

НРО82/2012

Внутренний номер: 343682

[Varianta în limba de stat](#)

[Карточка документа](#)



**Республика Молдова**

**ПАРЛАМЕНТ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ** Nr. 82

от 12.04.2012

**об утверждении Национальной стратегии по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2012–2020 годы**

Опубликован : 22.06.2012 в Monitorul Oficial Nr. 126-129    статья № : 412    Дата вступления в силу : 12.04.2012

Парламент                      принимает                      настоящее                      постановление.

Ст.1. – Утвердить Национальную стратегию по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2012–2020 годы, представленную в приложении.

Ст.2. – Настоящее постановление вступает в силу со дня принятия.

**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПАРЛАМЕНТА**

**Мариан ЛУПУ**

**№ 82. Кишинэу, 12 апреля 2012 г.**

Приложение

**НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ  
по профилактике и контролю неинфекционных  
заболеваний на 2012–2020 годы**

**I. ВВЕДЕНИЕ**

1. Здоровье человека – это самая большая ценность и неотъемлемый компонент развития и процветания общества, так как здоровое население служит необходимым условием развития экономики страны. Забота о здоровье населения является одним из основных приоритетов политики государства. Расходы на здравоохранение и проблемы, связанные с ним, представляют собой значительное экономическое бремя для общества.

Согласно Докладу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о состоянии здравоохранения в Европе за 2005 год, наиболее важными причинами бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ являются неинфекционные заболевания (77%), травмы и отравления (14%), инфекционные заболевания (9%). Аналогичная структура

наблюдается и в Республике Молдова, с некоторыми отклонениями в процентной доле. В настоящее время неинфекционные заболевания представляют основную угрозу для здоровья населения, являясь ведущим мировым «убийцей» и приводя ежегодно к 35 миллионам смертей, что составляет 60% мировой смертности; из них 80% приходится на страны с низким и средним уровнем развития.

2. Национальная стратегия по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2012–2020 годы (далее – Стратегия) разработана на основе результатов оценки текущей ситуации в области профилактики неинфекционных болезней. Область применения Стратегии охватывает основные неинфекционные болезни, связанные общими факторами риска, влияющими на их детерминанты и возможности профилактики.

3. Стратегия разработана в соответствии с Глобальной стратегией по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний, принятой в мае 2000 года на 53-й Всемирной ассамблее здравоохранения (Резолюция WHA53.17), Европейской стратегией по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний, принятой в сентябре 2006 года на 56-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (Резолюция EUR/RC56/R2), на основании положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, принятой в мае 2003 года на 56-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Резолюция WHA56.1), Глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья, принятой в мае 2004 года на 57-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Резолюция WHA57.17), Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя, принятой в мае 2010 года на 63-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Резолюция WHA63.13), с учетом национальной специфики Республики Молдова.

4. Стратегия описывает текущую ситуацию в данной области, определяет необходимые задачи, действия и меры с четким установлением ответственности для всех субъектов, вовлеченных в деятельность по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний.

## **II. ОПИСАНИЕ СИТУАЦИИ**

### **Часть 1**

#### **Эпидемиологический профиль**

5. В Республике Молдова общая смертность населения в 2001–2010 годах колебалась в пределах между 1132,8 и 1223,7 на 100 тыс. населения, составляя основное бремя для системы здравоохранения и для развития национальной экономики. Наиболее частыми причинами смерти являются неинфекционные заболевания, в основном болезни сердечно-сосудистой системы (632,0–687,5 случая на 100 тыс. населения), опухоли (126,6–159,8 случая на 100 тыс. населения), болезни пищеварительного тракта (103,4–121,8 случая на 100 тыс. населения), травмы и отравления (92,9–103,5 случая на 100 тыс. населения). Уровень смертности трудоспособного населения составляет более половины общей смертности.

6. Болезненными состояниями, которые определяют около 80% всех зарегистрированных заболеваний, являются сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания, мочеполовой системы, нейropsychические расстройства, травмы, болезни опорно-двигательного аппарата, эндокринные заболевания, расстройства питания и нарушения обмена веществ, онкологические заболевания и заболевания нервной системы.

7. В настоящее время в Республике Молдова практически четверо из десяти человек (трое мужчин и одна женщина) умирают в допенсионном возрасте (соответственно до

62 и 57 лет) от предотвратимых заболеваний, вызванных в частности образом жизни, или в результате несчастных случаев. Травмы занимают лидирующее место в иерархии потерянных годов здоровой жизни, будучи также основной причиной инвалидности среди молодежи и временной нетрудоспособности среди лиц трудоспособного возраста. Старение населения способствует также росту гериатрических болезней (связанных с пожилым возрастом). Приоритетные неинфекционные заболевания в Республике Молдова выглядят следующим образом:

1) *Сердечно-сосудистые заболевания* являются основной причиной смерти. Уровень смертности от них в течение многих лет превышал 50%, составив в 2010 году 56,2%. Женщины чаще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с мужчинами.

Следует отметить, что заболеваемость и распространенность зарегистрированной сердечно-сосудистой патологии являются незначительными, что предполагает низкую обращаемость населения к семейным врачам за получением первичной медицинской помощи. Гипертония, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания остаются ведущими причинами смерти в мире, в том числе в Республике Молдова.

2) *Злокачественные новообразования* занимают второе место в структуре смертности, достигая наиболее высокого уровня среди лиц трудоспособного возраста. В течение года в Республике Молдова состоят на учете свыше 42 тыс. человек с диагнозом «рак», и ежегодно более 5600 человек умирают от онкологических заболеваний. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости онкологическими новообразованиями, фактическое число лиц, страдающих доброкачественными опухолями, предраковыми состояниями, раком *in situ* и злокачественными опухолями, выше из-за ограниченного доступа населения к тестированию и позднего диагностирования. По локализации наиболее часто встречается рак молочной железы, за которым следуют рак легких, рак кожи и меланома. Ведущей причиной смертности являются рак легких, рак желудка и рак молочной железы.

3) *Патология пищеварительного тракта* занимает третье место среди ведущих причин смертности – ее доля составляет около 10%, включая хронический гепатит и цирроз печени. Необходимо отметить, что центральный регион Республики Молдова является территорией с наивысшим уровнем смертности от хронического гепатита и цирроза печени.

4) *Травмы и отравления* находятся на четвертом месте в структуре общей смертности – на их долю приходится около 8,5%. Чаще всего это является причинным фактором преждевременной смертности мужчин, у которых данный показатель достигает 12%.

5) *Хроническая обструктивная болезнь легких* также является одной из важнейших причин преждевременной смертности. В Республике Молдова уровень смертности от нее составляет 5,6%, или 68,2 случая на 100 тыс. населения. Смертность от хронического бронхита равна 38,1 случая на 100 тыс. населения.

6) *Сахарный диабет* составляет 46–48% всех эндокринных заболеваний, расстройств питания и нарушений обмена веществ. В 2001–2010 годах в Республике Молдова зарегистрировано увеличение более чем в 2 раза заболеваемости, распространенности, а также инвалидности и смертности от сахарного диабета. В структуре пациентов с сахарным диабетом 20% составляют дети и подростки с сахарным диабетом первого типа, а 80% – лица в возрасте старше 40 лет с диабетом второго типа. Сахарный диабет более распространен среди городского населения по сравнению с сельским. Это может быть объяснено различиями в традициях питания городского и сельского населения.

7) *Психические и поведенческие расстройства* на протяжении 2005–2010 годов отметили рост как по распространенности (с 2510,3 случая на 100 тыс. населения в 2005 году до 2764,3 на 100 тыс. населения в 2010 году), так и по заболеваемости (с 355,5 случая на 100 тыс. населения в 2005 году до 417,8 на 100 тыс. населения в 2010 году). Доказательством этому служит увеличение числа лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, с одной стороны, и увеличение числа новых случаев в результате повышения обращаемости населения и доверия к медицинским услугам (80% новых случаев – непсихотического происхождения), с другой стороны. В 2010 году зарегистрированы 98 564 человека с психическими расстройствами (около 3% населения), из которых 14 897 (15%) были диагностированы впервые, а 18 640 человек (19%) составили дети в возрасте до 18 лет.

8) *Железодефицитная анемия* является наиболее часто встречающейся и широко распространенной патологией человека, составляя 80–85% в общей структуре анемий. Дефицит железа обнаруживается примерно у каждого четвертого жителя планеты. Железодефицитная анемия развивается во всех возрастных группах, но наиболее часто встречается у детей с трехлетнего возраста и у женщин репродуктивного возраста, негативно сказываясь на качестве жизни, осложняя клиническое течение сопутствующих заболеваний и ослабляя организм.

## Часть 2 Swot-анализ

<i>Сильные стороны</i>	<i>Слабые стороны</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принятие Закона о государственном надзоре за общественным здоровьем № 10-ХVI от 3 февраля 2009 года, закрепившего приоритет общественного здоровья</li> <li>• Наличие национальных программ по укреплению общественного здоровья путем снижения бремени неинфекционных заболеваний               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие центров общественного здоровья, осуществляющих надзор и контроль неинфекционных заболеваний</li> </ul> </li> <li>• Готовность международных организаций и стран-доноров оказывать финансовое и техническое содействие национальной системе здравоохранения</li> <li>• Большое количество неправительственных организаций, действующих в области здравоохранения, а также в медико-социальной области, которые могут быть использованы в качестве ресурса в рамках программ партнерства</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие информационной системы надзора за неинфекционными заболеваниями, взаимосвязывающей всех поставщиков медицинских услуг, а также учреждения, наделенные функциями обеспечения здоровья населения</li> <li>• Высокая заболеваемость неинфекционными болезнями; недостаточность мер по их профилактике; преимущественное покрытие услугами лечебной направленности</li> <li>• Недостаточность фундаментальных исследований по изучению факторов риска неинфекционных заболеваний</li> <li>• Недостаточность межотраслевого сотрудничества</li> <li>• Отсутствие четкой стратегии взаимодействия на различных уровнях различных субъектов, вовлеченных в принятие решений в области политики общественного здоровья               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пробелы в рамках существующей системы снижения факторов риска</li> </ul> </li> </ul>
<b><i>Возможности</i></b>	<b><i>Угрозы</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Включение элемента профилактики и</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Риск распространения и роста степени</li> </ul>

<p>контроля неинфекционных заболеваний в стратегии по снижению уровня бедности и в уместные социально-экономические политики</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Развитие программ по борьбе с социальными детерминантами нездоровья в отношении здоровья женщин и детей, беднейшего городского населения, по обеспечению равного доступа к услугам первичной медицинской помощи</li> <li>• Реформирование системы общественного здравоохранения</li> <li>• Развитие механизма мониторинга факторов риска и последствий неинфекционных заболеваний</li> <li>• Усиление компонента укрепления здоровья и внедрение информационной системы надзора за неинфекционными заболеваниями</li> </ul>	<p>тяжести неинфекционных заболеваний, обуславливающий значительные людские, социальные и экономические потери</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Социально-экономическая и политическая нестабильность, способствующая ухудшению жизни уязвимых слоев населения и прогрессированию бремени неинфекционных заболеваний</li> <li>• Отсутствие механизма координации и финансирования, создающее угрозу невыполнения Стратегии</li> <li>• Недостаточная мотивация медицинских работников сферы общественного здравоохранения</li> <li>• Неприоритетность для политиков проблемы бремени, которое представляют для системы общественного здравоохранения неинфекционные заболевания, влияя на социально-экономическое развитие страны</li> </ul>
---	---

### III. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ, ТРЕБУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

#### Часть 1

#### Проблема неинфекционных заболеваний

8. Несмотря на то, что неинфекционные заболевания составляют наибольшее бремя для здоровья людей, обращаемость населения за медицинскими услугами довольно низка, что подтверждается уровнем заболеваемости. Обращаемость растет по мере хронизации острых состояний. Распространенность же неинфекционных болезней очень высока. Практически 66% населения страдают от различных хронических заболеваний. Преобладают два класса заболеваний – заболевания сердечно-сосудистой системы и заболевания респираторной системы, за ними следуют заболевания желудочно-кишечного тракта, психические и поведенческие расстройства, болезни, связанные с нарушениями питания, эндокринной системы, метаболизма, а также неоплазмы. Группу неинфекционных заболеваний объединяют общие факторы риска, влияющие на их детерминанты и возможности вмешательства. Меры по предупреждению этих заболеваний должны основываться на интегрированном надзоре за факторами риска.

9. Преждевременная смертность, заболеваемость и инвалидность в Республике Молдова могут быть значительно сокращены за счет осуществления комплексных мер по устранению или уменьшению причин их возникновения. Ведущими факторами риска, обуславливающими возникновение неинфекционных заболеваний, являются злоупотребление алкоголем и табаком, нездоровое питание и малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела, повышенное артериальное давление и высокий уровень холестерина, а также немодифицируемые факторы (возраст и наследственность).

10. Факторы риска неинфекционных заболеваний многочисленны, различны и распространены. Они зависят от пола и среды обитания индивида, от уровня его развития, социального статуса, условий труда, обучения, воспитания и др.

1) *Опасное употребление алкоголя* является серьезной проблемой. Проведенные экспертами ВОЗ в 2007 году исследования выявили, что алкоголь является первостепенным фактором риска для здоровья населения Республики Молдова. Традиционно сельское население потребляет большое количество вина, а городское населения – крепкие алкогольные напитки. Подсчитано, что среднегодовое потребление на душу населения чистого алкоголя лицами в возрасте старше 15 лет составляет 12 литров (Исследования в области демографии и здравоохранения Республики Молдова, 2005 г.) – больше, чем в среднем по Содружеству Независимых Государств. Обследования (Results of survey of health status of population in the Republic of Moldova, National Bureau of Statistics, 2006) свидетельствуют, что 72% населения старше 15 лет употребляли алкоголь на протяжении последних 12 месяцев, из них 7% – практически каждый день, а 30% – несколько раз в неделю. Опасное употребление алкоголя может рассматриваться с учетом нескольких аспектов потребления, таких как количество, частота и качество. Отмечается корреляционная зависимость между потребленным количеством алкоголя и негативными последствиями потребления в виде возникновения неинфекционных болезней.

2) *Курение* приводит к серьезным проблемам со здоровьем. Республика Молдова занимает четвертое место среди европейских стран по распространенности курения среди мужчин. Национальные исследования, в том числе Исследования в области демографии и здравоохранения Республики Молдова 2005 года, показали, что доля курящих мужчин составляет 51%, причем без существенной разницы между сельским и городским населением, а доля курящих женщин составляет 5,1% (в городах – 13,5%). Серьезной проблемой является курение среди детей и молодежи. Результаты национальных исследований (Глобальное исследование распространенности курения среди подростков, 2008 г.) показали, что пробовали курить в возрасте до 10 лет почти половина (49,2%) учащихся в возрасте 13–15 лет, из них 54,1% – мальчики и 40,5% – девочки. В общей сложности курят 11,3% детей и подростков, из них 18,5% – мальчики и 5,6% – девочки.

3) *Питание* является критически важным компонентом в создании прочной основы хорошего здоровья и дальнейшего развития. Потребление продуктов питания закономерно варьирует в зависимости от вида пищевых продуктов и климатических условий. При этом постоянно преобладают в рационе хлебобулочные изделия или хлеб (в эквиваленте – мука) и овощи, реже присутствуют продукты животного происхождения и фрукты. По данным обследований (Results of survey of health status of population in the Republic of Moldova, 2006), мясо и мясопродукты присутствуют в ежедневном питании у 7,5% населения, молоко и молочные продукты употребляются ежедневно 19,8% населения. Каждый третий потребляет мясо несколько раз в неделю (35,1%) или один раз в неделю (35,5%); молоко употребляется несколько раз в неделю 37,1% населения и один раз в неделю – 17,4%. Среди наиболее распространенных продуктов питания – яйца. В среднем 17,6% населения употребляют яйца ежедневно, 61,7% – несколько раз в неделю и 12,3% – один раз в неделю. Фрукты являются самым малоупотребительным продуктом. Только 19,1% населения употребляют фрукты ежедневно, а 67,4% – не менее одного раза в неделю. В зависимости от места проживания положение лучше в городской местности, где 75,8% населения едят фрукты не менее одного раза в неделю по сравнению с 61,7% в сельской местности.

4) *Гиподинамия*. Малоподвижный образ жизни характерен для 59,2% населения в возрасте 15 лет и старше. С учетом критерия места проживания процент людей, ведущих малоподвижный образ жизни, в городской местности выше, чем в сельской, – соответственно 62% и 57,1%. Различается положение и в зависимости от пола. Мужчины обычно чаще проявляют физическую активность, чем женщины. В среднем интенсивной физической деятельностью занимаются около 1,9% населения, в основном это мужчины. Больше всего занимающихся интенсивной физической деятельностью и определенными видами спорта или активного отдыха – среди лиц в возрасте 15–24 лет (19,3%). С возрастом количество лиц, занимающихся интенсивной или умеренной физической деятельностью, снижается. Таким образом, падает физическая активность, что считается фактором риска и характерно для значительной части населения, особенно городского.

5) *Избыточная масса тела/ожирение*. Проведенные Институтом кардиологии исследования показали, что 24,2% взрослого населения страдает ожирением и 36,2% – избыточной массой тела. Результаты социологического обследования (Results of survey of health status of population in the Republic of Moldova, 2006) свидетельствуют о более низком проценте взрослых людей с избыточным весом. Тем не менее установлено, что население с избыточной массой тела составляет 34,6%, с ожирением – 15,4% общей численности населения. Избыточный вес и ожирение являются основными факторами риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Поэтому повышенные значения индекса массы тела преобладают у страдающих заболеваниями сосудистой системы людей с избыточным весом и ожирением. Необходимо отметить, что у 73,1% лиц с избыточным весом и ожирением наблюдается повышенное артериальное давление, а 71,6% страдают ишемической болезнью сердца.

6) *Гипертония*. В Республике Молдова повышенное артериальное давление широко распространено. Согласно данным, предоставленным Институтом кардиологии, 35% взрослого населения страдает различными проявлениями систолической гипертензии (35,2% мужчин и 34,8% женщин). Показатели систолического артериального давления, превышающие 160 мм рт.ст., характерны для 10,8% мужчин и 14% женщин. Нет данных об эпидемиологическом риске уровня холестерина в крови у населения Республики Молдова, несмотря на то, что такой мониторинг необходим.

11. Неинфекционные заболевания имеют многофакторную этиологию и развиваются в результате сложных взаимодействий между человеком и средой обитания, зависят от индивидуальных характеристик лица (таких как пол, этническая принадлежность, генетическая предрасположенность), от воздействия социальных, экономических и экологических детерминант здоровья и от факторов защиты здоровья.

12. Неблагоприятные социальноэкономические факторы, такие как массовая миграция населения и распад традиционного уклада жизни и семейных связей, лишают молодое поколение устоявшихся поведенческих образов и протективной роли родителей, способствуя развитию психических и поведенческих расстройств. В рядах молодого поколения берет верх склонность к порочным тенденциям и навыкам (алкоголизм, наркомания, хулиганство, проституция и т.д.).

13. Старение населения представляет собой существенное демографическое изменение, которое значительно влияет на все сферы жизни. По данным Национального бюро статистики, в Республике Молдова доля пожилых людей (в возрасте 65 лет и старше) увеличилась в период 2000–2008 годов с 9,4% до 10,3%, или на 27,3 тыс. человек. Пожилые люди составляют уязвимую группу населения: возрастные изменения приводят к увеличению заболеваемости и инвалидности с

преобладанием хронических заболеваний, создавая проблемы экономического, медицинского и социального характера.

14. Физическая среда является ведущим определяющим фактором развития неинфекционных заболеваний:

1) Атмосферный воздух постоянно загрязняется твердыми частицами, диоксидом серы, оксидом углерода, диоксидом азота, свинцом, озоном. В 14% случаев пробы воздуха не соответствуют гигиеническим стандартам, особенно в городах. Загрязнение атмосферного воздуха вне помещений сокращает продолжительность жизни в среднем на 8 месяцев, а загрязнение воздуха внутри помещений приводит к потере 2,2 млн. лет здоровой жизни в Европейском Союзе согласно индексу DALY (Disability Adjusted Life Years), который учитывает как потерю лет жизни в результате преждевременной смерти, так и годы нездоровья.

2) Почва зачастую характеризуется плохим санитарным состоянием. 16% проб почвы превышают предельно допустимые концентрации по химическим параметрам, 14,5% – по содержанию пестицидов и 16,5% – по микробиологическим показателям. Наиболее загрязненными являются жилые районы, где не соответствующими стандартам являются 32,4% проб, и территории детских учреждений – 12% проб.

3) Качество воды в большинстве случаев не отвечает национальным стандартам. Доля проб воды, не соответствующих по санитарно-химическим показателям, достигает около 70% для подземных источников и 80% для скважин, по микробиологическим показателям – 12% для подземных источников, около 8% для городских коммунальных сетей и 15% для сельских водопроводов, 36% для колодцев.

4) Воздействие опасных химических веществ при систематическом воздействии на рабочем месте или средовом воздействии может увеличить риск развития некоторых форм рака.

15. Другим важным фактором развития неинфекционных заболеваний является отсутствие интегрированной политики на популяционном уровне для обеспечения развития предпосылок здорового образа жизни, развития здоровых навыков на каждом возрастном этапе. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний занимают относительно небольшую долю в бюджете системы здравоохранения. По данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в среднем лишь 3% всех расходов на здравоохранение в странах – членах ОЭСР выделяется на программы популяционной профилактики и общественного здоровья.

16. Службы здравоохранения часто ориентированы более на уход за больными, а не на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний. Это значительно влияет на уровень смертности и выживаемости, поскольку уровень выживаемости ощутимо снижается с длительностью прогрессирования заболевания. В Республике Молдова лишь 11% случаев рака молочной железы диагностируется на I стадии заболевания, в то время как в Канаде на этой стадии диагностируется 39%. То же самое с раком прямой кишки: при том, что в Канаде 22% случаев диагностируется на I стадии, в нашей стране этот показатель составляет лишь 2%.

17. Глобализация и урбанизация ставят особые проблемы перед обществом. С глобализацией связана тенденция населения малых стран со средним уровнем доходов к потреблению в большом количестве нездоровой пищи, в том числе содержащей насыщенные жиры, соль и сахар. Городское население ведет все более малоподвижный образ жизни, что обусловлено быстро растущим уровнем моторизации, ростом городов и снижением возможностей физической активности. Нездоровое питание серьезно влияет на уровень ожирения, особенно среди детей, а также существенно способствует

развитию неинфекционных заболеваний, таких как сахарный диабет.

18. Выявление факторов риска неинфекционных болезней, мониторинг и оценка их воздействия на здоровье населения и внедрение адекватных мер их контроля будут способствовать улучшению здоровья населения и сокращению расходов на лечение, оказание медицинской и социальной помощи.

## **Часть 2**

### **Политика в области неинфекционных заболеваний**

19. Политика в области неинфекционных заболеваний означает комплекс мер на межминистерском и местном уровнях по предупреждению, контролю, информированию и т. п., включая согласованные программы реализации воспитательных мероприятий среди населения, социальной защиты уязвимых групп населения, сокращения факторов риска, создание на местном уровне альтернативных услуг, содействующих социофессиональной интеграции, недискриминационное применение законодательной базы.

20. Конечной целью является предотвращение преждевременной смертности и значительное сокращение бремени неинфекционных болезней населения, улучшение качества жизни людей и повышение ожидаемой продолжительности жизни.

21. Оценка состояния здоровья населения требует выделения факторов риска и контроля за ними посредством применения системных мер, которые улучшат раннее выявление заболеваний, наблюдение основных факторов риска, доступность специализированной медицинской помощи, непрерывность лечения и взаимосвязь с другими приоритетными областями.

## **Часть 3**

### **Подход к проблеме неинфекционных заболеваний**

22. Стратегия предусматривает профилактику и надзор за неинфекционными заболеваниями в целях выравнивания мер, ведущих к устранению предотвратимых причин болезней, инвалидности и преждевременной смертности, и мер, направленных на улучшение показателей в области здравоохранения и качества жизни людей, уже страдающих от этих болезней. Стратегия уделяет приоритетное внимание факторам риска, предусматривает их предотвращение или изменение, предупреждение возникновения или прогрессирования неинфекционных болезней и предотвращение преждевременной смерти.

Систематический надзор за уровнями и моделями факторов риска имеет фундаментальное значение для планирования и оценки профилактических мероприятий.

23. Сфера применения Стратегии охватывает все неинфекционные заболевания, характеризуемые общими факторами риска и в значительной степени предотвратимые посредством эффективных действий по устранению основных рисков, таких как табакокурение, нерациональное питание, малоподвижный образ жизни, опасное употребление алкоголя, избыточная масса тела и ожирение. Кроме того, менеджмент этих болезней может сократить заболеваемость, инвалидность и смертность населения и способствовать улучшению общественного здоровья.

24. Стратегия продвигает многосторонний и комплексный подход к мониторингу состояния здоровья населения в соотношении с его детерминантами, обеспечивая при этом:

- 1) реализацию программ укрепления здоровья на популяционном уровне;
- 2) осуществление селективных мер в отношении групп и лиц, подвергающихся повышенному риску;

3) максимальное обеспечение нуждающихся медицинской помощью и уходом и осуществление мер, направленных на уменьшение неравенства в сфере здоровья.

#### **IV. ВИДЕНИЕ, ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ**

25. Стратегия нацелена на укрепление здоровья и профилактику неинфекционных заболеваний.

26. Целью Стратегии является значительное сокращение бремени неинфекционных заболеваний и предотвращение преждевременной смертности посредством реализации комплексных мер, улучшение качества жизни и показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни и предстоящей жизни при рождении.

27. Общими задачами Стратегии являются:

1) развитие многоотраслевой национальной основы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний;

2) развертывание мер по профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний и их детерминант во всех отраслях национальной экономики путем снижения их воздействия на здоровье;

3) укрепление потенциала системы здравоохранения по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний;

4) сокращение на 17% смертности от предотвратимых неинфекционных заболеваний;

5) усиление компонента укрепления здоровья и повышение ответственности граждан за собственное здоровье.

28. Специфическими задачами Стратегии являются:

1) создание многоотраслевого механизма планирования, ориентации, мониторинга и оценки политик по профилактике и контролю приоритетных неинфекционных заболеваний;

2) развитие плана по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний и программ первичной доказательной профилактики, эффективных в части сокращения поддающихся изменению факторов риска и их детерминант;

3) повышение эффективности контроля факторов риска, связанных с поведением и окружающей средой, а также раннее выявление неинфекционных заболеваний и надзор за ними;

4) введение в школьную программу курсов по формированию здорового образа жизни начиная с раннего возраста;

5) осуществление рентабельных и экономически эффективных мер, в том числе внедрение Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, применение Европейского плана действий по борьбе с ожирением, пропаганда и облегчение доступа к здоровому питанию, эффективная борьба со злоупотреблением алкоголем, поощрение физической активности и обеспечение доступа к ней, а также снижение воздействия загрязнения окружающей среды на здоровье населения;

6) обеспечение инфраструктуры системы здравоохранения, как публичной, так и частной, необходимыми элементами эффективного управления и ухода;

7) включение доказательных и эффективных мер первичной и вторичной профилактики в систему здравоохранения с акцентом на первичную медицинскую помощь;

8) повышение доступности медицинских услуг для населения;

9) развитие устойчивых партнерских моделей в оказании гериатрической помощи, нацеленных на аспекты терапевтического и медико-социального управления, включающих среднесрочный гериатрический уход и долгосрочный медико-социальный уход с временным или постоянным размещением;

10) использование современных технологий сбора информации как внутри страны, так и между странами в целях обеспечения возможности международной сопоставимости;

11) создание качественной системы мониторинга за неинфекционными заболеваниями и определяющими их факторами.

29. Для реализации намеченных задач по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний и рисков для здоровья, которые они представляют, необходимо развитие сети программ по предупреждению, контролю, лечению и снижению рисков.

## **V. МЕРЫ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ НАМЕЧЕННЫХ ЦЕЛЕЙ И ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

30. SWOT-анализ текущей ситуации фокусирует внимание на общих факторах риска наиболее приоритетных неинфекционных заболеваний и базируется на трех компонентах: надзор, профилактика и менеджмент.

31. Для расширения возможностей реализации мер, предусмотренных Стратегией, и стратегического планирования предусматривается:

1) укрепление межотраслевого партнерства в процессе принятия решений в области здравоохранения, предполагающее эффективное участие партнеров из соответствующих отраслей в принятии решений в области здравоохранения;

2) развитие приоритетных областей системы здравоохранения, влияющих на здоровье населения, с акцентом на услуги общественного здравоохранения и услуги первичной медицинской помощи;

3) укрепление профилактического потенциала в целях защиты здоровья (физического и эмоционального развития), что должно повысить сопротивляемость населения факторам риска заболеваний;

4) мотивация населения к ведению здорового образа жизни через улучшение профессиональной, бытовой и социальной среды.

32. Профилактика неинфекционных болезней должна быть всеобщей, ее преимуществами сможет пользоваться все население и – селективно – определенные его группы, подвергающиеся фактическому или потенциальному риску для здоровья.

33. Программы профилактики основаны на интенсивном продвижении в среде широкой общественности информации и воспитательных мероприятий о вреде и рисках, связанных с употреблением табака, алкоголя, нездоровым питанием, недостаточной физической активностью, особенно среди молодежи.

34. Профилактика неинфекционных заболеваний требует принятия ряда конкретных мер в данной области, которые будут способствовать сокращению факторов риска и одновременно снижению числа таких заболеваний.

35. Реализация Стратегии предполагает укрепление научно-исследовательских учреждений с целью повышения их потенциала в получении новых знаний в области общественного здравоохранения, дополненных исследованиями и научными данными, а также предоставление научно обоснованных консультаций должностным лицам при установлении политических, экономических, медицинских, социальных приоритетов в том, что касается профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

36. Для получения ожидаемых результатов в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний требуется:

1) разработка и совершенствование законодательной и регулятивной базы;

2) создание информационной сети национального уровня;

3) реализация пилотных проектов по развитию и применению информационной

системы мониторинга неинфекционных заболеваний – части действующих информационных систем (в том числе Интегрированной медицинской информационной системы и автоматизированной информационной системы «Обязательное медицинское страхование»);

4) определение и распределение ответственности и компетенции всех ключевых сфер, таких как здравоохранение, образование, энергетическая система, сельское хозяйство, спорт, транспорт и городское планирование, охрана окружающей среды, труд, промышленность, торговля, финансы и экономическое развитие, задействованных в осуществлении на всех уровнях (национальном, субнациональном и местном) политики в данной области;

5) повышение уровня начальной и непрерывной подготовки специалистов в данной области, включая специалистов задействованных учреждений;

6) подготовка обучающих курсов в данной области для повышения квалификации соответствующих групп профессионалов, в том числе из неправительственных организаций.

## **VI. ОБЩАЯ ОЦЕНКА ЗАТРАТ**

37. Для реализации Стратегии каждый ответственный орган предусматривает финансовые средства на эти цели в пределах утвержденных в соответствующих бюджетах ассигнований. Одновременно Министерство здравоохранения участвует в реализации Стратегии в качестве консультативно-исполнительного органа.

38. Необходимые для реализации Стратегии финансовые, технические и человеческие ресурсы будут рассчитываться и уточняться для каждого этапа процесса реализации в Плане действий по реализации Стратегии. План действий будет служить также основным механизмом для практической реализации Стратегии, определяющим конкретные задачи по установленным областям и действия для их достижения, ожидаемые результаты/выгоды, предельные сроки, ответственные учреждения и показатели оценки достигнутых результатов.

## **VII. ЭТАПЫ РЕАЛИЗАЦИИ**

39. Реализация Стратегии будет осуществляться в три этапа следующим образом:

1) краткосрочные стратегические приоритеты (2012–2013 гг.):  
а) разработка Плана действий по реализации Стратегии на 2012–2020 годы на основе приоритетов и определенных и сформулированных действий;

б) взаимодействие всех политических, экономических и социальных структур в целях достижения социального единства, необходимого для борьбы с неинфекционными заболеваниями и улучшения здоровья населения;

с) укрепление кадрового потенциала, повышение квалификации врачей и среднего медперсонала и разработка программы непрерывной подготовки на всех уровнях системы здравоохранения по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний;

2) среднесрочные стратегические приоритеты (2012–2015 гг.):  
а) развитие и внедрение межотраслевых программ по профилактике приоритетных неинфекционных заболеваний и снижению общих факторов риска на национальном уровне и уровне сообществ, определяющих выгоды здоровья для всех категорий населения;

б) организация и осуществление национальных программ по периодическому скринингу лиц повышенного риска в целях профилактики и раннего выявления неинфекционных заболеваний, основанных на моделях скрининг-программ, применяемых в Европейском Союзе и США;

с) снижение уровня воздействия на население наиболее распространенных и

поддающихся изменению факторов риска неинфекционных заболеваний – табакокурение, нездоровое питание, опасное потребление алкоголя, малоподвижный образ жизни и т. п. – и их детерминант, используя существующие стратегии, такие как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья, а также другие уместные в соответствии с национальными потребностями стратегии;

d) улучшение медицинского обслуживания лиц, страдающих неинфекционными заболеваниями, путем применения норм, основанных на доказательствах, стандартов и руководств по экономически эффективным мерам, с ориентацией системы здравоохранения на обеспечение эффективного менеджмента неинфекционных болезней;

e) инициирование разработки информационной системы мониторинга неинфекционных заболеваний и расширение доступа общественности к информации как важное условие укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний;

3) долгосрочные стратегические приоритеты (2012–2020 гг.):

a) создание многоотраслевого национального механизма оценки процесса мониторинга неинфекционных заболеваний и его синхронизация с аналогичными системами Европейского Союза;

b) создание благоприятной для индивида социально-экономической среды и необходимых условий для ведения здорового образа жизни;

c) поощрение граждан независимо от возраста и социального положения к заботе о собственном здоровье и эффективному сотрудничеству со службами здравоохранения;

d) всеобщее восприятие постоянной профилактики как одной из форм инвестиции в здоровье, осуществляемой на протяжении всей жизни;

e) предоставление широкого спектра качественных услуг, направленных на снижение рисков, лечение, реабилитацию и социальную реинтеграцию лиц, страдающих неинфекционными заболеваниями;

f) обеспечение увеличения продолжительности жизни населения Республики Молдова до 72 лет;

g) существенное снижение смертности трудоспособного населения;

h) повышение осведомленности населения и предоставление достоверной информации о воздействии на здоровье вредных факторов окружающей среды и вредных привычек;

i) развитие теоретической стороны профилактики и контроля неинфекционных заболеваний путем поддержки научных исследований в области здравоохранения.

40. Для осуществления надлежащих мер, а также повышения эффективности их реализации необходимо улучшить качество и функциональность действующей системы координации междисциплинарных действий на всех уровнях государственного управления в области укрепления здоровья.

41. Реализация Стратегии потребует разработки, интеграции и координации множества программ и проектов, сосредоточенных на основных проблемах сферы здравоохранения, определившихся и обозначившихся в процессе разработки Стратегии.

42. Достижение согласия на сотрудничество от всех ключевых действующих лиц является залогом успешной реализации Стратегии. В процессе реализации Стратегии Министерство здравоохранения будет сотрудничать с партнерами как из самой системы здравоохранения, так и извне, главным образом с гражданским обществом, а также с зарубежными партнерами. Ход реализации Стратегии будет широко

освещаться средствами массовой информации, с тем чтобы донести ее цель и содержание до населения и специалистов данной области.

### **VIII. МОНИТОРИНГ И ОТЧЕТНОСТЬ**

43. Для обеспечения эффективной реализации политики в области профилактики и контроля неинфекционных заболеваний необходимы мониторинг всех действий и оценка их эффективности. При необходимости деятельность подлежит корректировке на основе новых научных данных.

44. Работа по мониторингу осуществления Стратегии будет носить постоянный характер и проводиться в течение всего периода ее реализации.

45. Национальный центр общественного здоровья Министерства здравоохранения обеспечивает мониторинг положения в области профилактики и контроля неинфекционных заболеваний, включающий сбор, обработку и анализ данных, выявление непредвиденных последствий на основании набора показателей, которые позволят проследить и оценить в динамике реализацию общих задач, предусмотренных Стратегией.

46. Работа по оценке осуществления Стратегии будет носить систематический характер, проводясь на протяжении всего периода ее реализации, и включать разработку на основании показателей мониторинга ежегодных оценочных отчетов.

47. Отчеты будут отражать ситуацию в области неинфекционных заболеваний и результаты, достигнутые на соответствующем этапе реализации Стратегии: степень реализации общих и специфических задач, выполнение плановых мероприятий – и содержать предложения относительно улучшения и корректировки плановых мер.

48. Годовые оценочные отчеты будут использоваться для принятия соответствующих решений и разработки планов действий при осуществлении политик в данной области. Отчеты будут публиковаться в средствах массовой информации и на веб-страницах Министерства здравоохранения и Национального центра общественного здоровья. На Министерство здравоохранения возлагается функция обеспечения широкого освещения процесса реализации Стратегии в средствах массовой информации, а также предоставления партнерам в стране и за ее пределами всей соответствующей информации.

### **IX. РОЛЬ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СУБЪЕКТОВ**

49. Четкое определение роли и ответственности органов публичной власти необходимо для поддержания здоровья в рамках правительственных и отраслевых политик, в первую очередь Министерства здравоохранения, а также субъектов, политики которых влияют на здоровье, включая неправительственные организации, частный сектор и коммунитарные группы. Действия основаны на существующих стратегиях и планах действий ВОЗ, а также на других документах, направленных на борьбу с табакокурением, опасным потреблением алкоголя, ожирением, на пропаганду физической активности, спорта и здорового питания.

50. Министерство здравоохранения обеспечивает разработку политик по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний, определяет порядок организации мероприятий по профилактике и государственному надзору за неинфекционными заболеваниями, отвечает за координацию всех видов профилактики неинфекционных заболеваний и снижения рисков для здоровья, за санитарное просвещение, направленное на пропаганду здорового образа жизни, и за повышение профессионального уровня работников системы здравоохранения. Развитие услуг первичной медицинской помощи и максимальный охват населения эффективным лечением и интегрированным уходом будут способствовать сбалансированию действий

на системном уровне, что позволит улучшить раннее выявление заболеваний, выделение факторов риска и их контроль, доступ к специализированным медицинским услугам, непрерывность лечения и взаимосвязь с другими приоритетными областями.

51. Министерство здравоохранения посредством Национального центра общественного здоровья отвечает за реализацию на национальном уровне комплексных мероприятий по профилактике, надзору и контролю приоритетных неинфекционных заболеваний, а также за сбор, мониторинг и распространение данных, основанных на доказательствах, и показателей в отношении положения с неинфекционными болезнями. Национальный центр общественного здоровья будет оказывать консультативно-методическую помощь государственным учреждениям и неправительственным организациям, которые будут способствовать сбору данных по мониторизируемым показателям.

52. Необходимо найти баланс между ролью системы здравоохранения и ролью других секторов, от которых в большей мере зависят детерминанты здоровья. Эффективные мероприятия будут включать: улучшение социальной среды в школах, на рабочих местах и в сообществе; улучшение социальной помощи пожилым людям; предоставление программ решения проблем нуждающихся в социальной помощи лиц; активизацию пропаганды физической активности и здорового питания, противодействие потреблению табака и злоупотреблению алкоголем.

53. Правительственные структуры обеспечат сотрудничество с национальными и международными структурами, ответственными за здоровье, посредством усиления следующих важных областей деятельности:

1) представление Министерству финансов предложений по оптимизации налоговой политики с целью поддержки здорового питания (предоставление субсидий и снижение цен на здоровые продукты: фрукты, овощи и т. д., ликвидация субсидий и реальный рост цен на алкогольные и табачные изделия) для рассмотрения их при разработке задач налоговой и таможенной политики на среднесрочный период как составной части среднесрочного прогноза расходов;

2) изменение маркетинговой политики путем введения ограничений на рекламу, спонсорство и продвижение таких товаров, как табак и алкоголь, поддержка социальной рекламы просветительного характера; регламентирование и мониторинг содержания, упаковки и маркетинга потребительских товаров; информирование потребителей о продуктах питания с использованием ясных и легко читаемых этикеток с целью облегчить выбор в пользу здорового питания;

3) регулирование территориальной систематизации посредством оценки воздействия городской инфраструктуры на здоровье населения и создания защищенных территорий, устройства велосипедных дорожек, пешеходных зон, спортивных площадок, детских игровых площадок и зеленых зон; поддержка безопасности окружающей среды путем контроля загрязнения воздуха, воды и почвы, а также безопасности в сфере труда посредством контроля воздействия на людей загрязняющих химических, физических, биологических веществ, ионизирующей радиации и электромагнитных полей.

## **X. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО**

54. Международные организации являются важными партнерами в реализации программ и проектов, осуществляемых в рамках Стратегии.

55. Цель международного сотрудничества будет достигнута путем:

1) соответствующего принятия и внедрения положений законодательства Европейского Сообщества; развития партнерских отношений с аналогичными структурами Европейского Союза и государств – членов для обеспечения обмена

данными, информацией, опытом в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними;

2) создания механизмов для принятия мер в отношении детерминант здоровья посредством многоотраслевого подхода к проблемам, особенно на наднациональном уровне;

3) содействия обмену информацией, техническому сотрудничеству и наращиванию потенциала;

4) интенсификации отношений международного сотрудничества посредством участия представителей Республики Молдова в работе международных форумов, развития партнерских отношений со странами, накопившими опыт в данной области, в целях обеспечения обмена опытом.