

СТРАТЕГИЯ

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

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 и оказывают 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.

Основной причиной высокой частоты развития неинфекционных заболеваний является большая распространенность предотвратимых факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни (употребление табака, нерациональный характер питания, недостаточная физическая активность, пагубное употребление алкоголя), воздействие факторов среды обитания, жизни и деятельности человека, негативно влияющих на здоровье (загрязнение атмосферного воздуха, воды и почвы, нарушение технических условий, санитарных норм и правил жилищного строительства, градостроительства, производства и реализации продуктов питания и товаров народного потребления, наличие небезопасных условий труда, рост социально обездоленных и бедных слоев населения).

Увеличение числа граждан, приверженных здоровому образу жизни, создание для этого необходимых условий, снижение факторов среды обитания, негативно влияющих на здоровье, а также коррекция поведенческих факторов риска и снижение распространенности избыточной массы тела, ожирения, артериальной гипертензии, нарушений жирового и углеводного обмена приводят к существенному снижению индивидуального и популяционного риска неинфекционных заболеваний и в итоге к снижению смертности населения.

Вклад профилактических мероприятий, направленных на уменьшение распространенности факторов риска, обуславливает не менее 50% успеха значимого снижения смертности населения. В связи с этим обязательным условием обеспечения национальной безопасности в сфере охраны здоровья на долгосрочную перспективу является усиление профилактической направленности 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.

Приоритет развития профилактики в сфере охраны здоровья установлен статьей 12 федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а межсекторальный характер мер по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний определен статьей 30 указанного закона.

Большая значимость, обязательность и приоритетность мер формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний являются основанием для разработки соответствующего стратегического документа – Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (далее – 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 формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний путем тесного взаимодействия основных ветвей власти,

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

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:

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

За основу Стратегии приняты Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2013-2020 годы, План действий ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе на 2016–2025 годы, материалы Московской министерской 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 четырёх основных групп неинфекционных заболеваний на 25% к 2025 году в контексте Европейской политики Здоровье-2020, 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.

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. Современное состояние и нерешенные проблемы в сфере формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний

Помимо высокого уровня смертность в Российской Федерации имеет еще ряд особенностей. Во-первых, наибольшее число потерянных лет потенциальной жизни обусловлено смертностью среди мужчин в возрасте до 60 лет. В целом уровень смертности среди мужчин больше чем у женщин в 1,8 раза, что в основном 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 у мужчин, не имеющих доказанного атеросклероза, выше, чем у женщин в 5,5 раз. В общей популяции здоровых и больных граждан частота высокого сердечно-сосудистого риска составляет у мужчин - 53%, у женщин - 38%. Во-вторых, имеется большая разница в смертности между

субъектами Российской Федерации, связанная с уровнем экономического развития регионов, бытовыми условиями проживания людей и продажами водки. В-третьих, подавляющее большинство смертей происходит вне стационаров вследствие недостаточного уровня санитарного просвещения населения, что является причиной позднего обращения за медицинской помощью при угрожающих жизни состояниях.

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, в 2014 году в России экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний превысил 1 трлн. руб., причем большая его часть была обусловлена не затратами системы здравоохранения, а вследствие трудопотерь и сокращения численности трудоспособного населения из-за преждевременной смертности, преимущественно мужчин.

Согласно результатам эпидемиологического исследования распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска ЭССЕ-РФ 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, выявлена высокая распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний. Частота избыточного потребления алкоголя среди мужчин составила 6%, среди женщин – 2%; распространенность курения -24%, в том числе среди мужчин 39%, среди женщин - 14%. Распространенность избыточного потребления соли составила 49%, в том числе среди мужчин – 53%, среди женщин – 46%; недостаточного потребления фруктов и овощей - 41%, среди мужчин – 50%, среди женщин – 36%; недостаточного употребления рыбы и морепродуктов – 37%, среди мужчин – 34%, среди женщин – 39%; низкой физической активности - 40%, среди мужчин – 37%, среди женщин – 42%; ожирения - 30%, среди мужчин - 27%, среди женщин - 31%; повышенного артериального давления – 33%, среди мужчин – 40%, среди женщин – 28%; повышенного уровня общего холестерина – 58%, среди мужчин - 58%, среди женщин – 59 %; повышенного уровня глюкозы натощак - 5%, среди мужчин - 5%, среди женщин - 4%.

Распространённость избыточной массы тела и ожирения среди несовершеннолетних имеет постоянную тенденцию к увеличению: в 80-е и 90-е годы 7% всех мальчиков и девочек имели избыточную массу тела или ожирения; в начале 2000-х годов – 12 %; в 2014 г. – 12 %, при этом у мальчиков частота избыточной массы тела и ожирения выше на 2-3 %, чем у девочек. Среди несовершеннолетних с избыточной массой тела или ожирением артериальная гипертония выявляется значительно чаще и распространённость артериальной гипертонии существенно выше, чем среди детей с нормальной массой тела.

Среди школьников ежедневно курят около 30% мальчиков и девочек, причем девочки курят несколько чаще, чем мальчики. Курение подростков имеет выраженную зависимость от курения в семье и, особенно, от курения матери. Курение является фактором, повышающим риск начала употребления наркотиков и алкоголя. Распространённость потребления алкоголя среди детей и подростков в возрасте 10-14 лет составляет 1,6 случаев, а в возрасте 15-17 лет - 16,7 случаев на 1000 детей.

Наличие у населения поведенческих факторов риска тесно связано с уровнем образования, характером трудовой деятельности и 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 распространённость 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 распространённость курения у мужчин снизилась с 59% до 40%, а у женщин, напротив возросла с 8% до 14%. Распространённость ожирения у мужчин в период с 1993 по 2013 год резко увеличилась с 9% до 27%, а у женщин в меньшей степени - с 28% до 31%. В силу лучшей приверженности к лечению распространённость повышенного артериального давления у женщин существенно снизилась с 37% до 29%, тогда как у мужчин, напротив, возросла с 34% до 42%, что также связано с ростом у них ожирения.

За период с 2008 года по 2015 год отмечено существенное снижение оценочного показателя среднедушевого потребления алкогольной продукции в пересчете на абсолютный алкоголь, в 2008 году он составлял – 16,2 литров на душу населения в год, в 2013 году – 11,9 литров, в 2014 году – 11,6 литров, в 2015 г. – 11,5 л. При этом за последние три года на четверть снизилось количество

отравлений алкоголем, а смертность от них только за один 2015 год снизилась с 7,2 до 6,5 случаев на 100 тыс. населения.

При оценке вклада факторов риска в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России у мужчин на первом месте находится повышенный уровень артериального давления, на втором месте курение. У женщин первую занимает артериальное давление, вторую – повышенный уровень холестерина крови.

К факторам, позитивно влияющим на уровень смертности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического происхождения относится приверженность к лечению артериальной гипертонии, терапии, направленной на снижение холестерина в крови, а также прием препаратов, предотвращающих образование в сосудах тромбов.

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:

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Федеральный закон от 23.02.2013 N 15-ФЗ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака";

- «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года»;
- «Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года» и план мероприятий по ее реализации;
- «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.

В 2013 году в стране создана Правительственная комиссия по вопросам охраны здоровья граждан под руководством Председателя Правительства Российской Федерации, в состав которой в целях обеспечения межведомственного взаимодействия входят руководители целого ряда органов исполнительной и законодательной власти, профсоюзов, представители основных религий и крупных общественных организаций. По данной модели аналогичные комиссии созданы в большинстве субъектов Российской Федерации.

Также по модели Подпрограммы № 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в большинстве регионов страны разработаны аналогичные подпрограммы.

Осуществлены начальные действия по повышению уровня знаний в области профилактики заболеваний представителей органов государственной власти, политиков, представителей бизнеса, общественных организаций и их ответственности за повышение мотивации граждан, в том числе работающих, к ведению здорового образа жизни и обеспечение для этого соответствующих условий.

К настоящему времени в 83 субъектах Российской Федерации завершается создание основных элементов инфраструктуры региональной системы профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения. Общее методическое

сопровождение и организационная помощь в работе по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний в регионах обеспечивается ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России. Центральным ядром этой системы в субъектах Российской Федерации являются региональные центры медицинской профилактики. Вторым структурным элементом являются функционирующие на базе поликлиник центры здоровья для взрослых, число которых с момента их создания в 2009 году возросло с 500 до 625. Ежегодно центры здоровья для взрослых посещают около 5 млн. человек. Также, начиная с 2013 года, в процессе внедрения в практику диспансеризации определенных групп взрослого населения численность отделений и кабинетов медицинской профилактики в поликлиниках и врачебных амбулаториях страны увеличилась в 1,5 раза и к 2016 году составила более 4000 отделений и кабинетов, в штат которых введена должность «врач по медицинской профилактике»

Начиная с 2009 года в субъектах Российской Федерации организовано 850 центров здоровья, в том числе 228 центров здоровья для детей, в которых проводится обследование с учетом физиологических особенностей, обучение гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающее помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, а также работа с семьей. В 2015 году в структуру центров здоровья введен кабинет здорового питания, в функции которого включены организация и проведение мероприятий по информированию и мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни и рационального питания, в том числе и в учебных коллективах. Ежегодно центры здоровья посещают около 1,1 млн. детей и около 5 млн. взрослых.

Создание большого числа инфраструктурных элементов потребовало в короткое время, начиная с 2012 года, обеспечить повышение квалификации в вопросах формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний около 10000 сотрудников отделений и кабинетов медицинской профилактики и центров здоровья, а внедрение диспансеризации определенных групп взрослого населения потребовало повышение квалификации в этих вопросах еще около 30000 врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики. Повышение уровня квалификации указанных категорий осуществлялось на основе единых программ и методических документов в очно-заочной форме с использованием дистанционных форм обучения специалистами ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, кафедрами медицинских ВУЗов, а также при методическом сопровождении со стороны региональных центров медицинской профилактики силами сотрудников поликлиник.

С 2013 г. в стране организовано широкомасштабное проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних. В настоящее время система непрерывного мониторинга здоровья несовершеннолетних включает комплексную перинатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка, неонатальный скрининг на выявление фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза, андрогенитального синдрома, галактоземии, муковисцидоза), нарушения слуха, профилактические медицинские осмотры детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно с углубленным обследованием в критические возрастные периоды, а также ежегодная диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В 2015 году 21,3 млн. несовершеннолетних от 0 до 17 лет включительно прошли указанные профилактические медицинские осмотры и обследования.

С учетом высокого уровня смертности и большой распространенности факторов риска, начиная с 2013 года в стране организована широкомасштабная диспансеризация определенных групп взрослого населения. В 2015 году прошла диспансеризацию 22,5 млн. человек, из них 6 млн. направлены на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза. За 3 года (2013-2015 г.г.) более 65 % всего взрослого населения страны прошли диспансеризацию с целью раннего выявления неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и коррекции этих факторов.

По данным эпидемиологических исследований в последние годы 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. Большую роль в формировании положительного отношения граждан к здоровому образу жизни играют общественные организации, такие как «Лига здоровья нации», созданная в 2003 году. С учетом современной специфики коммуникации людей большую популярность приобрел в интернете сайт «Так здорово.ру» с последующим созданием целой сети подобных сайтов в большинстве субъектов Российской Федерации и продвижением темы здорового образа жизни в социальных сетях интернета, а также созданием телефонных горячих линий. Во всех регионах страны широко используются возможности местного телевидения для продвижения тематики сохранения и укрепления здоровья, а также массовые акции по пропаганде здорового образа жизни. В большинстве регионов формируется движение волонтеров. Мощный импульс получила работа по повышению информированности и мотивации населения к здоровому образу жизни во всех регионах страны в 2015 году, который Президентом Российской Федерации был объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

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, общественных деятелей и организаций понимают первоочередную необходимость формирования единой профилактической среды, создания внутренних и внешних условий обитания человека, необходимых для ведения здорового образа жизни.

В течение последних лет среди руководителей целого ряда крупных предприятий и объединяющих их общественных организаций возрастает понимание экономической выгоды формирования у работников здорового образа жизни и регулярного прохождения профилактических медицинских осмотров, а также целесообразности реализации специальных комплексных программ по созданию соответствующих условий для ведения работниками здорового образа жизни.

Помимо мер, направленных на снижение распространенности факторов риска, посредством формирования у населения навыков здорового образа жизни, а также создания системы раннего выявления неинфекционных заболеваний, большую роль в снижении смертности в стране сыграло повышение качества и доступности медицинской помощи. Среди этих мер реализация подпрограммы «Артериальная гипертензия» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями», Национального проекта «Здоровье», включающего строительство федеральных кардиохирургических центров и существенное увеличение объемов высоко-технологичной медицинской помощи, программы модернизации здравоохранения, а также последующее погружение высоко-технологичной медицинской помощи в программу обязательного медицинского страхования.

Большую роль в улучшении прогноза жизни больных с сердечно-сосудистой патологией сыграли организация сосудистых центров и внедрение современных стандартов лечения острых сосудистых заболеваний. В 2015 году в стране функционировало 415 первичных сосудистых отделений и 128 региональных сосудистых центров. В этом же году проведено более 120 тысяч стентирований, причем более 20 % больных с острым коронарным синдромом стентируются в экстренном порядке в течение первых трёх часов с момента госпитализации.

Позитивную роль в улучшении прогноза жизни больных с онкопатологией сыграло существенное увеличение охвата населения скрининг-тестами на выявление злокачественных новообразований, главным образом в рамках диспансеризации, и все более широкое внедрение современного высокотехнологичного хирургического, лучевого и химиотерапевтического лечения, узаконной категории больных.

По данным Росстата (2014) за период с 2000 г. по 2012 г. показатель стандартизованной смертности от хронической обструктивной болезни легких в России уменьшился в два раза – с 33 до 17 на 100 тыс. населения; в том числе среди мужчин – с 68 до 37 на 100 тыс.; среди женщин – с 15 до 7 на 100 тыс..

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.

В 2015 году проведена всероссийская компания-марафон в поддержку вакцинации населения под лозунгом «Вакцинация – здоровая нация». При поддержке Минздрава России создан портал «Специалисты о прививках» (www.yaprivot.ru). В результате в 2015 году против гриппа привито 43 млн. человек, что является беспрецедентным за всю историю прививочных компаний в Российской Федерации.

В стране сформированы крупные элементы системы постоянного наблюдения факторов влияющих на здоровье человека, путем регулярных опросов населения на индивидуальном уровне (взрослые и дети) и уровне домохозяйств. Исследовательский проект «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ» (RLMS-HSE) проводит указанное наблюдение с 1994 года по настоящее время. Федеральная служба государственной статистики осуществляет наблюдение (регулярные опросы населения) по следующим направлениям: наблюдение условий жизни населения (опросы в 2011 и 2014 г.г.), наблюдения доходов населения и участия в социальных программах (опросы в 2012, 2014 и 2015 году), наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения в 2013 году, наблюдение рациона питания населения в 2013 году, наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения (опросы в 2013 и 2015 годах).

Эпидемиологическое исследование ЭССЕ-РФ заложило основы для введения регулярного эпидемиологического мониторинга неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития у взрослых на федеральном уровне, во многих регионах созданы амбулаторные и госпитальные регистры больных неинфекционными заболеваниями.

По результатам моделирования с учетом прогноза реалистичной положительной динамики распространенности трех факторов риска, которые наибольшим образом влияют на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина и курение), к 2025 году величина суммарного популяционного сердечно-сосудистого риска у мужчин может снизиться на 17,4%, у женщин на 13,7%, а в целом на 15%. У мужчин это в первую очередь может произойти за счет снижения частоты повышенного уровня артериального давления, затем курения и в последнюю очередь общего холестерина, а у женщин также в первую очередь за счет снижения частоты повышенного уровня артериального давления, затем общего уровня холестерина и минимально за счет частоты курения.

Уменьшение популяционного сердечно-сосудистого риска к 2025 году на 15% позволяет сделать допущение возможности снижения сердечно-сосудистой смертности на 15%, а общей смертности от основных неинфекционных заболеваний на 10%. Согласно экспертной оценке повышение эффективности лечения болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, хронических обструктивных заболеваний и сахарного диабета в рамках оказания специализированной медицинской помощи, вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции, уменьшение пагубного потребления алкоголя позволят к этому времени снизить общую смертность еще на 15%. Таким образом, суммарное снижение общей смертности может составить не менее 25%, как это рекомендовано Глобальным планом действий ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями.

Профилактические меры являются наиболее эффективными и рентабельными среди всех мер, направленных на борьбу с неинфекционными заболеваниями. По данным крупных отечественных и зарубежных исследований, проведенных за последние 10-15 лет и представленных, в том числе на международных экономических форумах и в международных рецензируемых журналах, 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), что в 4 раза меньше порога затрат рекомендованных ВОЗ.

Нерешенные проблемы, основные причины и следствия

Несмотря на снижение смертности населения от неинфекционных заболеваний в течение последних 10 лет 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 механизмы 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 «Учета 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 угрожающих жизни заболеваниях (состояниях), в том числе с использованием автоматических дефибрилляторов.

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. В значительной степени прямым следствием этого в большинстве регионов страны является формальный подход к созданию межведомственных комиссий по охране здоровья граждан и разработке региональных программ. Межведомственный характер взаимодействия, как правило, ограничивается только вопросами повышения уровня информированности населения в вопросах здорового образа жизни за счет контактов федеральных и региональных органов государственной власти в сфере охраны здоровья, образования, физкультуры и спорта, а также средств массовой информации. Уровень и количество социальной рекламы по пропаганде здорового образа жизни на федеральных и региональных каналах телевидения явно недостаточны. В телевизионных и художественных фильмах под предлогом необходимости художественной достоверности произведений искусства продолжается непреднамеренная, но очень активная и действенная пропаганда употребления крепких спиртных напитков и курения. Далеко нереализованный потенциал в сфере пропаганды здорового образа жизни имеют структуры и средства министерства культуры и министерства спорта, недостаточный вклад в эту работу структур и средств системы воспитания и всех уровней образования.

Явно недостаточно взаимодействие и координация усилий всех структур государства и общества по созданию условий для ведения здорового образа жизни гражданами России в местах их проживания, работы и отдыха. 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.

Особого внимания требует муниципальный уровень работы по формированию здорового образа жизни населения по причине ее явной недостаточности в большинстве муниципальных образований субъектов Российской Федерации.

Не в полной мере используется потенциал существующей нормативной базы, не полностью определены акценты по основным направлениям деятельности. Так, в борьбе с поведенческими факторами риска особое внимание должно быть обращено на рост распространенности курения среди несовершеннолетних, а также девушек и женщин, и необходимость дальнейшего снижения распространенности курения среди мужчин. Недостаточны меры по реализации основных требований Федерального закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», в частности по проведению ценовой и налоговой политике. Несмотря на некоторый рост акцизов, табачная продукция стоит дешево. По данным мониторинга в регионах самые дешевые сигареты стоят 23 рубля, самые дорогие 110 рублей. Недостаточны меры 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. Недостаточно эффективно осуществляется контроль и надзор за исполнением данного закона и, особенно, за соблюдением запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах. У контрольно-надзорных организаций нет единого регламента проверок для мониторинга его исполнения. Недостаточен контроль запрета продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета потребления табака несовершеннолетними, запрета вовлечения детей в процесс потребления табака. До настоящего времени нет официальной информации о привлечении нарушителей данного закона к ответственности, обсуждения и осуждения его нарушителей в средствах массовой информации. Также недостаточны меры по оказанию взрослым гражданам и особенно детям медицинской помощи по отказу от курения и лечения табачной зависимости.

В сфере государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года также недостаточно предпринимается 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 частности, минимальная цена бутылки водки, не являясь высокой, была снижена в 2015 году с 220 до 185 рублей, а в 2016 году была вновь увеличена лишь до 190 рублей. В большинстве регионов алкоголь можно купить в любое время с 8 утра и до 23 часов вечера, что незначительно отражается на доступности его приобретения. Отсутствуют ограничения на продажу алкоголя в выходные дни. Относительное количество торговых точек, торгующих крепкими алкогольными напитками в нашей стране, существенно превышает аналогичный показатель в скандинавских странах. На телевидении вновь появилась реклама пива

в привязке к спортивным мероприятиям, а также безалкогольного пива без привязки к спортивным мероприятиям.

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. Численность больных сахарным диабетом по данным обращаемости на за период с 2003 года по 2013 год выросла в 2 раза (с 2 до 4 млн. человек), распространенность от 2% до 3%. Однако данные общероссийского эпидемиологического исследования NATION (2013-2015 гг.), направленного на активное выявление сахарного диабета 2 типа, свидетельствуют о том, что истинная распространенность больных сахарным диабетом 2 типа в Российской Федерации в 2 раза выше зарегистрированной и составляет больше 5%.

В стране не организован учет и не разработаны объективные индикаторы потребления населением поваренной соли, сахара, транс-изомеров жирных кислот, насыщенных животных жиров, оказывающих вредное влияние на здоровье человека. Недостаточны меры по ограничению продажи поблизости образовательных организаций продуктов питания, вредных для здоровья детей, таких как сладкие газированные напитки, фаст-фуд, чипсы, шоколадные батончики. Целесообразно ограничение рекламы колбасных изделий. Не запрещена реклама объективно не доказанной пользы для здоровья или лечебных свойств целого ряда рекламируемых пищевых продуктов.

Росгидромет, Росприроднадзор, Роспотребнадзор и Федеральное медико-биологическое агентство должны в большей степени координировать действия 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.

Не закончен процесс формирования оптимальной инфраструктуры медицинской профилактики. Многие региональные (субъектовые) центры медицинской профилактики недостаточно 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, как взрослого, так и детского населения.

Программа диспансеризации требует дальнейшего совершенствования в плане удаления методов скрининга, не доказавших свою достаточную медико-экономическую эффективность, и, напротив, внедрения более чувствительных и специфичных методов исследования, а также уточнения поло-возрастных групп, подлежащих обследованию. Недостаточно 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.

Недостаточна активность врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), сотрудников отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, а также сотрудников школьных медицинских кабинетов и здравпунктов в выявлении и коррекции у 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, а ограничивается понятием «горячее питание».

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).

Нерешенной является проблема создания единой системы мониторинга и контроля вакцинации против вируса гриппа, вируса папилломы человека, пневмококковой и других инфекции взрослого населения, способствующих развитию или осложняющих течение неинфекционных заболеваний.

Не создана полноценная система преподавания основ здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, как на додипломном, так и последипломном уровне подготовки врачей и средних медицинских работников. Также нет полноценной системы повышения уровня знаний врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных

врачей), врачей-педиатров участковых, сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики и центров здоровья, сотрудников отделении организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, а также сотрудников медицинских кабинетов и здравпунктов, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в рамках непрерывного медицинского образования.

Имеют место недостатки в сфере вторичной профилактики и предупреждения рецидивов неинфекционных заболеваний, а также амбулаторного и специализированного лечения сердечно-сосудистых, онкологических, хронических бронхолегочных 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. Недостаточны частота проведения и эффективность терапии, направленной на контроль уровня артериального давления, холестерина, глюкозы, а также предотвращение образования тромбов в крови.

Не решена полностью проблема доступности высокотехнологичной помощи больным неинфекционными заболеваниями, в первую очередь с острой сосудистой патологией за пределами крупных городов. Остаются актуальными вопросы дальнейшего развития системы сосудистых центров для лечения острых нарушений мозгового кровообращения и острого коронарного синдрома с последующим полноценным процессом реабилитации, существенного увеличения числа кардиохирургических операций и эндоваскулярных чрескатетерных вмешательств, а также увеличения числа имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов и ресинхронизирующих систем у больных с сердечной недостаточностью. Недостаточна активность предупредительных и лечебных мер в отношении поведенческих факторов риска у этих пациентов.

Для повышения качества амбулаторного лечения в организациях первичной медико-санитарной помощи необходимо создание системы бесплатного обеспечения лекарственными средствами больных с хроническими неинфекционными заболеваниями.

В большинстве регионов с зарегистрированным ростом показателя смертности от новообразований в 2014 году и (или) с показателем выше среднероссийского и имеющего тенденцию к росту, отмечались серьезные недостатки в организации онкологической помощи в первичном звене здравоохранения, во многом связанные с дефицитом квалифицированных специалистов по данной специальности. Не уделяется должного внимания реализации мероприятий по диспансеризации населения особенно в части повышения эффективности онкологического компонента диспансеризации. К организационно-методическому обеспечению и контролю качества проведения скрининговых программ в онкологии, входящих в объем диспансеризации, не привлечены в должной мере врачи-онкологи онкологических кабинетов поликлиник, онкологические диспансеры и центры, другие клинические и научно-исследовательские организации онкологического профиля.

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 разработано индикаторов.

В стране пока не создана эффективная единая система устойчивого регулярного эпидемиологического мониторинга неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, как на федеральном, так и на региональном уровнях, как у взрослых, так и у детей.

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 своему здоровью и здоровью детей на основе комплексного межсекторального подхода в соответствии требованиями Федерального закона № 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 у взрослых и детей, 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 и здоровью детей, а также ограничение рекламы и художественных произведений, негативно влияющих на образ жизни и здоровье взрослых и детей.

7. Совершенствование мер профилактики, раннего выявления неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития у взрослых и детей 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-генерики), 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.

Приоритеты и основные направления Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний

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.

Для усиления профилактической направленности здравоохранных действий, снижения смертности населения и бремени инфекционных заболеваний необходима одновременная реализация мер Стратегии по пяти основным приоритетным направлениям.

Первое направление Стратегии - снижение популяционного риска инфекционных заболеваний в масштабах всего населения за счет уменьшения распространенности поведенческих и регулируемых биологических факторов риска, что достигается (1) повышением информированности населения о факторах, влияющих на здоровье, а также мотивации к ведению здорового образа жизни, регулярному прохождению профилактических медицинских обследований и профилактических прививок; (2) обеспечением условий для ведения здорового образа жизни (свободная от табачного дыма среда, доступность продуктов здорового питания, запрет/ограничение рекламы и реализации продуктов, вредных для здоровья, доступность повседневной физической активности и занятий физической культурой и спортом, а также экологически безопасная среда обитания, чистый воздух, чистая вода и почва, жилищные условия, соответствующие санитарным нормам, включая водопровод, канализацию, газификацию).

Данное направление обеспечивает наибольший эффект, в том числе экономический, не ранее 5-10 лет его активной реализации. Первичные затраты со стороны федерального, регионального и муниципального бюджетов, а также работодателей на проведение непрерывной информационной кампании и, особенно, на обеспечение условий для ведения здорового образа жизни полностью окупаются и обеспечивают возврат инвестиций государству за счет сохранения рабочей силы в экономике и сокращения затрат на медицинскую помощь при заболеваниях и осложнениях, а бизнес-структурам за счет улучшения здоровья и повышения производительности труда работников.

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

Второе направление Стратегии - снижение доли граждан с высоким индивидуальным риском инфекционных заболеваний, а также доли граждан, имеющих эти заболевания.

Главным содержанием действий является раннее и максимально полное выявление граждан с высоким индивидуальным риском инфекционных заболеваний и максимально широкий охват их профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных у них поведенческих и биологических факторов риска в рамках диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и в центрах здоровья.

Это стратегическое направление является, по сути, первичной профилактикой, реализуемой в рамках первичного звена здравоохранения.

Затраты на проведение скрининга населения на предмет выявления инфекционных 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 обеспечение регулярного проведения диспансеризации населения (работников) и в организацию последующего диспансерного наблюдения выявленных больных в течение 10 лет составляет 5 руб. на каждый вложенный рубль. При этом возврат инвестиций происходит за счет производства, указанным населением (работниками) дополнительного объема внутреннего валового продукта. Однако необходимо подчеркнуть, что в первые годы проведения диспансеризации заболеваемость населения формально может увеличиться за счет увеличения выявляемости болезней, но в последующие годы она, как и смертность населения, должна прогрессивно снижаться, при условии, что суммарный охват населения диспансеризацией будет не менее 60-70 %.

Третье направление Стратегии - комплекс мер по предупреждению развития осложнений у граждан, имеющих инфекционные заболевания, в рамках диспансерного наблюдения больных врачами участковой службы в организациях первичной медико-санитарной помощи.

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.

Это стратегическое направление является, по сути, вторичной профилактикой, реализуемой в рамках первичного звена здравоохранения.

Важное значение имеет мониторинг охвата диспансерным наблюдением и качества его проведения у пациентов основными неинфекционными заболеваниями, с привлечением врачей-специалистов (кардиологов, онкологов, пульмонологов, эндокринологов) первичного звена здравоохранения, их активное участие в диспансерном наблюдении пациентов, и методическая помощь в этом аспекте врачам участковой службы, а также регулярное проведение вакцинации указанных больных против гриппа и пневмококковой инфекции.

Необходим поиск методов и средств повышения эффективности диспансерного наблюдения, как путем увеличения 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 ауди- и визуальные контакты врача и пациента), а также выездных методов работы.

Затраты на реализацию данного направления составляют около 2,5% от всех расходов на здравоохранение и включают в основном расходы на заработную плату участковых терапевтов, а также кардиологов, эндокринологов, неврологов, пульмонологов и онкологов, работающих в первичном звене. В случае внедрения в амбулаторную практику системы бесплатного обеспечения лекарственными средствами больных неинфекционными заболеваниями, которая существенно повышает эффективность их 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 высокотехнологической медицинской помощи.

Четвертое направление Стратегии – обеспечение своевременной и эффективной профилактики осложнений и контроль течения неинфекционных заболеваний в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

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 высокотехнологическое 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, (6) медицинская реабилитация

Это стратегическое направление является, по сути, вторичной профилактикой, реализуемой в рамках оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационаров, в том числе реабилитационных и санаторно-курортных организаций.

На реализацию четвертого направления Стратегии тратится основная часть всего бюджета здравоохранения.

V. 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, 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.

Указанные механизмы реализуются 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 в соответствии с четырьмя ее приоритетными направлениями.

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 (первое направление Стратегии).

- Совершенствование нормативно-правового регулирования процесса формирования профилактической среды, здорового образа жизни населения и ответственного отношения граждан к своему здоровью и здоровью детей на основе комплексного межсекторального подхода.

- Создание при Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан на функциональной основе органа межотраслевого управления, координации и реализации Стратегии, включающего: (1) организационный комитет из представителей руководства отраслей и секторов социально-экономической деятельности, участников реализации Стратегии; (2) группу ведущих специалистов-экспертов по основным направлениям реализации Стратегии; (3) межведомственную аналитическую группу по независимой оценке состояния здоровья населения, успешности формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, по выработке экспертных решений и рекомендаций на основе анализа официальных статистических данных, данных эпидемиологических и социологических исследований, проводимых в Российской Федерации, в том числе с участием Всемирной организации здравоохранения (4) технический обеспечивающий персонал.

Представители руководства отраслей и секторов социально-экономической деятельности (организационный комитет) согласуют свои действия по реализации Стратегии в рамках своих полномочий, а также с учетом мнения ведущих специалистов-экспертов и данных аналитической группы готовят проекты комплексных решений по реализации Стратегии на рассмотрение Правительственной комиссии. Межведомственная аналитическая группа не реже, чем 1 раз в год информирует правительственную комиссию о результатах своей деятельности.

- Создание во всех субъектах Российской Федерации правительственных комиссий в области охраны здоровья граждан под руководством председателей правительства регионов, в том числе в целях обеспечения межведомственного характера действий по повышению мотивации населения к здоровому образу жизни и обеспечению для этого необходимых условий. Организация в рамках данных комиссий на функциональной основе межведомственной структуры по независимой оценке состояния здоровья населения, успешности формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, выработке экспертных решений и рекомендаций на основе анализа официальных статистических данных, данных эпидемиологических исследований распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний и их связи со смертностью населения.

- Организация работы по повышению уровня знаний в сфере демографической и экономической эффективности пропаганды здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний для сотрудников федеральных, региональных и муниципальных органов власти, руководителей предприятий, профсоюзных деятелей, социальных работников, специалистов системы образования, физической культуры и спорта, молодежной политики,

средств массовой информации, учреждений культуры, волонтеров, активистов общественных организаций.

- Анализ и корректировка всех федеральных и региональных отраслевых программ развития на предмет наличия в них необходимых мероприятий, обеспечивающих повышение мотивации населения к здоровому образу жизни, регулярному прохождению профилактических медицинских обследований, профилактических прививок и обеспечение для этого необходимых условий.

- 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», в том числе планомерное увеличение акцизов на табачные изделия.

- Планомерное увеличение акцизов на водку, подавление производства и реализации нелегального алкоголя, а также запрет производства спиртосодержащих настоек емкостью более 30 мл и продажи их в аптеках одному покупателю более чем одна емкость, запрет производства и продажи спиртосодержащих моющих средств.

- Законодательный запрет продажи алкоголя гражданам в возрасте до 21 года и запрет продаж алкоголя и табачных изделий через интернет.

- Законодательное закрепленное размещение на этикетках бутылок для водки информации о вреде ее пагубного употребления.

- Законодательное ограничение негативного влияния на население, особенно на несовершеннолетних и молодежь, избыточной демонстрации в телевизионных, художественных и мультипликационных фильмах, в роликах и сюжетах примеров курения, употребления крепкого алкоголя и наркотиков.

- В целях борьбы с пьянством и алкоголизмом разработка программы обеспечения рабочих мест и трудоустройства граждан в регионах с низким уровнем доходов населения.

- Нормативно-правовое обеспечение возможности ведения здорового образа жизни всеми слоями населения России, включая малоимущих и социально незащищенных категорий граждан.

- Создание законодательных механизмов для обеспечения возможности широкого использования социальной рекламы на всех каналах федерального и регионального телевидения в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения.

- Разработка мер, в том числе налоговых, стимулирующих и мотивирующих работодателей к реализации программ и отдельных мероприятий по укреплению здоровья работников через создание на рабочем месте бездымной среды, доступности продуктов здорового питания и обеспечению условий для физической активности. Создание всероссийского, региональных и муниципальных рейтингов предприятий в области обеспечения здоровых условий на рабочем месте.

- Обеспечение развития государственно-частного партнерства в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, с привлечением инвесторов под гарантии государства возврата инвестиций.

- Усиление роли профсоюзов в формировании ответственности работодателей за сохранение здоровья работников путем инициации внесения соответствующих пунктов в Генеральное соглашение между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством Российской Федерации, а также в коллективные договоры между первичными профсоюзными организациями и администрацией предприятий и учреждений.

- Приведение состава и объема продуктов питания потребительской корзины к нормам здорового питания с уменьшением в ее составе содержания транс-изомеров жирных кислот, молочных продуктов высокой жирности, поваренной соли.

- Разработка 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. Вовлечение в процесс регулирования содержания в продуктах указанных веществ общественных объединений производителей, продуктов их содержащих.

- Разработка перечня мясных и рыбных полуфабрикатов, мясных и рыбных продуктов, готовых к употреблению, хлебо-булочных изделий с рекомендованным содержанием в них пищевой соли. Введение на готовые к потреблению мясные и рыбные продукты, мясные и рыбные полуфабрикаты, хлебо-булочные изделия с уровнем содержания пищевой соли выше рекомендованных дополнительных налогов с продаж.

- Законодательное ограничение по продолжительности и времени показа рекламы на телевидении вредных для здоровья продуктов питания (сладкие газированные напитки, чипсы, фаст-фуд, шоколадные батончики, колбасные изделия), а также введение акцизов на сладкие газированные напитки, фаст-фуд и шоколадные батончики.
- Внесение изменений в технические регламенты в части снижения в продуктах питания вредных для здоровья веществ (животные насыщенные жиры, соль, сахар, транс-изомеры жирных кислот).
- Применение ограничительных мер на производство и реализацию продуктов, содержащих повышенный уровень транс-изомеров жирных кислот.
- Законодательное закрепление требований к маркировке продуктов (полная информация о калорийности, содержании насыщенных животных жиров и углеводов, соли, а также использование легко читаемого черного шрифта на светлом фоне).
- Законодательное предоставление налоговых преференций производителям продуктов здорового питания.
- Формирование сети столовых, кафе и ресторанов, предоставляющих гражданам диетическое питание и (или) здоровое питание, в том числе бесплатное диетическое и (или) здоровое питание для граждан находящихся за чертой бедности (с доходами ниже прожиточного минимума).
- Обеспечение условий для повседневной двигательной активности жителей городов за счет изменения градостроительной политики с развитием парковых зон, пешеходных и велосипедных дорожек.
- Обеспечение условий для занятий широкими слоями населения физической культурой и массовым спортом за счет строительства доступных физкультурно-оздоровительных комплексов, бассейнов, стадионов, площадок.
- Развитие массового спорта, в первую очередь среди несовершеннолетних за счет создания доступных спортивных секций и подготовки необходимого количества детских тренеров. Организация регулярных всероссийских и региональных массовых спортивных акций, семейных и школьных соревнований, чемпионатов любителей массового спорта, в том числе средних и старших возрастных групп.
- Широкое распространение опыта ассоциации «Здоровые города, районы и поселки» через популяризацию данного движения в рамках ежегодных конкурсов «Самый здоровый город, район, поселок России».
- Организация на федеральном и региональном уровнях разработки и широкого распространения брошюр, буклетов и листовок, в том числе для несовершеннолетних, с ярким и образным раскрытием принципов, содержания и преимуществ ведения здорового образа жизни, а также организация разработки и широкого транслирования мультипликационных фильмов, аудио- и видеороликов на эту тему.
- 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.
- Обеспечение эффективного мотивирования к ведению здорового образа жизни и обеспечению для этого необходимых условий в воспитательных и образовательных учреждениях, в трудовых и иных организованных коллективах. Повышение уровня квалификации сотрудников отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним, а также педагогов в образовательных организациях в области формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний у несовершеннолетних.
- Проведение популяционных мероприятий по активной профилактике внегоспитальной смертности от сердечно-сосудистых и бронхо-легочных заболеваний, включающих массовое обучение населения основным симптомам угрожающих жизни состояний, требующих вызова скорой медицинской помощи, обучение порядку действий в период до прибытия медицинского работника, а также размещение в местах массового скопления граждан автоматических дефибрилляторов.
- Приведение структур медицинской профилактики (центров медицинской профилактики, центров здоровья, отделений (кабинетов) медицинской профилактики) во всех субъектах Российской Федерации 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.

- Проведение санитарно-просветительной работы и массовых агитационных мероприятий по 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.

- Формирование единой системы мониторинга и контроля вакцинации против вируса гриппа, вируса папилломы человека, пневмококковой и других инфекции взрослого населения, способствующих развитию или осложняющих течение неинфекционных заболеваний.

- 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.

- Широкое санитарно-гигиеническое просвещение населения о первых признаках наиболее опасных и наиболее часто встречающихся жизнеугрожающих состояний и необходимости срочного вызова скорой медицинской помощи;

- Развитие 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.

2. Снижение доли граждан с высоким индивидуальным риском неинфекционных заболеваний, а также доли граждан, имеющих эти заболевания (второе направление Стратегии).

- Приведение отделений (кабинетов) медицинской профилактики и центров здоровья в соответствие 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.

- Совершенствование системы диспансеризации определенных групп взрослого населения путем уточнения возрастных диапазонов и кратности проведения исследований с выработкой индивидуальных многолетних программ скрининга, введения современных высокоточных методов диагностики факторов риска и неинфекционных заболеваний, обеспечения методического сопровождения и контроля качества исполнения со стороны врачей-онкологов, специалистов в области лабораторной и инструментальной диагностики, более широкого использования методов обследования второго этапа диспансеризации для постановки и подтверждения диагноза, уточнения структуры проблем со здоровьем у пожилых и методов их решения в процессе диспансеризации в сопряжении с медицинской помощью пожилым в первичном звене здравоохранения, повышения охвата и методического уровня проведения углубленного профилактического консультирования, обеспечения современного информационного сопровождения диспансеризации.

- Обеспечение в рамках трехлетнего цикла не менее чем 70% охват медико-профилактическим обследованием различных групп населения, включая граждан старше 75 лет (диспансеризация, профилактические медицинские осмотры, работы и услуги по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний).

- Создание во всех регионах страны системы дистанционного консультирования («второе мнение») результатов рентгенологических и морфологических исследований в процессе диспансеризации и профилактических осмотров.

- Внедрение в практику работы всех санаторно-курортных организаций практики выявления факторов риска и их коррекции, а также пропаганды здорового образа жизни.

- Повышение уровня квалификации в области формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья для взрослых и детей, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, врачей-педиатров участковых, сотрудников отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, сотрудников школьных медицинских кабинетов и здравпунктов, сотрудников санаторно-курортных организаций.

- Организация подготовки в медицинских колледжах средних медицинских работников для работы в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, в центрах здоровья, в том числе центров здоровья для детей.

- Повышение уровня квалификации средних медицинских работников поликлиник 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 изучения в рамках додипломного обучения на кафедрах поликлинической терапии медицинских ВУЗов вопросов диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и формирования здорового образа жизни.

- Формирование в составе центров медицинской профилактики субъектов Российской Федерации подразделений по организационно-методическому сопровождению процессов формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний среди несовершеннолетних, включая мониторинг распространенности факторов риска, информационную и организационно-методическую поддержку врачей-педиатров участковых, санитарно-просветительскую деятельность среди несовершеннолетних, их родителей, работников образовательных организаций.

- Внедрение в практику работы врачей поликлиник индивидуального информирования пациентов с высоким риском развития неотложных состояний и их близких об основных симптомах угрожающих жизни состояний, требующих вызова скорой медицинской помощи, а также о порядке действий до прибытия медицинского работника.

- Повышение уровня научной деятельности в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, инновационного развития профилактических технологий, в том числе проведение научных исследований по изучению эффективности скрининга на рак предстательной железы, рак легких и рак желудка, а также исследования с целью обоснования медико-экономической эффективности молекулярно-генетического тестирования.

- Организация диспансерного наблюдения не менее 70 % лиц с высоким индивидуальным уровнем риска развития неинфекционных заболеваний, с проведением комплекса профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по его снижению.

3. Предупреждение развития осложнений у граждан, имеющих неинфекционные заболевания, в рамках диспансерного наблюдения больных врачами участковой службы в организациях первичной медико-санитарной помощи (третье направление Стратегии).

- 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.

- Обеспечение в первичном звене здравоохранения условий для современной организации повседневной деятельности, проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения на основе повсеместного внедрения компьютерных технологий, электронной медицинской карты и средств коммуникации с возможностью информатизации и автоматизации процесса диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, с автоматическим взятием на учет больных с неинфекционными заболеваниями, с оценкой достижения целевых параметров лечения в процессе диспансерного наблюдения, с контролем своевременности прохождения вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции, с наличием системы поддержки принятия решений, а также с возможностью выработки показателей для эффективного контракта.

- Создание и повсеместное внедрение системы бесплатного обеспечения лиц с неинфекционными заболеваниями лекарственными средствами при оказании им первичной медико-санитарной помощи, включая бесплатную вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции.

- Повышение уровня квалификации врачей участковой службы (врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-педиатров участковых) и врачей-специалистов (кардиологов, неврологов, пульмонологов, эндокринологов) первичной медико-санитарной помощи 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.

- 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 анализа всех смертельных исходов на врачебных (терапевтических) участках с позиций концепции предотвратимой смертности, а всех умерших вне

стационаров дополнительно с позиции своевременности вызова скорой помощи и выяснения причин отказа в госпитализации или отсутствия вызова скорой помощи

4. Своевременная, доступная и эффективная профилактика осложнений и контроль течения неинфекционных заболеваний в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (четвертое направление Стратегии).

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, порядками оказания медицинской 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.

- Обеспечение разработки, поддержки и развития персонализированных регистров сердечно-сосудистых, онкологических, хронических бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета, с набором соответствующих показателей, отвечающим региональным и национальным потребностям.

- Внедрение в практику работы врачей поликлиник индивидуального информирования пациентов с высоким риском развития неотложных состояний и их близких об основных симптомах угрожающих жизни состояний, требующих вызова скорой медицинской помощи, а также о порядке действий до прибытия медицинского работника.

Стратегия развивает и конкретизирует 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.

Основные и дополнительные показатели профилактики и контроля неинфекционных заболеваний, используемые для мониторинга достижения 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	(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		
Поведенческие факторы риска		
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)
Потребление соли/натрия	(4.1) Относительное сокращение на 15% среднего потребления населением соли/натрия (4.2) Относительное сокращение на 10 % распространенности избыточного потребления соли	(9.1) Стандартизованное по возрасту среднее суточное потребление соли (хлорида натрия) на душу населения в возрасте от 18 лет в граммах (9.2) Распространенности избыточного потребления соли у лиц в возрасте от 18 лет

	Дополнительные показатели	(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)
Потребление табака	(5) Относительное сокращение текущего показателя распространенности употребления табака среди лиц в возрасте от 18 лет мужского пола на 23%, женского пола на 12 %	(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 отдельно для мужского и женского пола
Биологические факторы риска		
Повышенное кровяное давление	(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%	(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 отдельно 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
Диабет и ожирение	(8) Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения	(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). (19) Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков (определяются в соответствии с принятыми ВОЗ стандартными показателями развития детей школьного возраста и подростков как одно среднее квадратичное отклонение индекса массы тела с учетом возраста и пола (избыточная масса тела) и два среднее квадратичных отклонения индекса массы тела с учетом возраста и пола (ожирение)) (20) Стандартизованная по возрасту распространенность избыточного веса и ожирения у лиц в возрасте от 18 лет (избыточный вес: если индекс массы тела ≥ 25 кг/м ² ; ожирение: если индекс массы тела ≥ 30 кг/м ²)
Дополнительные показатели		(21) Стандартизованная по возрасту средняя доля общего потребления калорий за счет насыщенных жирных кислот у взрослых в возрасте от 18 лет (22) Стандартизованная по возрасту распространенность потребления менее пяти полных порций (400 граммов) фруктов и овощей в день взрослым населением (в возрасте от 18 лет) (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); (24) средний уровень общего холестерина в популяции

Меры, реализуемые в сфере системы здравоохранения, в том числе в ведомственных системах охраны здоровья и в иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность		
Раннее выявление основных неинфекционных заболеваний и лиц с высоким риском их развития	(9) Охват диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами не менее 23 % взрослого населения в год или 70 % взрослого населения за 3 года	(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)
Лекарственная терапия с целью профилактики сердечных приступов и инсультов	(10) Обеспечение не менее 50% лиц, имеющих соответствующие показания, надлежащей лекарственной терапией и консультированием врачами-специалистами для профилактики инфарктов, инсультов и других осложнений хронических неинфекционных заболеваний	(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
Основные лекарственные препараты и базовые технологии для лечения основных неинфекционных заболеваний	(11) Достижение, как в частных, так и в государственных учреждениях здравоохранения 80% уровня наличия базовых технологий и лекарственных средств (включая препараты-генерики), необходимых для лечения наиболее распространенных неинфекционных заболеваний	(27) Наличие и ценовая доступность качественных, безопасных и эффективных основных лекарственных средств для лечения неинфекционных заболеваний, включая генерики, и основных технологий как в государственных, так и частных учреждениях
Вакцинация от инфекционных заболеваний, как средство профилактики развития осложнений основных неинфекционных заболеваний	(12) Охват прививками против гриппа не менее 70 % взрослого населения	(28) Охват прививками против гриппа отдельно детей, взрослых до 65 лет, взрослых 65 лет и старше, а также лиц, имеющих основные неинфекционные заболевания (абсолютное значение, процент)
	Дополнительные показатели	(29) Охват прививками против пневмококковой инфекции граждан, имеющих основные неинфекционные заболевания и находящихся в возрасте 65 лет и старше (абсолютное значение, процент) (30) Обеспечение наличия вакцин и доля самостоятельно вакцинированных лиц против папилломавируса человека в возрастной группе от 11 до 26 лет (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) (32) Охват вакцинацией против вируса гепатита В с мониторингом числа детей грудного возраста, получивших третью дозу вакцины против гепатита В (НерВ3)
Дополнительные показатели		(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
Меры, реализуемые в других ведомствах, секторах и организациях кроме системы здравоохранения, ведомственных систем охраны здоровья и иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность		

Обеспечение экологически безопасной среды обитания, жизни и деятельности человека	(13) Снижение в 2 раза числа проб атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, превышающих предельно допустимые концентрации (ПДК)	(34) Доля проб атмосферного воздуха в населенных пунктах, превышающих предельно допустимые концентрации (ПДК) (абсолютное значение, процент от общего числа проб)
	Дополнительные показатели	(35) Количество городского населения, подвергаемого воздействию концентраций твердых частиц диаметром 10 мкм (PM10), превышающих установленные нормативы (36) Количество городского населения, подвергаемого воздействию концентраций твердых частиц диаметром 2,5 мкм (PM2,5), превышающих установленные нормативы
	(14) Обеспечение не менее 95 % населения питьевой водой, отвечающей санитарно-эпидемиологическим требованиям	(37) Обеспеченность городских поселений и поселков городского типа питьевой водой, отвечающей санитарно-эпидемиологическим требованиям (процент от числа городских поселений и поселков городского типа) (38) Обеспеченность населенных сельских поселений питьевой водой, отвечающей санитарно-эпидемиологическим требованиям (процент от числа сельских поселений)
	(15) Обеспечение жилищных условий, соответствующих санитарным нормам для 85 % населения страны	(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)
	(16) Обеспечение для 85% населения доступных мест для пешеходных и велосипедных прогулок, занятий физической культурой и спортом.	(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 10000 населения) (43) Число граждан организованно и постоянно занимавшихся физической культурой и спортом (в физкультурно-оздоровительных клубах, секциях, группах и др.) на 1000 человек населения
	Дополнительные показатели	(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)
Обеспечение доступности здорового питания	(17) Приведение состава и объема продуктов питания потребительской корзины к нормам здорового питания с уменьшением в ее составе жиров с повышенным содержанием транс-изомеров жирных кислот и поваренной соли	Состав и объем потребления продуктов питания в потребительской корзине в целом по Российской Федерации устанавливается федеральным законом
	(18) Снижение в 1,5 раза численности бедного населения (с доходами ниже прожиточного минимума)	(45) Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, в процентах от общей численности населения в целом по Российской Федерации (млн. человек, процент от общей численности населения)
	Дополнительные показатели	(46) Число столовых, кафе и ресторанов предоставляющих гражданам здоровое питание, на 100000 жителей, из них: (46.2.) число столовых и кафе здорового питания с организацией бесплатного здорового питания для граждан находящихся за чертой бедности (с доходами ниже прожиточного минимума); на 100000 жителей

	(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) Общее потребление масла сливочного и пищевых животных жиров населением в год, тонн (48.1) Потребление масла сливочного и пищевых животных жиров на душу населения в день в граммах (49) Общее потребление пищевых маргаринов и кулинарных жиров (частично гидрогенизированных растительных масел) населением в год, тонн (49.1) Потребление пищевых маргаринов и кулинарных жиров (частично гидрогенизированных растительных масел) на душу населения в день в граммах
	Дополнительные показатели	(50) Общее потребление пищевого пальмового масла населением в год, тонн (50.1) Потребление пищевого пальмового масла на душу населения в день в граммах (51) Общее потребление масла растительного пищевого (кроме пальмового), спредов и других жиров, не содержащих трансизомеров жирных кислот населением в год, тонн (51.1) Потребление масла растительного пищевого (кроме пальмового), спредов и других жиров, не содержащих трансизомеров жирных кислот, на душу населения в день в граммах
	(20) Организация здорового питания во всех воспитательных и образовательных учреждениях, а также в Вооруженных силах Российской Федерации и других министерствах и ведомствах с организованным питанием	(52) Доля воспитательных учреждений, где организовано здоровое питание (абсолютное значение, процент) (53) Доля образовательных учреждений, где организовано здоровое питание (абсолютное значение, процент)
	(21) Снижение потребления добавленных простых сахаров на 10 %	(54) Общее потребление простых сахаров, населением в год, тонн (54.1) Потребление простых сахаров, грамм на душу населения в день
Дополнительные показатели		(55) Доля исследованных проб продовольственного сырья и пищевых продуктов не отвечающих гигиеническим нормативам по химическим и микробиологическим показателям (в процентах от общего числа исследованных проб) (56) Потребление морской рыбы и рыбопродуктов на душу населения в день в граммах (57) Потребление мяса птицы на душу населения в день в граммах