



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

**ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР**

---

# **НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ В СТРАНАХ, ДОБИВШИХСЯ ВЫСОКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ**

МОСКВА  
2 0 2 1

Государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт организации  
здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы»

Аксенова Е. И., Иванова А. Е.

**Национальные стратегии снижения смертности в странах,  
добившихся высоких показателей продолжительности жизни**

**Экспертный обзор**

**Москва, 2021**

**УДК 614.2:314.48**

**ББК 51.1(0)**

**Н35**

**Н35 Национальные стратегии снижения смертности в странах, добившихся высоких показателей продолжительности жизни. Экспертный обзор.** Е. И. Аксенова, А. Е. Иванова – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 36 с.

ISBN: 978-5-907404-53-3

**УДК 614.2:314.48**

**ББК 51.1(0)**

ISBN: 978-5-907404-53-3

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021

## Содержание

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	4
<b>Раздел 1. Условия повышения ожидаемой продолжительности жизни: приоритеты национальной политики в области здоровья населения в развитых странах</b> .....	4
Великобритания .....	5
Франция.....	6
Германия .....	6
Италия.....	7
Нидерланды.....	8
Канада .....	8
<b>Раздел 2. Влияние результатов нацпроекта на ожидаемую продолжительность жизни</b> .....	9
<b>Раздел 3. Эффективные меры на национальном уровне для повышения ожидаемой продолжительности жизни</b> .....	13
<b>Улучшение условий жизни и борьба с бедностью</b> .....	13
1. Меры повышения доходов .....	13
2. Доступность образования .....	14
3. Улучшение жилищных условий.....	15
4. Борьба с вредными условиями труда.....	16
<b>Оздоровление образа жизни населения</b> .....	16
1. Повышение физической активности.....	17
2. Питание .....	18
3. Сокращение потребления алкоголя .....	19
4. Борьба с курением.....	21
5. Борьба с распространением наркотиков .....	23
<b>Развитие системы охраны и укрепления здоровья</b> .....	24
1. Первичная помощь в системе здравоохранения .....	24
2. Финансирование.....	25

## **ВВЕДЕНИЕ**

Объявленный Президентом Российской Федерации в 2018 г. комплекс мер в области социально-экономического развития страны в форме национальных проектов до 2024 г. сфокусировал усилия на вопросах демографического развития страны: преодолении депопуляции за счет укрепления семьи и роста рождаемости, а также улучшения здоровья населения и роста продолжительности жизни. С точки зрения здоровья населения задействованы все основные детерминанты, формулируемые ВОЗ: преодоление бедности и повышение уровня и качества жизни населения, оздоровление образа жизни, формирование здоровой и безопасной окружающей среды, развитие системы здравоохранения, обеспечивающей равный территориальный и финансовый доступ населения к высококачественной медицинской помощи.

В Указе Президента России от 21.07.2020 уточнены национальные цели развития Российской Федерации до 2030 г. Впервые в стратегических документах прозвучало понятие «ассоциация здоровья и благополучия населения», что полностью созвучно современному пониманию здоровья населения, проводимому Всемирной организацией здравоохранения.

Обсуждая стратегию достижения поставленных целей, полезно обратиться к опыту стран, добившихся заметных успехов в области снижения смертности.

Этот опыт свидетельствует, что в основе стратегии лежат следующие принципы:

Признание права на здоровье одним из важнейших прав человека. Таким образом, государство признает и подтверждает ценность каждого человека, а также равные права, равные обязанности и равную ответственность всех в отношении здоровья.

Справедливость в вопросах здоровья и его охраны. Включает два аспекта: проведение социально-экономической политики, направленной на сокращение бедности, и связанных с ней факторов риска для здоровья; защиту групп населения с особыми потребностями (по состоянию здоровья, в связи социальными или экономическими обстоятельствами) от изоляции и предоставление им доступа к качественной медико-санитарной помощи.

Участие в здравоохранительной деятельности и ответственность отдельных людей, групп населения, организаций и общественных секторов. Этот принцип основывается на понимании мультифакторной природы феномена здоровья и включает два основных элемента: признание всеми секторами своей ответственности за здоровье и разработку эффективных механизмов вовлечения их в здравоохранительную деятельность; участие населения в выработке и реализации политики, затрагивающей интересы здоровья.

В соответствии с поставленными задачами и подходами к их решению, доказавшими эффективность в европейской практике, можно выделить три направления политики по снижению смертности: улучшение условий жизни населения и борьба с бедностью; оздоровление образа жизни населения; развитие здравоохранения в единую систему охраны здоровья на основе межсекторального сотрудничества.

## **Раздел 1. Условия повышения ожидаемой продолжительности жизни: приоритеты национальной политики в области здоровья населения в развитых странах**

Ключевыми направлениями политики в области здоровья населения в странах с высокой продолжительностью жизни являются:

- перерастание систем здравоохранения в системы общественного здравоохранения на основе учета всех детерминант здоровья: уровня и качества жизни населения, образа жизни, окружающей среды и качественной медицинской помощи;
- перенос тяжести в охране здоровья на профилактику, укрепление здоровья, равный доступ;
- сокращение неравенства в доступе к качественным услугам по профилактике заболеваний, медицинской помощи и реабилитации;
- содействие системам интегрированной медицинской помощи с целью усиления взаимодействия между службами здравоохранения;
- общественная гигиена и эпиднадзор;
- мониторинг, оценка и соблюдение прав на здоровье.

В Европейском регионе ВОЗ такие цели, как сокращение барьеров для обеспечения справедливости в отношении здоровья, устранение уязвимостей и укрепление солидарности в интересах здравоохранения, отражены в обязательствах и стратегиях всех государств-членов. Они включают такие меры, как:

- создание равных возможностей для сохранения и укрепления здоровья на протяжении всей жизни;
- уменьшение неравенств в подверженности факторам риска для здоровья;
- смягчение последствий для людей, находящихся в неблагоприятном положении из-за комплекса накопившихся социальных, экономических и медицинских проблем.

Набор данных для мониторинга справедливости в отношении здоровья охватывает не только показатели здоровья, но и показатели, характеризующие пять основных условий, необходимых для здоровой жизни, а также показатели мер политики по созданию этих условий.

- **Услуги здравоохранения.** Меры политики в этой области направлены на обеспечение наличия, надлежащего качества, а также физической и ценовой доступности профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных услуг и программ.

- **Защищенность доходов и социальная защита.** Меры политики в этой области направлены на обеспечение гарантированного базового дохода домохозяйств и на смягчение неблагоприятных медицинских и социальных последствий бедности на всех этапах жизни.

- **Условия жизни.** Меры политики в этой области направлены на выравнивание различий в возможностях людей, их доступе к услугам здравоохранения и условиях их жизни, которые оказывают свое воздействие на здоровье и благополучие человека.

- **Социальный и человеческий капитал.** Меры политики в этой области направлены на укрепление социального и человеческого капитала в области охраны здоровья населения и целенаправленной деятельности в сфере просвещения, обучения и повышения грамотности населения, а также путем укрепления социального капитала отдельных лиц и сообществ таким образом, чтобы это способствовало защите и повышению здоровья и благополучия.

- **Условия занятости и труда.** Для улучшения ситуации в этой области необходим комплекс мер по созданию более благоприятных для здоровья трудящихся условий занятости и труда, включая такие параметры, как наличие и доступность рабочих мест, безопасность труда, заработная плата, физические и психические нагрузки и выполнение опасных видов работ.

## Великобритания<sup>1</sup>

В 2010 г. Белая книга Министерства здравоохранения «Здоровый образ жизни, здоровые люди: наша стратегия для общественности» определила общественное здравоохранение как науку и искусство укрепления и защиты здоровья и благополучия, предотвращение плохого состояния здоровья.

Общественное здравоохранение в Великобритании имеет три основных направления:

- Улучшение здоровья, включая укрепление здоровья и услуги по изменению образа жизни людей, а также сокращение неравенства в отношении здоровья, политика общественного здоровья и более широкое социальное влияние на здоровье.

- Охрана здоровья: включает в себя защиту от физических, инфекционных, химических, радиологических и биологических опасностей, опасностей для окружающей среды и готовность к чрезвычайным ситуациям.

- Услуги здравоохранения: включают планирование услуг, эффективность, клинический аудит и оценку в области здравоохранения и социальной помощи, а также мониторинг неравенства в предоставлении медицинской и социальной помощи. Полное государственное финансирование медицинской помощи.

Служба общественного здравоохранения Великобритании осуществляет:

- защиту населения от инфекционных заболеваний и других опасностей;

---

<sup>1</sup> Источник: Bernd Rechel, Anna Maresso, Anna Sagan, Cristina Hernandez-Quevedo, Gemma Williams, Erica Richardson, Elke Jakubowski, Ellen Nolte. Organization and financing of public health services in Europe: country reports. – WHO Regional Office for Europe / European Observatory for Health Systems and Policies. 2018. – 133 p. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/370946/public-health-services.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf)



- улучшение популяционного здоровья, снижение смертности и борьбу с несправедливостью в области здоровья;
- улучшение здоровья населения за счет поддержки устойчивости системы здравоохранения и ухода;
- наращивание потенциала общественного здравоохранения.

## Франция

26 января 2016 г. вступил в силу новый закон о модернизации системы здравоохранения. Этот закон создал новое Агентство по общественному здравоохранению, в сферу деятельности которого вошли:

- ответственность за сбор данных в области здоровья населения;
- укрепление здоровья и профилактика болезней;
- борьба с чрезвычайными состояниями.

Закон также направлен на содействие интегрированному уходу за счет подхода «путь здоровья» с целью облегчения сотрудничества между службами здравоохранения, долгосрочный уход за пожилыми людьми и людьми с ограниченными возможностями, а также укрепление системы общественного здравоохранения.

Финансирование здравоохранения во Франции является сложной системой, включающей социальное медицинское страхование (45,9 % в 2015 г.) и финансирование из госбюджета (49,3 % в 2015 г.).

Подводя итог, можно сказать, что службы общественного здравоохранения во Франции в основном развивались под управлением государственных учреждений, как на национальном, так и на региональном уровне. Существует тесная связь между общественным здравоохранением и организацией медицинских услуг, поскольку административные органы, отвечающие за здравоохранение, не проводят различий между услугами общественного здравоохранения и организацией медицинской помощи.

## Германия

Общественное здравоохранение Германии выполняет задачи:

- мониторинг, оценка и соблюдение прав на здоровье;
- консультирование поставщиков медицинских услуг по вопросам здравоохранения, включая планирование и организационные задачи;
- укрепление здоровья населения и оказание первичной медико-санитарной помощи;
- оценка качества оказания медицинской помощи;
- общественная гигиена, эпиднадзор за здоровьем;
- а также профилактика и контроль болезней.

Служба общественного здравоохранения в основном финансируется из государственного бюджета и в меньшей степени – за счет сборов, взимаемых за отдельные услуги общественного здравоохранения. В Германии применяются смешанные методы финансирования для программ общественного здравоохранения, связанных с такими проектами, как «здоровые города», получающие финансовую поддержку от обязательного медицинского страхования. Оплата наличными за услуги общественного здравоохранения ограничена и предназначена в первую очередь для получения медицинских справок для работы или бизнеса.

Медицинская помощь предоставляется на основе обязательного медицинского страхования<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Германия – одна из немногих стран Европы, в которой действует специальная система страхования на случай длительного ухода (под длительным уходом понимаются «действия, предпринимаемые другими для обеспечения того, чтобы люди с продолжительной значительной потерей внутренней дееспособности или находящиеся под угрозой такой потери могли поддерживать уровень функциональных способностей, соответствующий их основным правам, свободам и человеческому достоинству»). Источник: Global strategy

Федеральное министерство здравоохранения Германии отвечает за контроль и профилактику инфекционных заболеваний, профилактику НИЗ, профилактику наркозависимости и других веществ, а также формирование политики по профилактике, реабилитации и инвалидности.

За развитие следующих направлений несет ответственность местный уровень:

- укрепление здоровья;
- профилактика, работа с населением в области профилактики, социальная помощь;
- управление местными медицинскими учреждениями с контролем качества.

Муниципальный уровень несет также ответственность за:

- детскую стоматологию;
- защиту здорового питания;
- контроль за условиями труда на местном уровне.

На основании статьи 28 Основного закона Германии (Grundgesetz) создание местных жилищных условий, в том числе обеспечение здоровых условий жизни, находится в юрисдикции муниципалитета.

## Италия

Национальная система здравоохранения (НСЗ) Италии была создана в 1978 г. для обеспечения гарантии полноценного здоровья и оказания медицинской помощи всему населению страны.

Основные цели (НСЗ):

- обеспечение равного доступа к учреждениям здравоохранения;
- оказание медицинских услуг, независимо от дохода или местонахождения;
- развитие системы профилактики заболеваний;
- контролирование расходов на здравоохранение;
- обеспечение демографического контроля.

На основании плана на 2015–2018 гг., принятого Министерством здравоохранения Италии, общественное здравоохранение:

- должно подтверждать решающую роль укрепления здоровья и профилактики заболеваний в развитии общества и устойчивости благосостояния страны, особенно с учетом текущих демографических тенденций;

- обеспечивать справедливость и устранение неравенств в доступе к охране здоровья;

---

and action plan on ageing and health. – World Health Organization. Geneva, 2017. URL:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329960/9789241513500-eng.pdf>.

Страхование длительного ухода стало реакцией не только на демографические явления, но и на изменения в структуре семьи, рост участия женщин на рынке труда и изменение количества и качества спроса на эту помощь. Количество практикующих врачей (с полной занятостью) в рамках общинной помощи увеличилось почти в два раза, а количество мест по уходу увеличилось почти на 50 % с 1999 по 2015 г.

Преобладающие структуры поставщиков длительной помощи, до 1995 г. в течение долгого времени находившиеся в крупных частных некоммерческих организациях как основных заинтересованных сторон, изменились в результате появления частных коммерческих поставщиков, что существенно повлияло на конкуренцию, выбор и координацию предоставления услуг.

Традиционно длительный уход предоставлялся только людям с ограниченными возможностями. В 2013 г. Консультативный комитет экспертов Германии рекомендовал расширить это определение, чтобы соответствовать потребностям и проблемам все более стареющего населения. Свод социальных правил, включая часть XI «Страхование долгосрочного ухода» (§ 14 and 15, Sozialgesetzbuch XI), был изменен таким образом, чтобы определить людей, которые нуждаются в долгосрочном уходе, как «тех, кто имеет связанные со здоровьем нарушения независимости или способностей и, следовательно, нуждается в помощи других». Концептуальной основой разработки новой программы стала Европейская рамочная программа действий по предоставлению интегрированных услуг здравоохранения. (Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2016 г. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315922/66wd15r\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf)).



- проводить профилактику, укрепление здоровья и защиту здоровья населения с целью достижения наивысшего уровня здоровья;
  - разработка мероприятий по профилактике, продвижению и охране здоровья на основе лучших научно обоснованных данных;
  - надлежащее использование ресурсов для развития системы здравоохранения.
- Финансирование здравоохранения из Национального фонда здравоохранения включает:
- первичную медико-санитарную помощь (44 %);
  - вторичную медицинскую помощь, оказываемую на территориальном уровне (51 %);
  - профилактику (5 %).

## Нидерланды

Основная цель общественного здравоохранения Нидерландов – защитить и способствовать укреплению здоровья населения и предотвращать болезни через программы вакцинации и скрининга.

Новый акцент на здоровье населения привел к новым политическим инициативам, в том числе мерам финансового регулирования, повышению налогов, общественным кампаниям и скрининговым программам.

Новый организационный подход включает формирование эффективной политики общественного здравоохранения и межотраслевой (комплексный) подход. Межотраслевой подход решает задачи в различных смежных областях политики, таких как жилье, транспорт, школы, социальное обеспечение, физическая инфраструктура, микрорайоны, уход за детьми, уход на дому, общественная безопасность, социальная поддержка и медицинские учреждения.

## Канада<sup>3</sup>

В Канаде система здравоохранения преимущественно финансируется государством, примерно 70 % расходов на здравоохранение субсидируется за счет общих налоговых поступлений федерального, провинциального и территориального правительства.

В последние годы эффективность канадской системы здравоохранения улучшилась по показателям госпитальной смертности, выживаемости от рака и предотвратимых госпитализаций, хотя по сравнению с показателями других стран Канада обычно близка к среднему уровню. Более того, значительный разрыв в показателях здоровья между группами с высоким доходом и между коренными народами, а также с остальной частью канадцев сохранился и представляет собой серьезную проблему, стоящую перед системой здравоохранения и обществом.

Основные принципы организации системы здравоохранения:

- участие общества в управлении системой здравоохранения;
- всеобщий охват услугами здравоохранения;
- право на получение всех застрахованных медицинских услуг на единых условиях.

\*\*\*

Ключевыми направлениями политики в области здоровья населения в странах с высокой продолжительностью жизни являются:

- перерастание системы здравоохранения в систему общественного здравоохранения на основе учета всех детерминант здоровья: уровня и качества жизни населения, образа жизни, окружающей среды и качественной медицинской помощи;
- перенос тяжести в охране здоровья на профилактику, укрепление здоровья, равный доступ;
- сокращение неравенства в доступе к качественным услугам по профилактике заболеваний, медицинской помощи и реабилитации;
- содействие системам интегрированной медицинской помощи с целью усиления взаимодействия между службами здравоохранения;

<sup>3</sup> Источник: Canada. Health system review. – WHO Regional Office for Europe / European Observatory for Health Systems and Policies. 2020. – 194 p URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HiT-22-3-2020-eng.pdf> <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HiT-22-3-2020-eng.pdf>

- общественная гигиена и эпиднадзор;
- мониторинг, оценка и соблюдение прав на здоровье.

## Раздел 2. Влияние результатов нацпроекта на ожидаемую продолжительность жизни

В 2018 г. Президент РФ объявил о развитии национальных проектах, в том числе в сфере демографии и здравоохранения. Впервые была разработана система детального помесечного мониторинга целевых индикаторов, нацелившая регионы на энергичную работу в течение года. Для достижения целевых индикаторов предусмотрена система мер, которая начала действовать в 2019 г. Можно ожидать, что если меры и система мониторинга их реализации окажутся эффективными, то по целевым индикаторам динамика в 2019 г. и последующие годы окажется более позитивной, чем в предыдущие годы.

Фактически оценить результативность мер можно только по данным 2019 г., поскольку начавшаяся в 2020 г. пандемия существенно исказила сложившиеся позитивные тренды.

Поскольку позитивная динамика отмечалась и в предыдущие годы, эффектом реализации национальных проектов можно считать такой прирост продолжительности жизни, который будет более существенным, чем в среднем за предыдущие годы, или ситуации, когда негативная динамика сменилась на позитивную. В качестве сравнения возьмем среднегодовой прирост продолжительности жизни за пять лет, предшествовавших реализации проекта, а именно в 2013–2018 гг.

Итак, в период 2013–2018 гг. продолжительность жизни в целом по стране росла в среднем за год на 0,53 года для мужчин и на 0,29 года для женщин. При этом во всех без исключения регионах России продолжительность жизни населения выросла, хотя и в разном темпе. Максимальными темпами и у мужчин, и у женщин росли показатели в Тыве – на 1,0 и 0,8 года в среднем за год в 2013–2018 гг. Минимальными темпами, в среднем на 0,25 года у мужчин и на 0,13 года у женщин росла продолжительность жизни соответственно в Мурманской и Пензенской областях. Таким образом, в период, предшествующий реализации национальных проектов, рост продолжительности жизни был, во-первых, повсеместным, во-вторых, даже там, где отмечались самые низкие темпы роста, показатели были статистически значимыми и превышали 0,1 года.

Сравнение динамики продолжительности жизни в 2019 г. и в период, предшествующий реализации национальных проектов, свидетельствует о неоднозначных результатах. В целом по России ситуация практически не изменилась: среднегодовые темпы в 2013–2018 гг. и прирост в 2019 г. составили соответственно у мужчин 0,53 и 0,48 года, у женщин – 0,29 и

0,31 года. На региональном уровне ситуация была крайне неоднородной. На 24 территориях для мужчин и на 31 территории для женщин прирост продолжительности жизни в 2019 г. превысил среднегодовое изменение показателя в 2013–2018 гг. на уровне более 0,1 года. На 17 территориях для мужчин и на 15 – для женщин разница в приросте продолжительности жизни в сравниваемые периоды была незначительной и колебалась в пределах  $\pm 0,1$  года. При этом на 41 территории для мужчин и на 36 территориях для женщин динамика продолжительности жизни в 2019 г. была менее позитивной (или даже негативной) в сравнении со среднегодовыми изменениями показателя в 2013–2018 гг. (табл. 1–2).

**Таблица 1** – Распределение регионов РФ по динамике продолжительности жизни в 2019 г. в сравнении со среднегодовым темпом в 2013–2018 гг. (мужчины)

Среднегодовой прирост продолжительности жизни в 2013–2018 гг.	Изменение СПЖ в 2019 г. в сравнении со среднегодовым темпом в 2013–2018 гг.		
	Выше (дополнительный эффект от НП)	В тех же пределах (дополнительный эффект от НП отсутствует)	Ниже или снижение СПЖ (неудовлетворительная реализация НП и дополнительные негативные факторы)
Выше среднероссийских: 0,66 и выше	Тыва, Ингушетия	Дагестан, Марий Эл	Новгородская, Ленинградская, Московская области,

Среднегодовой прирост продолжительности жизни в 2013–2018 гг.	Изменение СПЖ в 2019 г. в сравнении со среднегодовым темпом в 2013–2018 гг.		
	Выше (дополнительный эффект от НП)	В тех же пределах (дополнительный эффект от НП отсутствует)	Ниже или снижение СПЖ (неудовлетворительная реализация НП и дополнительные негативные факторы)
			Самарская область, Мордовия, Калмыкия, Алтай, Бурятия, Еврейская АО, Амурская область, Якутия
Среднероссийские темпы: 0,43–0,62 года	Калининградская, Смоленская, Владимирская, Тверская, Псковская, Ярославская, Липецкая, Кировская, Брянская, Ульяновская области, Татарстан, Ростовская область, Кабардино-Балкария, Чеченская Республика, Тюменская область, ХМАО, Кемеровская область, Камчатский край, Москва	Коми, Архангельская, Вологодская, Тамбовская, Нижегородская области, Чувашия, Башкортостан, Оренбургская, Омская области, Пермский край	Вологодская, Тульская, Рязанская, Костромская, Воронежская, Курская области, Краснодарский край, Карачаево-Черкесия, Адыгея, Саратовская, Пензенская, Астраханская, Курганская, Челябинская области, Удмуртия, ЯНАО, Томская область, Хакасия, Иркутская, Читинская области, Приморский край, Хабаровский край, Сахалинская, Магаданская области
Ниже среднероссийских: меньше 0,42 года	Карелия, Санкт-Петербург, Белгородская, Орловская, Ивановская, Свердловская области, Ставропольский край, Алтайский край, Новосибирская область, Красноярский край, Чукотский АО		Мурманская область, Северная Осетия, Калужская область

В итоге можно констатировать, что на территориях, где в 2013–2018 гг. среднегодовые темпы роста продолжительности жизни были выше среднероссийских, в 2019 г., как правило, отмечался прирост ниже среднероссийского или даже снижение СПЖ (11 из 15 – у мужчин и 10 из 15 – у женщин).

На территориях, в которых в 2013–2018 гг. среднегодовые темпы роста продолжительности жизни были близки к среднероссийским, в 2019 г. ситуация была неоднородной. У мужчин на 19 из 53 территорий отмечалась более позитивная динамика, чем до реализации национальных проектов, а на 24 территориях – более негативная. У женщин, наоборот, на большинстве территорий – 31 из 57 – тенденции СПЖ были более позитивными,

на 19 территориях – более негативными. В географическом отношении более позитивной динамикой отличались темпы роста у мужчин и у женщин на территории северо-запада, центра России, Приволжского и отчасти Уральского регионов; негативный тренд был более характерен для регионов Сибири и Дальнего Востока.

И, наконец, в группе, в которой перед реализацией национальных проектов, отмечался самый низкий прирост продолжительности жизни, в 2019 г. сформировались, как правило, темпы выше среднероссийских.

**Таблица 2** – Распределение регионов РФ по динамике продолжительности жизни в 2018–2019 гг. в сравнении со среднегодовым темпом в 2013–2018 гг. (женщины)

Среднегодовой прирост продолжительности жизни в 2013–2018 гг.	Изменение СПЖ в 2019 г. в сравнении со среднегодовым темпом в 2013–2018 гг.		
	Выше (дополнительный эффект от НП)	В тех же пределах (дополнительный эффект от НП отсутствует)	Ниже или снижение СПЖ (неудовлетворительная реализация НП и дополнительные негативные факторы)
Выше среднероссийских: 0,4 и выше	Ингушетия, Чукотский АО	Тверская область, Мордовия, Тыва	Псковская область, Карачаево-Черкесия, Кабардино-Балкария, Дагестан, Бурятия, Алтай, ЯНАО, Еврейская АО, Магаданская область, Якутия
Среднероссийские темпы: 0,21–0,38 года	Карелия, Ленинградская, Новгородская, Вологодская, Калужская, Белгородская, Курская, Владимирская, Костромская, Ярославская, Орловская, Тамбовская, Воронежская области, Москва, Волгоградская, Ульяновская, Астраханская, Нижегородская области, Марий Эл, Чувашия, Калмыкия, Татарстан, Башкортостан, Пермский край, Курганская, Свердловская, Челябинская, Тюменская области, ХМАО, Алтайский край, Хакасия, Читинская область	Тульская, Ивановская, Рязанская, Липецкая, Ростовская области, Ставропольский край, Адыгея	Мурманская, Архангельская область, Санкт-Петербург, Коми, Московская, Брянская, Саратовская области, Северная Осетия, Краснодарский край, Удмуртия, Омская, Томская область, Красноярский край, Сахалинская, Иркутская, Амурская области, Камчатский край, Хабаровский край, Приморский край
Ниже среднероссийских: меньше 0,2 года	Ярославская, Белгородская, Курская, Ульяновская, Пензенская, Свердловская области, Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область

В целом, на 41 территории для мужчин и на 36 территориях для женщин динамика продолжительности жизни в 2019 г. была менее позитивной (или даже негативной) в сравнении со среднегодовыми изменениями показателя в 2013–2018 гг.

Для того чтобы выявить источники неэффективной реализации национальных проектов на половине российских территорий, важно рассмотреть ключевые направления этих проектов, направленных на рост продолжительности жизни, а это: здоровый образ жизни, который должен привести к снижению преждевременной смертности в трудоспособном возрасте, борьба с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, как ведущими причинами смерти.

Наиболее проблематичной является оценка эффективности мер по оздоровлению образа жизни. Понятно, что инерционность этих процессов не позволяет рассчитывать на какие-либо эффекты реализации в течение одного года. Вместе с тем следует отметить, что меры по стимулированию здорового образа жизни, предусмотренные национальным проектом, не оторваны от предыдущей политики, а лишь продолжают, развивают и усиливают сформулированные ранее стратегии по здоровому питанию и физической активности, борьбе со злоупотреблением алкоголем и табакокурением. Таким образом, можно ожидать, что дополнительные меры национального проекта могли бы дать кумулятивный эффект.

Как показал проведенный анализ, источники неэффективной (по критерию продолжительности жизни населения) реализации национальных проектов практически на половине российских территорий связаны с недостижением прогресса по ключевым приоритетам: болезням системы кровообращения, новообразованиям и смертности населения трудоспособного возраста.

Сравнительный анализ ситуации в 2019 г. и в 2013–2018 гг. свидетельствует, что в отношении смертности населения трудоспособного возраста первый год реализации национальных проектов не принес дополнительных позитивных результатов. В итоге по стране скорость снижения смертности или уменьшилась (у мужчин с 3,5 до 2,8 %), или осталась в тех же пределах (2,3 % и 2,1 % соответственно у женщин). В большинстве регионов страны (50 – у мужчин и 43 – у женщин) отмечено отсутствие прогресса и даже регресс, который проявился в смене позитивных тенденций на негативные, и снижение позитивных тенденций.

В отношении смертности населения от болезней системы кровообращения первый год реализации национальных проектов не только не принес дополнительных позитивных результатов, но в целом характеризовался негативной динамикой. Всего по стране скорость снижения смертности уменьшилась и у мужчин (с 4,0 до 3,4 %), и у женщин (с 4,9 до 2,3 %). В большинстве регионов России (50 – у мужчин и 54 – у женщин) в 2019 г. отмечено отсутствие прогресса и даже регресс в сравнении с периодом 2013–2018 гг.

Аналогичным образом развивалась ситуация по новообразованиям. По стране скорость снижения смертности практически не изменилась (у мужчин незначительно возросла – с 1,3 до 1,7 %, а у женщин незначительно сократилась – с 1,3 до 0,9 %). Но на региональном уровне произошел сдвиг в сторону увеличения числа территорий с негативной динамикой (39 – у мужчин и 46 – у женщин).

\*\*\*

Таким образом, приведенные результаты, казалось бы, однозначно свидетельствуют, что первый год реализации национальных проектов в сфере демографии и здравоохранения не принес позитивных результатов, а по ряду признаков ситуация даже ухудшилась. Однако имеется ряд факторов, не позволяющих делать столь однозначные оценки.

**Рассмотрим вначале ситуацию в отношении населения трудоспособного** возраста. Как показали кризисные 1990-е гг., в условиях безработицы, падения доходов и отсутствия социальной перспективы страдает, вопреки ожиданиям, в отношении групп риска – детей и пожилых людей, прежде всего, население трудоспособного возраста. Если рассмотреть ситуацию второй половины 2010-х гг. сквозь призму социально-экономических факторов, то очевидны кризисные явления в социально-экономической сфере, нараставшие год от года. И если в начале этого периода сохранялась позитивная инерция предыдущего экономического роста, то к концу 2010-х гг. эта инерция практически исчерпалась, что проявлялось в снижении год от года темпов роста продолжительности жизни (исключая 2017 г.). Таким образом, независимо от реализации национальных проектов, ситуация в 2019 г., очевидно, была бы хуже, чем в 2018 г. А с учетом принятых мер темпы ухудшения, возможно, оказались ниже.

Отмеченные факторы в определенной степени актуальны и в отношении динамики смертности от болезней системы кровообращения и новообразований, но лишь в определенной степени, поскольку большая часть умерших от данных патологий сконцентрирована на пожилых людях. В то же время для ведущих причин смерти актуальной проблемой является достоверность диагностики и кодирования. За время реализации мер по снижению смертности опубликовано много работ, выявляющих проблему недостоверной динамики смертности от мониторируемых причин.

Кроме того, если более внимательно проанализировать состав группы с очень высокими темпами снижения, то окажется, что в нее входят регионы с крайне высокой преждевременной смертностью от разных причин, в том числе от болезней системы кровообращения (Амурская, Ленинградская, Тверская области). Таким образом, сложившаяся динамика может свидетельствовать о фактических результатах в сфере здравоохранения, наиболее эффективных именно на неблагополучных территориях с большими нереализованными резервами.

## Раздел 3. Эффективные меры на национальном уровне для повышения ожидаемой продолжительности жизни

### Улучшение условий жизни и борьба с бедностью

Известно, что имеется прямая зависимость между величиной валового национального продукта (ВНП) на душу населения, измеренного в паритете покупательной способности, и продолжительностью ожидаемой жизни. При этом в некоторых странах имеются одинаковые значения ВНП, но очень сильно различающиеся показатели ожидаемой продолжительности жизни. Это наблюдение показало, что значительного улучшения показателей ожидаемой продолжительности жизни и здоровья можно добиться за счет программ умелой социальной поддержки уязвимых групп населения, а не только в результате экономического роста. Об этом также свидетельствует тот факт, что в ряде стран с высоким экономическим ростом не наблюдалось значительного улучшения состояния здоровья населения.

Бедность и плохое здоровье образуют порочный круг. Бедность ведет к нездоровью в силу недостаточного питания, меньшего доступа к знаниям и информации, снижением возможности получения медицинской помощи. В свою очередь, плохое состояние здоровья также может стать причиной бедности, поскольку оно связано со снижением доходов домашнего хозяйства и способности людей к обучению, с ухудшением их работоспособности и качества жизни. Таким образом, бедность – это одна из важнейших детерминант плохого здоровья. Жизнь в бедности ассоциируется с низкой продолжительностью жизни, высокой младенческой смертностью, неудовлетворительным репродуктивным здоровьем, высокими показателями инфекционных болезней, особенно туберкулеза и ВИЧ-инфекции, повышенным потреблением психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотические средства), большими показателями неинфекционных болезней, депрессий и самоубийств, а также сильным воздействием вредных для здоровья факторов окружающей среды.

Таким образом, основу всей политики улучшения здоровья и роста продолжительности жизни составляет борьба с бедностью. Именно распространение бедности, т. е. увеличение численности групп с низкими доходами, является одним из важнейших факторов роста смертности населения в целом, в том числе от социально обусловленных предотвратимых причин. Без сокращения численности данных групп населения невозможно достичь существенного прогресса в улучшении здоровья населения в целом. Мировой опыт показывает, что борьба с бедностью начинается с принятия мер по повышению доходов уязвимых слоев населения и смягчению бремени болезней, обусловленных бедностью.

Суть предлагаемых мер с учетом международного опыта двояка. С одной стороны, сократить масштабы групп, которые в силу жизненных обстоятельств оказываются в положении маргиналов (т. е. людей, которые лишены возможности полноценного участия в социальной, политической и экономической жизни сообщества, – определение ВОЗ), с другой стороны, повысить их шансы в социальной интеграции.

Для населения, особенно групп с низкими доходами, принятые решения способствуют повышению занятости и доходов, социальной самореализации, возможности получить образование с гарантией работы по специальности после окончания учебного заведения, а в сфере здоровья – оздоровлению подрастающего поколения и уменьшению в этих группах девиантных рисков, снижению заболеваемости, инвалидности и смертности, связанной с недостаточным питанием, плохими жилищными условиями, тяжелым физическим трудом, вредными условиями труда, социальной отчужденностью и стрессом.

#### 1. Меры повышения доходов

Меры должны приниматься на федеральном, региональном, а также местном уровне.

##### *1.1. Приоритетное повышение заработной платы у профессиональных групп с низкими доходами.*

Во-первых, принятые решения способствуют повышению уровня доходов, а также снижению безработицы, в т. ч. скрытой. Во-вторых, такие меры ведут к снижению заболеваемости и



смертности, вызванных недостатком дохода. В-третьих, способствуют снижению социальной напряженности и криминогенной обстановки.

*1.2. Восстановление прогрессивной шкалы налогообложения и увеличение льгот в области социального обеспечения для конкретных возрастных групп или семей с низкими доходами<sup>4</sup>.*

Эти меры направлены, прежде всего, на социально уязвимые группы. Так же, как и меры в области повышения валового дохода, меры, направленные на повышение чистого дохода, способствуют сокращению различий в уровнях дохода между различными слоями населения и снижению социальной напряженности. Для населения эффекты принятия таких мер аналогичны тем, что связаны с повышением валовых доходов.

*1.3. Политика трудоустройства социально уязвимых групп на рынке труда за счет предоставления льгот работодателям.*

Эти меры направлены, прежде всего, на социально уязвимые группы на рынке труда (инвалидов, матерей-одиночек, лиц предпенсионного возраста и т. д.). Для социально уязвимых групп населения эффект от принятия таких мер связан с повышением занятости и доходов, а следовательно, с уменьшением рисков для здоровья.

Кроме этого, на федеральном уровне могут быть приняты дополнительные меры на региональном и местном уровне.

*1.4. Привлечение местного населения для участия в кампаниях по здоровому образу жизни<sup>5</sup>.* Для проведения соответствующих кампаний могут быть привлечены активисты из числа местного населения с низкими доходами, безработные и пенсионеры. Эти меры способствуют снижению уровня безработицы и социальной напряженности, повышению занятости и доходов в социально уязвимых группах, распространению знаний о здоровом образе жизни.

*1.5. Привлечение к работам по благоустройству неблагополучных в социальном отношении районов представителей социально уязвимых групп населения.*

Эффект от реализации подобных действий связан с повышением доходов социально уязвимых групп населения, развитием сетей социальной поддержки в неблагополучных районах, а в сфере здоровья – со снижением заболеваемости и смертности, вызванных недостатком дохода и социальной изоляцией.

*1.6. Предоставление бесплатного питания детям в школах из малообеспеченных семей.*

Эти меры способствуют снижению социальной напряженности, улучшению здоровья детей из семей с низкими доходами и снижению их заболеваемости (а следовательно, и медицинских затрат), связанной с недостатком питания.

## **2. Доступность образования**

Образование дает старт в социальном статусе человека, а здоровье человека в значительной степени определяется его социальным статусом и уровнем образования. Как показывают многочисленные исследования за рубежом, лица с низким уровнем образования заняты неквалифицированным тяжелым физическим трудом, работают на вредных производствах, становятся безработными в силу неконкурентоспособности или пополняют криминогенные слои общества (алкоголиков, наркоманов, проституток, уголовников). Разрыв в уровне здоровья между лицами, работающими в сфере умственного труда, и лицами, занятыми тяжелым физическим трудом, значительно отличается по таким заболеваниям, как ССБ, суициды, алкоголизм, травмы и младенческая смертность детей, родители которых занимаются тяжелым физическим трудом.

*2.1. Возвращение к практике распределения для получивших бесплатное высшее или профессиональное образование.*

Эта мера направлена, прежде всего, на молодых людей, не имеющих возможности получить платное образование. Принятие таких мер будет способствовать снижению безработицы; обеспечению

---

<sup>4</sup> Одной из всеобъемлющих программ такого рода является «стратсклайдская стратегия» в Шотландии.

В восьми компонентах данной стратегии увязываются: прямая финансовая помощь бедной части населения, советы и рекомендации относительно прав в области социального обеспечения и по вопросам, связанным с долгами, а также целевое предоставление различного рода услуг и вопросы развития взаимопомощи на коммунально-общинном уровне. Отдельные компоненты, например, консультирование по проблемам социального обеспечения, могут быть реализованы в рамках служб здравоохранения, как это показал пример Бирмингема.

<sup>5</sup> См. раздел «Здоровый образ жизни». Работа активистов оплачивается из специально созданного фонда за конкретные мероприятия и привлечение новых участников движения за здоровый образ жизни.

кадрами тех отраслей, где их не хватает; повышению уровня образования населения; появлению возможности получить образование молодежи из бедных семей. Для тех, кто вовлечен в такие программы, их эффект связан с гарантированным получением работы по специальности после окончания учебного заведения; повышение дохода; снижение заболеваемости и смертности, вызванных недостатком дохода и низким образованием.

### *2.2. Создание условий для распространения «школ укрепления здоровья»<sup>6</sup>.*

Эти меры направлены, прежде всего, на детей из неблагополучных районов. Эффекты от реализации таких мер связаны с оздоровлением подрастающего поколения и снижением в этих группах девиантных рисков.

## **3. Улучшение жилищных условий**

В настоящее время проблемой являются не только физические условия проживания, но и социальная среда. В неблагополучных в социальном отношении районах обычно меньше социальных служб и условий для деятельности коммунально-общинного или муниципального характера, там отмечаются плохие условия для обеспечения безопасности населения от преступности, а также неудобная планировка сооружений для детей и стариков, что дополнительно усугубляет изоляцию и одиночество. Таким образом, с точки зрения бремени болезней, незащищенные слои населения подвергаются «двойной опасности». С одной стороны, малоимущие группы населения в городах более подвержены заболеваемости из-за плохих жилищных и санитарных условий, с другой стороны, они обладают меньшими ресурсами для борьбы с уже развившимися заболеваниями, так как часто находятся в маргинальном положении.

### *3.1. Разработка нормативов предоставления социального жилья лицам с низкими доходами<sup>7</sup>.*

Принятие и реализация таких мер не только улучшит жилищные условия групп населения с низкими доходами, но и повысит рейтинг политической власти. В сфере охраны здоровья это даст эффект снижения заболеваемости и смертности, связанной с плохими жилищными условиями.

### *3.2. Развитие социальной инфраструктуры в бедных районах<sup>8</sup>.*

Городские программы реконструкции и реставрационно-восстановительных работ в неблагополучных районах должны сопровождаться программами социального обновления, с ассигнованием, превышающим средний уровень финансовых средств на школы, детские сады и ясли, спортивные сооружения, медицинские службы, сферу досуга, профессиональной подготовки и т. д. Многие из этих мероприятий помогают молодежи, выросшей в неблагополучных условиях, обрести веру в себя, а также получить навыки и умения, необходимые для самостоятельной жизни. Все эти мероприятия направлены на помощь населению, живущему в социально неблагополучных, бедных районах. Реализация таких мер позволяет добиться улучшения социальной инфраструктуры, создания рабочих мест. В сфере охраны здоровья это также даст эффект снижения заболеваемости, девиаций и смертности, связанных с плохими жилищными условиями.

### *3.3. Создание общественных социальных служб взаимопомощи в бедных районах<sup>9</sup>.*

Эти меры также направлены на население, живущее в социально неблагополучных, бедных

---

<sup>6</sup> Целесообразно создавать школы укрепления здоровья, которые будут отчасти снижать риски для детей из бедных и неблагополучных семей путем обеспечения дополнительного профилактического медико-санитарного обслуживания, питания, а также санитарного просвещения в учебных планах и программах. Возможно привлечение спонсорской помощи для таких школ на условиях освобождения от налогов предпринимателей, которые оказывают такую помощь.

<sup>7</sup> На законодательном уровне необходима разработка нормативов предоставления социального жилья лицам с низкими доходами. Обязательный общественный контроль за предоставлением местной администрацией жилья, отвечающего санитарным нормам, лицам с низкими доходами. В Ливерпуле муниципальным советом разработана программа «Лучшее жилье – лучшее здоровье» для улучшения планирования и проектирования жилищного фонда.

<sup>8</sup> Программа «Домашние очаги» во Франции (появилась 30 лет тому назад, в настоящее время она распространила свою деятельность на территорию 21 области) является весьма удачной, носящей творческий характер попыткой сочетания мероприятий по обеспечению жилья для молодежи с предоставлением ей возможностей получения профессиональной подготовки и навыков, а также профилактического обслуживания, медико-санитарного просвещения и организации досуга.

<sup>9</sup> Проект «Ньюпин» был начат в Лондоне, он стал откликом и реакцией на симптомы плохого здоровья в особо неблагополучных районах, где наблюдались высокая депрессия среди матерей, плохое здоровье детей, а также проявления жестокого обращения и злоупотреблений. Цель проекта заключалась в оказании

районах. Реализация таких мер позволит добиться укрепления здоровья и взаимопомощи; социальной самореализации; снижения заболеваемости и смертности, связанной с социальной отчужденностью и стрессом; снижения криминогенной обстановки.

#### *3.4. Организация приютов для бездомных.*

Для профилактики смертности бездомных следует организовывать приюты для этой категории населения за счет средств и помощи персонала религиозных, добровольных и неправительственных организаций. В этих приютах должны работать службы медицинской помощи, которые будут осуществлять медицинские осмотры, общую санацию, санацию инфекции, лечение другой патологии.

### **4. Борьба с вредными условиями труда**

#### *4.1. Модернизация производства, снижение объемов тяжелого физического труда<sup>10</sup>.*

Эти меры направлены, прежде всего, на неквалифицированных работников, занятых физическим трудом. Эффект от реализации этих мер связан с улучшением здоровья трудоспособного населения, увеличением конкурентоспособности производства, повышением доходов занятых. С точки зрения эффектов для здоровья, принятые меры приведут к снижению заболеваемости и смертности, связанной с тяжелым физическим трудом (ССБ, суициды, алкоголизм, травмы).

#### *4.2. Сокращение вредных производств.*

С точки зрения влияния на здоровье, принятые меры приведут к снижению заболеваемости и смертности, связанной с вредными условиями труда.

#### *4.3. Организационные меры, позволяющие работникам устанавливать гибкий график и влиять на характер и условия труда.*

Эффекты от принятия таких мер связаны с возможностью найти адекватные способы улучшения морального климата на производстве; снижением стресса; спадом заболеваемости и смертности трудоспособного населения.

#### *4.4. Ужесточение санкций за соблюдение норм безопасности на рабочем месте.*

Эффекты связаны с сохранением здоровья в трудоспособных возрастах, снижением заболеваемости, травматизма и смертности трудоспособного населения.

### **Оздоровление образа жизни населения**

Личные ценности и взгляды, социальные нормы и культурные стереотипы являются важными факторами, которые определяют образ жизни. Не менее важным является также доступ людей к необходимым для здоровья предпосылкам, а также наличие времени, чтобы ими пользоваться. Существенным фактором является противоречивость информации, сообщаемой в рамках программ санитарного просвещения и исходящей из других более значимых для людей источников. Реклама табачных изделий, спиртных напитков и продовольственных товаров пропагандирует вредный для здоровья образ жизни, представляя его зачастую в очень привлекательном свете. Таким образом, стратегия оздоровления образа жизни должна включать в себя несколько взаимосвязанных компонентов: разработку политики, способствующей укреплению здоровья, т. е. обеспечение доступа всех к предпосылкам здоровья; создание благоприятных для здоровья условий в повседневной жизни; повышение компетентности людей в вопросах здоровья, как основы выбора ими здорового образа жизни.

---

содействия и стимулировании создания функционирующего на началах взаимопомощи и поддержки объединения, своего рода сообщества родителей и детей. В рамках проекта на добровольной основе оказывается носящая дружеский характер помощь и забота на дому. Помимо налаживания межперсональных контактов, женщины в проекте могли участвовать в индивидуальной и групповой терапии, а также получать консультации психолога. Уже при первичной оценке проекта «Ньюпин» были отмечены значительные положительные сдвиги в вопросах самоуважения и освобождения от состояний подавленности, уменьшения числа проблем, связанных с поведением детей, налаживанием отношений в семье и уменьшением социальной изоляции.

<sup>10</sup> С точки зрения здоровья, уменьшение объема тяжелого физического труда снижает заболеваемость и смертность от ССБ, суицидов, алкоголизма, травм (см. «Образование»).

## 1. Повышение физической активности<sup>11</sup>

*1.1. Обеспечение физической (пешеходной) доступности спортивных и оздоровительных учреждений (бассейны, спортивные площадки, оздоровительные центры и т. д.).*

Для населения эффект этих мер двоякий: помимо улучшения здоровья он связан с получением оплачиваемой работы, снижением стресса от безработицы, повышением уровня жизни, снижением потерь от заболеваний, фактором риска которых является безработица и низкий уровень жизни.

*1.2. Повышение доступности спортивных и оздоровительных сооружений за счет регулирования цен на его использование местным населением<sup>12</sup>.*

Эффект от реализации таких мер связан с повышением занятости местного населения на работе в спортивных сооружениях, сокращением выплат по безработице, снижением криминогенной обстановки за счет продуктивного использования свободного времени местным населением; увеличение доходов в бюджет за счет привлечения туристов и спортсменов. Как долговременный эффект – укрепление здоровья, особенно снижение ожирения, ССБ и болезней костно-мышечной системы (артритов); формирование навыков здорового образа жизни у детей, подростков и молодежи как альтернатива курению, алкоголю и наркотикам.

*1.3. Активная пропаганда привлечения местного населения к занятиям физкультурой. Она включает несколько видов деятельности.*

1.3.1. Создание рекламных роликов и специальных передач о пользе занятий физкультурой, пропаганда образа положительного героя – спортивного и здорового; создание страшилок о вреде ожирения и пассивного образа жизни.

Эффект от реализации таких мер связан с формированием у населения потребности в здоровом образе жизни, отказе от вредных привычек и повышением спроса на пользование спортивно-оздоровительными учреждениями. С точки зрения здоровья, эффект связан с повышением мотивации у населения к занятиям физкультурой и спортом.

1.3.2. Общественные организации – распространение буклетов-страшилок и материалов о пользе физкультуры путем привлечения добровольцев из числа безработных и пенсионеров.

Позитивные эффекты принятия таких мер связаны с повышением информированности населения о здоровом образе жизни, появлением возможности для самореализации активных групп граждан из числа безработных и пенсионеров.

1.3.3. Организация на базе спортивных и оздоровительных организаций пунктов профилактики с возможностью измерения веса, АД, проведение экспресс-анализов, получение посетителями информации о ЗОЖ.

Результаты реализации этих мер связаны с повышением информированности населения о факторах риска и угрозы здоровью в связи с проблемами образа жизни; повышением уровня доходов медицинских работников за счет участия в профилактических мероприятиях; улучшением медицинского обслуживания.

*1.4. Создание инфраструктуры вокруг спортивных учреждений.*

Озеленение и благоустройство территорий, организация предприятий здорового питания – эффект от реализации этих мер связан с повышением занятости, снижением безработицы, ростом доходов населения, созданием благоприятной инфраструктуры города /района, развитием малого и среднего

---

<sup>11</sup> Проект по снижению смертности населения в Западной Саксонии (Германия). Проект начат в 1994 г. Техническим университетом Chemnitz, при поддержке местного правительства Западной Саксонии. Целью проекта было создание рекреационной зоны и строительство спортивных учреждений, а также улучшение городской инфраструктуры. В проекте приняли участие правительство Западной Саксонии, научные институты, местные общины, представители бизнеса, экологические, социальные и культурные организации. Проект проводился в несколько этапов. Первый этап (1994–1999 гг.) – проведение эпидемиологического исследования по выявлению проблем в здоровье среди местного населения; 1995 г. – планирование и создание организационной структуры проекта. С 1996 г. – реализация мероприятий.

С 2000 г. проект адаптировал программу ВОЗ по инвестициям в здоровье и стал реализовываться совместно с ВОЗ. ВОЗ организовал обучение участников проекта стратегии инвестиций в здоровье и обеспечил распространение результатов в разных странах на уровне Европейского региона ВОЗ.

<sup>12</sup> Установление льготного доступа для детей, беременных, пенсионеров, инвалидов и малоимущих, введение приемлемых цен для работающего населения на не дорогостоящие виды оздоровления и спорта, а пользование аквапарками, теннисными кортами, горнолыжными сооружениями – на коммерческой основе для привлечения состоятельных групп местного населения и туристов.



бизнеса. Опосредованный эффект для здоровья обусловлен созданием хороших условий для ЗОЖ.

*1.5. Проведение по выходным и праздничным дням спортивно-развлекательных и образовательных мероприятий по ЗОЖ на местном уровне.*

Результаты реализации этих мер связаны с формированием здорового поведения у населения, снижением потребления алкоголя и табака, уменьшением криминогенной обстановки, созданием привлекательной среды для развития туризма и спорта.

## **2. Питание<sup>13</sup>**

Наиболее характерной проблемой в рамках всего Европейского региона является проблема нехватки пищевых продуктов с необходимыми требованиями к здоровому питанию, т. е. потребление рационов питания, которые характеризуются не только слишком большой калорийностью (что ведет к ожирению), но и дефицитом питательных веществ, необходимых для поддержания здоровья и предупреждения заболеваний. На этом фоне особое значение имеют факты продовольственной необеспеченности в отдельных группах населения. Недостаточность питания, особенно у детей раннего возраста, могут иметь серьезные функциональные последствия. Недоедание тормозит рост детей, повышает риск заболеваемости, воздействует на их интеллектуальное развитие и снижает (в будущем) успеваемость в школе и производительность труда.

*2.1. Разработка стандартов в области здорового питания на основе европейских стандартов продуктов питания и стандартов ВОЗ<sup>14</sup>.*

Результаты разработки данных мер связаны с обеспечением большей прозрачности в установлении нормативов для производства и продажи качественных и здоровых продуктов питания; с производством и снабжением населения города/района качественными и здоровыми продуктами питания; повышением конкурентоспособности с импортной сельхозпродукцией на отечественном и зарубежном рынке (в чем заинтересован и бизнес). Для населения принятие этих мер означает гарантии здорового и качественного питания, а для сферы здоровья – снижение заболеваемости от некачественных и фальсифицированных продуктов питания.

*2.2. Развитие сельскохозяйственного сектора по производству здорового питания<sup>15</sup>.*

Эффекты от реализации этих мер связаны с сокращением безработицы в сельском хозяйстве, снабжении населения здоровыми продуктами питания, получением прибыли от реализации здоровых продуктов питания. Для населения эти меры означают в области здоровья снижение заболеваемости, связанной с низким качеством питания (дистрофия, диарея, железодефицитная анемия, йоддефицитные состояния и др.), а также от некачественных и фальсифицированных продуктов питания.

*2.3. Обеспечение экономической доступности к качественным продуктам питания для социально уязвимых групп, включая лиц с хроническими заболеваниями и инвалидов.*

Результаты реализации данных мер связаны с обеспечением доступа социально уязвимых групп населения к здоровому питанию, со снижением рисков в тех группах населения, для которых они наиболее высоки.

*2.4. Обеспечение физической доступности к здоровому питанию для социально уязвимых групп<sup>16</sup>.*

Состав участников и эффекты от реализации этих мер аналогичны предыдущему пункту.

---

<sup>13</sup> Этот проект может использоваться как самостоятельный, а может быть продолжением первого проекта на уже сложившейся инфраструктуре. Разработан на основе предложений Европейской политики по здоровому питанию (ВОЗ/ФАО). Проект может комплексно реализовываться в пилотных территориях с развитым сельским хозяйством либо территориях, привлекательных для экологического и культурного туризма в депрессивных районах.

<sup>14</sup> Стандарты здорового питания касаются контроля за радиоактивным, химическим и биологическим загрязнением пищи, борьбой с фальсифицированными продуктами питания, маркировкой генетически модифицированной продукции, а также содействие производству большего количества овощей и фруктов и продуктов с низким содержанием холестерина и животных жиров.

<sup>15</sup> Развитие фермерства и перерабатывающих предприятий на основе стандартов здорового питания.

<sup>16</sup> Создание безбарьерной среды для лиц с ограниченными возможностями; обеспечение доставки на дом для пенсионеров и инвалидов.

### *2.5. Активная пропаганда здорового питания в СМИ, а также добровольцами из числа уязвимых групп.*

Эффекты от реализации этих мер связаны с формированием у населения здорового образа жизни, отказа от вредных привычек в питании. С точки зрения здоровья эти результаты говорят о снижении ожирения и болезней, связанных с неправильным питанием (ССБ, диабет, некоторые виды онкологии).

### *2.6. Активная пропаганда здорового питания медработниками<sup>17</sup>.*

Эффекты от реализации этих мер связаны с формированием у населения привычек здорового питания, повышением информированности населения о факторах риска и состоянии здоровья, повышением уровня доходов медицинских работников за счет участия в профилактических мероприятиях, улучшением медицинского обслуживания.

## **3. Сокращение потребления алкоголя<sup>18</sup>**

Поведение, представляющее опасность для здоровья, распространено все еще довольно широко и наносит большой ущерб российскому населению и экономике. Основное внимание традиционно обращается на потребление алкоголя, табака и наркотических веществ. Опыт борьбы с этими проблемами в развитых странах свидетельствует, что эффективные стратегии могут быть претворены в жизнь лишь в случае согласованности между тремя различными видами деятельности: разработкой и выполнением соответствующих законодательных и регламентирующих положений; при использовании соответствующих финансовых механизмов; благодаря санитарно-просветительной работе и поддержке. Более подробно общие принципы расписаны на примере антиалкогольной стратегии. В отношении табака и наркотиков дано лишь общее перечисление мер. В рамках эффективной противоалкогольной политики необходимо решать такие два аспекта этой проблемы, как предложение и спрос. Для решения первой части необходимо использовать на практике контроль за производством, импортом, распространением и рекламой алкогольных напитков, а также ценообразованием, в то время как для решения другой части необходимо проводить соответствующие санпросветительские программы, мероприятия по предупреждению алкоголизма, а также лечение больных. Необходимым условием эффективности и последовательности противоалкогольной политики является ее политическая приемлемость и поддержка со стороны общественности. Собственный российский опыт и результаты других стран свидетельствуют, что проведение ограничительных мер без достаточной поддержки населения приводят к росту незаконного производства и импорта алкогольных напитков. Еще одним принципиально важным условием успешной противоалкогольной политики является выработка общего подхода с производителями алкогольных напитков, представителями системы общественного питания и «индустрии развлечений» в отношении «кодекса саморегламентирования» предложения продукции, наносящей людям и обществу ощутимый ущерб.

### *3.1. Регулирование цен на алкогольные напитки<sup>19</sup>.*

Эта группа мер включает в себя несколько направлений действий.

#### **3.1.1. Повышение цен на алкогольные напитки за счет налогообложения на продажу, а также**

---

<sup>17</sup> См. «Медицинская профилактика».

<sup>18</sup> Все меры по борьбе с алкоголем эффективны при низкой безработице и повышении доходов, в противном случае это приводит к резкому росту нелегального производства, увеличению потребления некачественного алкоголя и к криминогенной обстановке.

<sup>19</sup> Международный опыт показывает, что при повышении цен на алкогольные напитки снижается их покупка населением. Спрос на алкогольные напитки падает, если цены на них возрастают больше, чем доходы потребителей. Обычно регулирование цен используется как средство политики контроля над алкоголем. Регулирование цен, как правило, осуществляется на федеральном уровне. Большинство исследований показало, что эластичность цен для общего потребления алкоголя составляет от -0,3 до -0,8. Это означает, что 1 % увеличения цены всех алкогольных напитков ведет к уменьшению их потребления на 0,3–0,8 %. Эластичность доходов чаще всего составляет от 0,4 до 1,5. Это означает, что увеличение реальных доходов потребителей на 1 % ведет к росту потребления алкогольных напитков на 0,4–1,5 %. Таким образом, потребление алкоголя, скорее всего, возрастает, если во время инфляции цены на алкоголь не повышаются параллельно с остальными ценами.



акцизных сборов и пошлин<sup>20</sup>.

Эффекты от реализации этих мер связаны с ограничением покупки алкогольных напитков населением и, следовательно, со снижением заболеваний и смертности от потребления алкоголя.

### 3.1.2. Регулирование конкуренции цен<sup>21</sup>.

Эффекты от реализации этих мер связаны с ограничением покупки крепких алкогольных напитков, представляющих наибольшую угрозу здоровью.

### *3.2. Регулирование маркетинга алкоголя<sup>22</sup>.*

Эффект от принятия и реализации этих мер связан с ограничением покупки и потребления алкогольных напитков населением. Существует несколько направлений деятельности в этой сфере.

#### 3.2.1. Ограничение на содержание рекламы<sup>23</sup>.

Результаты принятия этих мер связаны с уменьшением привлекательности алкогольных напитков в сознании населения, снижением потребления алкоголя населением, особенно среди подростков и молодежи.

#### 3.2.2. Запрет на участие производителей алкогольных напитков в спонсорстве спортивных мероприятий.

Результаты принятия этих мер связаны с уменьшением потребления алкоголя на спортивных мероприятиях и тем самым снижением криминогенной обстановки.

#### 3.2.3. Создание медийной продукции о вреде алкоголя (показ опустившихся людей, разбитые семьи, акцент на высокую смертность среди алкоголиков).

Создание положительного имиджа «образа жизни, свободного от алкоголя». Результаты принятия этих мер связаны с влиянием на сознание населения информации о вреде алкоголя, формированием негативного отношения к потреблению алкогольных напитков, снижением потребления алкоголя, заболеваемости и смертности от алкоголизма.

### *3.3. Создание общественных групп за «образ жизни, свободный от алкоголя».*

Результаты принятия этих мер связаны с формированием у населения установок на трезвый образ жизни. Эти меры могут быть реализованы в нескольких направлениях.

#### 3.3.1. Создание на местном уровне по сетевому принципу групп населения из числа активистов и пострадавших от пьянства (членов семей или соседей алкоголиков) с целью пропаганды образа жизни свободного от алкоголя.

---

<sup>20</sup> Доходы от налогов на алкоголь могут быть существенной частью государственных средств. В Финляндии около 7–10 % государственных налогов поступает от алкоголя. Неблагоприятные результаты от увеличения налогов не очень значительны. Одним из них является влияние цен на алкоголь на общий уровень цен, что может вызвать дополнительную инфляцию. Вторым негативным фактором является рост импорта алкогольных напитков (как легально, так и нелегально). По результатам многочисленных исследований увеличение цен и налогов на алкоголь является эффективным средством алкогольной политики при эффективном контроле за негативными факторами.

<sup>21</sup> Учитывая наибольший урон от потребления крепких алкогольных напитков, можно повышать цены только на них, оставляя цены на вино доступными, чтобы способствовать переходу населения на потребление напитков с более низким содержанием алкоголя.

<sup>22</sup> Стратегия регулирования маркетинга направлена на то, чтобы удержать потребителя от покупки данного товара. Большинство индустриально развитых стран приняли ряд ограничений на маркетинг алкоголя.

В некоторых странах они частично основаны на добровольных соглашениях алкогольной индустрии и СМИ.

<sup>23</sup> Директива Европейского сообщества по телепередачам устанавливает следующие требования в отношении рекламы: реклама не должна быть прямо направлена на детей; недопустимо изображать детей, пьющих спиртные напитки; реклама не должна связывать потребление алкоголя с усилением физических способностей человека и вожделением автомобиля; реклама не должна создавать впечатление, что потребление алкоголя способствует успеху в жизни; реклама не должна утверждать, что употребление алкоголя имеет терапевтические свойства, а также является стимулирующим или успокаивающим средством; реклама не должна поощрять неумеренное потребление алкоголя или представлять трезвость и умеренность в непривлекательном виде; реклама не должна подчеркивать, что высокое содержание алкоголя является положительным свойством напитка.

Во Франции в 1991 г. принят закон, в котором ограничивается реклама всех напитков, содержащих более 1,2 % алкоголя. Закон запрещает любую рекламу, нацеленную на молодежь, и любую рекламу алкогольных напитков на телевидении и при проведении спортивных мероприятий, также запрещается спонсорство спортивных мероприятий производителям алкогольных напитков. Реклама разрешена только в прессе для взрослых, в местах производства и продажи алкоголя и во время специализированных мероприятий.

В каждую рекламу должно быть включено сообщение о том, что алкоголь опасен для здоровья.

3.3.2. Организация обществ анонимных алкоголиков<sup>24</sup>.

#### *3.4. Ограничение розничной продажи алкоголя.*

Эти меры направлены на различные группы населения. Меры по ограничению розничной продажи могут быть реализованы в нескольких направлениях.

3.4.1. Ограничения продажи спиртных напитков по возрасту<sup>25</sup>.

3.4.2. Ограничение продажи алкоголя пьяным<sup>26</sup>.

3.4.3. Ограничение часов и дней продаж спиртных напитков<sup>27</sup>.

3.4.4. Ограничение мест продажи<sup>28</sup>.

3.4.5. Лицензирование и ограничение числа точек продажи спиртных напитков.

#### *3.5. Борьба с употреблением алкоголя на рабочем месте.*

Результаты введения этих мер связаны со снижением экономических потерь, связанных с пьянством на рабочем месте, повышением производительности труда, сокращением потребления алкоголя трудоспособным населением, снижением производственного травматизма, укреплением здоровья, повышением доходов работающих. Эти меры могут быть реализованы по нескольким направлениям.

3.5.1. Запрещение употребления алкоголя на территории предприятия.

3.5.2. Создание атмосферы трезвости на производстве путем штрафных санкций и увольнения с работы за появление в нетрезвом виде, поощрение работников, отказавшихся от употребления алкоголя.

3.5.3. Обеспечение возможности проходить лечение от алкоголизма на предприятии в рабочее время на добровольной основе.

#### *3.6. Медицинская профилактика и лечение алкоголизма.*

Эффекты от реализации этих мер связаны со снижением потребления населением алкоголя и потенциальных последствий, формированием у населения отрицательного отношения к пьянству, снижению заболеваемости и смертности от алкоголизма и других заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Эти меры могут быть реализованы по следующим направлениям.

3.6.1. Активная пропаганда медработниками на приемах больных вреда от злоупотребления алкоголем.

3.6.2. Обеспечение специализированного лечения больных алкоголизмом.

## **4. Борьба с курением**

Анализ реализации национальных планов и программ показал, что наиболее значительные результаты были достигнуты путем проведения стратегий, характеризующихся комплексным, всеобъемлющим подходом. Он включает: снижение доступности табачных изделий для детей, проведение активной санитарно-просветительской работы в школах, внедрение жестких ограничений на рекламу табачных изделий, проведение активных антитабачных кампаний, принятие мер по созданию свободных от табачного дыма общественных мест, поддержание

---

<sup>24</sup> Группы «анонимные алкоголики» – это группы взаимопомощи, организованные по двенадцати ступенчатой программе. Согласно программе 12 шагов АА, человек должен признать, что не властен над своим пьянством, и вверить свою жизнь «высшей власти», пересматривая нравственные ценности, исправляя ошибки прошлого и предлагая помощь другим алкоголикам. Выздоровливающий алкоголик «в программе» никогда не должен опять начать пить, хотя эта цель достигается лишь по прошествии длительного времени. Деятельность АА организована в условиях «двенадцати традиций», включая анонимность, независимость от политических убеждений и неиерархическую организационную структуру. Опыт работы АА показал свою эффективность в США и других странах.

<sup>25</sup> Применяется во многих странах (США, Япония, Норвегия, Австралия, Канада, Дания и т. д.). Персонал мест продажи спиртных напитков несет личную ответственность за соблюдение этого правила. Подкрепляется все контролем со стороны правоохранительных органов и общественности.

<sup>26</sup> Используется в США и Канаде. Персонал мест продажи спиртных напитков несет свою ответственность за соблюдением этого правила. Подкрепляется контролем со стороны правоохранительных органов и общественности.

<sup>27</sup> В некоторых странах запрещена торговля на вынос по воскресеньям и/или по субботам. В Великобритании торговля на разлив разрешена с 11 утра до 11 вечера по будням и с 12:00–15:00 и 19:00–22:00 по воскресеньям.

<sup>28</sup> Запрещается продавать алкогольные напитки возле церквей, школ, станций заправки и спортивных сооружений.

относительно высокого уровня цен на табачные изделия путем налогообложения. Большинство этих мер реализовано в российской программе по борьбе с табаком.

#### *4.1. Регулирование цен на табачные изделия<sup>29</sup>.*

4.1.1. Повышение цен на табачные изделия за счет налогообложения на продажу, а также акцизных сборов и пошлин<sup>30</sup>.

4.1.2. Регулирование конкуренции цен<sup>31</sup>.

#### *4.2. Ограничение содержания смол и никотина при производстве табака<sup>32</sup>.*

#### *4.3. Регулирование маркетинга табачных изделий<sup>33</sup>.*

4.3.1. Запрещение всех форм рекламы табачных изделий<sup>34</sup>.

4.3.2. Запрет на участие производителей табачных изделий в спонсорстве спортивных и культурно-развлекательных мероприятий.

4.3.3. Создание ужастиков о вреде курения (показ влияния курения на развитие рака легких и инфарктов миокарда).

4.3.4. Создание положительного образа здорового некурящего человека<sup>35</sup>.

4.3.5. Обязательная надпись на пачках сигарет о вреде курения, создание негативного дизайна пачки сигарет<sup>36</sup>.

#### *4.4. Создание общественных групп «против курения».*

4.4.1. Создание на местном уровне по сетевому принципу группы населения из числа активистов и лиц, имеющих стойкое неприятие курения, с целью пропаганды отказа от курения и контроля запрета на рекламу и продажу табачных изделий<sup>37</sup>.

4.4.2. Проведение Дня отказа от курения, или «Брось курить и стань победителем» с поощрением призами бросивших курить и проведением агитационно-развлекательных мероприятий и

---

<sup>29</sup> Повышение налогов на табачные изделия считается одним из важнейших шагов по снижению потребления табачных изделий. Установление высоких цен на табак вытесняет с рынка неплатежеспособные слои населения, особенно молодежь (Рекомендации ВОЗ по борьбе с курением).

<sup>30</sup> Цены на табачные изделия должны регулярно возрастать для компенсации обычной инфляции, чтобы не позволить табаку стать доступным в результате роста доходов населения и побуждать курильщиков к отказу от курения. Каждый раз при повышении цены на табак на 10 % (с учетом влияния инфляции) потребление табака снижается на 2–8 %. Для лиц с низкими доходами эта закономерность действует еще сильнее.

<sup>31</sup> Учитывая наибольший ущерб для здоровья от потребления дешевого низкосортного табака, который считается одним из наиболее сильных факторов риска развития рака легких, следует опережающими темпами повышать цены на дешевые табачные изделия, при этом на дорогие сорта табачных изделий цены поднимать на меньший процент. Такая политика способствует ограничению курения населением, особенно среди неплатежеспособных слоев, поскольку дешевые сорта становятся малодоступными, а дорогие сорта – уже недоступны для них. Такая политика также способствует отказу от курения подростков и молодежи, особенно от курения дешевого и самого вредного для молодого организма дешевого табака. Многочисленные исследования в западных странах показывают, что такая политика вызывает понимание среди населения, поскольку предупреждает курение среди подрастающего поколения.

<sup>32</sup> Применяется практически во всех развитых странах при обязательной маркировке на пачке содержания смол и никотина.

<sup>33</sup> Стратегия регулирования маркетинга направлена на то, чтобы удержать потребителя от покупки данного товара. Большинство индустриально развитых стран приняли ряд ограничений на маркетинг табачных изделий. В некоторых странах они частично основаны на добровольных соглашениях табачной промышленности и СМИ.

<sup>34</sup> В большинстве развитых стран действует полный запрет на рекламу табачных изделий. Например, Норвегия ввела такой запрет в 1975 г. За это время было отмечено, что запрет на рекламу табака в прессе не привел к ухудшению экономического положения. При этом контроль за нарушение запрета возложен на органы внутренних дел, однако за время действия запрета попыток его нарушить оказалось немного. Потребление табака среди населения Норвегии неуклонно снижается, особенно среди молодежи. В тех странах, где реклама табака разрешена, самыми крупными статьями расходов табачных компаний являются расходы на рекламу. При запрете рекламы следует тщательно фиксировать все способы правового регулирования рекламы. Следует также выявлять и регистрировать предприятия и ассоциации, которые извлекают экономическую выгоду из рекламы, и где устанавливаются рекламные щиты (например, автобусные остановки, дискотеки, магазины и т. д.) для контроля за появлением новых рекламных щитов.

<sup>35</sup> Расходы на создание антирекламы табака можно брать из средств, поступающих от повышения налогов на табачные изделия. Таким путем пошли США, Австралия и другие страны.

<sup>36</sup> В ряде стран, например, в Великобритании, пачки сигарет выполнены в стиле ужастика, где нарисован череп или мертвый человек и т. п.

<sup>37</sup> См. «Алкоголь».

спортивных соревнований<sup>38</sup>.

#### *4.5. Ограничение розничной продажи табачных изделий.*

4.5.1. Запрет на продажу табачных изделий по возрасту (запрет детям до 18 лет)<sup>39</sup>.

4.5.2. Ограничение мест продажи<sup>40</sup>.

4.5.3. Лицензирование и ограничение мест продажи табачных изделий.

4.5.4. Запрещение курения в общественных местах со штрафными санкциями для нарушителей<sup>41</sup>.

#### *4.6. Борьба с курением на рабочем месте.*

4.6.1. Запрещение курения на территории предприятий.

4.6.2. Пропаганда отказа от курения и создание атмосферы нетерпимости к курению на производстве (см. «Алкоголь»).

#### *4.7. Участие медицинских учреждений в борьбе с курением.*

4.7.1. Активная пропаганда медработниками на приемах больных вреда от курения, особенно среди гипертоников и больных ИБС.

4.7.2. Обеспечение доступного специализированного лечения тем, кто хочет бросить курить.

## **5. Борьба с распространением наркотиков**

### *5.1. Обеспечение контроля за производством наркотических средств, пресечение их незаконного оборота.*

5.1.1. Проанализировать возможности подпольного изготовления наркотических средств с использованием производственного и лабораторного оборудования путем применения нестандартных технологических процессов. Обеспечить контроль за их деятельностью.

5.1.2. Проводить рейды по выявлению и уничтожению посевов и зарослей дикорастущей наркосодержащей растительности.

5.1.3. На основе имеющейся оперативной и иной информации разработать меры перекрытия каналов незаконной транспортировки и транзита наркотиков, их хранения и реализации на территории страны.

5.1.4. Проводить комплексные профилактические операции по выявлению в местах молодежного досуга лиц, употребляющих наркотические вещества, токсические препараты.

### *5.2. Регулирование маркетинга.*

5.2.1. Запрет на рекламу (скрытую) наркотиков, осуществляемую путем формирования спроса на тонизирующие напитки.

5.2.2. Создание и распространение средствами социальной рекламы ужастиков о вреде наркотиков (показ опустившихся людей, разбитые семьи, СПИД, акцент на высокую смертность среди наркоманов).

5.2.3. Создание и распространение средствами социальной рекламы позитивной альтернативы

---

<sup>38</sup> Например, в Швейцарии государственное агентство CIPRET (Центр информации по предупреждению синдрома табачной зависимости) спонсирует проведение спортивных и культурных мероприятий, на которых активно пропагандирует преимущества жизни без табака. Агентство также проводит мероприятия на местах – от «ярмарок здоровья» до автошоу с целью активного вовлечения местного населения в жизнь без табака. В Греции в 1994 г. «Эллинским обществом против рака» при поддержке ВОЗ был организован Международный фестиваль молодежи против курения. Его участники – молодежь – сами готовили агитационные материалы против курения.

В нескольких австралийских штатах действуют фонды по борьбе с курением, которые финансируются на долевом участии из государственных средств (за счет налогов на табачные изделия) и добровольных взносов. Эти фонды также проводят спортивные и культурные мероприятия, которые ранее финансировались табачными компаниями. На этих мероприятиях ведется активная пропаганда вреда от курения.

<sup>39</sup> Применяется во всех развитых странах. Персонал мест продажи табачных изделий несет личную ответственность за соблюдение этого правила. Подкрепляется контролем со стороны правоохранительных органов и общественности.

<sup>40</sup> Запрещается продавать табачные изделия возле школ, медицинских учреждений, спортивных сооружений, в некоторых странах существует запрет на продажу табачных изделий в торговых автоматах и магазинах самообслуживания.

<sup>41</sup> Эта мера направлена как на ограничение возможностей для курения курящего человека, так и на защиту окружающих от пассивного курения. Применяется практически во всех развитых странах.

потреблению наркотиков среди подростков.

### *5.3. Создание общественных групп «против наркотиков».*

5.3.1. Создание на местном уровне по сетевому принципу группы населения из числа активистов и пострадавших наркоманов (членов семей или соседей наркоманов) с целью пропаганды борьбы с наркотиками<sup>42</sup>.

5.3.2. Организация обществ анонимных наркоманов<sup>43</sup>.

5.3.3. Создание социальных служб помощи социально дезадаптированным подросткам<sup>44</sup>, оказание им социально-правовой и социально-экономической помощи.

### *5.4. Профилактика наркомании среди школьников<sup>45</sup>.*

5.4.1. Разработать рекомендации для педагогов по выявлению детей, допускающих немедицинское употребление наркотиков.

5.4.2. Осуществлять обучение руководителей школ и педагогов по вопросам профилактики и борьбы с наркоманией и токсикоманией.

5.4.3. Проводить спортивные мероприятия среди подростков и молодежи под лозунгом «Физическая культура и спорт – против наркотиков», используя при этом возможности физкультурно-спортивных подростковых клубов, общеобразовательных школ, учреждений дополнительного образования, спортивные площадки по месту жительства.

### *5.5. Медицинская профилактика и лечение наркомании.*

5.5.1. Активная пропаганда медработниками на приемах больных о вреде наркотиков у групп риска.

5.5.2. Осуществление медико-психологической реабилитации несовершеннолетних, вовлеченных в потребление наркотиков.

5.5.3. Обеспечение специализированного лечения больных наркоманией.

## **Развитие системы охраны и укрепления здоровья**

Системы здравоохранения представляют собой важный социальный сектор, в функции которого входит не только лечебная помощь, но и развитие профилактических служб; раннее выявление патологических отклонений путем скрининга в группах риска; предоставление лицам старшего возраста и инвалидам реабилитационных видов обслуживания, задачей которых является поддержание и восстановление способностей этих лиц вести нормальную повседневную жизнь.

### **1. Первичная помощь в системе здравоохранения**

*1.1. Проведение профилактических бесед с больными на приеме на уровне первичной помощи врачами и медсестрами о пользе физической активности, правильном питании, борьбе с лишним весом, курением и употреблением алкоголя.*

Эти меры направлены на все население, но конкретные формы профилактики адаптируются к особенностям социально-демографического, возрастного, культурно-этнического статуса пациентов. В разработке и реализации этих мер участвуют: заинтересованные общественные организации, в том числе представляющие интересы групп риска, местная администрация, страховые компании<sup>46</sup>, учреждения здравоохранения. Основной эффект – выработка у населения

---

<sup>42</sup> См. «Алкоголь».

<sup>43</sup> См. там же.

<sup>44</sup> Службы из психологов и медработников, имеющие навыки работы с социально дезадаптированными подростками, создаются как на муниципальном уровне, так и добровольными, религиозными и неправительственными организациями. Они располагаются в школах, центрах по работе с подростками и т. п. Направлены на работу с трудными подростками.

<sup>45</sup> Проведение разъяснительных бесед со школьниками о вреде наркотиков, активное сотрудничество с правоохранительными органами по выявлению распространения наркотиков в школах.

<sup>46</sup> В ряде зарубежных стран с врачами общей практики (например, в Великобритании) заключаются контракты на проведение профилактических мероприятий (бесед и необходимых лечебно-диагностических процедур по первичному выявлению патологии). Контракты заключаются либо с местным департаментом здравоохранения (при бюджетном финансировании здравоохранения), либо со страховыми компаниями (при медицинском страховании).



мотивации к здоровому образу жизни.

*1.2. Разработка и оснащение медицинских организаций современными компьютерными интерактивными средствами наглядной агитации о здоровом образе жизни и медицинской активности, как элементе ЗОЖ.*

Основной эффект – выработка у населения мотивации в профилактике заболеваний и укреплении здоровья.

*1.3. Разработка и внедрение программ первичного скрининга на основе самотестирования.*

Меры направлены на все население и дифференцированы с учетом возраста и принадлежности пациента к группе риска.

*1.4. Разработать финансовые механизмы, побуждающие работающее население проходить диспансеризацию.*

Меры направлены на все население трудоспособного возраста и дифференцированы с учетом возраста и принадлежности пациента к группе риска.

*1.5. Разработка и распространение в СМИ методами социальной рекламы информационных средств о признаках состояния здоровья, требующих незамедлительного обращения к врачу.*

Эффект от реализации мер заключается в повышении информированности населения и формировании ответственности за собственное здоровье.

*1.6. Развитие системы восстановительного лечения и реабилитации на первичном уровне в условиях дневного стационара или на дому.*

Эффект связан с сокращением госпитализаций по социальным показаниям, с увеличением числа лиц, способных самостоятельно себя обслуживать, с обеспечением нуждающихся необходимой медико-социальной помощью.

## **2. Финансирование**

*2.1. Довести финансирование здравоохранения в России до 5 % (в перспективе – до 8 % ВВП)<sup>47</sup>.*

Эффект от реализации этих мер связан с более полным обеспечением потребностей в охране здоровья, а следовательно, в сокращении потерь от предотвратимых заболеваний.

*2.2. Разработка финансовых механизмов, обеспечивающих приоритетное развитие первичной помощи<sup>48</sup>.*

Результаты реализации этих мер – обеспечение основных потребностей населения по укреплению здоровья, лечению на первичном уровне, реабилитации, уходу и оказанию поддержки<sup>49</sup>.

*2.3. Разработка финансовых механизмов, обеспечивающих эффективное взаимодействие между первичным звеном оказания медицинской помощи и высококвалифицированной специализированной помощью в рамках интегрированной модели медицинской помощи.*

Результаты реализации этих мер – повышение эффективности расходования ресурсов наиболее затратной стационарной помощи путем направления на госпитализацию только тех пациентов, которые нуждаются в специализированных видах помощи, требующих такого уровня технологий и

---

<sup>47</sup> Макроэкономические данные подтверждают тот факт, что страны с низким уровнем развития здравоохранения и образования с большим трудом добиваются устойчивого роста и развития по сравнению со странами, где эти проблемы решены (Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. – ВОЗ. Женева, 2001). Расходы на здравоохранения в развитых странах мира составляют 9,9 % от ВВП во Франции, 9,6 % – в Австрии, 9,6 % – в Швейцарии, 9,5 % – в Германии, 8,8 % – в Нидерландах, 8,2 % – в Финляндии, 8,0 % – в Бельгии, 8,1 % – в Исландии, 7,7 % – в Швеции и Италии, 7,6 % – в Испании, 6,9 % – в Великобритании, 6,5 % – в Дании (данные за 1995 г.: Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных тенденций, 2000).

<sup>48</sup> Увеличение финансирования первичной помощи позволит повысить объем услуг, проводить полноценную профилактическую работу (см. раздел «Медицинская профилактика»), ввести патронажных медсестер, перенести часть лечебных процедур с уровня стационара на амбулаторный уровень и т. д. (Рекомендации ВОЗ «Здоровье-21»).

<sup>49</sup> Недофинансирование первичной помощи приводит к фактической нехватке врачей в поликлиниках, особенно в депрессивных районах и сельской местности. Из-за этого образуются очереди в поликлиниках, закрываются мелкие участки в сельской местности, что приводит к фактическому ограничению доступа населения, особенно к профилактической помощи.



умения, которые есть только в стационаре; путем выписки из стационара пациентов, нуждающихся лишь в реабилитации и уходе.

#### *2.4. Развитие различных схем финансирования здравоохранения (ОМС, добровольного медицинского страхования, соучастия населения в платежах)<sup>50</sup>.*

Результаты реализации этих мер – обеспечение экономической доступности услуг здравоохранения в утвержденных законом пределах с возможностью улучшить условия предоставления медицинской помощи за счет соплатежей населения.

### 3. Качество медицинской помощи

#### *3.1. Разработка стандартов лечения, клинических руководств и протоколов для конкретных болезней, обеспеченных финансированием<sup>51</sup>.*

Результаты реализации этих мер – обеспечение качества медицинской помощи для всех слоев населения, а также снижение заболеваемости и смертности во всех возрастах.

#### *3.2. Обязательная профессиональная подготовка и переподготовка по ведению больных согласно стандартам лечения.*

Разработчики мер и эффект от их реализации те же, что и в предыдущем пункте.

---

<sup>50</sup> В странах со средним доходом доступ к основным медицинским службам обеспечивается за счет известных схем (государственного финансирования здравоохранения или социального медицинского страхования). Однако в этих странах остаются нерешенными две основные проблемы. Многие семьи не имеют достаточного доступа к медицинскому обслуживанию, поскольку они слишком бедны, чтобы оплачивать это обслуживание самостоятельно, а правительство выделяет недостаточно средств на обеспечение работы этих служб в полном объеме. С другой стороны, потребность в увеличении ассортимента медицинских услуг постоянно растет, особенно при лечении неинфекционных болезней (за счет высоких медицинских технологий), что создает дополнительную нагрузку на бюджет здравоохранения. При этом возникает проблема переноса части платежей на население, что значительно ограничит доступ к ряду медицинских услуг, либо увеличения бюджетных или страховых расходов на здравоохранение (Mobilization of Domestic Resources for Health. – WHO. Geneva, 2002). В большинстве стран Европы исторически сложились системы преимущественного финансирования здравоохранения либо из бюджета (Дания, Финляндия, Ирландия, Италия, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция, Великобритания), либо на основе социального медицинского страхования (Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды). Добровольное медицинское страхование и прямые платежи населения за медицинские услуги являются дополнительными источниками дохода и применяются для платежеспособной части населения, либо за определенные высокотехнологические, более комфортные или необязательные виды медицинской помощи. Добровольное медицинское страхование присутствует как в странах с бюджетным финансированием, так и в странах с социальным медицинским страхованием. Оно составляет менее 10 % от общего финансирования здравоохранения в этих странах, за исключением Франции – 12,2 % и Нидерландов – 17,7 %, и предназначено для лиц с доходом выше среднего по стране. В Западной Европе широко используется система соучастия потребителей в оплате медицинских услуг. Эта система используется для увеличения дополнительных доходов, когда система финансирования здравоохранения не может покрыть все услуги за счет налогообложения или социального страхования, а также для предотвращения чрезмерного использования медицинских услуг. При этом необходимо отметить, что частичное возмещение издержек за счет потребителей может нарушить принцип справедливого доступа к медицинскому обслуживанию для разных слоев населения. Поэтому он используется в ограниченных случаях. Кроме того, от прямых платежей освобождаются социально уязвимые группы населения (лица с низким доходом, безработные, пенсионеры), а также хронические больные (например, больные сахарным диабетом и др.) и беременные (Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Европейское региональное бюро ВОЗ, изд-во «Весь мир», 2002). В условиях Российской Федерации целесообразно ввести системы добровольного медицинского страхования и соучастия населения в платежах для лиц с доходом выше среднего за следующие виды услуг: выбор врача на амбулаторном и стационарном уровне; сокращение сроков ожидания плановой помощи; более комфортные условия пребывания в стационаре (в большинстве стран Европы бесплатно гарантировано пребывание в трехместной палате); обслуживание врачом на амбулаторном уровне по заранее утвержденному списку прикрепленных больных, а также доплата за высокотехнологичную медицинскую помощь при имеющейся альтернативе лечения.

<sup>51</sup> Мировой опыт показывает, что медицинская помощь для бедных зачастую бывает низкого качества. Для ликвидации такого положения предлагается разработка стандартов лечения, клинических руководств и протоколов с обязательным финансовым обеспечением их за счет средств обязательного медицинского страхования (Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. – ВОЗ. Женева, 2000).

