрасте от 21 года до 75 лет включительно, которые проходили диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр по меньшей мере один раз в 3 года (абсолютное значение, процент)</p>
<p>Лекарственная терапия с целью профилактики сердечных приступов и инсультов</p>	<p>(10) Обеспечение 50 % лиц, имеющих соответствующие показания, надлежащей лекарственной терапией и консультированием врачами-специалистами для профилактики инфарктов, инсультов и других осложнений хронических неинфекционных заболеваний</p>	<p>(26) Доля лиц, имеющих соответствующие показания (возраст от 40 лет, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет $\geq 30\%$ или риск развития фатальных сердечно-сосудистых событий в ближайшие 10 лет $\geq 10\%$, лица с уже существующим сердечно-сосудистым заболеванием), получающих лекарственную терапию и консультирование для профилактики инфарктов и инсультов</p>
<p>Основные лекарственные препараты и базовые технологии для лечения основных неинфекционных заболеваний</p>	<p>(11) Достижение как в частных, так и в государственных учреждениях здравоохранения 80 %-го уровня наличия базовых технологий и основных лекарственных средств (включая препараты-дженерики), необходимых для лечения наиболее распространенных неинфекционных заболеваний</p>	<p>(27) Наличие и ценовая доступность качественных, безопасных и эффективных основных лекарственных средств для лечения неинфекционных заболеваний, включая дженерики, и основных технологий как в государственных, так и частных учреждениях</p>

<p>Вакцинация от инфекционных заболеваний как средство профилактики развития осложнений основных неинфекционных заболеваний</p>	<p>(12) Охват прививками против гриппа не менее 70 % взрослого населения</p> <p>Дополнительные показатели</p>	<p>(28) Охват прививками против гриппа раздельно детей, взрослых до 65 лет, взрослых 65 лет и старше, а также лиц, имеющих основные неинфекционные заболевания (абсолютное значение, процент)</p> <p>(29) Охват прививками против пневмококковой инфекции граждан, имеющих основные неинфекционные заболевания и находящихся в возрасте 65 лет и старше (абсолютное значение, процент)</p> <p>(30) Обеспечение наличия вакцин и доля самостоятельно вакцинированных лиц против папилломавируса человека в возрастной группе от 11 до 26 лет</p> <p>(31) Охват прививками против папилломавируса человека в возрастной группе девочек от 11 до 26 лет (абсолютное значение, процент) и в возрастной группе мальчиков от 11 до 21 года (абсолютное значение, процент)</p> <p>(32) Охват вакцинацией против вируса гепатита В с мониторингом числа детей грудного возраста, получивших третью дозу вакцины против гепатита В (НерВ3)</p> <p>(33) Доступ к паллиативному лечению, оцениваемый на основе потребления сильных опиоидных анальгетиков (исключая метадон) в пересчете на эквивалент морфина на один случай смерти от онкологического заболевания</p>
<p>Меры, реализуемые в других ведомствах, секторах и организациях, кроме системы здравоохранения, ведомственных систем охраны здоровья и иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность</p>		
<p>Обеспечение экологически безопасной среды обитания, жизни и деятельности человека</p>	<p>(13) Снижение в 2 раза числа проб атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, превышающих предельно допустимые концентрации (ПДК)</p> <p>Дополнительные показатели</p> <p>(14) Обеспечение не менее 95 % населения питьевой водой, отвечающей санитарно-эпидемиологическим требованиям</p>	<p>(34) Доля проб атмосферного воздуха в населенных пунктах, превышающих предельно допустимые концентрации (ПДК) (абсолютное значение, процент от общего числа проб)</p> <p>(35) Количество городского населения, подвергаемого воздействию концентраций твердых частиц диаметром 10 мкм (PM10), превышающих установленные нормативы</p> <p>(36) Количество городского населения, подвергаемого воздействию концентраций твердых частиц диаметром 2,5 мкм (PM2,5), превышающих установленные нормативы</p> <p>(37) Обеспеченность городских поселений и поселков городского типа питьевой водой, отвечающей санитарно-эпидемиологическим требованиям (процент от числа городских поселений и поселков городского типа)</p> <p>(38) Обеспеченность населенных сельских поселений питьевой водой, отвечающей санитарно-эпидемиологическим требованиям (процент от числа сельских поселений)</p>

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень)	Характеристика показателя-индикатора и его числовое значение (единица измерения)
Обеспечение экологически безопасной среды обитания, жизни и деятельности человека	(15) Обеспечение жилищных условий, соответствующих санитарным нормам, для 85 % населения страны (16) Обеспечение 100 %-й доступности мест для пешеходных и велосипедных прогулок, для занятий физической культурой и спортом	(39) Доля домохозяйств, имеющих жилищные условия, соответствующие санитарным нормам (абсолютное значение, процент) (40) Доля домохозяйств, использующих дымные способы обогрева жилища и приготовления пищи (абсолютное значение, процент) (41) Общая протяженность дорожек, пригодных для пеших прогулок граждан (километров на 1000 человек населения) (42) Общая протяженность дорожек, пригодных для велосипедных прогулок граждан (километров на 10 000 населения) (43) Число граждан, организованно и постоянно занимавшихся физической культурой и спортом (в физкультурно-оздоровительных клубах, секциях, группах и др.) на 1000 человек населения
Обеспечение доступности здорового питания	Дополнительные показатели (17) Приведение состава и объема продуктов питания потребительской корзины к нормам здорового питания (18) Снижение на 20 % доли граждан, находящихся за чертой бедности (с доходами ниже прожиточного минимума)	(44) Доля трудовых коллективов, где организована на постоянной основе производственная гимнастика длительностью не менее 10 мин в день (абсолютное значение, процент от общего числа трудовых коллективов)
	Дополнительные показатели	(45) Доля населения с денежными доходами ниже региональной величины прожиточного минимума в общей численности населения субъекта Российской Федерации (абсолютное значение, процент) (46) Число столовых, кафе и ресторанов диетического (здорового) питания на 100 000 жителей, из них: (46.1) число столовых и кафе диетического (здорового) питания с организацией бесплатного диетического (здорового) питания для граждан, находящихся за чертой бедности (с доходами ниже прожиточного минимума); (46.2) число столовых, кафе и ресторанов диетического (здорового) питания, открытых для посещения граждан на базе медицинских, в том числе санаторно-курортных, организаций
Обеспечение доступности здорового питания	(19) Снижение на 30 % использования насыщенных жирных кислот и на 50 % – частично гидрогенизированных растительных масел в процессе производства продуктов питания и приготовления пищи	(47) Меры политики, направленные на сокращение воздействия на детей и взрослых маркетинга продуктов питания и безалкогольных напитков с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров или соли (48) Потребление масла сливочного и пищевых животных жиров на душу населения в день в граммах (49) Потребление пищевого пальмового масла на душу населения в день в граммах

		(50) Потребление пищевых маргаринов и кулинарных жиров (частично гидрогенизированных растительных масел) на душу населения в день в граммах
	Дополнительные показатели	(51) Потребление масла растительного пищевого (кроме пальмового), спредов и других жиров, не содержащих транс-изомеров жирных кислот, на душу населения в день в граммах
(20) Организация здорового питания-во всех воспитательных и образовательных учреждениях, в интернатах и домах престарелых, а также в Вооруженных силах Российской Федерации и других министерствах и ведомствах с организованным питанием личного состава (сотрудников)		(52) Доля воспитательных учреждений, где организовано здоровое питание (абсолютное значение, процент) (53) Доля образовательных учреждений, где организовано здоровое питание (абсолютное значение, процент) (54) Доля домов престарелых, где организовано здоровое и диетическое питание (абсолютное значение, процент) (55) Доля интернатов, где организовано здоровое и диетическое питание (абсолютное значение, процент)
(21) Снижение потребления свободных сахаров на 5%		(56) Потребление свободных сахаров, грамм на душу населения в год
	Дополнительные показатели	(57) Доля исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не отвечающих гигиеническим нормативам по химическим и микробиологическим показателям (в процентах от общего числа исследованных проб) (58) Потребление морской рыбы и рыбопродуктов на душу населения в день в граммах (59) Потребление мяса птицы на душу населения в день в граммах

Примечания: Снижение популяционного суммарного сердечно-сосудистого риска согласно расчетам по реалистичному сценарию до 2025 года на 15 % за счет уменьшения распространенности курения, повышенного уровня артериального давления и общего холестерина позволит снизить уровень смертности от БСК также на 15 %.

Согласно экспертным оценкам за счет повышения доступности и эффективности специализированной медицинской помощи, а также уменьшения распространенности пагубного потребления алкоголя, расширения практики вакцинации против гриппа и за счет улучшения социально-экономических, санитарно-гигиенических и экологических условий позволит снизить смертность от НИЗ еще не менее чем на 10 %.

Таким образом, суммарное снижение смертности от НИЗ к 2025 году составит не менее 25 %.

