

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 67,6 % от общей смертности населения, которая, несмотря на определенные успехи по ее снижению, остается на очень высоком уровне.

Основной причиной высокой по мировым меркам частоты развития неинфекционных заболеваний является большая распространенность предотвратимых факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни (употребление табака, нерациональный характер питания, недостаточная физическая активность, вредное 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, высокий уровень бедности и неравенства доходов населения, социальное неблагополучие).

Увеличение числа граждан, в том числе, пожилого и старческого возраста, приверженных здоровому образу жизни и принципам здорового, активного долголетия, создание для этого необходимых условий, снижение факторов среды обитания, негативно влияющих на здоровье, а также коррекция поведенческих факторов риска и снижение распространенности ожирения в молодых и средних возрастах, 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

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.

национальной безопасности в сфере охраны здоровья на долгосрочную перспективу является усиление профилактической направленности действий всех секторов власти, структур, 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. № 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, 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 повышение уровня грамотности населения в вопросах здоровья, 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 Всемирной организации здравоохранения (далее – 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 Организации Объединенных Наций (далее – ООН) по неинфекционным заболеваниям (Нью-Йорк, 2014) и рекомендации других документов ВОЗ, направленных на согласованные и координированные действия для достижения девяти добровольных глобальных целей, в том числе цели относительного сокращения преждевременной смертности от четырех основных групп неинфекционных заболеваний на 25% к 2025 году в контексте Европейской политики Здоровье-2020, 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 мужчин значительно выше, чем женщин, при этом существенное влияние на уровень смертности оказывает более высокая распространенность вредных привычек среди мужчин. У мужчин, не имеющих доказанного атеросклероза, 10-летний риск инсульта, инфаркта миокарда и сердечно-сосудистой смерти в 5,5 раз выше, чем у женщин. 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 тяжестью проблем, связанных с потреблением алкоголя, особенно крепкого. 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 экономическими потерями 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, трудовыми потерями и сокращением 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. 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%; 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%.

По данным опроса «Глобальный опрос взрослых о потреблении табака», проведенного совместно Росстатом и Всемирной организацией здравоохранения, с 2009 по 2016 гг. в России распространенность курения снизилась с 39,4% до 30,9%, в том числе среди мужчин - с 60,7% до 50,9%, а среди женщин - с 21,7% до 14,3%.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, распространенность ожирения в Российской Федерации в 2016 г. среди лиц старше 18 лет составляла 23,1%, в том числе 18,1% среди мужчин и 26,9% среди женщин.

С 2008 по 2016 гг. в Российской Федерации отмечено значительное снижение среднедушевого потребления алкогольной продукции, с 16,2 литров до 10,3 л этанола в год на душу населения. Однако более 60% потребляемого этанола приходится на легальные и нелегальные крепкие алкогольные напитки, что является одним из самых высоких показателей в мире.

С 2002 по 2014 гг. распространенность ожирения среди подростков 13 лет выросла с 0,9% до 3,8%, в том числе, среди мальчиков - с 1,3% до 6,2%.

Среди несовершеннолетних с избыточной массой тела или ожирением артериальная гипертензия выявляется значительно чаще и распространенность артериальной гипертензии существенно выше, чем среди детей с нормальной массой тела.

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. При проживании в сельской местности чаще обнаруживается избыточное потребление соли и реже симптомы депрессии и низкой физической активности.

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 позицию 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 гипертензии, 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 23.02.2013 № 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»;
- «Стратегия повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 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»;
- «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»;
- 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 религиозных конфессий 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.

Проводится интеграция вопросов формирования здорового образа жизни в проектное управление (Протоколом заседания Совета при Президенте России по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 26.07.2017 № 8 утвержден приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни»).

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 «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России. Центральным ядром этой системы в субъектах федерации являются региональные центры медицинской профилактики. Вторым структурным элементом являются функционирующие на базе поликлиник центры здоровья для взрослых.

По данным Минздрава России в 2016 году в Российской Федерации функционировало 752 центра здоровья, из них 234 – для детей, в которых проводится обследование граждан, 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 работу 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. В 2015 году число посещений центров здоровья составило более 5,9 млн., в том числе детьми (0-17 лет) – около 1,7 млн. посещений.

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 4 тыс. отделений и кабинетов, в штат которых введена должность «врач по медицинской профилактике»

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 10 тыс. сотрудников отделений и кабинетов медицинской профилактики и центров здоровья, а внедрение диспансеризации определенных групп взрослого населения потребовало повышения квалификации в этих вопросах еще около 30 тыс. 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 «НМИЦ 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 Российской Федерации организовано широкомасштабное проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

В настоящее время система непрерывного мониторинга здоровья несовершеннолетних включает комплексную перинатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка. Проводится неонатальный скрининг на выявление фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза, андрогенитального синдрома, галактоземии, муковисцидоза, аудиологический скрининг, профилактические медицинские осмотры детей с рождения до 17 лет, с углубленным обследованием в критические возрастные периоды, ежегодная диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. 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 2016 году прошло диспансеризацию 21,4 млн человек, из них 6 млн направлены на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза. За 3 года (2013 – 2015 гг.) 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 к повышению уровня информированности граждан о факторах риска развития неинфекционных заболеваний, а данные социологических опросов выявили повышение мотивации граждан к ведению здорового образа жизни и сохранению здоровья. Вопросы формирования положительного отношения граждан к здоровому образу жизни занимаются общественные организации, такие как «Лига здоровья нации», созданная в 2003 году, а также интернет сайт takzdorovo.ru и сеть подобных сайтов в большинстве субъектов Российской Федерации, профильные телефонные горячие линии. 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 был объявлен Президентом Российской Федерации годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В стране набирает популярность движение «Здоровые города, районы и поселки». 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 гипертония» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями», Национального проекта «Здоровье», включающего строительство федеральных кардиохирургических центров, и существенное увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи, программы модернизации здравоохранения, а также последующее погружение высокотехнологичной 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 2016 году в стране функционировало 459 первичных сосудистых отделений и 134 региональных сосудистых центра. Ежегодно проводится более 120 тысяч стентирований, причем более 20 %

больных с острым коронарным синдромом стентированы 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 указанной категории больных.

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 кампания-марафон в поддержку вакцинации населения под лозунгом «Вакцинация – здоровая нация». При поддержке Минздрава России создан портал «Специалисты о прививках» (www.yaprivit.ru). В результате в 2015 году против гриппа привито 43 млн. человек, что является беспрецедентным за всю историю прививочных кампаний 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 проведены в 2011, 2014 и 2016 годах), наблюдения доходов населения и участия в социальных программах (опросы проводятся ежегодно с 2014 года.), 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 проведены в 2013 и 2015 гг.).

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 вредного 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 профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013 – 2020 гг.

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.

1. 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. В 2015 г. от основных неинфекционных заболеваний (суммарно от болезней системы кровообращения, злокачественных онкологических и хронических бронхо-легочных заболеваний, сахарного диабета) умерло 1,29 млн граждан, что составило 67,6 % от всей смертности населения России. 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.

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 нередко 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 Российской Федерации и Министерства спорта Российской Федерации, 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 населением в местах 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, 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 от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», в частности по проведению ценовой и налоговой политики. Несмотря на некоторый рост акцизов, табачная продукция стоит дешево. По данным Росстата, средняя потребительская цена за пачку сигарет отечественных и зарубежных марок составляет 69,7 и 97,1 руб. соответственно. 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, 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. Недостаточен контроль продажи алкогольной продукции несовершеннолетним.

Наряду с проблемами потребления табака возникают новые вызовы, мешающие эффективной реализации антитабачной политики в стране. Все большее распространение получают электронные системы доставки никотина и нагревательного табака. Ввоз, продажи, реклама, продвижение и потребление этих изделий никак не регулируются

в настоящее время, что приводит резкому увеличению распространенности потребления этих продуктов, особенно подростками и представляет серьезную угрозу для достижений реализации антитабачных мер Федерального закона № 15-ФЗ.

В сфере государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года также недостаточно предпринимаемых мер, направленных на осуществление политики ценообразования на алкогольную продукцию и снижение доступности алкогольной продукции путем ограничения и жесткого контроля ее розничной продажи по месту и времени; необходимо ограничение (вплоть до полного запрета) скрытой рекламы алкогольной продукции, привлекающей общественное внимание, особенно детей и молодежи. В 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. Мало распространены ограничения на продажу алкоголя в выходные дни. Относительное количество торговых точек, торгующих крепкими алкогольными напитками в Российской Федерации, существенно превышает аналогичный показатель

в скандинавских странах, в которых традиционно была популярной северная модель потребления алкоголя с потреблением высоких доз крепкого алкоголя. 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 гипертонии, развития метаболического синдрома, сахарного диабета и неалкогольной жировой болезни печени, снижения их репродуктивного здоровья. Численность больных сахарным диабетом по данным обращаемости за период с 2003 года по 2016 год выросла в 2,3 раза (с 2 до 4,6 млн. человек), распространенность от 2% до 3,1 %. 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 почти в 2 раза выше зарегистрированной и составляет больше 5%.

Рацион питания большинства граждан не соответствует понятию здоровое питание². Требуется совершенствование существующей системы учета и актуализация объективных индикаторов потребления населением поваренной соли (в том числе йодированной), сахаров, различных видов жиров, в том числе искусственных транс-жиров а также разработка и применение других показателей-индикаторов, рекомендованных ВОЗ для мониторинга мероприятий Глобального плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2013-2020.

Недостаточны меры по ограничению продажи вблизи образовательных организаций продуктов с избыточным содержанием энергии, насыщенных жиров, транс-жиров, добавленных простых сахаров, поваренной соли, а также сладких напитков. Недостаточны меры по недопущению недостоверной рекламы, которая содержит несоответствующие

² Под здоровым питанием в настоящей Стратегии понимается (1) питание с ограничением продуктов, способствующих развитию ожирения, артериальной гипертонии, атеросклероза, сахарного диабета и других неинфекционных заболеваний к которым относятся продукты с высоким содержанием энергии, насыщенных жиров, транс-жиров, соли и сахара, подслащенные напитки (как с добавлением сахара, так и искусственных подсластителей), переработанные мясопродукты (2) питание с расширенным включением в рацион продуктов, которые уменьшают риск развития указанных заболеваний: продукты с низким содержанием энергии, насыщенных жиров, искусственных транс-жиров, соли и сахара, а также фрукты овощи, орехи, бобовые, цельнозерновые продукты, кисломолочные продукты, мясо птицы, рыбы, особенно морских видов и морепродукты.

действительности сведения о любых характеристиках товара, особенно полезных для здоровья или лечебных свойствах пищевой продукции, биологически активных добавок и лекарственных средств, которые устанавливаются порядком определенным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Требуется изменение учета потребления фруктовых соков, предполагающего с 2005 года пересчет их на фрукты и соответствующее включение в группу потребления «фрукты и ягоды». Фруктовые и ягодные напитки, особенно с добавленным сахаром, а также осветленные соки не относятся к продуктам здорового питания. В результате такой формы учета потребление фруктов и ягод в стране выросло на потребителя в год в среднем с 39 кг в 2004 году до 51 кг в 2005 году, то есть прирост за 1 год составил 31%, что на порядок выше, чем в предшествующие и последующие годы.

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 - Приказ 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 исключения 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 на диспансерное наблюдение и дальнейшего обследования со стороны специалистов-онкологов, кардиологов, эндокринологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, гериатров, психиатров 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 питание детей школьного возраста и организованное питание отдельных групп населения не соответствует здоровому питанию, а ограничивается понятием «горячее питание».

Не обеспечено в полном объеме использование информационно-телекоммуникационных технологий при организации профилактики и лечения больных с неинфекционными заболеваниями в первичном звене здравоохранения (интегрированная электронная медицинская карта, электронная форма медицинских документов, дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента).

Нерешенной является проблема создания единой системы персонифицированного мониторинга и контроля вакцинации против вируса гриппа, вируса папилломы человека,

пневмококковой, гепатита В и других инфекций взрослого населения, способствующих развитию или осложняющих течение неинфекционных заболеваний.

Нуждается в совершенствовании система преподавания основ здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, как при получении среднего и высшего медицинского образования, так и в системе повышения квалификации средних медицинских работников и врачей. Также нуждается в совершенствовании система повышения уровня знаний врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-педиатров участковых, сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики и центров здоровья, сотрудников отделений 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. Сохранение у больных неинфекционными заболеваниями поведенческих и биологических факторов риска способствует поддержанию и ускорению патологических процессов в организме, несмотря на проводимое специализированное, в том числе высокотехнологическое лечение. Так, среди больных ишемической болезнью сердца продолжают курить 23%, имеют ожирение 51%, низкий уровень физической активности 61%. В значительной степени следствием высокой распространенности факторов риска является высокая частота повторных инфарктов миокарда и инсультов (25% и 36% соответственно). Во многом такое положение дел объясняется отсутствием должного внимания со стороны медицинских организаций, медицинских работников, и в первую очередь лечащих врачей, к данной проблеме.

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.

Требует оптимизации 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

1. Цели Стратегии

Целями Стратегии являются:

- увеличение продолжительности здоровой и активной жизни граждан;
- повышение приверженности населения к здоровому образу жизни;
- повышение эффективности профилактики, контроля и снижения бремени неинфекционных заболеваний;
- создание единой профилактической среды обитания, жизни и деятельности человека на основе межведомственного взаимодействия всех ветвей власти, секторов, слоев и структур общества, включая сферу здравоохранения, другие министерства, агентства и службы, работодателей, профсоюзы, общественные организации, представителей религиозных конфессий и других групп населения.

2. 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 с 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) с учетом необходимости защиты политики общественного здравоохранения от воздействия

коммерческих и других корпоративных интересов табачной, алкогольной промышленности, других наносящих вред для здоровья товаров.

3. Повышение уровня информированности потенциальных участников процесса формирования профилактической среды (реализации Стратегии), включая органы управления и организации в сфере охраны здоровья, другие министерства, агентства и службы с участием федеральных и региональных общественных советов министерств и служб, работодателей, профсоюзы, 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 единой (объединенной на основе информационных технологий) системы регулярного 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 мер повышения уровня грамотности населения в вопросах здоровья, пропаганды здорового образа жизни, просвещения населения о факторах риска развития неинфекционных заболеваний и необходимости ответственного отношения к своему здоровью и здоровью детей, а также ограничение рекламы и демонстрации в художественных произведениях поведенческих привычек, 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 с неинфекционными заболеваниями и высоким риском их развития, а также обеспечением граждан, имеющих соответствующие показания, надлежащей лекарственной терапией.

8. Совершенствование мер профилактики неинфекционных заболеваний в рамках специализированной медицинской помощи с обеспечением широкой доступности консультаций врачами-специалистами и высокого уровня наличия базовых современных технологий, основных лекарственных средств (включая препараты дженерики), необходимых для специализированного, в том числе высокотехнологичного, лечения и профилактики осложнений.

9. Обеспечение необходимого уровня профессиональной подготовки в рамках получения среднего и высшего медицинского образования, в системе повышения квалификации медицинских работников, прикладных и фундаментальных научных исследований по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний на основе корректировки федеральных государственных образовательных стандартов, учебных программ и повышения уровня финансирования, актуальности и эффективности научных исследований и разработок.

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», а также факторов среды обитания, жизни и деятельности человека, негативно влияющих на здоровье в соответствии с целевыми установками настоящей Стратегии.

3. 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 федерации и органов местного самоуправления в указанной сфере для достижения заявленных целей Стратегии.

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

Первое направление Стратегии - снижение популяционного риска неинфекционных заболеваний в масштабах всего населения за счет уменьшения распространенности поведенческих и корректируемых биологических факторов риска, что достигается:

(1) повышением уровня грамотности населения в вопросах здоровья, в том числе информированности о факторах, влияющих на здоровье, а также мотивации к ведению здорового образа жизни, регулярному прохождению профилактических медицинских обследований и вакцинации;

(2) обеспечением условий для ведения здорового образа жизни (свободная от табачного дыма среда; ограничение доступности, рекламы и продвижения алкоголя, табака, вредных продуктов питания, повышение доступности продуктов для здорового питания, обогащенных йодом продуктов; запрет рекламы, направленной на детей и с участием детей, оказывающей влияние, на выбор взрослыми и детьми продуктов, способствующих развитию ожирения и неинфекционных заболеваний, в том числе с продуктов избыточным содержанием поваренной соли, простых сахаров, транс-жиров, насыщенных жиров, переработанных мясопродуктов, сладких напитков, а также избыточной калорийности питания; доступность повседневной физической активности и занятий физической культурой; экологически безопасная среда обитания, чистый воздух, чистая вода и почва; жилищные условия, соответствующие санитарным нормам, включая, горячее и холодное водоснабжение, канализацию, электрификацию, газификацию).

Данное направление обеспечивает наибольший эффект, в том числе экономический, не ранее 5-10 лет его активной реализации. Первичные затраты со стороны федерального, региональных и муниципальных 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 неинфекционных 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 неинфекционных заболеваний, а также доли граждан, имеющих эти заболевания.

Главным содержанием действий является раннее и максимально полное выявление граждан с высоким индивидуальным риском неинфекционных заболеваний и максимально широкий охват их профилактическим консультированием 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 неинфекционных заболеваний и их факторов риска, осуществляемого в процессе диспансеризации и профилактических осмотров, а также в процессе работы центров здоровья, составляют не более 1,5% от общих расходов на здравоохранение. При этом возврат инвестиций в 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 неинфекционные 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 гипертонии, 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 с основными неинфекционными заболеваниями, с привлечением врачей-специалистов (кардиологов, онкологов, пульмонологов, эндокринологов, гериатров) 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 (интегрированная электронная медицинская карта, электронная форма медицинских документов, дистанционный мониторинг состояния здоровья 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 значительное снижение за счет снижения числа пациентов нуждающихся в оказании дорогостоящей специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Четвертое направление Стратегии – обеспечение своевременной и эффективной профилактики осложнений и контроль течения неинфекционных заболеваний в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной 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, (5) 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.

Пятое направление Стратегии – проведение и поддержка исследований и разработок по вопросам неинфекционных заболеваний, включая эпидемиологические исследования, в том числе в целях статистического мониторинга, а также методов диагностики и лечения неинфекционных заболеваний.

4. 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.

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, включая необходимые изменения отчетных форм в системе статистического наблюдения.

- Создание при Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан рабочей группы по 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.

- Федеральные органы исполнительной власти, в том числе экономического блока, координируют между собой 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 в субъектах Российской Федерации координационных органов 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 органов на функциональной основе рабочих групп 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.

- Внесение изменений в законодательство об оценке регулирующего воздействия нормативно-правовых актов с целью включения оценки воздействия их на здоровье 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 организаций, социальных работников, специалистов системы образования, физической культуры и спорта, молодежной политики, средств массовой информации, учреждений культуры, волонтеров, активистов общественных организаций.

- Создание механизма мониторинга и оценки эффективности федеральных и региональных отраслевых программ развития на предмет наличия в них необходимых мероприятий, обеспечивающих повышение грамотности населения в вопросах здоровья и мотивации 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 законодательства по борьбе против табака, в том числе планомерное увеличение акцизов на табачные изделия, введение простой упаковки табачной продукции, раскрытие состава, введение дополнительных механизмов защиты политики общественного здравоохранения от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности.

- Ограничение оборота использования электронных систем доставки никотина, а также электронных систем нагревания табака, включая раскрытие и, при необходимости, регулирование этих устройств и используемых в них продуктов, их упаковки и маркировки, запрет рекламы, продвижения и спонсорства этих продуктов, их потребления в общественных местах, продажи их несовершеннолетним, ограничение розничной продажи, включая запрет открытой выкладки в пунктах продаж, планомерное увеличение акцизов и потребительских цен на эти продукты.

- Анализ и продвижение положительной практики регионов по реализации правовых и организационных мер, направленных на снижение потребления табака алкоголя, особенно водки и аналогичных ей напитков, гражданами в возрасте до 21 года, в том числе путем ограничения их продажи в местах массового их проживания, отдыха, работы и учебы.

- Планомерное увеличение акцизов на алкогольную продукцию, темпами превышающими инфляцию, а также повышение акцизов на крепкую алкогольную продукцию, предусматривающее увеличенную ставку акциза на крепкую алкогольную продукцию и спиртосодержащую продукцию по сравнению со слабоалкогольной продукцией, с одновременным усилением мер по недопущению производства и реализации нелегального алкоголя.

- Повышение ответственности за уход от уплаты акцизов на алкогольную и спиртосодержащую продукцию с содержанием этилового спирта более 28% и этилового спирта, незаконное производство и продажу такой продукции.

- Запрет розничной продажи дешевых спиртосодержащих жидкостей, потребляемых населением в качестве суррогатов.

- Сохранение законодательного запрета на дистанционную продажу алкогольной и табачной продукции, а также усиление ответственности за дистанционную продажу алкогольной и табачной продукции, запрет дистанционной продажи дешевой спиртосодержащей продукции, потребляемой населением в качестве суррогатной алкогольной продукции.

- Законодательное ограничение демонстрации в телевизионных, художественных и мультипликационных фильмах, в видео- и аудиороликах и сюжетах, в радиопередачах курения, употребления наркотиков и алкоголя.

- Обеспечение развития государственно-частного партнерства в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, с привлечением отечественных и зарубежных инвесторов с учетом необходимости защиты политики общественного здравоохранения от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной, алкогольной промышленности, других наносящих вред для здоровья товаров.

- Совершенствование законодательства о социальной рекламе с целью повышения грамотности населения в вопросах здоровья, профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни, экологической культуры и безопасности населения.

- Разработка и принятие мер, направленных на поддержание психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов у отдельных категорий граждан, находящихся в группах, в том числе выявление и профилактика жестокого обращения с пожилыми людьми в специализированных учреждениях здравоохранения и социальной защиты.

- Разработка мер, в том числе налоговых, стимулирующих и мотивирующих работодателей к реализации программ и отдельных мероприятий по укреплению здоровья работников путем выполнения требований законодательства об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, организации производства и обеспечению населения доступной и качественной пищевой продукцией, сокращению воздействия на здоровье сидячего образа жизни работников, а также созданию условий для физической активности. Создание механизмов оценки политики предприятий в области обеспечения здоровых условий на рабочем месте.

- 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 и актуализация по мере появления новых исследований состава и объема продуктов питания потребительской корзины в соответствие с научно обоснованными рекомендациями по здоровому питанию, в том числе увеличение потребления продуктов, богатых пищевыми волокнами, цельнозерновых продуктов, орехов, бобовых, свежих фруктов и овощей, рыбы, оливкового масла; ограничение потребления насыщенных жиров, в т.ч. переработанных мясopодуkтов с высоким содержанием жира, искусственных трансжиров, свободных сахаров и соли.

- При приготовлении пищевых продуктов и для досаливания в организациях общественного питания, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, медицинских организациях, организациях культуры и воинских частях должна использоваться исключительно пищевая поваренная соль, обогащенная йодатом калия.

Создание условий для предупреждения и устранения заболеваний, связанных с дефицитом йода, на территории Российской Федерации. Использование йодированной

соли при изготовлении хлеба, обязательное наличие в продаже йодированной соли, а также принятие дальнейших мер по постепенной замене обычной поваренной соли йодированной поваренной солью с учетом результатов научных исследований и технологической применимости при производстве продуктов питания.

- Внесение изменений в законодательство Евразийского экономического союза с целью установления механизмов регулирования на национальном уровне обогащения поваренной соли йодом.

- Разработка научно обоснованных рекомендаций производителям пищевой продукции по принципам и целевым уровням снижения содержания в ней насыщенных животных и растительных жиров (за исключением кисломолочной продукции), добавленных сахаров и соли. Вовлечение в процесс регулирования содержания в продуктах указанных веществ объединений производителей соответствующих групп пищевой продукции с определением добровольных промежуточных и конечных целей.

- Разработка критериев отнесения пищевой продукции к продукции с избыточным содержанием отдельных питательных веществ.

- Добровольное стимулирование изменения рецептуры продуктов с целью вытеснения с рынка продуктов с избыточным содержанием насыщенных жиров, трансизомеров жирных кислот, простых сахаров и соли (натрия).

- Запрет рекламы, направленной на детей и/или с участием детей, оказывающей влияние на выбор взрослыми и детьми пищевых продуктов с избыточным содержанием добавленного сахара, натрия (поваренной соли), жира и насыщенных жирных кислот, а также подслащенных газированных напитков, переработанных мясопродуктов;

- Усиление правовых и организационных мер по недопущению недостоверной рекламы, которая содержит не соответствующие действительности сведения о полезных для здоровья или лечебных свойствах пищевой продукции, биологически активных добавок и лекарственных средств, которые устанавливаются определенным уполномоченным органом власти порядком.

- Развитие практики саморегулирования в отношении рекламы пищевых продуктов с избыточным содержанием натрия (поваренной соли), добавленного сахара, жира и насыщенных жирных кислот, направленной на взрослых.

- Создание при Министерстве здравоохранения Российской Федерации межотраслевого экспертного совета по профилированию пищевой продукции, к основным функциям которого по рекомендации ВОЗ относятся:

профилирование пищевой продукции на основе научно доказанного их влияния на здоровье человека, в частности на развитие ожирения и хронических неинфекционных заболеваний;

определение допустимости рекламы пищевой продукции и иных форм маркетинга, направленного на детей и с участием детей;

определение отношения производимой государственными и частными предприятиями пищевой продукции к категории продуктов для здорового питания.

- Внесение в Евразийскую экономическую комиссию предложений по введению ориентированной на оздоровления режима питания маркировки на лицевой стороне упаковки продуктов питания, а также о нанесении с использованием легко читаемого шрифта информации о содержании в 100 г продукта количества калорий, всех жиров (г) и в том числе насыщенных жиров (г), транс-жиров (г и % от всех жиров), углеводов (г) и в том числе добавленных простых сахаров (г), белков (г), поваренной соли (г) на видном месте с использованием легко читаемого шрифта не менее 12 кегля на контрастном фоне выделенном от остального текста. При отсутствии возможности такого размещения указанной информации на упаковке пищевого продукта, она предоставляется потребителю (приобретателю) по его требованию на отдельном бланке.

- Разработка реестра пищевой ценности продуктов питания в целях определения здоровых продуктов питания.

- Установление акцизов на сладкие напитки и продукты с высоким содержанием соли.

- Повышение доступности продуктов диетического питания и (или) здорового питания, в том числе субсидирования бесплатного диетического и (или) здорового питания для граждан находящихся за чертой бедности, поддержка кафе и служб доставки продуктов здорового питания, оказывающих услуги неимущим группам населения.

- 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 всех возрастов физической культурой и массовым спортом за счет увеличения количества спортивных организаций, в том числе 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.

- Совершенствование системы мониторинга уровня физической активности и физической подготовленности населения.

- Поддержка движения здоровых городов, районов и поселков, в том числе движения трезвых деревень.

- Проведение комплекса мероприятий по повышению безопасности среды обитания (воздуха, воды, почвы), а также пищевых продуктов 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 повышения уровня грамотности в вопросах здоровья, мотивирования к ведению здорового образа жизни и обеспечения 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 инфекционных заболеваний у несовершеннолетних.

- Совершенствование раздела «Основы здорового образа жизни» в учебнике «Основы безопасности жизнедеятельности» (ОБЖ) для 5, 6, 7, 8, 9, 10 и 11 классов средней школы в соответствии с современными достижениями науки и передовой практики с обеспечением преемственности и неразрывности обучения. Подготовка учебных пособий для преподавателей ОБЖ в 5, 6, 7, 8, 9, 10 и 11 классах средней школы по указанному разделу.

- 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.

- 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 персонифицированного 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, в том числе диспансеризации отдельных 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 и эффективности вмешательств у пожилых людей и методов решения этих вопросов 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% охвата 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, входящего в группы риска (лиц с ожирением, сердечно-сосудистой патологией, беременных) в школах здоровья по самоконтролю заболевания.

- Организация, в рамках получения высшего образования, изучения 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 мер по повышению грамотности граждан в вопросах состояния их здоровья и профилактики заболеваний, включая индивидуальное информирование 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.

- 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, интегрированной электронной медицинской карты и средств коммуникации с возможностью информатизации и автоматизации процесса диспансеризации и

профилактических медицинских осмотров, 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 врачебных решений, с обеспечением условий для дистанционного взаимодействия врачей между собой, врача и пациента, для «двойного прочтения» специалистами результатов рентгенологических, цитологических и иных медицинских исследований, для создания и поддержки личного кабинета пациента, 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.

- Совершенствование подготовки специалистов медицинского профиля в рамках среднего специального и высшего медицинского (специалитет, магистратура) образования по вопросам диспансерного наблюдения, реабилитации, гериатрии и паллиативной медицинской помощи путем разработки и внедрения соответствующих образовательных программ.

- 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 бронхолегочных 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 стационаров мер по повышению грамотности больных в вопросах профилактики заболевания и его осложнений, включая индивидуальное информирование 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 противоречит 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.

Реализация Стратегии будет осуществляться федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в пределах бюджетных ассигнований, предусматриваемых в федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период и в бюджетах субъектов Российской Федерации, с участием заинтересованных общественных объединений и организаций и с привлечением дополнительных средств из внебюджетных источников на реализацию мероприятий Стратегии.

Ресурсное обеспечение реализации Стратегии предполагается осуществлять в рамках мероприятий, предусмотренных государственными программами Российской Федерации в сферах здравоохранения, образования, развития экономики и промышленности, сельского хозяйства, жилищного строительства, содействия занятости населения, социальной поддержки граждан, физической культуры и спорта, охраны окружающей среды, информационных технологий, культуры и туризма, патриотического воспитания граждан, развития регионов России, обеспечения общественного порядка.

Составной частью реализации Стратегии являются меры, направленные на реализацию демографической политики, повышения качества пищевой продукции и здорового питания, совершенствование молодежной политики, улучшение положения детей, женщин, граждан старшего поколения предусмотренные актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, а также меры, предусмотренные приоритетным проектом «Формирование здорового образа жизни» Полностью соответствуют целям Стратегии меры по совершенствованию лекарственного обеспечения, информационно-коммуникационной деятельности по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, утвержденные ведомственными нормативно-правовыми актами.

Для обеспечения достижения максимальных значений целевых показателей реализации Стратегии необходимо предусматривать выделение средств в рамках государственно-частного партнерства на:

- создание штатного федерального агентства социальной рекламы, осуществляющее разработку на постоянной основе рекламных сюжетов, аудио- и видеороликов, брошюр, буклетов, листовок, слоганов, девизов и лозунгов, в том числе для несовершеннолетних, с ярким и образным раскрытием принципов, содержания и преимуществ ведения здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний, а также для обеспечения возможности широкого использования социальной рекламы на всех каналах федерального и регионального радио и телевидения в рейтинговое время, широкого распространения, указанной продукции в субъектах Российской Федерации с целью

повышения грамотности населения в вопросах здоровья, профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни, экологической культуры и безопасности населения, оказания первой помощи;

повышение доступности продуктов здорового питания для граждан, находящихся за чертой бедности (с доходами ниже прожиточного минимума).

Повышение уровня научных исследований и разработок в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, инновационного развития профилактических технологий (пятое направление) включает:

мониторинг распространённости поведенческих факторов риска, неинфекционных заболеваний и алиментарных дефицитов;

исследования эффективности информационных подходов и кампаний по пропаганде здорового образа жизни, повышения приверженности лечению неинфекционных заболеваний, отказа от табака и алкоголя для людей, страдающих зависимостью;

проведение научных исследований по изучению эффективности скрининга на рак предстательной железы, молочной железы, рак легких и рак желудка;

исследования медико-экономической эффективности молекулярно-генетического тестирования;

исследования и разработки в области старения как комплексного фактора неинфекционных заболеваний, а также исследования эффективности и поддержка разработки диагностических и профилактических вмешательств в области здорового долголетия;

исследования особенностей профилактики неинфекционных заболеваний у пожилых больных;

поддержка разработки дженериков и аналогов наиболее эффективных лекарственных средств для профилактики и лечения неинфекционных заболеваний;

поддержка разработки инновационных диагностических методов и лекарственных средств, биомедицинских клеточных продуктов для профилактики и лечения неинфекционных заболеваний.

Для обеспечения достижения максимальных значений целевых показателей реализации Стратегии субъектам Российской Федерации необходимо предусматривать выделение субсидий на:

обеспечение больных с неинфекционными заболеваниями бесплатными лекарственными средствами (в объеме установленных стандартов медицинской помощи) и прививочным материалом в объеме, необходимом для достижения целевых показателей Стратегии по вакцинации населения;

оснащение стандартным оборудованием (в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи);

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

Основные и дополнительные показатели профилактики и контроля неинфекционных заболеваний, используемые для мониторинга достижения их целевых значений при реализации Стратегии на период до 2025 года, а также показатели-индикаторы, которые подлежат разработке в рамках реализации Стратегии

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень) к 2025 году	Показатель-индикатор (источник получения), применяемый с 1 января 2018 года для мониторинга реализации Стратегии	Рекомендованный ВОЗ показатель-индикатор, подлежащий разработке в процессе реализации Стратегии (Разработчик)
Смертность и заболеваемость			
Преждевременная смертность от неинфекционных заболеваний	(1) Сокращение на 25 % смертности от основных неинфекционных заболеваний (болезней системы кровообращения, злокачественных онкологических и хронических бронхо-легочных заболеваний, сахарного диабета)	(1) Стандартизированный по возрасту коэффициент общей преждевременной смертности (в возрасте от 30 до 69 лет включительно) для четырех групп основных неинфекционных заболеваний: болезней системы кровообращения (коды I00–I99 по МКБ-10), злокачественные новообразования (коды C00– C97 по МКБ-10), сахарный диабет (коды E10–E14 по МКБ-10) и хронические респираторные заболевания (коды J40–47 по МКБ-10), с разбивкой по полу. (Росстат)	
Продолжительность здоровой жизни	(2) 67 лет	(2) Продолжительность здоровой жизни	
Дополнительные показатели		(3) Доля умерших вне специализированного отделения стационара в возрасте от 30 до 69 лет включительно в результате болезней системы кровообращения (коды I00–I99 по МКБ-10), злокачественных новообразований (коды C00– C97 по МКБ-10), сахарного диабета (коды E10–E14 по МКБ-10) и хронических респираторных заболеваний (коды J40–47 по МКБ-10) (абсолютное значение, процент) Заболеваемость злокачественными онкологическими заболеваниями с разбивкой по видам онкологических заболеваний на 100 000 человек. (Росстат) (4) Заболеваемость инсультами на 100 000 человек	
Факторы риска			
Поведенческие факторы риска			
Потребление табака	(3) Сокращение текущего показателя распространенности употребления табака среди лиц мужского пола на 23%, женского пола на 12 %	(5) Распространенность курения (в процентах) (Комплексное наблюдение условий жизни населения, с 2014г. 1 раз в 2 года – 60 тыс. домохозяйств, Росстат)	(1) Распространенность употребления табака в настоящее время среди подростков (Росстат) (2) Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака в настоящее время (включает ежедневное, неежедневное и эпизодическое курение) среди лиц в возрасте 18 лет и старше отдельно для мужского и женского пола (Росстат)

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень) к 2025 году	Показатель-индикатор (источник получения), применяемый с 1 января 2018 года для мониторинга реализации Стратегии	Рекомендованный ВОЗ показатель-индикатор, подлежащий разработке в процессе реализации Стратегии (Разработчик)
Пагубное потребление алкоголя	(4) Сокращение на 10% потребления алкогольных напитков в абсолютном алкоголе на душу населения	(6) Продажа алкогольных напитков в абсолютном алкоголе на душу населения (Росстат)	(3) Общее (учтенное и неучтенное ³) потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше (в литрах чистого спирта) в течение календарного года, по возможности отдельно по учтенному и неучтенному потреблению (Росстат)
Дополнительные показатели		(1) Смертность от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя (Росстат) (2) Частота употребления за последние 30 дней подряд 5 и более стандартных порций алкоголя мужчинами и женщинами (в процентах) (Комплексное наблюдение условий жизни населения с 2014г. 1 раз в 2 года, Росстат)	(4) Цена пачки сигарет (20 шт.) самого продаваемого бренда, междунар. \$, по паритету покупательной способности (Росстат) (5) Специальные акцизные налоги как процент от цены самых продаваемых брендов (процентов) (Росстат) (6) Стандартизованная по возрасту распространенность эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (единовременное употребление 60 г чистого спирта или примерно 6 стандартных доз алкогольных напитков и более) среди подростков и взрослых (в возрасте 15 лет и старше) за последние 30 дней, процентов (Росстат) (7) Стандартизованная по возрасту распространенность расстройств, связанных с употреблением алкоголя (в возрасте 15 лет и старше), за 12 мес. процентов (Росстат).
Недостаточная физическая активность	(5) Увеличение на 10% распространенности высокой физической активности (коэффициент физической активности более 1,8)	(3) Характеристики населения по уровню (коэффициенту) физической активности (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет)	(8) Распространенность недостаточной физической активности среди подростков, определяемой как менее 60 минут физической активности умеренной или высокой интенсивности в день (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России или Росстат) (9) 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) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России или Росстат)
Дополнительные показатели		(4) Места занятий физкультурой и спортом в разных возрастных группах (в процентах) (Росстат, Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения с 2013 г. 1 раз в 5 лет – 15 тыс. домохозяйств)	

³ Учтенное потребление алкоголя основано на данных официальной статистики (о производстве, импорте, экспорте, продажах и налогообложении), а неучтенное потребление относится к алкогольным напиткам, которые не охвачены налогообложением и находятся вне системы обычного государственного контроля.

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень) к 2025 году	Показатель-индикатор (источник получения), применяемый с 1 января 2018 года для мониторинга реализации Стратегии	Рекомендованный ВОЗ показатель-индикатор, подлежащий разработке в процессе реализации Стратегии (Разработчик)
Избыточное потребление соли/натрия	(6) Сокращение на 10 % распространенности подсаживания пищи	(5) Частота следования основным видам диетологических ограничений (подсаживания пищи) (в процентах) (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет,)	(10) Стандартизованное по возрасту среднее суточное потребление суммарно йодированной и нейодированной соли (хлорида натрия) на душу населения в возрасте от 18 лет в граммах (Росстат) (11) Стандартизованная по возрасту распространенность избыточного потребления соли у лиц в возрасте от 18 лет (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России или Росстат)
Дополнительные показатели		(6) Частота потребления йодированной соли населением (в процентах) (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет)	(12) Стандартизованное по возрасту среднее суточное потребление йодированной соли (хлорида натрия) на душу населения в возрасте от 18 лет в граммах (Росстат)
Биологические факторы риска			
Повышенное кровяное давление	(7) Сокращение на 25 % распространенности случаев повышенного кровяного давления	(7) Распространенность среди взрослых лиц повышенного артериального давления (давление определяется как повышенное, если систолическое давление ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое давление ≥ 90 мм рт.ст.) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России)	(13) 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.) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России) (14) Среднее систолическое давление в популяции больных гипертонической болезнью (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России) (15) Доля граждан с гипертонической болезнью, стабильно имеющих целевые значения уровня артериального давления среди лиц мужского пола и, среди лиц женского пола, процентов (Минздрав России)
Диабет и ожирение	(8) Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения	(8) Распространенность повышенного уровня глюкозы в крови у взрослых лиц (повышенным является уровень глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л или по признаку приема лекарственных средств против повышения уровня глюкозы в крови) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России) (9) Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди взрослых (избыточный вес: если индекс массы тела ≥ 25 кг/м ² ; ожирение: если индекс массы тела ≥ 30 кг/м ²) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России и Росстат - Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет)	(16) 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) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России) (17) 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)) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России).

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень) к 2025 году	Показатель-индикатор (источник получения), применяемый с 1 января 2018 года для мониторинга реализации Стратегии	Рекомендованный ВОЗ показатель-индикатор, подлежащий разработке в процессе реализации Стратегии (Разработчик)
			(18) 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) (по данным регулярных, не реже 1 раз в 3 года, эпидемиологических исследований) (Минздрав России)
Дополнительные показатели		(10) Распространенность потребления менее пяти полных порций (400 граммов) фруктов и овощей в день взрослым населением (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России или Росстат) (11) Распространенность повышенного уровня общего холестерина у взрослых лиц в возрасте (повышенным считается уровень общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России)	(19) Стандартизованная по возрасту распространенность потребления менее пяти полных порций (400 граммов) фруктов и овощей в день взрослым населением (в возрасте от 18 лет) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России или Росстат) (20) 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) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России) (21) Средний уровень общего холестерина в популяции (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России)
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 21 % взрослого населения в год или 63 % взрослого населения за 3 года	(12) 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) (Минздрав России)	
Лекарственная терапия с целью профилактики сердечных приступов и инсультов и консультирование врачами-специалистами для профилактики инфарктов, инсультов и других осложнений	(10) Обеспечение не менее 50% лиц, имеющих соответствующие показания, надлежащей лекарственной терапией статинами (11) Обеспечение не менее 80% лиц, имеющих соответствующие показания, надлежащей лекарственной терапией гипотензивными препаратами (12) Обеспечение не менее 70 % укомплектованности медицинских организаций	(13) Доля лиц, имеющих показания к терапии статинами, получающих статины (процентов) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России). (14) Доля лиц, имеющих показания к гипотензивной терапии, получающих гипотензивные препараты (процентов) (по данным эпидемиологических исследований) (Минздрав России) (15) Укомплектованность медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи врачами-специалистами (по отдельности): кардиологами, неврологами, онкологами, пульмонологами,	

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень) к 2025 году	Показатель-индикатор (источник получения), применяемый с 1 января 2018 года для мониторинга реализации Стратегии	Рекомендованный ВОЗ показатель-индикатор, подлежащий разработке в процессе реализации Стратегии (Разработчик)
хронических неинфекционных заболеваний	первичной медико-санитарной помощи врачами-специалистами: кардиологами, неврологами, онкологами, пульмонологами, эндокринологами	эндокринологами (процент от штатной численности) (Минздрав России, Росздравнадзор)	
Основные лекарственные препараты и базовые технологии для лечения основных неинфекционных заболеваний	(13) Достижение, как в частных, так и в государственных учреждениях здравоохранения 80% уровня наличия базовых технологий и лекарственных средств (включая препараты-дженерики), необходимых для лечения наиболее распространенных неинфекционных заболеваний	(16) Доля специализированных по отдельности кардиологических, онкологических, диабетологических (эндокринологических), пульмонологических подразделений медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, оснащенных в соответствии со стандартом оснащения (процентов) (Минздрав России, Росздравнадзор) (17) Доля больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, злокачественными новообразованиями, хронической обструктивной болезнью легких и сахарным диабетом второго типа, прошедших лечение в стационарных условиях, получила его в полном объеме в соответствии со стандартом медицинской помощи при указанных заболеваниях (процентов) (Минздрав России, ФФОМС, Росздравнадзор)	
Вакцинация от инфекционных заболеваний, как средство профилактики развития осложнений основных неинфекционных заболеваний	(14) Охват прививками против гриппа не менее 70 % взрослого населения. (15) Охват прививками против пневмококковой инфекции не менее 50 % граждан в возрасте 65 лет и старше	(18) Охват прививками против гриппа взрослых (Минздрав России) (19) Охват прививками против пневмококковой инфекции граждан в возрасте 65 лет и старше (абсолютное значение, процент) (Минздрав России)	(22) 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) (Минздрав России) (23) Охват прививками против пневмококковой инфекции граждан в возрасте 65 лет и старше (абсолютное значение, процент) (Минздрав России) (24) Охват прививками против пневмококковой инфекции граждан, имеющих основные неинфекционные заболевания (абсолютное значение, процент) (Минздрав России)
Дополнительные показатели		(20) Охват прививками против папилломавируса человека (абсолютное значение, процент) (Минздрав России)	(25) Охват прививками против папилломавируса человека в возрастной группе лиц женского пола от 11 до 26 лет (абсолютное значение, процент) и в возрастной группе лиц мужского пола от 11 до 21 года (абсолютное значение, процент) (Минздрав России)
Меры, реализуемые в других ведомствах, секторах и организациях кроме системы здравоохранения, ведомственных систем охраны здоровья и иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность			

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень) к 2025 году	Показатель-индикатор (источник получения), применяемый с 1 января 2018 года для мониторинга реализации Стратегии	Рекомендованный ВОЗ показатель-индикатор, подлежащий разработке в процессе реализации Стратегии (Разработчик)
Обеспечение экологически безопасной среды обитания, жизни и деятельности человека	(16) Снижение в 2 раза числа проб атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, превышающих максимально разовые и среднесуточные предельно допустимые концентрации (ПДК _{мр} и ПДК _{сс}) ⁴	(21) Доля проб атмосферного воздуха в населенных пунктах, превышающих максимально разовые предельно допустимые концентрации (ПДК _{мр}) (абсолютное значение, процент от общего числа проб) (Роспотребнадзор, Федеральный информационный фонд социально-гигиенического мониторинга) (22) Доля проб атмосферного воздуха в населенных пунктах, превышающих гигиенические нормативы среднесуточного содержания загрязняющих веществ (ПДК _{сс}) в атмосферном воздухе (абсолютное значение, процент от общего числа проб) (Роспотребнадзор, Федеральный информационный фонд социально-гигиенического мониторинга)	
Дополнительные показатели		(23) Количество городского и сельского населения, подвергаемого воздействию концентраций твердых частиц диаметром 10 мкм (PM10), превышающих установленные нормативы (Роспотребнадзор, Федеральный информационный фонд социально-гигиенического мониторинга) (24) Количество городского и сельского населения, подвергаемого воздействию концентраций твердых частиц диаметром 2,5 мкм (PM2,5), превышающих установленные нормативы (Роспотребнадзор, Федеральный информационный фонд социально-гигиенического мониторинга)	
Обеспечение населения питьевой водой, отвечающей санитарно-эпидемиологическим требованиям	(17) Обеспечение не менее 85 % централизованных и нецентрализованных источников питьевого водоснабжения, соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям	(25) Доля нецентрализованных (в том числе в сельских поселениях) и централизованных источников питьевого водоснабжения, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, абсолютное число, процентов (Роспотребнадзор)	

⁴ Максимальная разовая предельно допустимая концентрация (ПДК_{мр}) - максимальная 20 - 30 минутная концентрация, при воздействии которой у человека не возникают рефлекторные реакции (задержка дыхания, изменение биопотенциалов коры головного мозга, ощущение запаха, раздражение слизистых и т.п.), а при регламентированной частоте повторных воздействий (не менее 99 % проб) не развиваются подострые эффекты неспецифического и специфического характера (увеличение обращаемости за медицинской помощью по поводу обострения заболеваний легких, сердца и т.п.). Предотвращение неблагоприятного влияния на здоровье населения при длительном поступлении атмосферных загрязнений в организм обеспечивается соблюдением среднесуточных ПДК (ПДК_{сс}).

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень) к 2025 году	Показатель-индикатор (источник получения), применяемый с 1 января 2018 года для мониторинга реализации Стратегии	Рекомендованный ВОЗ показатель-индикатор, подлежащий разработке в процессе реализации Стратегии (Разработчик)
Улучшение жилищных условий граждан и градостроительной политики в интересах повышения доступности мест для проявления физической активности жителей	(18) Снижение в 2 раза числа домохозяйств, проживающих во всех типах жилых помещений, испытывающих большую стесненность (19) Снижение в 1,5 раза домохозяйств с печным отоплением (20) Увеличение на 20 % общей площади, оборудованной одновременно водопроводом, канализацией, отоплением, горячим водоснабжением, газом или напольными электроплитами, процентов	(26) Число домохозяйств, проживающих во всех типах жилых помещений, испытывающих большую стесненность, процентов (Комплексное наблюдение условий жизни населения, Росстат) (27) Число домохозяйств, проживающих во всех типах жилых помещений, с печным отоплением, процентов (Комплексное наблюдение условий жизни населения, Росстат) (28) Удельный вес общей площади, оборудованной одновременно водопроводом, канализацией, отоплением, горячим водоснабжением, газом или напольными электроплитами, процентов (Росстат, Жилищное хозяйство в России)	
	(21) Увеличение площади зеленых насаждений общего пользования на 10 % (22) Увеличение общей протяженности улиц, проездов, набережных на 20 %	(29) Площадь зеленых насаждений общего пользования, тыс. га (Росстат, Жилищное хозяйство в России) (30) Общая протяженность улиц, проездов, набережных, тыс. км (Росстат, Жилищное хозяйство в России)	
Обеспечение доступности здорового питания	(23) Снижение в 1,5 раза численности бедного населения (с доходами ниже прожиточного минимума)	(31) 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)	
	(24) Снижение в 2 раза доли домохозяйств, которые не могут позволить себе еду с мясом, птицей или рыбой через день	(32) Доля домохозяйств, которые не могут позволить себе еду с мясом, птицей или рыбой через день питания (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет, очередное исследование в 2018 г.)	
	(25) Снижение в 2 раза доли домохозяйств, которые не могут позволить себе фрукты через день	(33) Доля домохозяйств, которые не могут позволить себе фрукты через день (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет, очередное исследование в 2018 г.)	
Снижение	(26) Снижение на 15 %	(34) Потребление масла животного, в среднем на	

Основные и дополнительные показатели	Целевое значение (целевой уровень) к 2025 году	Показатель-индикатор (источник получения), применяемый с 1 января 2018 года для мониторинга реализации Стратегии	Рекомендованный ВОЗ показатель-индикатор, подлежащий разработке в процессе реализации Стратегии (Разработчик)
потребления населением насыщенных жиров и простых сахаров	потребления населением насыщенных жиров (в том числе за счет переработанных мясопродуктов с высоким содержанием жира)	(35) Потребление съедобных жиров животного происхождения, в среднем на потребителя в год, кг (Росстат)	
	(27) Снижение на 10 % потребления населением простых сахаров	(36) Потребление сахара, включая кондитерские изделия в пересчете на сахар, в среднем на потребителя в год, кг (Росстат)	
Дополнительные показатели		(37) Частота следования основным видам диетологических ограничений (потребления нежирного мяса или рыбы, нежирного молока и молочных продуктов, (в процентах) (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет, очередное исследование в 2018 г.) (38) Частота потребления сладких напитков населением различных возрастных категорий (в процентах к общему числу лиц соответствующей возрастной группы) (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет, очередное исследование в 2018 г.)	
Повышение уровня знаний населения основных принципов здорового питания и доли граждан, приверженных здоровому питанию	(28) Снижение в 2 раза доли граждан, считающих совсем не важным следование основным принципам здорового питания (29) Снижение до 15 % доли женщин и до 25 % доли мужчин никогда не следующих принципам здорового питания (не соблюдающих диетологических ограничений) (30) Увеличение в 2 раза доли граждан всегда или почти всегда использующих информацию на этикетках при выборе продуктов	(39) Оценка важности следования основным принципам здорового питания населением (не подсаливать пищу, ограничивать потребление жирного мяса, молока и молочных продуктов, сахара, и кондитерских изделий и др.) (в процентах усредненно по 9 диетическим рекомендациям) (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет, очередное исследование в 2018 г.) (40) Частота следования основным видам диетологических ограничений (основным принципам здорового питания) (в процентах усредненно по 5 основным диетическим рекомендациям) (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет, очередное исследование в 2018 г.) (41) Интерес у населения к информации, размещаемой на этикетках продуктов питания (в процентах к общей численности респондентов соответствующей половозрастной категории) (Росстат, Рацион питания населения, 1 раз в 5 лет, очередное исследование в 2018г.)	