Всемирная
организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
146-я сессия
Пункт 7.2 предварительной повестки дня

EB146/7
11 декабря 2019 г.

Последующие меры в контексте совещаний высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам, связанным со здравоохранением

Политическая декларация третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

Доклад Генерального директора

1. Настоящий доклад представлен в соответствии с решением WHA72(11) (2019 г.), в котором Генеральному директору предлагается: подготовить и актуализировать перечень вариантов политики и эффективных с точки зрения затрат мероприятий для оказания содействия государствам-членам в выполнении обязательств, предусмотренных в политической декларации третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в целях как укрепления психического здоровья и благополучия, так и сокращения числа случаев преждевременной смерти от неинфекционных заболеваний, связанных с загрязнением воздуха; и представить через Исполнительный комитет на семьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2020 г. доклад об осуществлении глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя в течение первого десятилетия после ее одобрения, а также о дальнейших действиях.

2. В приложениях 1 и 2 к настоящему документу приводятся перечни вариантов политики и экономически эффективных мер вмешательства, касающиеся первых двух предложений. В ответ на предложение представить доклад в приложении 3 приводится описание деятельности по осуществлению глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя.

3. На совещании в ноябре 2019 г. по предварительной повестке дня Исполнительного комитета на его 146-й сессии[1] должностные лица Исполкома согласились удовлетворить просьбу государств-членов провести дискуссию по вопросам раннего выявления

[1] См. документ EB146/1 (annotated).

неинфекционных заболеваний и усиления борьбы с вредным употреблением алкоголя[1]. В приложении 4 к настоящему документу приводится описание проблем и возможностей в области расширения доступа к недорогостоящим средствам диагностики, скринингу и ранней диагностики в рамках комплексного подхода к профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

4. Исполкому предлагается принять настоящий доклад к сведению и дать руководящие указания в отношении дальнейших действий в целях: (1) рассмотрения перечня вариантов политики и экономически эффективных мер вмешательства по укреплению психического здоровья и благополучия, содержащегося в приложении 1; (2) завершения работы Секретариата, изложенной в приложении 2, по подготовке перечня вариантов политики и экономически эффективных мер вмешательства в целях сокращения числа случаев преждевременной смерти от неинфекционных заболеваний, связанных с загрязнением воздуха; и (3) усиления мер по осуществлению глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя.

[1] См. документ EB146/7 Add.1.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПЕРЕЧЕНЬ ВАРИАНТОВ ПОЛИТИКИ И ЭКОНОМИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЦЕЛЯХ УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ

1. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. был принят шестьдесят шестой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA66.8 (2013 г.). В решении WHA72(11) (2019 г.) Ассамблея здравоохранения подтвердила цели плана действий и продлила срок его осуществления до 2030 г., чтобы обеспечить его соответствие Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. В этом решении Генеральному директору было поручено в консультациях с государствами-членами и с учетом мнений других заинтересованных сторон предлагать по мере необходимости обновленные варианты дополнений к глобальному плану действий, обеспечивая при этом, чтобы данный план действий по-прежнему основывался на научных данных в целях выполнения ранее принятых обязательств по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, в том числе задачи 3.4 Цели в области устойчивого развития 3 к 2030 г. В добавлениях 1 и 2 к плану действий перечислены показатели измерения прогресса на пути к достижению ориентиров и варианты выполнения плана, соответственно.

2. В соответствии с решением WHA72(11) (пункт (3)(b)) Секретариат подготовил перечень экономически эффективных мер вмешательства (см. дополнение 1 ниже). С 2001 г. для оценки экономической эффективности целого ряда мер охраны психического здоровья, которые осуществлялись с 2001 г., применялся метод WHO-CHOICE; данная работа, которая касалась преимущественно оценки мер клинического ведения пациентов, страдающих психозами, биполярными расстройствами и депрессией, была опубликована в рецензируемых изданиях и широко распространена. В рамках подготовки перечня экономически эффективных мер вмешательства параметры основных данных, используемых для анализа мер вмешательств, были обновлены и были получены новые оценки экономической эффективности.

3. В целях расширения перечня мер за рамки клинического ведения пациентов Секретариат провел экономический анализ следующих трех мер вмешательства, осуществляемых на общепопуляционном уровне: программы всеобщего социоэмоционального развития на базе школ в целях улучшения психического здоровья и предупреждения самоубийств среди подростков; программы социоэмоционального развития на базе школ в целях улучшения психического здоровья и предупреждения самоубийств среди подростков, проводимые при наличии показаний; и регулятивные запреты на использование особо опасных пестицидов в целях сокращения случаев самоубийств. Результаты этих анализов были пересмотрены после технической консультации (Женева, 20 и 21 августа 2019 г.) с учетом моделей популяционных эпидемиологических исследований, некоторых параметров, а также расчетной экономической эффективности и экономической эффективности этих трех мер вмешательства. Результаты всех трех анализов в настоящее время подготавливаются к публикации в одном из рецензируемых научных журналов.

4. В сентябре 2019 г. в рамках веб-консультации государствам-членам, организациям системы Организации Объединенных Наций, другим международным организациям и негосударственным структурам был представлен дискуссионный документ, содержащий проект перечня экономически эффективных мер вмешательства[1].

5. Перечень экономически эффективных мер вмешательства подготовлен в целях предоставления информации и руководства в отношении относительной стоимости предварительного набора научно обоснованных мер вмешательства и их воздействия на здоровье, а также использования в качестве основы для дальнейшей разработки и расширения перечня мер. Отсутствие какой-либо меры вмешательства в данном перечне не обязательно означает, что она не является экономически эффективной, а лишь указывает на то, что в ее отношении не проведен анализ WHO-CHOICE по методологическим причинам или по причинам, связанным с потенциалом.

6. Во второй половине 2020 г. Секретариат в консультации в государствами-членами и с учетом мнений других заинтересованных сторон подготовит обновленные дополнения к комплексному плану действий в области психического здоровья на 2013-2030 гг. Обновленный вариант дополнения 2 к плану действий будет подготовлен с учетом перечня экономически эффективных мер вмешательства в отношении психического здоровья. Он будет охватывать широкий круг мер вмешательства, включая многие меры, в отношении которых анализ WHO-CHOICE не мог быть проведен. Таким образом, указанные перечни следует интерпретировать с осторожностью; перечень, приводимый в дополнении 2 к плану действий, не является ни исчерпывающим, ни обязательным для использования, а носит лишь иллюстративный или ориентировочный характер.

[1] Веб-сайт ВОЗ. Development of a menu of policy options and cost-effective interventions to support Member States in implementing the commitments included in the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of NCDs diseases to promote mental health and well-being (https://www.who.int/mental_health/cost-effectiveness_consultation_2019/en/, по состоянию на 5 ноября 2019 г.).

Добавление 1

ПРОЕКТ ПЕРЕЧНЯ ЭКОНОМИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Что такое перечень экономически эффективных мер вмешательства в отношении психического здоровья?

1. Данный перечень представляет собой список мер вмешательства, в отношении которых имеется информация об их экономической эффективности для использования государствами-членами при выборе мер, соответствующих национальным условиям. Перечень не является исчерпывающим; он содержит предварительный список общепопуляционных и индивидуальных мер вмешательства согласно имеющимся фактическим данным (см. таблицу 1), который будет служить основой для последующей разработки и расширения фактологической базы.

Как был разработан перечень экономически эффективных мер вмешательства в отношении психического здоровья?

2. Данный перечень был разработан с использованием методики WHO-CHOICE для подготовки и обновления, при необходимости, оценок экономической эффективности ряда мер вмешательства в рамках разработки добавления 3 к глобальному плану действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.

3. WHO-CHOICE является программой, которая помогает странам определить приоритеты с учетом их воздействия и экономической эффективности. Это может включать любые виды деятельности, которые могут считаться имеющими важное значение для мер политики, оказывающих влияние на показатели здоровья. Все варианты сравниваются с общим компаратором, нулевым сценарием, при котором последствия осуществляемых мер исключаются, что позволяет проводить сравнения мер вмешательства между географическими областями и различными аспектами здоровья.

4. Перечень был подготовлен по результатам экономических анализов, имеющихся на веб-сайте ВОЗ[1]. В рамках этих анализов проводилась оценка коэффициентов эффективности затрат, воздействия на здоровье и экономических издержек, связанных с реализацией. На основе полученных результатов разработан набор параметров для рассмотрения государствами-членами. Глобальные анализы должны сопровождаться анализами местных условий; для оказания содействия отдельным странам в определении стоимости конкретных мер вмешательства с учетом национальных условий имеются другие инструменты ВОЗ, такие как OneHealth Tool[2].

---

[1] См. discussion document, Annex 1. Доступно по адресу: https://www.who.int/mental_health/cost-effectiveness_consultation_2019/en/ (по состоянию на 5 ноября 2019 г.).

[2] Веб-сайт ВОЗ. Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) – OneHealth Tool (https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/, по состоянию на 12 ноября 2019 г.).

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

5. Составление перечня основных мер вмешательства, которые носят достаточно комплексный характер, чтобы отвечать потребностям государств-членов, с указанием их экономической эффективности, по своей сути является сложной задачей. Предлагаемый в настоящее перечень включает преимущественно индивидуальные меры вмешательства, касающиеся клинического ведения взрослых пациентов; большинство имеющихся результатов анализов психического состояния с использованием WHO-CHOICE относятся к мерам вмешательства этого типа, поскольку в их отношении может проводиться анализ экономической эффективности. С течением времени данный перечень должен быть расширен за счет мер реабилитации, клинических мер вмешательства в отношении более широкого круга заболеваний на протяжении всей жизни, мер вмешательства в отношении сопутствующих заболеваний, а также более широкого перечня мер общественного здравоохранения в области психического здоровья, включая меры, касающиеся деинституционализации и известных детерминант психического здоровья.

Важное значение нефинансовых аспектов

6. Хотя анализ экономической эффективности позволяет получить существенную информацию, он имеет определенные недостатки, в связи с чем принятие решений и распределение ресурсов не должно основываться исключительно на его результатах. Помимо экономической эффективности и финансовой доступности, следует в полной мере учитывать следующие факторы: права человека и справедливость в отношении здоровья; соотношение потенциальных выгод и вреда от использования данных мер; ценности и предпочтения, связанные с мерами вмешательства и их конечными результатами; а также возможности осуществления, приемлемость и необходимость сочетанного использования мер на общепопуляционном и индивидуальном уровнях.

7. Одним из основных аспектов всеобщего охвата услугами здравоохранения является постепенное расширение охвата услугами. Расширение масштабов использования мер вмешательства в отношении психических заболеваний должно происходить с помощью служб охраны психического здоровья и социального обеспечения на уровне местных сообществ. Как рекомендовано в комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013–2030 гг., следует систематически перенаправлять услуги в области психического здоровья из психиатрических больниц продолжительного пребывания в неспециализированные медучреждения посредством более широкого применения научно обоснованных методов (включая использование, при необходимости, принципов поэтапного назначения) и использования сети взаимосвязанных служб охраны психического здоровья на уровне местных сообществ, включая краткосрочную госпитализацию и амбулаторную помощь на базе больниц общего профиля, пункты первичной медико-санитарной помощи, местные центры по охране психического здоровья и центры по дневному уходу, а также системы по оказанию помощи лицам с психическими расстройствами, проживающим в семьях, и поддержки на дому.

8. Службы охраны психического здоровья должны соблюдать принципы прав человека, которые предусматривают уважительное отношение к индивидуальным предпочтениям на основе информирования о потенциальных положительных и отрицательных эффектах любого предлагаемого метода оказания помощи, включая любые кратко- или долгосрочные побочные эффекты лечения психотропными препаратами.

Таблица 1. Перечень общепопуляционных и индивидуальных мер вмешательства

ОБЩЕПОПУЛЯЦИОННЫЕ МЕРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА		
	Мера вмешательства	**Существенные нефинансовые аспекты[1]**
P1	Программы всеобщего социоэмоционального развития на базе школ в целях улучшения психического здоровья и предупреждения самоубийств среди подростков	Данная мера вмешательства предусматривает участие сектора образования в ее осуществлении. Она затрагивает только подростков, посещающих школу.
P2	Программы социоэмоционального развития на базе школ[2] в целях улучшения психического здоровья и предупреждения самоубийств среди подростков, проводимые при наличии показаний	Данная мера вмешательства предусматривает участие сектора образования в ее осуществлении. Она затрагивает только подростков, посещающих школу. Данная мера вмешательства требует наличия системы идентификации подростков, имеющих показания к использованию данной меры вмешательства. Следует принимать во внимание возможную стигматизацию, связанную с идентификацией.
P3	Регулятивные запреты на использование особо опасных пестицидов[3] в целях сокращения случаев самоубийств[4]	Данная мера вмешательства предусматривает взаимодействие с сельскохозяйственным сектором. Мера вмешательства особенно касается групп населения с низким уровнем дохода в сельской местности.

[1] Экономическая эффективность сама по себе не подразумевает, что данная мера вмешательства осуществима в любых условиях. В этой колонке отмечены некоторые важные нефинансовые аспекты, которые должны учитывать страны при принятии решений о возможности использования мер вмешательства.

[2] Программы социоэмоционального развития на базе школ, проводимые при наличии показания, ориентированы на учащихся с субклиническими нарушениями психического здоровья.

[3] Определение термина «особо опасные пестициды» приводится в публикациях «Международный кодекс поведения в области обращения с пестицидами», см. по адресу: http://www.fao.org/fileadmin/templates/agphome/documents/Pests_Pesticides/Code/Code_Russo_2014_Final.pdf (по состоянию на 5 ноября 2019 г.) и Guidelines on Pesticide Management, см. по адресу: http://www.fao.org/3/a-i5566e.pdf (по состоянию на 5 ноября 2019 г.).

[4] Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Geneva: World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/326947, по состоянию на 5 ноября 2019 г.).

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ МЕРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА[1]		
	Мера вмешательства	**Существенные нефинансовые аспекты**
	Психозы (у взрослых)[2]	
I1	Базовая психосоциальная поддержка и антипсихотические препараты старого поколения	Люди, страдающие психозами, нередко подвергаются стигматизации, дискриминации и нарушениям прав человека. Провайдеры медицинской помощи должны соблюдать Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов.
I2	Базовая психосоциальная поддержка и антипсихотические препараты нового поколения	
I3	Психологическая терапия[3] и антипсихотические препараты старого поколения	
I4	Психологическая терапия и антипсихотические препараты нового поколения	
	Биполярные расстройства (у взрослых)	
I5	Базовая психосоциальная поддержка и препараты, стабилизирующие настроение (литий)	Люди, страдающие биполярными расстройствами, нередко подвергаются стигматизации, дискриминации и нарушениям прав человека. Провайдеры медицинской помощи должны соблюдать Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов.
I6	Психологическая терапия[4] и препараты, стабилизирующие настроение (литий)	
I7	Базовая психосоциальная поддержка и препараты, стабилизирующие настроение (вальпроат)[5]	
I8	Психологическая терапия и препараты, стабилизирующие настроение (вальпроат)	

[1] Пример соответствующего клинического инструмента ВОЗ приводится в публикации mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*(*Руководство по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в неспециализированных медицинских учреждениях*)*. Geneva: World Health Organization; 2016. См. по адресу: https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239 (по состоянию на 5 ноября 2019 г.).

[2] Оценки экономической эффективности антипсихотических препаратов старого и нового поколения основывались на расчетной стоимости и эффективности галоперидола и рисперидона, соответственно.

[3] Примерами эффективной психологической терапии людей, страдающих психозами, могут служить когнитивно-поведенческая терапия и семейная психотерапия.

[4] Примерами эффективной психологической терапии людей, страдающих биполярными расстройствами с депрессивными эпизодами, могут служить когнитивно-поведенческая терапия и межличностная терапия.

[5] Следует избегать приема вальпроата женщинами детородного возраста ввиду риска развития врожденных пороков.

	Депрессия (у взрослых)	
I9	Базовая психологическая поддержка при легкой степени депрессии	Провайдеры медицинской помощи должны соблюдать Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов. Психологические меры вмешательства могут также предоставляться в рамках систем социальной помощи и образования.
I10	Базовая психологическая поддержка и прием антидепрессантов при первых депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени	
I11	Психологическая терапия[1] при первых депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени	
I12	Психологическая терапия и прием антидепрессантов при первых депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени	
I13	Базовая психологическая поддержка и прием антидепрессантов при повторных депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени на нерегулярной основе	
I14	Психологическая терапия при повторных депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени на нерегулярной основе	
I15	Психологическая терапия и прием антидепрессантов при повторных депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени на нерегулярной основе	
I16	Базовая психологическая поддержка и прием антидепрессантов при повторных депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени в качестве поддерживающей терапии	
I17	Психологическая терапия при повторных депрессивных эпизодах средней или тяжелой степени в качестве поддерживающей терапии	

[1] Примерами эффективной психологической терапии при депрессии средней или тяжелой степени могут служить когнитивно-поведенческая терапия, поведенческая активация и межличностная психотерапия. Примеры соответствующих инструментов ВОЗ приводятся в следующих публикациях: Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936, по состоянию на 5 ноября 2019 г.), Group interpersonal therapy (IPT) for depression. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 5 ноября 2019 г.) и «Управление проблемами плюс (УП+): индивидуальная психологическая помощь для взрослого населения в состоянии дистресса, вызванного неблагоприятной ситуацией в общине». Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/272358, по состоянию на 5 ноября 2019 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ПЕРЕЧЕНЬ ВАРИАНТОВ ПОЛИТИКИ И ЭКОНОМИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЦЕЛЯХ СОКРАЩЕНИЯ ЧИСЛА СЛУЧАЕВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТИ ОТ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ЗАГРЯЗНЕНИЕМ ВОЗДУХА

1. В мае 2015 г. государства-члены сделали важный шаг вперед в борьбе с загрязнением воздуха, приняв резолюцию WHA68.8 «Здоровье и окружающая среда: решение проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье», в которой отмечается, что сокращение загрязнения воздуха является неотъемлемым элементом глобального устойчивого развития и что последствия для здоровья, связанные с загрязнением воздуха, могут являться актуальным с точки зрения здоровья показателем мер политики в области устойчивого развития.

2. В соответствии с этой резолюцией Генеральный директор представил на рассмотрение шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения дорожную карту укрепления системы глобальных мер в ответ на негативные последствия загрязнения воздуха для здоровья людей, которая была одобрена Ассамблеей здравоохранения в решении WHA69(11) (2016 г.).

3. Решающее значение для эффективного реагирования сектора здравоохранения на загрязнение воздуха имеет включение стратегий смягчения последствий загрязнения воздуха в более широкие стратегии профилактики в общественном здравоохранении и обеспечения медицинского обслуживания. Стратегии смягчения последствий загрязнения воздуха будут связаны со стратегиями и направлениями деятельности по профилактике неинфекционных заболеваний, такими как глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг., и по профилактике инфекционных болезней, таких как пневмония (как указано в Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг.), а также с другими соответствующими существующими стратегиями, процессами и инструментами в области здравоохранения (такими как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака).

4. Примерно 91% населения всего мира подвергается воздействию загрязнителей, превышающему рекомендованные ВОЗ уровни содержания мелких твердых частиц, при этом большая часть бремени связанных с этим последствий приходится на долю людей, проживающих в странах с низким и средним уровнем дохода. Кроме того, почти три миллиарда человек продолжают использовать твердые виды топлива (такие как древесина, отходы земледелия, древесный и каменный уголь и навоз) или керосин для приготовления пищи на открытом огне и с использованием неэффективных плит, подвергая себя воздействию опасных уровней загрязнения воздуха внутри жилых помещений; эти источники топлива являются основной причиной загрязнения воздуха во многих частях света.

5. По оценкам ВОЗ, в 2016 г. семь миллионов случаев преждевременной смерти от инфекций нижних дыхательных путей, хронической обструктивной болезни легких,

ишемической болезни сердца, рака легких и инсульта произошли в результате воздействия загрязненного воздуха внутри и вне помещений.

6. Основными областями, в которых будут приниматься меры борьбы с загрязнением воздуха, могут являться производство энергии, повышение эффективности использования энергии и доступ к экологически чистым источникам энергии; перевозка и транспортировка грузов; сельское хозяйство; и планирование землепользования.

7. В отношении проблемы загрязнения атмосферного воздуха в настоящее время разрабатываются варианты политики, которые будут способствовать осуществлению глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. На начальной стадии будет составлена подборка существующих руководств ВОЗ и Организации Объединенных Наций в отношении проблемы загрязнения воздуха и его последствий для здоровья.

8. В отношении загрязнения воздуха внутри жилых помещений «Руководство ВОЗ по качеству воздуха в помещениях: сжигание топлива в домашних хозяйствах» и подготовленный ВОЗ «Инструментарий решений для обеспечения чистой энергии в быту» содержат конкретные научно обоснованные рекомендации по вопросам политики и ресурсы в качестве подспорья для государств-членов при выборе мер в отношении источников энергии в быту, позволяющих уменьшить воздействие загрязнения воздуха и обеспечить охрану здоровья.

9. Секретариат проведет всесторонний анализ эффективности существующих мер воздействия и подготовит руководство по выбору общепопуляционных вариантов политики и мер воздействий, принимая во внимание фактические данные, приводимые в «Рекомендациях ВОЗ по качеству воздуха», а также всесторонние обзоры других фактических данных. Будет проведено коллегиальное рецензирование данного руководства с участием внешних экспертов. Подготовленное по его результатам руководство будет подчеркивать необходимость принятия во внимание местных условий и предоставлять государствам-членам необходимый инструментарий для отбора эффективных мер вмешательства, которые обеспечивают сокращение использования источников выбросов, обладают дополнительными преимуществами и могут способствовать снижению затрат.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО СОКРАЩЕНИЮ ВРЕДНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ ПОСЛЕ ЕЕ ОДОБРЕНИЯ, А ТАКЖЕ ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

1. В 2010 г. Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA63.13 приняла глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя. Она призывала государства-члены принять и осуществлять данную глобальную стратегию и предлагала Генеральному директору, в частности, сотрудничать с государствами-членами и оказывать им поддержку в осуществлении стратегии и в укреплении национальных ответных мер на проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя, а также вести мониторинг хода осуществления глобальной стратегии. В мае 2013 г. шестьдесят девятая сессия Ассамблеи здравоохранения приняла к сведению прогресс в осуществлении глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. В мае 2019 г. семьдесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в решении WHA72(11) о последующих мерах в контексте политической декларации третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними предложила Генеральному директору представить через Исполнительный комитет на семьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2020 г. доклад об осуществлении глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя в течение первого десятилетия после ее одобрения, а также о дальнейших действиях.

2. После утверждения глобальной стратегии в 2010 г. взятое государствами-членами обязательство в отношении сокращения вредного употребления алкоголя было усилено принятием политических деклараций по итогам совещаний высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по неинфекционным заболеваниям, в частности декларации 2011 г., а также принятием и осуществлением глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. В глобальном плане действий вредное употребление алкоголя входит в число четырех важнейших факторов риска основных неинфекционных заболеваний, что позволило государствам-членам и другим заинтересованным сторонам выявлять и использовать возможности достижения синергетического эффекта для одновременного воздействия на несколько факторов риска, усиления координации и согласованности между мерами, направленными на сокращение вредного употребления алкоголя, и деятельностью по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также установить добровольные цели в отношении сокращения вредного употребления алкоголя и других факторов риска неинфекционных заболеваний. Кроме того, задача 3.5 Цели в области устойчивого развития 3 предусматривает усиление профилактики и лечения зависимости от психоактивных веществ, включая вредное употребление алкоголя, что свидетельствует о его более широких последствиях для здоровья, помимо неинфекционных заболеваний, в таких областях как психическое здоровье, насилие, дорожно-транспортный травматизм и инфекционные болезни.

3. Фактические данные об экономической эффективности вариантов политики и мер вмешательства были обновлены в пересмотренном добавлении 3 к глобальному плану действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое было принято Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA70.11 (2017 г.). В результате этого был подготовлен новый набор рекомендуемых мер, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя. В число наиболее эффективных с точки зрения затрат мер, или «оптимальных по затратам решений», входят: увеличение налогов на алкогольные напитки, введение и обеспечение соблюдения запретов или всеобъемлющих ограничений на рекламу алкоголя по различным медийным каналам, а также введение в действие и обеспечение соблюдения ограничений на физическую доступность алкоголя в розничной сети.

4. Уделяя первоочередное внимание наиболее эффективным с точки зрения затрат мерам политики, Секретариат совместно с партнерами приступил к осуществлению инициативы SAFER[1], основной целью которой является оказание содействия государствам-членам в сокращении вредного употребления алкоголя путем усиления текущей деятельности по осуществлению глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и других стратегий ВОЗ и Организации Объединенных Наций. Важно отметить, что она призвана обеспечить защиту процесса формирования политики в области здравоохранения от вмешательства коммерческих интересов и создание эффективных систем мониторинга для обеспечения подотчетности и отслеживания хода работ по осуществлению вариантов политики и мер вмешательства, предусмотренных SAFER.

5. С момента принятия глобальной стратегии темпы разработки и реализации мер политики в отношении алкоголя в разных регионах ВОЗ носили неравномерный характер. Число стран с документально оформленной национальной политикой в отношении алкоголя неуклонно возрастает, а многие страны пересмотрели свои меры политики в отношении алкоголя. В 2016 г. 80 стран информировали о наличии документально оформленной национальной политики в отношении алкоголя, в восьми странах такие меры политики осуществлялись на субнациональном уровне, а в 11 странах был введен полный запрет на алкоголь. О наличии документально оформленной национальной политики по-прежнему чаще всего сообщали страны с высоким уровнем дохода (67%) и реже всего страны с низким уровнем дохода (15%); большинство стран в Африканском регионе и Регионе стран Америки не располагали документально оформленной национальной политикой в отношении алкоголя. Непропорционально более высокие показатели распространенности эффективных мер политики в отношении алкоголя в странах с высоким уровнем дохода ставят под сомнение соблюдение принципа справедливости в отношении здоровья в мире и подчеркивают необходимость увеличения объема ресурсов и уделения большего внимания оказанию поддержки в разработке и реализации эффективных мер в странах с низким и средним уровнем дохода.

[1] WHO launches SAFER, a new alcohol control initiative (см. https://www.who.int/substance_abuse/safer/en/, по состоянию на 5 ноября 2019 г.).

6. В период с 2010 по 2016 г. прогресс в сокращении общего потребления алкоголя на душу населения в мире не был достигнут; показатели для лиц в возрасте 15 лет и старше возросли с 5,5 литра чистого алкоголя в 2005 г. до 6,4 литра в 2010 г. и остались на этом же уровне в 2016 г. Самые высокие уровни потребления на душу населения наблюдались в странах Европейского региона. Хотя показатели потребления на душу населения в Регионе стран Америки, Африканском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья с 2010 по 2016 г. оставались стабильными, в странах Европейского региона они снизились с 11,2 литра в 2010 г. до 9,8 литра в 2016 г. (относительное снижение на 12,5%, что превышает целевые показатели, установленные в глобальной системе мониторинга неинфекционных заболеваний). Уровни потребления в Регионе Юго-Восточной Азии и Регионе Западной части Тихого океана возросли.

7. Согласно имеющимся данным, в 2016 г. более половины (57%, или 3,1 миллиарда человек) населения всего мира в возрасте 15 лет и старше воздерживались от употребления алкоголя в течение предыдущих 12 месяцев. Примерно 2,3 миллиарда человек в настоящее время употребляют алкоголь. Более половины населения употребляет алкоголь лишь в трех регионах ВОЗ: Регионе стран Америки, Европейском регионе и Регионе Западной части Тихого океана. В период с 2010 по 2016 г. число лиц, употребляющих алкоголь, сократилось во всех регионах ВОЗ. Стандартизированная по возрасту распространенность эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (60 или более граммов чистого алкоголя за один прием, как минимум, один раз в месяц) в общей численности населения во всем мире снизилась с 20,6% в 2010 г. до 18,5% в 2016 г., однако этот показатель оставался на высоком уровне среди лиц, употребляющих алкоголь, особенно в отдельных странах Восточной Европы и некоторых странах Африки к югу от Сахары (более 60% среди лиц, употребляющих алкоголь в настоящее время). Во всех регионах ВОЗ более высокие показатели употребления алкоголя и распространенности пьющих людей коррелируют с уровнем экономического благосостояния стран, однако показатели распространенности эпизодического употребления алкоголя в больших количествах в странах с высокими и низкими уровнями дохода в большинстве регионов распределены примерно в равной степени. Двумя исключениями являются Африканский регион, где показатели эпизодического употребления алкоголя в больших количествах в странах с низким уровнем дохода выше, чем в странах с высоким уровнем дохода, и в Европейском регионе, где, наоборот, эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах менее распространено в странах с низким уровнем дохода, чем в странах с высоким уровнем дохода.

8. Хотя во всех регионах, кроме Юго-Восточной Азии, такие показатели, как стандартизированный по возрасту уровень смертности, связанной с алкоголем, и утраченные годы здоровой жизни (индекс DALY), улучшились, общее бремя болезней, связанное с употреблением алкоголя, остается недопустимо высоким. В 2016 г. вредное употребление алкоголя явилось причиной смерти примерно 3 миллиона человек (5,3% всех случаев смерти) во всем мире и 132,6 миллиона DALY (5,1% всех DALY). Показатели смертности в результате употребления алкоголя выше, чем от таких болезней, как туберкулез, ВИЧ/СПИД и диабет. В 2016 г. примерно 2,3 миллиона случаев смерти и 106,5 миллиона DALY среди мужчин были связаны с употреблением алкоголя. Среди женщин эти цифры составляли 0,7 миллиона и 26,1 миллиона,

соответственно. Во всем мире в 2016 г. употребление алкоголя явилось причиной 7,2% всех случаев преждевременной смерти (лиц в возрасте 69 лет или менее). Употребление алкоголя оказывает непропорционально большее воздействие на молодых людей; 13,5% всех случаев смерти людей в возрасте 20–39 лет в 2016 г. были связаны с употреблением алкоголя.

9. Самые высокие стандартизированные по возрасту показатели бремени болезней и травм, связанных с употреблением алкоголя, зарегистрированы в Африканском регионе, в то же время такие связанные с употреблением алкоголя показатели, как доля случаев смерти в общей структуре смертности и индекс DALY, являлись самыми высокими в Европейском регионе (10,1% всех случаев смерти и 10,8% всех DALY) и Регионе для стран Америки (5,5% случаев смерти и 6,7% DALY). Примерно 49% DALY, связанных с употреблением алкоголя, были утрачены по причине неинфекционных заболеваний и психических расстройств, а около 40% по причине травм.

10. Прогнозы на период до 2025 г. показывают, что общее потребление алкоголя на душу населения среди лиц в возрасте 15 лет и старше может увеличится в Регионе стран Америки, Регионе Юго-Восточной Азии и Регионе Западной части Тихого океана. Представляется маловероятным, что это увеличение будет компенсироваться значительным снижением уровней потребления в других регионах. В случае сохранения этих тенденций, общий уровень потребления алкоголя на душу населения в мире составит 6,6 литра в 2020 г. и увеличится до 7,0 литра в 2025 г. Если прогнозируемый рост потребления алкоголя в трех указанных регионах не удастся сократить вдвое и обратить вспять, следствием этого явится рост заболеваемости болезнями, связанными с употреблением алкоголя, и увеличение социального бремени.

11. Борьба с вредным употреблением алкоголя должна носить общегосударственный характер и проводиться с участием всего общества, при надлежащем взаимодействии с негосударственными структурами, включая неправительственные организации, профессиональные ассоциации и группы гражданского общества, деятельность которых касается охраны здоровья населения. На международном уровне, принимая во внимание широкое многообразие и масштаб медико-санитарных и социальных проблем, вызванных вредным употреблением алкоголя, необходимы скоординированные и согласованные действия всех организаций системы Организации Объединенных Наций и региональных межправительственных организаций в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Необходимы новые партнерства и надлежащее взаимодействие всех соответствующих заинтересованных сторон, что будет способствовать реализации комплекса практических и целенаправленных технических мер, подкрепленных фактическими данными об эффективности и экономической целесообразности мер борьбы с алкоголем, которые могут обеспечить отдачу от вложенных средств в результате сокращения вредного употребления алкоголя. Величина бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, и соответствующих социальных последствий, а также наличие целого ряда эффективных и экономически целесообразных вариантов политики и мер вмешательства по-прежнему вступают в резкое противоречие с объемом имеющихся ресурсов на всех уровнях для сокращения вредного употребления алкоголя.

12. В соответствии с содержащимся в решении WHA72(11) (2019 г.) предложением Генеральному директору представить доклад об осуществлении глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя в течение первого десятилетия после ее одобрения и о дальнейших действиях, а также в соответствии с поручением Генеральному директору подготовить данный доклад на основе всесторонних консультаций и во взаимодействии с государствами-членами, Секретариат приступил к проведению широких консультаций, включая региональные технические консультации с государствами-членами, веб-консультации со всеми заинтересованными сторонами, а также неофициальные консультации с государствами-членами по дискуссионному документу, который будет впоследствии разработан. Краткая информация о результатах процесса консультаций представлена в виде дополнения к этому докладу[1].

[1] См. документ EB146/7 Add.1.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

СОДЕЙСТВИЕ РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БОРЬБЕ С НИМИ

1. Вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета и хронических заболеваний легких в возрасте от 30 до 70 лет во всем мире снизилась с 22% в 2000 г. до 18% в 2016 г.

2. В пункте 4 политической декларации, принятой на третьем совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в 2018 г.[1], признается, «что принимаемые меры по выполнению взятых [в 2011 г. и 2014 г.] обязательств по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними являются недостаточными, что уровень достигнутого прогресса и объем внесенных на сегодняшний день инвестиций не позволяет выполнить задачу 3.4 в рамках Целей в области устойчивого развития и что мир еще не выполнил свое обещание по осуществлению на всех уровнях мер для уменьшения риска преждевременной смерти и инвалидности от неинфекционных заболеваний».

3. В глобальном плане действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. подчеркивается необходимость уделять первоочередное внимание раннему выявлению, указывая на то, что «для создания более крепкой системы здравоохранения, ориентированной на решение проблемы неинфекционных заболеваний, необходимо улучшать систему мер по профилактике, раннему выявлению, лечению и непрерывному ведению лиц с высоким риском или вероятностью возникновения сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний, диабета и других неинфекционных заболеваний для профилактики осложнений, сокращения потребности в стационарном лечении и дорогостоящих высокотехнологичных вмешательствах, а также снижения преждевременной смертности».

ПРОБЛЕМЫ

4. Укрепление потенциала в области ранней диагностики, скрининга и надлежащего лечения имеет важное значение для снижения показателей преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний. В то же время системы здравоохранения стран уже сталкиваются со значительными и разнообразными проблемами, касающимися их существующего потенциала: отсутствие доступа к приемлемым по стоимости, безопасным, эффективным и высококачественным основным лекарственным средствам, вакцинам и другим изделиям и устройствам медицинского назначения для борьбы с неинфекционными заболеваниями; кадровые ресурсы, не располагающие должной квалификацией или техническими возможностями; модели оказания медицинской

[1] Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/73/2 (2018 г.).

помощи, не ориентированные на потребности людей; недостаточный объем инвестиций в системы первичной медико-санитарной помощи; и ограниченный прогресс в осуществлении научно обоснованных программ. В результате поздней диагностики основных неинфекционных заболеваний стоимость лечения может возрастать, приводя к катастрофическим расходам на медицинское обслуживание и обнищанию.

5. ВОЗ особо подчеркивает важное значение ранней диагностики и скрининга. Ранняя диагностика определяется как выявление какой-либо болезни у пациентов, имеющих симптомы или признаки этого заболевания, на ранней стадии. В то же время целью скрининга является выявление скрытых нарушений здоровья (до появления клинических признаков) среди практически здоровых целевых групп населения и предоставление впоследствии клинической помощи всем лицам с положительными результатами скринингового тестирования[1].

6. По данным проведенного ВОЗ в 2017 г. глобального обследования по оценке потенциала стран в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними[2], национальные программы скрининга на рак шейки матки и рак молочной железы имелись, соответственно, в 76% и 73% стран, при этом чуть более трети программ скрининга на рак шейки матки обеспечивали охват 10-50% целевых групп населения.

7. Метаболические и физиологические факторы риска, которые приводят к повышению кровяного давления и повышению уровня глюкозы и некоторых липидов в крови, могут выявляться и контролироваться службами первичной медико-санитарной помощи. Результаты обследования по оценке потенциала стран показали, что учреждения первичной медико-санитарной помощи в государственном секторе здравоохранения обычно располагают многими базовыми технологиями для раннего выявления, диагностики и мониторинга неинфекционных заболеваний (то есть они имеются в 50% учреждений или более): 97% государств-членов, представивших свои ответы, в целом располагали оборудованием для измерения кровяного давления; 89% – для измерения роста и веса; и 83% – для измерения уровня глюкозы в крови. Сообщалось также, что тест-полоски для измерения уровней глюкозы и кетонов в моче, уровня альбумина и общего содержания холестерина были широко доступны в большинстве стран (71%, 62% и 59%, соответственно). Менее половины стран-респондентов сообщили также о наличии остальных базовых технологий, таких как тесты для определения уровней гемоглобина A1c (45% государств-членов, представавших ответы); осмотр глазного дна с широким зрачком (41%); исследование вибрационной чувствительности ноги с помощью камертона (41%); измерение пиковой скорости выдоха с помощью спирометрии (39%); и допплерография сосудов нижних конечностей (24%).

---

[1] Руководство по ранней диагностике рака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. См. по адресу: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/ru/ (по состоянию на 30 октября 2019 г.).

[2] WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: global survey. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276609/9789241514781-eng.pdf?ua=1, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

ВОЗМОЖНОСТИ

8. Несколько публикаций ВОЗ подчеркивают целесообразность проведения скрининга на рак в странах с разными потенциальными возможностями систем здравоохранения. В их число входят «Руководство по ранней диагностике рака»[1], руководство ПАОЗ по ранней диагностике рака у детей[2], документ с изложением позиции ВОЗ по проведению скрининговой маммографии[3], руководящие принципы ВОЗ по скринингу и лечению предраковых поражений в целях профилактики рака шейки матки[4] и руководство по проведению национальных программ борьбы. Инициатива ВОЗ по ликвидации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения придаст новый импульс деятельности по проведению скрининга на рак шейки матки и лечению этой болезни.

9. Рекомендации ВОЗ в отношении оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний приводятся в публикации «Комплекс практических мер по ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи». В 2003 г. было опубликовано руководство ВОЗ по проведению скрининга на диабет[5]. В опубликованном ВОЗ «Комплексе практических мер HEARTS»[6] приводятся рекомендации в отношении диагностики и лечения гипертонии и диабета на уровне первичной медико-санитарной помощи. Общие шкалы прогнозирования риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые включают метаболические и физиологические факторы и индекс массы тела, в настоящее время обновляются для использования в лабораторных и нелабораторных условиях.

---

[1] ВОЗ. Руководство по ранней диагностике рака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (см. по адресу: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/ru/ (по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[2] Early diagnosis of childhood cancer. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2014. См. по адресу: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34850/9789275118467-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[3] WHO position paper on mammography screening. Geneva: World Health Organization; 2014 (см. по адресу: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137339/9789241507936_eng.pdf?sequence=1 (по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[4] WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2013 (см. по адресу: https://apps.who.int/iris/handle/10665/94830, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[5] WHO. Screening for type 2 diabetes: report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. Geneva: World Health Organization; 2003 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/68614, по состоянию на 12 ноября 2019 г.).

[6] ВОЗ, ПАОЗ, Всемирная федерация сердца, Международное общество по борьбе с инсультом, Международное общество по артериальной гипертонии, Всемирная лига борьбы с гипертонией, Центры по контролю и профилактике заболеваний. Hearts: комплекс практических мер по ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/311510, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

10. Второй Примерный перечень ВОЗ основных средств диагностики in vitro (2019 г.)[1] служит всесторонним справочным руководством для руководителей программ в отношении средств диагностики in vitro, необходимых для профилактики и раннего выявления неинфекционных заболеваний; он подготовлен на основе «Перечня ВОЗ приоритетных устройств медицинского назначения для ведения рака»[2].

11. В 2018–2019 гг. Секретариат оказывал содействие в осуществлении программ борьбы с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, включая раннюю диагностику, скрининг и лечение, более чем в 30 государствах-членах. Консультации по вопросам онкологического скрининга проводились в Европейском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья. Обсуждения вопросов раннего выявления в рамках профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними проводились также в других регионах.

ДЕЙСТВИЯ СЕКРЕТАРИАТА

12. Секретариат будет разрабатывать комплексы практических мер и модели предоставления услуг в качестве глобальных общественных благ в сфере здравоохранения, которые будут способствовать расширению масштабов использования мер ранней диагностики и скрининга с помощью технических консультаций и глобального диалога по вопросам политики, начиная с 2020 г. Региональные бюро будут обеспечивать дальнейшее развитие этой деятельности, предоставляя государствам-членам рекомендации и поддержку в реализации этих комплексных мер и моделей.

13. В целях оказания содействия государствам-членам в выполнении принятых ими обязательств в отношении раннего выявления неинфекционных заболеваний Секретариат в настоящее время разрабатывает руководство по проведению онкологического скрининга с учетом широкого круга аспектов, а также потенциальных положительных и отрицательных эффектов. Потенциальные возможности инструмента OneHealth Tool[3] в настоящее время расширяются, что позволит лицам, осуществляющим планирование, лучше понимать такие аспекты, как финансовые затраты, требования к системам здравоохранения, а также потенциальное воздействие программ раннего выявления онкологических заболеваний, включая потребности в средствах диагностики, лекарственных средствах, вакцинах и технологиях, а также мерах паллиативной помощи, необходимых для таких программ.

14. Секретариат обновит также свое руководство по скринингу на метаболические и физиологические факторы риска (гипертония, диабет и неблагоприятный липидный

---

[1] Second WHO model list of essential in vitro diagnostics. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/medical_devices/publications/Standalone_document_v8.pdf?ua=1, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[2] Перечень ВОЗ приоритетных устройств медицинского назначения для ведения рака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/275571, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[3] Веб-сайт ВОЗ. Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) – OneHealth Tool (https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/, по состоянию на 12 ноября 2019 г.).

спектр крови) и некоторые виды онкологических заболеваний. Прежде чем приступать к проведению общепопуляционных скрининговых программ, следует провести всестороннее изучение множества аспектов; необходимо принимать во внимание глобальные фактические данные, однако следует также оценить потенциал и имеющиеся технические возможности на местах.

15. Безопасное и эффективное осуществление программ раннего выявления неинфекционных заболеваний требует укрепления информационных систем. Для улучшения ситуации в этой области может потребоваться, например, создание реестра для мониторинга состояния отдельных лиц, участвующих в данной скрининговой программе. ВОЗ подготовила рекомендации в отношении показателей, которые следует использовать для мониторинга эффективности программы при раке шейки матки в рамках инструментария для программ профилактики рака шейки матки и борьбы с этой болезнью[1]. ВОЗ работает также над созданием клинического реестра неинфекционных заболеваний, с помощью которого можно прослеживать информацию по выявлению, скринингу, диагностике, лечению и последующему наблюдению в отношении неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи.

РОЛЬ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПАРТНЕРОВ

16. Организации системы Организации Объединенных Наций оказывают поддержку деятельности в этой области. МАИР разрабатывает руководства по проведению онкологического скрининга, основанные на достоверных фактических данных об эффективности скрининговых программ[2]. МАГАТЭ оказывает содействие в проведении комплексных оценок программ профилактики онкологических заболеваний и борьбы с ними в странах в рамках экспертиз имПАКТ[3]. МАГАТЭ, МАИР, ЮНЭЙДС, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ООН-женщины вместе с ВОЗ осуществляют Совместную глобальную программу Организации Объединенных Наций по профилактике рака шейки матки и борьбе с этой болезнью[4] в поддержку деятельности государств-членов.

17. Важную роль в продвижении стандартизированного подхода играют профессиональные общества, однако следует принимать во внимание проблему ограниченности ресурсов. Партнеры по развитию и негосударственные структуры, включая гражданское общество и другие заинтересованные стороны, желающие

---

[1] WHO, Centers for Disease Control and Prevention, CDC Foundation, George W. Bush Institute. Improving data for decision-making: a toolkit for cervical cancer prevention and control programmes. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/279420, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[2] International Agency for Research on Cancer. IARC handbooks of cancer protection (http://handbooks.iarc.fr/, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[3] МАГАТЭ. Экспертизы имПАКТ (https://www.iaea.org/ru/uslugi/ekspertizy-impakt, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

[4] United Nations joint global programme on cervical cancer prevention and control (https://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf, по состоянию на 6 ноября 2019 г.).

оказывать содействие в осуществлении программ раннего выявления, должны принимать во внимание как рекомендации межправительственных организаций, так и технические возможности проведения скрининга на неинфекционные заболевания, должным образом признавая потенциальные отрицательные последствия отвлечения ресурсов на выполнение программ, требующих больших затрат с минимальными выгодами для населения. В целях мониторинга, предоставления информации и обеспечения подотчетности все партнеры должны рассмотреть возможность использования согласованного набора показателей результатов деятельности и представлять соответствующим органам здравоохранения отчеты о ходе работы по устранению пробелов в проведении своевременного лечения.

= = =