

# Роль организаций общественного здравоохранения в решении проблем общественного здоровья в Европе

Ожирение, алкоголь  
и устойчивость  
к противомикробным  
препаратам

*Под редакцией*

Bernd Rechel

Anna Maresso

Anna Sagan

Cristina Hernández-Quevedo

Erica Richardson

Elke Jakubowski

Martin McKee

Ellen Nolte



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и печать этой публикации на русском языке. Перевод выполнен Европейским региональным бюро ВОЗ.

**ISBN: 978-92-890-5597-0**

**© Всемирная организация здравоохранения, 2021 г.**

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке «European Observatory on Health Systems and Policies, B. Rechel, A. Maresso, A.Sagan, et al. The role of public health organizations in addressing public health problems in Europe: the case of obesity, alcohol and antimicrobial resistance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки: Роль организаций общественного здравоохранения в решении проблем общественного здоровья в Европе. Ожирение, алкоголь и устойчивость к противомикробным препаратам. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Ответственность за мнения, выраженные в настоящей публикации, несут только указанные редакторы.

## **Содержание**

Список рисунков, таблиц и вставок .....	4
Список авторов .....	6
Выражение благодарности .....	8
Глава 1 Введение	
Bernd Rechel, Elke Jakubowski, Martin McKee, Ellen Nolte .....	9
Глава 2 Ожирение	
Cristina Hernández-Quevedo, Bernd Rechel .....	19
Глава 3 Алкоголь	
Anna Sagan, Bernd Rechel .....	50
Глава 4 Устойчивость к противомикробным препаратам	
Saskia Nahrgang, Ellen Nolte, Bernd Rechel .....	70
Глава 5 Ключевые уроки в области политики	
Bernd Rechel, Elke Jakubowski, Martin McKee, Ellen Nolte .....	93

## Список рисунков, таблиц и вставок

### Рисунки

<b>Рис. 1.1</b>	Основные этапы цикла формирования политики .....	17
<b>Рис. 2.1</b>	Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела (ИМТ более или равен 25 кг/м <sup>2</sup> ) среди людей в возрасте 18 лет и старше за 2010 и 2016 гг. (в %), по оценке ВОЗ .....	20
<b>Рис. 2.2</b>	Стандартизированная по возрасту распространенность ожирения (ИМТ более или равен 30 кг/м <sup>2</sup> ) среди людей в возрасте 18 лет и старше за 2010 и 2016 гг. (в %), по оценке ВОЗ .....	21
<b>Рис. 3.1</b>	Общее потребление алкоголя на душу взрослого населения (в литрах чистого спирта) в отдельных странах-членах ЕС и Республике Молдова, 1990–2014 гг. ....	51
<b>Рис. 3.2</b>	Потребление алкоголя (в литрах чистого спирта) в отдельных странах- членах ЕС и Республике Молдова в 2014 г. ....	51
<b>Рис. 3.3</b>	Тенденции в потреблении учтенных пива, вина и крепких спиртных напитков в отдельных государствах-членах ЕС и Республике Молдова, 1970–2013 гг. ....	52
<b>Рис. 4.1</b>	Доля инвазивных изолятов <i>S. aureus</i> с устойчивостью к метициллину (MRSA) (А) и доля инвазивных изолятов <i>E. coli</i> с устойчивостью к цефалоспорином третьего поколения (В) в разбивке по странам, страны ЕС/ЕЭЗ, 2016 г. ....	73
<b>Рис. 4.2</b>	Потребление противомикробных средств для системного использования (АТС, группа J01) на уровне местных сообществ (вне медицинских организаций) в восьми европейских странах в 2016 г. ....	75
<b>Рис. 4.3</b>	Объем продаж (в тоннах) действующего вещества ветеринарных противомикробных препаратов в восьми европейских странах в 2015 г. ....	76
<b>Рис. 4.4</b>	Политическая рамочная концепция устойчивого доступа к эффективным противомикробным препаратам .....	82

### Таблицы

<b>Табл. 2.1</b>	Программы по борьбе с ожирением в девяти странах Европы .....	24
<b>Табл. 2.2</b>	Меры регулирования в отношении школ (включая стандарты и нормы в отношении продуктов питания, запрет на установку торговых автоматов и стандарты маркетинга) и адресованного детям маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, простых сахаров и соли (продуктов категории HFSS) в 2017 г. ....	28
<b>Табл. 3.1</b>	Перечень некоторых научных и политических документов в отношении потребления алкоголя, разработанных Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейским союзом .....	54
<b>Табл. 3.2</b>	Некоторые меры политики в отношении алкоголя в девяти странах .....	57

<b>Табл. 3.3</b>	Роль организаций общественного здравоохранения в процессах, связанных с политикой в отношении алкоголя .....	68
<b>Табл. 4.1</b>	Национальные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам .....	82
<b>Вставки</b>		
<b>Вставка 2.1</b>	Программы по борьбе с ожирением в Англии .....	26
<b>Вставка 2.2</b>	Отсутствие скоординированных мер и национальной стратегии по борьбе с ожирением в Швеции .....	29
<b>Вставка 2.3</b>	Взаимодействие учреждений общественного здравоохранения и других учреждений в Италии .....	31
<b>Вставка 2.4</b>	Определение проблемы и признание ее актуальности в Республике Молдова .....	32
<b>Вставка 2.5</b>	Межсекторальное сотрудничество в рамках выработки политики во Франции .....	34
<b>Вставка 2.6</b>	Координация принятия решений на национальном и региональном уровнях .....	36
<b>Вставка 2.7</b>	Роль французских региональных агентств по вопросам здравоохранения (ARSs) в реализации политики .....	38
<b>Вставка 2.8</b>	Роль местных органов власти Англии в реализации политики .....	39
<b>Вставка 2.9</b>	Нехватка финансирования для реализации политики в Республике Молдова .....	41
<b>Вставка 2.10</b>	Мониторинг распространенности ожирения в Швеции .....	43
<b>Вставка 3.1</b>	Совместный подход к разработке политики в отношении алкоголя – примеры Германии и Италии .....	60
<b>Вставка 3.2</b>	Роль алкогольной промышленности в формировании политики – примеры из Соединенного Королевства и Республики Молдова .....	62
<b>Вставка 3.3</b>	Роль организаций общественного здравоохранения на местном уровне в Германии .....	66
<b>Вставка 4.1</b>	Данные эпиднадзора за УПП в Европе .....	80
<b>Вставка 4.2</b>	Разработка межсекторальной политики в области УПП в Швеции .....	85
<b>Вставка 4.3</b>	Реализация региональной политики в Англии .....	86
<b>Вставка 4.4</b>	Региональные сети по УПП в Германии .....	87

## Список авторов

**Łukasz Balwicki** – научный сотрудник и преподаватель кафедры Общественного здоровья и социальной медицины Гданьского медицинского университета (GUMed) (Польша).

**Tomasz Bochenek** – заместитель директора и доцент Института общественного здравоохранения Медицинского колледжа Ягеллонского университета (JUMC) в Кракове (Польша).

**Bo Burström** – профессор, преподаватель социальной медицины кафедры общественного здравоохранения Каролинского института (KI), старший консультант Центра эпидемиологии и медицины Совета округа Стокгольм (Швеция).

**Laurent Chabaud** – врач со специализацией в области общественного здравоохранения, с 2013 г. является деканом Школы общественного здравоохранения (EHESP) Франции.

**Angela Ciobanu** – национальный специалист в области общественного здравоохранения Странового офиса ВОЗ в Республике Молдова.

**Stela Gheorghita** – национальный специалист по вопросам страновой готовности и по выполнению Международных медико-санитарных правил Странового офиса ВОЗ в Республике Молдова.

**Jarno Habicht** – в настоящее время является представителем ВОЗ в Кыргызстане, на момент подготовки доклада занимал должность представителя ВОЗ в Республике Молдова.

**Cristina Hernández-Quevedo** – научный сотрудник филиала Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения на базе Лондонской школы экономики и политических наук (LSE) (Соединенное Королевство).

**Elke Jakubowski** – старший советник по политике и стратегиям Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (Копенгаген, Дания).

**Mariëlle Jambroes** – доцент кафедры общественного здравоохранения Медицинского центра Утрехтского университета (UMCU) (Нидерланды).

**Maria Jansen** – профессор, специалист в области здоровья населения, Маастрихтского университета (UM) (Нидерланды).

**Iwona Kowalska-Bobko** – адъюнкт-профессор Ягеллонского университета (JU) в Кракове (Польша).

**Hans Maarse** – заслуженный профессор, специалист по анализу политики в области здравоохранения Факультета исследований в здравоохранении Маастрихтского университета (UM) (Нидерланды).

**Anna Maresso** – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

**Martin McKee** – профессор, специалист в области европейского общественного здравоохранения, Лондонской школы гигиены и тропической медицины (LSHTM) (Соединенное Королевство) и руководитель научных исследований Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

**John Middleton** – президент Факультета общественного здравоохранения (FPH) Соединенного Королевства и заслуженный профессор, специалист в области общественного здравоохранения, Вулверхэмптонского университета (Соединенное Королевство).

**Saskia Nahrgang** – технический специалист по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам Отдела по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и инфекционным заболеваниям Европейского регионального бюро ВОЗ (Копенгаген, Дания).

**Ellen Nolte** – руководитель лондонских филиалов Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

**Kerstin Vesna Petrič** – старший государственный служащий и руководитель Отдела укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний Министерства здравоохранения Словении.

**Klaus D. Plümer** – независимый консультант по вопросам общественного здравоохранения и укрепления здоровья. Ранее работал в Академии общественного здравоохранения в Дюссельдорфе (Германия), в настоящее время является ведущим советником по вопросам профессиональной подготовки, образования и обучения на протяжении всей жизни Европейской ассоциации общественного здравоохранения (EUPHA).

**Andrea Poscia** – научный сотрудник Института общественного здравоохранения Католического университета Святого Сердца (UCSC) в Риме (Италия).

**Bernd Rechel** – научный сотрудник филиала Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения на базе Лондонской школы гигиены и тропической медицины (LSHTM) (Соединенное Королевство).

**Walter Ricciardi** – профессор, преподаватель общественного здравоохранения, Католического университета Святого Сердца (UCSC) в Риме и президент Национального института здравоохранения (ISS) Италии.

**Erica Richardson** – научный сотрудник филиала Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения на базе Лондонской школы гигиены и тропической медицины (LSHTM).

**Dirk Ruwaard** – профессор, специалист по научным исследованиям в области здравоохранения, Маастрихтского университета (UM) (Нидерланды).

**Anna Sagan** – научный сотрудник филиала Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения на базе Лондонской школы экономики и политических наук (LSE) (Соединенное Королевство).

**Aliona Serbulenco** – заместитель министра здравоохранения, труда и социальной защиты Республики Молдова.

**Andrea Silenzi** – аспирант Института общественного здравоохранения Католического университета Святого Сердца (UCSC) в Риме (Италия).

**Roman Topór-Mądry** – научный сотрудник Ягеллонского университета в Кракове (Польша).

**Gemma Williams** – технический специалист Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

**Cezary W. Włodarczyk** – научный сотрудник Ягеллонского университета (JU) в Кракове (Польша).

**Jadwiga Wójkowska-Mach** – доцент Медицинского колледжа Ягеллонского университета (JUMC) в Кракове (Польша).

## **Выражение благодарности**

Настоящий документ является результатом сотрудничества между Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения. Мы очень признательны всем авторам за их неустанный и увлеченный труд в рамках этого проекта.

Данная книга является дополнением к отдельно публикуемому документу, содержащему подробные страновые отчеты об организации и финансировании служб общественного здравоохранения в девяти странах, а также межстрановой анализ ключевых аспектов услуг общественного здравоохранения. В основу проекта легли результаты семинаров, проведенных в Милане в октябре 2015 г., в Вене в ноябре 2016 г. и в Стокгольме в ноябре 2017 г. в рамках европейских конференций по общественному здравоохранению. Мы высоко ценим вклад тех, кто принял участие в этих семинарах.

Выражаем особую благодарность рецензентам – Katarzyna Czabanowska, José María Martín-Moreno и Anna Chichowska-Myrup – за их полезные замечания и предложения.

Наконец, выход данной книги стал возможен благодаря упорной работе группы, ответственной за подготовку издания, возглавляемой Jonathan North, а также профессиональной поддержке Caroline White и Andrea Kay (выпускающего редактора).



# Глава 1

## Введение

*Bernd Rechel, Elke Jakubowski, Martin McKee, Ellen Nolte*

В настоящей работе проводится анализ той роли, которую организации общественного здравоохранения играют в решении трех основных проблем в сфере охраны общественного здоровья, стоящих сегодня перед странами Европы, – это ожирение, потребление алкоголя и устойчивость к противомикробным препаратам (УПП). Данное исследование представляет собой дополнение к всестороннему сравнительному анализу механизмов организации и финансирования служб общественного здравоохранения (Rechel et al., 2018a), опирающемуся на данные подробных страновых отчетов (Rechel et al., 2018b).

Рост числа случаев избыточного веса и ожирения, неизменно высокие показатели вредного потребления алкоголя и растущая угроза УПП – это лишь часть тех факторов, которые представляют собой наибольшую опасность для здоровья жителей Европы. И хотя масштаб этих проблем в разных государствах различается, в Европе сегодня нет ни одной страны, которую бы они не затрагивали. Совершенно очевидно, что учреждения и организации общественного здравоохранения должны принимать участие в решении каждой из перечисленных проблем, для урегулирования которых требуется принятие мер не только на уровне системы здравоохранения, но и со стороны других секторов. Однако при этом остаются вопросы относительно той роли, которую организации общественного здравоохранения играют в решении этих проблем в настоящий момент.

Данная работа призвана восполнить именно этот пробел. В ее основу легли страновые отчеты восьми стран Европы (Англия, Германия, Италия, Республика Молдова, Нидерланды, Польша, Франция и Швеция), посвященные усилиям организаций общественного здравоохранения по решению проблем ожирения и потребления алкоголя, и страновые отчеты девяти европейских стран (Англия, Германия, Италия, Республика Молдова, Нидерланды, Польша, Словения, Франция и Швеция) о работе по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам (см. Онлайн-приложение, [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/387534/online-appendix-hps-51-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/387534/online-appendix-hps-51-eng.pdf)).

Если в томе, посвященном организации и финансированию услуг общественного здравоохранения, речь идет преимущественно о деятельности и мероприятиях по охране общественного здоровья (Rechel et al., 2018a), то настоящее издание посвящено организациям общественного здравоохранения, так как только эти организации могут сыграть значимую роль в решении такого рода проблем.

### **Политические и административные особенности девяти рассмотренных стран**

Следующие разделы содержат краткое описание основных аспектов систем государственного и муниципального управления, которые действуют в каждой из стран, являющихся предметом настоящего исследования. При работе над этими разделами использовалась преимущественно информация, получен-

ная Комитетом регионов Европейского союза и представленная на информационном портале Комитета в разделе о разграничении полномочий, где содержится и ряд других дополнительных сведений (European Union's Committee of the Regions, 2018).

### **Англия**

Англия является одной из четырех национальных территорий, которые входят в состав Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии (Великобритания включает в себя Англию, Шотландию и Уэльс). Английская система местного управления носит чрезвычайно сложный характер. Отдельного законодательного органа как такового в Англии не существует, и законы принимаются парламентом Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, в состав которого входят представители всех четырех стран. Парламент является двухпалатным: верхняя палата, или Палата лордов, состоит преимущественно из назначаемых членов, однако при этом включает в себя небольшую группу наследственных пэров и епископов англиканской церкви. Писаная конституция в Соединенном Королевстве отсутствует, и парламент имеет право устанавливать собственный регламент работы. Примером такого регламента, принятого в 2015 г., могут служить принципы голосования английских членов парламента в отношении законов Англии. Этот достаточно сложный механизм создает условия, при которых за законы, действующие только на территории Англии, могут голосовать исключительно английские члены парламента.

Англия разделена на девять регионов, которые за исключением Лондона представляют собой преимущественно единицы статистического учета, и за ними не закреплены никакие полномочия. В Лондоне, в отличие от остальных регионов, имеются избираемые собрание и мэр, ответственные за поддержание общественного порядка, транспортное и жилищное обеспечение, градостроительное планирование и охрану окружающей среды. Лондон разделен еще на 32 административные единицы, или боро, которые управляются избираемыми советами, ответственными за вопросы образования, утилизацию отходов, общественное здравоохранение и социальные услуги. На остальной территории страны местные власти представляют собой те или иные варианты одноуровневой системы управления и отвечают за транспорт, стратегическое планирование, утилизацию отходов и общественное здравоохранение. В то же время в некоторых регионах, включая многие крупные города и ряд графств, действуют и двухуровневые системы местной власти. Органы управления нижнего звена занимаются вопросами планирования, общественного здравоохранения, утилизации отходов и др. Существуют также административно-территориальные образования с особым статусом, например лондонский Сити, который управляется Собранием лондонского Сити, то есть корпорацией, избираемой одновременно жителями и предпринимателями района.

Оставшиеся три страны, входящие в состав Соединенного Королевства (Шотландия, Уэльс и Северная Ирландия), имеют автономные системы управления, которые значительно различаются между собой. Ситуация в Северной Ирландии носит особенно сложный характер из-за ряда положений Соглашения Страстной пятницы, согласно которому правительство Ирландии наделяется определенными правами. Помимо этого, у Соединенного Королевства имеется ряд заморских территорий, имеющих особые отношения с Вестминстером, причем нередко эти отношения регламентируются соглашениями, которые были заключены несколько сотен лет назад.

## **Франция**

Во Франции исполнительная власть принадлежит правительству, которое состоит из премьер-министра и ряда министров старшего и младшего рангов. Премьер-министр назначается президентом и является политическим сторонником парламентского большинства вновь избранного Национального собрания страны. Остальные министры назначаются президентом по рекомендации премьер-министра. Правительство Франции подчиняется законодательному органу страны, который представляет собой двухпалатный парламент, включающий в себя Сенат и Национальное собрание. Члены Сената избираются непрямым голосованием, а избирательная коллегия состоит из членов Национального собрания и представителей местных органов власти.

Франция разделена на 18 регионов, из которых 13 относятся к метрополии, а пять – к заморским территориям. Регионы, за управление которыми отвечают региональные советы, состоящие из напрямую избираемых представителей, не обладают законодательными полномочиями, но могут формировать собственные бюджеты в дополнение к ассигнованиям со стороны центрального правительства. Региональные власти отвечают преимущественно за образование, общественный транспорт, университеты и поддержку коммерческих предприятий. Регионы подразделяются на 96 департаментов. Каждый департамент управляется избранным прямым голосованием советником и президентом, при этом есть так же префект, который представляет центральное правительство Франции. К сферам ответственности департаментов относятся отдельные аспекты общественной деятельности и социальной защиты, некоторые вопросы в области образования, дорожное и транспортное обеспечение, а также муниципальная инфраструктура. Департаменты, в свою очередь, подразделяются на коммуны и округа, которые, не будучи самостоятельными субъектами, все же отвечают за некоторые государственные службы, например пожарную охрану. Заморские регионы Франции, включая Французскую Гвиану, Реюньон, Мартинику и Гваделупу, имеют тот же статус, что и все регионы метрополии. В Карибском и Тихом океане у Франции также имеется ряд заморских сообществ с разными уровнями автономии.

## **Германия**

Германия является федеративной республикой, где, в соответствии с распределением полномочий, закрепленным в конституции, значительная часть таких полномочий передана регионам, или землям (Länder). Законодательный орган Германии является двухпалатным и состоит из Бундестага, члены которого избираются прямым голосованием, и Бундесрата, в который входят представители федеральных земель, причем число таких представителей пропорционально соответствует численности населения той или иной земли. Обе палаты парламента могут выступать с законодательными инициативами, и в случаях, когда законопроект влечет за собой серьезные последствия для регионов, его принятие возможно лишь при условии достижения соответствующего соглашения членами обеих палат. Во всех остальных случаях Бундесрат имеет право заявлять о своем несогласии, но такие возражения могут быть отклонены Бундестагом.

Германия включает в себя 16 федеральных земель разного размера, которые, в свою очередь, делятся на 295 районов (Kreise) и 11 313 муниципалитетов (Gemeinden). Города, население которых насчитывает более 100 тыс. жителей, обладают одновременно полномочиями района и муниципалитета. Этот

же статус имеют несколько небольших городов. Федеральные земли имеют право вести законотворческую деятельность за исключением случаев, когда речь идет о законах, принятых федеральным правительством. В 2006 г. Основной закон (конституция) ФРГ подвергся серьезному пересмотру, по итогам которого в него были внесены уточнения относительно распределения полномочий и расширены возможности участия федеральных земель в принятии европейского законодательства.

Число сфер, которые находятся в исключительном ведении федерального правительства, является относительно небольшим и включает в себя такие вопросы, как внешняя политика, оборона, валюта и гражданство. В области здравоохранения федеральное правительство отвечает за регулирование основных аспектов социального медицинского страхования. Федеральные земли обладают значительным уровнем автономии в вопросах управления. Помимо их права на принятие собственного законодательства, земли также несут ответственность за выполнение федеральных законов. Для сектора здравоохранения страны характерно широкое участие социальных партнеров, к которым, в частности, относятся представители больничных касс, больниц и самих врачей. Они действуют на основании ряда соглашений федерального уровня, хотя при их выполнении нередко приходится принимать во внимание положения соглашений, заключенных на уровне земель.

Районы отвечают за транспортную инфраструктуру, территориальное планирование, службы экстренной помощи, социальное обеспечение, строительство и обслуживание больниц, школ среднего звена и техникумов, сбор отходов и надзор за производством продуктов питания. В разных землях муниципалитеты имеют разный объем полномочий, но обычно к ним относятся такие вопросы, как местные услуги общественного здравоохранения, городское планирование, начальное образование и инфраструктура для досуга и отдыха. На муниципалитеты, представляющие собой более крупные города, возлагаются дополнительные обязанности, касающиеся продовольственной безопасности, учета статистики естественного движения населения и управления дорожным движением.

### **Италия**

Италия является парламентской республикой. Исполнительная власть в стране принадлежит совету министров, возглавляемому премьер-министром, который назначается президентом страны по итогам выборов. Премьер-министр может быть как лидером крупнейшей партии страны, так и лицом, которому удалось сформировать коалицию, способную добиться парламентского большинства. Парламент страны является двухпалатным: нижняя палата, или Палата депутатов Италии, избирается путем всеобщего прямого голосования, а верхняя, Сенат, также избирается напрямую, но избирателями в возрасте 25 лет и старше. В состав верхней палаты также входит ряд пожизненных сенаторов, среди которых – бывшие президенты страны и лица, чьи достижения были признаны выдающимися.

Италия делится на 20 областей, у пяти из которых по историческим причинам имеется расширенная автономия. Все области, за исключением Валле-д'Аоста, разделены на провинции. С 2001 г. всем областям был предоставлен дополнительный уровень автономии. В каждой области действует собственный избираемый парламент, а также имеется президент, которого в большинстве случаев тоже избирают прямым голосованием. Области обладают ограниченной финансовой автономией и имеют право удерживать часть налогов,

которые взимаются с населения. В соответствии с конституцией Италии они обладают исключительными законодательными полномочиями в отношении всех вопросов, которые не были четко отнесены к ведению центрального правительства. В то же время значительная часть наиболее значимых вопросов, включая оборону, внешнюю политику, социальное обеспечение, статистический учет и уголовное правосудие, относятся к компетенции центральных органов власти. Центральное правительство также устанавливает базовые принципы, действующие в отношении тех сфер, которые могут быть предметом законотворчества областей, как то: образование, стандарты профессиональной деятельности, охрана общественного здоровья, здравоохранение, планирование и транспорт. Провинции отвечают за такие вопросы, как охрана окружающей среды, общественный порядок и экономическое развитие.

### **Республика Молдова**

Правительство Республики Молдова, которому принадлежит исполнительная власть в стране, состоит из премьер-министра, заместителей премьер-министра и министров. Они назначаются президентом страны по итогам консультаций с парламентским большинством, и их кандидатуры подлежат утверждению парламентом. Начиная с 2000 г. президент страны избирается депутатами парламента. После обретения Республикой Молдова независимости порядок распределения полномочий между разными уровнями власти претерпел определенные изменения, отражающие политическую направленность последующих правительств. Во времена СССР Молдова представляла собой унитарную республику, разделенную на отдельные районы. После получения Республикой Молдова независимости территория на восточном берегу реки Днестра объявила о выходе из состава страны, и ее руководство отказывается подчиняться правительству Республики Молдова. Далее речь пойдет только о территориях, находящихся под контролем правительства Республики Молдова. В 1998 г. районы были объединены в уезды, или округа, по аналогии с системой, которая действует в соседней Румынии, и которая существовала в те времена, когда территории этих стран находились в составе одного образования. Власти страны пришли к выводу, что такие более крупные территориальные единицы располагают значительным административным потенциалом, необходимым для развития. Одновременно с этим произошло увеличение минимального размера административных единиц самого нижнего уровня самоуправления, к которым относятся администрации коммун и сел, и число таких единиц заметно сократилось. Местные администрации являются выборными органами, но власти уездов подчиняются префекту, который осуществляет надзор от имени правительства страны. В 2001 г. вновь избранное коммунистическое правительство отменило многие из этих нововведений, восстановив систему районов. 32 района, а также два крупных муниципалитета (столица страны Кишинев и город Бельцы) и автономное территориальное образование Гагаузия, функционирующие как районы, управляются выборными советами, причем глава района избирается членами такого совета. Административно-территориальными единицами нижнего уровня являются небольшие муниципалитеты (города) и коммуны, или села, которые также управляются выборными советами. Формально эти органы местного самоуправления обладают значительной финансовой независимостью, однако на практике их автономия очень ограничена, а процессы распределения бюджета строго централизованы. Распределение полномочий между различными уровнями государственной власти отличается противоречивостью и недостаточной четкостью. В то же время органы управления нижнего звена, к которым относятся муниципалитеты и коммуны,

официально отвечают за городское планирование, дошкольное образование, социальное жилье и утилизацию отходов. Районы несут ответственность за транспортную инфраструктуру, начальное образование и социальные гарантии. Остальные функции относятся к ведению районных подразделений государственных министерств, которые нередко тесно взаимодействуют с районными властями. Часть задач, включая обеспечение работы школ и больниц и отдельные аспекты социальной защиты, по-прежнему входят в круг обязанностей центрального правительства, но их повседневная реализация поручается районам и муниципалитетам, которые в этом случае выступают в качестве представителей центральной власти.

### ***Нидерланды***

Нидерланды являются конституционной монархией с высоким уровнем децентрализации власти. Эта система описывается как «консоциальное государство», построенное по принципу стремления к максимальному консенсусу в вопросах управления на уровне как политиков, так и общества в целом. Помимо европейской части Нидерландов, стране также принадлежит целый ряд островов в Карибском бассейне, причем часть из них имеет статус провинций, а еще часть обладает тем или иным уровнем автономии. Исполнительная власть сосредоточена в руках правительства, но разделение полномочий здесь носит менее ярко выраженный характер, чем во многих других странах. Парламент, который здесь носит название Генеральных штатов, является двухпалатным и состоит из Палаты представителей и Сената. Палата представителей имеет право законодательной инициативы и может вносить изменения в законодательство, а Сенат выполняет преимущественно консультативные функции. Члены Палаты представителей избираются путем прямого голосования, а члены Сената – непрямыми провинциальными парламентами. За контроль законодательства отвечает Государственный совет, члены которого назначаются преимущественно из числа экспертов в области права и бывших политиков. Председателем совета является монарх. Задача совета заключается в том, чтобы проверять законы страны на предмет их соответствия конституции, и, хотя данный орган не наделен правом вето, парламент страны обязан принимать во внимание его официальную позицию. В стране также действует ряд официальных консультативных советов, которые являются наглядным свидетельством консенсуального подхода Нидерландов к вопросам политики. В число таких структур входит Социальный экономический совет, который проводит консультации по многим социальным и экономическим вопросам, а также имеет право на собственное законодательство в ряде профильных областей. Еще одной такой структурой является Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM), официальные обязанности которого включают в себя предоставление консультаций по кругу вопросов, относящихся к сфере его компетенции. Другими примерами таких структур могут служить Научный совет по государственной политике и Центральное бюро статистики Нидерландов.

Нидерланды разделены на 12 провинций, которые отвечают за вопросы планирования, политику в области здравоохранения и досуг жителей в тех рамках, которые были установлены национальным правительством. Исполнительная власть в провинциях принадлежит уполномоченным лицам, которые назначаются центральным правительством, и советам, назначаемым законодательными собраниями провинций. Провинции делятся на муниципалитеты, которые отвечают за вопросы образования, некоторые аспекты градостроительства, социальную защиту в соответствии с поручениями национальных

органов власти. Исполнительная власть в муниципалитетах представлена мэрами, назначаемыми центральным правительством, и старейшинами, назначаемыми муниципальными советами, члены которых избираются путем прямого голосования. Города Амстердам и Роттердам имеют особый собственный статус.

### **Польша**

Польша – это республика, в которой главой государства является президент, а главой правительства – премьер-министр. Исполнительную власть представляет возглавляемый премьер-министром совет министров, в состав которого обычно входят представители партии большинства или правящей коалиции нижней палаты парламента. Парламент является двухпалатным, и нижняя палата, или Сейм, избирается путем пропорционального представительства. Члены верхней палаты, или Сената, избираются простым большинством в избирательных округах. Президент наделен правом вето в отношении принимаемых законов, однако президентское вето может быть преодолено квалифицированным большинством в 3/5 голосов депутатов Сейма.

Польша делится на 16 провинций, или воеводств, каждое из которых разделено на округа – так называемые поветы, а они, в свою очередь, состоят из муниципалитетов, или гмин. Воеводства управляются выборным собранием, или сеймиком, которое назначает членов исполнительного совета, но при этом делит свои полномочия с губернатором, который назначается центральным правительством. Воеводства отвечают за поддержку экономического развития, контроль общественных услуг на региональном уровне, включая, в частности, высшие учебные заведения, специализированные медицинские учреждения и неотложную медицинскую помощь, а также развитие региональной инфраструктуры, например транспортных сетей. Поветы занимаются вопросами образования, отвечают за обеспечение работы большинства больниц (за исключением высокоспециализированных медицинских учреждений) и средних школ, охрану окружающей среды, общественную безопасность и защиту прав потребителей. Согласно конституции Польши, гмины представляют собой основные органы местного самоуправления и обладают законодательными полномочиями в отношении любых вопросов, которые не отнесены к ведению органов власти другого уровня. На практике они выполняют многие из функций, закрепленных за поветами, но том, что касается услуг и объектов инфраструктуры, которыми пользуются местные сообщества, например услуг начального образования и первичной медико-санитарной помощи или городского планирования. 65 из 379 поветов являются городами, которые также действуют как отдельные гмины, выполняя функции властей обоих уровней. Они управляются выборными городскими советами и напрямую избираемыми мэрами. Варшава обладает особым статусом, сочетая в себе характеристики повета и гмины, но при этом она разделена на 18 округов.

### **Словения**

Словения является парламентской республикой, в которой действует двухпалатный парламент, включающий в себя Национальное собрание и Национальный совет. Страна разделена на 12 регионов, которые с административной точки зрения не выполняют никаких функций и существуют исключительно для целей статистического учета, подчиняясь национальному правительству. Часть задач, которые относятся к ведению центральных органов власти, выполняется также 58 административными единицами, главы которых назна-

чаются министром государственного управления и правительством страны. Основными органами местного самоуправления являются муниципалитеты, которые находятся преимущественно на самофинансировании благодаря сбору налогов и другим источникам дохода. К ведению муниципалитетов относятся такие вопросы, как дошкольное и начальное образование, первичная медико-санитарная помощь, аварийные службы, социальное обеспечение, жилищные вопросы, территориальное планирование и охрана окружающей среды. Городские муниципалитеты по закону имеют право на расширение сферы своей ответственности, включая вопросы среднего образования и работу больниц, но эти обязанности им пока еще не были переданы. Таким образом, Словения остается преимущественно централизованным государством, в котором многие функции выполняются на местном уровне подразделениями центральных органов власти.

### **Швеция**

В Швеции правительство действует как коллегиальный орган власти, который включает в себя премьер-министра, назначаемого спикером парламента, и других министров, которых назначает премьер-министр. Правительство страны подчиняется парламенту. Особенность Швеции заключается в том, что отдельные члены кабинета министров не несут персональной ответственности за деятельность государственных учреждений, относящихся к их ведению. Генеральные директора этих учреждений подчиняются кабинету министров как единому органу, а министры не имеют права вмешиваться в их работу за исключением случаев, четко оговоренных в законодательстве. Парламент Швеции, или Риксдаг, представляет собой однопалатный законодательный орган, члены которого избираются по пропорциональной системе голосования. Швеция разделена на 21 округ, в каждом из которых действуют собственное правление, назначаемое правительством Швеции и ответственное за то, чтобы деятельность региона не противоречила положениям национальной политики, и региональный совет, избираемый населением путем прямого голосования. К ведению округов относятся такие вопросы, как система здравоохранения, охрана общественного здоровья и общественный транспорт. Округа, в свою очередь, состоят из муниципалитетов, которые в зависимости от их размера подразделяются на две категории с разным кругом обязанностей. Остров Готланд в силу своего географического положения имеет особый статус, а муниципалитет Готланда действует как окружной совет.

### **Цикл формирования политики**

В основе нашей оценки участия организаций общественного здравоохранения в решении основных проблем в области охраны общественного здоровья лежат «этапы эвристического подхода», предложенного Sabatier and JenkinsSmith (1993). Этот инструмент позволяет проводить анализ стратегий и программ на каждом из основных этапов цикла формирования политики (рис. 1.1), к которым относятся:

- выявление и исследование проблемы (постановка задач);
- выработка политики;
- принятие решения;
- реализация политики;
- мониторинг и оценка



**Рис. 1.1 Основные этапы цикла формирования политики**



*Источник:* компиляция собранных авторами материалов.

Несмотря на то, что такое описание процесса формирования политики в реальных условиях носит весьма упрощенный характер, подобная схема может быть полезна при анализе основных этапов цикла и присущих им участников, процессов и обстоятельств. На практике создание политики редко происходит в соответствии с четко составленным алгоритмом или циклом или включает в себя все вышеописанные этапы. Такая работа может начаться с любого этапа, и они не обязательно будут следовать один за другим в указанном порядке. К тому же во многих странах научная доказательная база используется при формировании политики в лучшем случае в ограниченном объеме, и даже когда это происходит, гораздо большее значение зачастую имеют идеологические составляющие, бюджетные ограничения и осуществимость задуманного. В страновых отчетах, посвященных отдельным проблемам охраны общественного здоровья, анализируется участие организаций общественного здравоохранения в решении таких проблем на каждом из этапов цикла. В них перечисляются преимущества и влияние таких организаций по сравнению с другими ключевыми участниками применительно к каждому этапу, что позволяет сделать выводы относительно их сильных и слабых сторон и благоприятствующих факторов.

## Структура книги

Настоящая книга состоит из двух частей. В первой части представлены результаты межстранового сравнения участия организаций общественного здравоохранения в решении трех проблем общественного здоровья – ожирения (глава 2), потребления алкоголя (глава 3) и устойчивости к противомикробным препаратам (глава 4). В каждой из этих глав описывается масштаб существующей проблемы, перечисляются стратегические варианты ее решения и анализируется роль организаций общественного здравоохранения в ее устранении с учетом этапов цикла формирования политики (определение проблемы и признание ее актуальности, выработка политики, принятие решения, реализация политики и мониторинг и оценка). В главе 5 приводятся основные выводы и заключения по итогам этого сравнения. Во второй части книги приводятся подробные страновые отчеты, посвященные роли организаций общественного здравоохранения в решении этих трех проблем общественного здоровья\*.

\* Доступна на английском языке по ссылке [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/387534/online-appendix-hps-51-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/387534/online-appendix-hps-51-eng.pdf).

## Библиография

European Union's Committee of the Regions (2018) Division of powers. Brussels: European Committee of the Regions. (<https://portal.cor.europa.eu/divisionpowers/Pages/default.aspx>, accessed 18 June 2018).

Rechel B, Jakubowski E, Nolte E eds. (2018a). Organization and financing of public health services in Europe. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Rechel B, Maresso A, Sagan A et al. eds. (2018b). Organization and financing of public health services in Europe: country reports. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Sabatier P, Jenkins-Smith H (1993). Policy change and learning: An advocacy coalition approach. Boulder, CO: Westview Press.

## Глава 2

### Ожирение

*Cristina Hernández-Quevedo, Bernd Rechel*

#### Введение

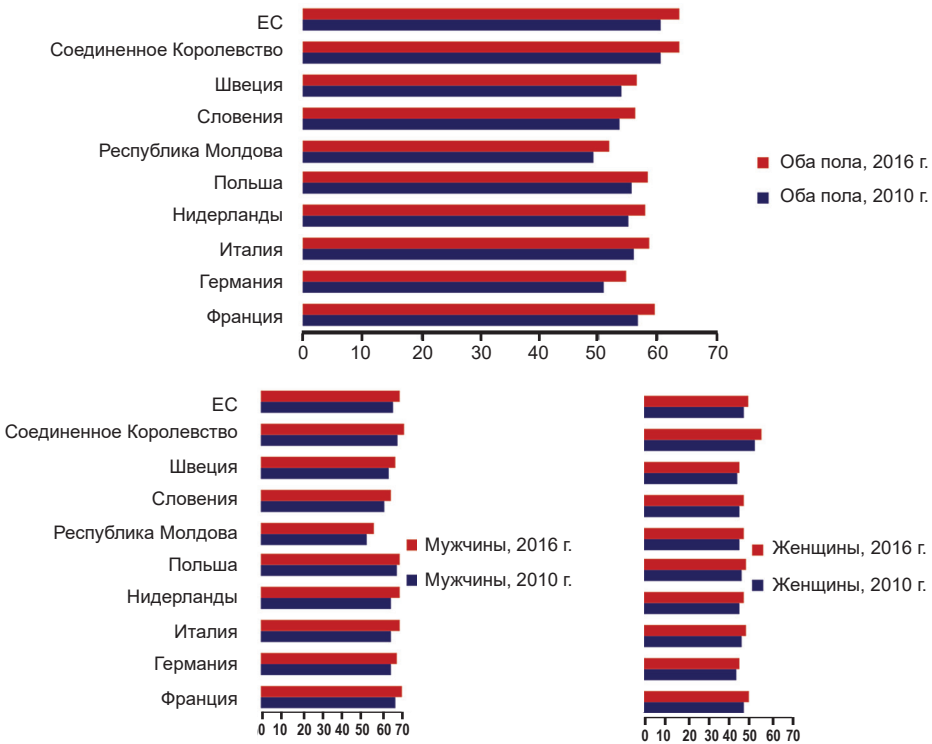
Ожирение и избыточный вес относятся к числу самых серьезных проблем общественного здоровья, с которыми сегодня сталкивается Европейский регион ВОЗ, и являются крайне существенным фактором риска развития целого ряда наиболее распространенных неинфекционных заболеваний. Показатель распространенности ожирения во многих странах Европы за период с 1980-х гг. вырос втрое, что повлекло за собой значительную нагрузку на системы здравоохранения по всему Региону. В этой главе мы анализируем участие организаций общественного здравоохранения в выработке политики, призванной решить проблему ожирения в девяти странах Европы (Англия, Германия, Нидерланды, Польша, Республика Молдова, Словения, Франция и Швеция). В основу главы легли подробные страновые отчеты, в которых описываются стратегические ответные меры и участие организаций общественного здравоохранения на разных этапах цикла формирования политики (см. Онлайн-приложение).

#### Масштаб проблемы

Ожирение было включено в число основных проблем, с которыми сталкиваются сегодня системы здравоохранения по всему миру, и получило название «эпидемии XXI века» (WHO, 2000). Появление все новых и новых национальных и международных стратегий и планов по снижению распространенности ожирения свидетельствует о том, что многие страны и международные организации включили эту проблему в число своих политических приоритетов (ВОЗ, 2004; WHO/Europe, 2006; European Commission, 2014). Таким образом, ожирение и избыточный вес больше не считаются вопросами исключительно личного характера (Vallgård, 2015). Был признан и тот факт, что ожирение является одним из индикаторов неравенства: социально-экономический градиент показывает, что в неблагополучных районах и в социальных группах с более низким экономическим статусом наблюдаются более высокие показатели ожирения как у взрослых, так и у детей (Magnusson et al., 2014).

Во всех странах, ставших участницами настоящего исследования, за период с 2010 по 2016 г. выросли показатели распространенности ожирения (см. рис. 2.1 и 2.2). Согласно прогнозам, которые были сделаны в Соединенном Королевстве в 2007 г., более половины взрослого населения страны к 2050 г. будут страдать от ожирения (Foresight, 2007). Ожидается, что треть (33%) всех жителей Соединенного Королевства к 2030 г. столкнется с проблемой ожирения, тогда как в 2010 г. этот показатель составлял немногим более четверти (26%). Доля мужчин, страдающих от ожирения, в 2030 г. в Соединенном Королевстве будет составлять 36% по сравнению с 25%, которые были зарегистрированы в 2010 г. (WHO & UK Health Forum, 2015).

**Рис. 2.1** Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела (ИМТ более или равен 25 кг/м<sup>2</sup>) среди людей в возрасте 18 лет и старше за 2010 и 2016 гг. (в %), по оценке ВОЗ



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018.

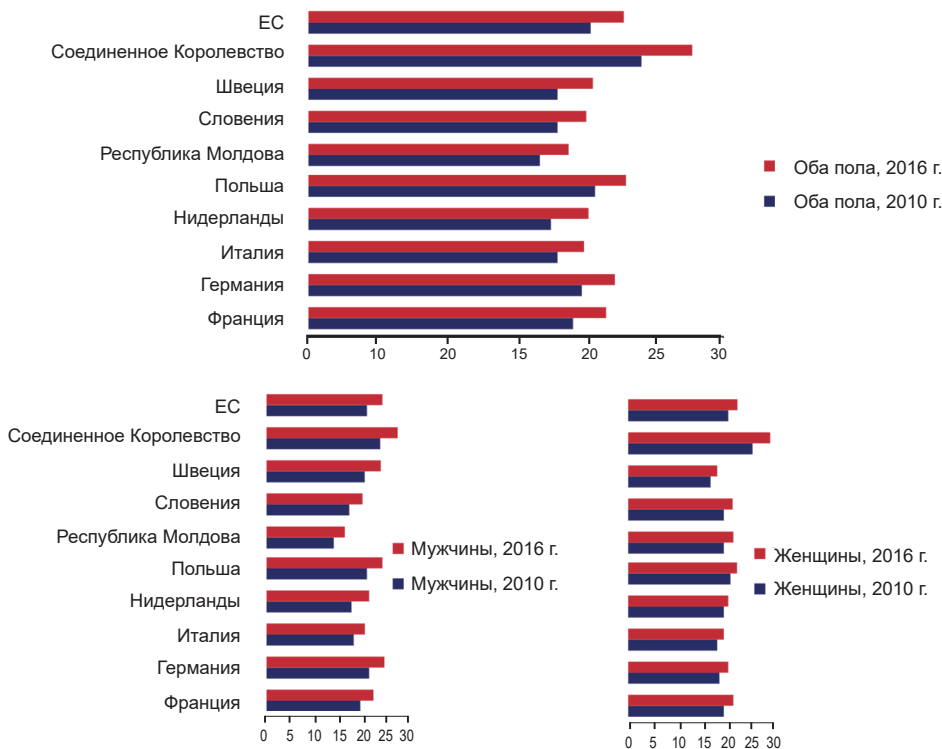
В Англии и Германии распространенность ожирения среди детей, проживающих в наиболее неблагополучных районах, вдвое выше, чем в самых благополучных районах. В 2014 г. избыточный вес наблюдался у 63,1% жителей Нидерландов, имеющих только начальное школьное образование, тогда как среди лиц, получивших высшее образование, этот показатель составлял 40,7%.

Если говорить об ожирении, то доля людей с такой проблемой в данных социальных группах составляла 23,1% и 8,4% соответственно (CBS, 2016). В Швеции повышающееся социальное неравенство было признано основным фактором роста таких показателей, как уровень распространенности избыточной массы тела и ожирения, поскольку нездоровое питание и недостаточная физическая активность наиболее распространены в социальных группах с низким уровнем образования (Public Health Agency of Sweden, 2014; Li et al., 2014; Magnusson et al., 2014; Moraeus et al., 2012).

Согласно данным Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) за период 2012–2013 гг.<sup>1</sup> для детей в возрасте 6–8 лет избыточная масса тела и ожирение представляют собой проблему, с которой сталкиваются все страны, рассмотренные в данном исследовании: если в Республике Молдова доля

<sup>1</sup> Для Соединенного Королевства, Польши, Нидерландов, Германии и Франции данные COSI отсутствуют.

**Рис. 2.2** Стандартизированная по возрасту распространенность ожирения (ИМТ более или равен 30 кг/м<sup>2</sup>) среди людей в возрасте 18 лет и старше за 2010 и 2016 гг. (в %), по оценке ВОЗ



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018.

детей с избыточной массой тела составляет менее 20%, то в Италии, которая занимает одно из первых мест по этому показателю, его значение превышает 35%. В Швеции (данные за 2006–2007 гг.) и Республике Молдова зафиксированы самые низкие показатели распространенности ожирения у детей среди всех стран-участниц (менее 6%), а в Италии, напротив, самые высокие (более 14%) (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016).

Это влечет за собой значительную нагрузку на систему здравоохранения. В настоящее время, по имеющимся оценкам, лечение ожирения и его последствий ежегодно обходится национальной службе здравоохранения Англии (NHS) в 6,1 млрд фунтов стерлингов (приблизительно 7 млрд евро), а расходы, которые в связи с ожирением несет общество в целом, превышают это значение в три раза (Public Health England, 2017). При этом в Германии экономические издержки, связанные с ожирением (включая лечение, лекарственные средства, хирургические операции, реабилитационные меры и отпуск по состоянию здоровья), оцениваются в 27 млрд евро ежегодно (Effertz, 2015). В Нидерландах общие прямые издержки системы здравоохранения, обусловленные избыточной массой тела пациентов, оценивались в 2,2% от общей суммы расходов на здравоохранение, без учета косвенных издержек (например, более продолжительного отпуска по состоянию здоровья, снижения производительности труда и успеваемости в школе).

## **Варианты политики и программы**

### ***Программные меры на глобальном уровне***

Вести борьбу с ожирением сегодня необходимо как на глобальном, так и на местном уровнях (Swinburn et al., 2015), причем в первую очередь она должна включать в себя такие меры, как ценовое регулирование и ограничение доступности и продвижения сбыта высококалорийных продуктов питания и напитков (Kleinert & Horton, 2015). В 2013 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг., цель которого заключается в том, чтобы противостоять распространению предотвратимых хронических заболеваний, в том числе за счет усилий, призванных остановить рост числа случаев диабета и ожирения (Bergström et al., 2013). В Плане говорится о том, что нездоровое питание и отсутствие физической активности являются факторами, которые способствуют возникновению основных неинфекционных заболеваний, и отмечается необходимость устранения этих факторов за счет тесного и плодотворного сотрудничества между различными субъектами и секторами общества при координационной поддержке национальных правительств. В числе рекомендуемых планом программных мер по борьбе с нехваткой физической активности и нездоровым питанием – реализация Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (2004 г.) и Глобальной стратегии ВОЗ по кормлению детей грудного и раннего возраста (2003 г.), а также целый перечень дополнительных мер (например, сокращение потребления соли, повышение уровня осведомленности общества).

### ***Программные меры на европейском уровне***

В сентябре 2015 г. государства – члены Европейского региона ВОЗ приняли Стратегию в области физической активности для Европейского региона ВОЗ на 2016–2025 гг., в которой особое внимание уделяется вопросам межсекторального сотрудничества (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015). Страны также присоединились к Глобальному плану действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг., включая рекомендации по физической активности для здоровья детей и взрослых.

В Европейском плане действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. и Стратегии в области физической активности для Европейского региона ВОЗ на 2016–2025 гг. устанавливаются приоритетные направления для ускоренного выполнения добровольных глобальных целей по неинфекционным заболеваниям (НИЗ), закрепленных в глобальном плане действий ВОЗ, в первую очередь в отношении избыточной массы тела и ожирения. Цель Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. заключается в значительном снижении бремени избыточной массы тела, ожирения и других проявлений неполноценного питания, распространенных в Европейском регионе ВОЗ, причем в основе этой работы лежит принцип борьбы с неравенством в доступе к полезным для здоровья продуктам питания (обеспечение всеобщего доступа в рамках всех социальных градиентов за счет большей физической и экономической доступности и приемлемости здорового питания) и признание того факта, что проблемы ожирения и избыточной массы тела отражают существующее социальное неравенство.

Бывший Генеральный директор ВОЗ также учредила Комиссию высокого уровня по ликвидации детского ожирения, которой было поручено собрать фактические данные, необходимые для подготовки комплексных мер по борьбе с

детским ожирением. Первое заседание комиссии состоялось в 2014 г. В своем последнем докладе комиссия представила всеобъемлющий и комплексный пакет рекомендаций по борьбе с детским ожирением путем принятия мер по следующим направлениям: популяризация полезных для здоровья продуктов питания, поддержка физической активности, медицинская помощь в период перед зачатием и во время беременности, рацион питания и физическая активность в раннем детском возрасте, здоровое питание и физическая активность детей школьного возраста и контроль массы тела (ВОЗ, 2016).

На уровне ЕС в 2014 г. был принят план действий по борьбе с детским ожирением на 2014–2020 гг., который охватил восемь основных направлений деятельности, включая работу с семьями, обеспечение надлежащей окружающей среды и исследования (European Commission, 2014). В плане отмечается рост числа случаев ожирения и избыточной массы тела у детей, молодежи и взрослых в ЕС и говорится о необходимости продемонстрировать общую готовность государств-членов ЕС бороться с детским ожирением; определить приоритетные направления работы; разработать комплекс возможных мер; предложить способы коллективного мониторинга достигнутых результатов (European Commission, 2014). В плане действий признаются роли и свобода действий государств-членов.

### ***Национальные планы действий и стратегии***

На национальном уровне в странах Европы в последние годы было принято немало стратегий и программ, посвященных как профилактике ожирения, так и его лечению и контролю. Почти во всех девяти странах, которые являются предметом всестороннего анализа в рамках данной работы, существуют национальные стратегии или программы в этой сфере (таблица 2.1). Во всех планах отмечается, что физическая и пищевая среды являются ключевым фактором, от которого зависит развитие ожирения.

Единственной страной, в которой такой национальный план отсутствует, является Швеция, однако у Окружного совета Стокгольма имеется местный план действий по борьбе с избыточной массой тела и ожирением (*Så kan vi vända trenden, Handlingsprogram överbikt och fetma 2016–2020*), включающий в себя меры по поддержке здорового питания в школах; программы по популяризации здорового образа жизни и здорового питания среди школьников; регламенты/рекомендации в отношении различных видов пищевых продуктов и напитков; поддержку полезного для здоровья рациона и предупреждения ожирения и развития НИЗ, связанных с питанием; консультирование по вопросам правильного питания. В плане также предусмотрены целевые ориентиры: так, например, доля детей, имеющих избыточную массу тела в четырехлетнем возрасте, должна снизиться до менее чем 7%, а доля детей этого же возраста, страдающих от ожирения, – до менее чем 2% (к 2020 г.), тогда как доля взрослых людей с избыточной массой тела должна сократиться до менее чем 25%, а с ожирением – до менее чем 7% (к 2020 г.) (ВОЗ, 2016).

В Италии за последние годы был принят ряд стратегий и программ по борьбе с ожирением. Важным достижением в этой сфере стало появление национального и региональных планов профилактики, в которых все больше внимания уделяется профилактике неинфекционных заболеваний и продвижению здорового образа жизни. Тем не менее существует серьезная угроза того, что все эти успехи будут сведены на нет из-за недавнего сокращения бюджета, выделенного на профилактику, что повлекло за собой дефицит ресурсов, которые могли бы быть направлены на борьбу с ожирением. В стране также не

Таблица 2.1 Программы по борьбе с ожирением в девяти странах Европы

	Национальная программа или план действий	Основные цели в рамках борьбы с ожирением	Координация	Функции и обязанности организаций общественного здравоохранения
Англия	Детское ожирение: план действий (2016 г.)	Значительное сокращение показателей детского ожирения в Англии в течение следующих 10 лет	Департамент здравоохранения	Агентство Общественное здравоохранение Англии (PHE) занимается анализом профилей пищевых продуктов; актуализирует стандарты питания для школьников; готовит рекомендации относительно сокращения сахара в продуктах питания и устанавливает целевые показатели для состава пищевых продуктов.
Германия	Национальная инициатива по здоровому питанию и физической активности (2008 г.)	Отсутствие конкретных мер по контролю массы тела и сосредоточение усилий на поддержке правильного питания и физической активности	Федеральное министерство продовольствия и сельского хозяйства и Федеральное министерство здравоохранения	Реализация инициативы при поддержке Федерального центра санитарного просвещения (BZgA) на национальном уровне и государственных ассоциаций по вопросам здоровья и продвижения здорового образа жизни на уровне регионов; несколько государственных учреждений общественного здравоохранения участвуют в мониторинге распространенности ожирения
Италия	Цели по борьбе с ожирением включены в Национальный план профилактики	–	–	–
Нидерланды	Борьба с избыточной массой тела относится к числу стратегических задач, закрепленных в Национальном плане профилактики	–	–	–
Польша	Цели по борьбе с ожирением включены в стратегические документы в области авоохранения стратегические документы в области здравоохранения	–	–	–



Таблица 2.1 (продолжение)

	Национальная программа или план действий	Основные цели в рамках борьбы с ожирением	Координация	Функции и обязанности организаций общественного здравоохранения
Франция	Национальная программа по здоровому питанию (2001 г.)	Меры, препятствующие дальнейшему распространению ожирения и направленные на снижение избыточной массы тела у взрослых, а также меры по снижению распространенности ожирения и избыточной массы тела у детей и подростков	Министерство здравоохранения	Французский институт профилактики и санитарного просвещения (INPES) отвечает за проведение национальных информационных кампаний и участвует в поддержке региональных и местных мероприятий; ряд учреждений общественного здравоохранения участвуют в работе по мониторингу показателей распространения ожирения
Швеция	Национальный план отсутствует	–	–	–

Источник: Материалы, собранные авторами.

прилагается достаточно усилий для необходимого структурного и системного преобразования городской среды, которое способствовало бы повышению уровня физической активности горожан (De Feo & Sbraccia, 2014).

Во Франции в 2001 г. была принята Национальная программа по здоровому питанию (PNNS), действие которой было продлено в 2006 г. по причине неравномерного достижения изначальных целевых ориентиров и роста социального неравенства в отношении здоровья. Франция утвердила план борьбы с ожирением, а в 2010 г. в стране начала действовать пятилетняя государственная программа по здоровому питанию. В основу обоих документов лег принцип сотрудничества между различными государственными структурами и учреждениями. Позже, в 2011 г., действие программы было продлено до 2015 г., а в сентябре 2017 г. появились предложения о принятии PNNS на 2017–2021 гг. (HCSP, 2017).

В Германии одной из ключевых стала Национальная инициатива по продвижению здорового питания и физической активности, принятая в 2008 г. Тем не менее основное внимание в рамках этой инициативы уделяется не столько контролю массы тела, сколько поддержке физической активности и здорового питания. Подобный подход, который нацелен на изменение поведения отдельных людей, отвечает интересам пищевой промышленности и не учитывает фактические данные, свидетельствующие о необходимости воздействия на более высокоуровневые социальные, коммерческие и политические детерминанты, в числе которых особенно выделяется роль сельскохозяйственной и пищевой промышленности (IN FORM, 2014).

В Англии и Нидерландах особый упор делается на сотрудничестве с частным сектором. В Англии это привело к появлению Соглашения об ответственности в отношении общественного здоровья, которое призвано вовлечь производителей пищевых продуктов в дискуссию по данной проблеме и помочь защитить население от вредных для здоровья продуктов питания и напитков. Несмотря на то что, по имеющимся оценкам, результаты этой

программы были признаны неудовлетворительными, поскольку она предусматривала принятие учитывающих интересы производителей, но неэффективных мер (вставка 2.1), Соединенное Королевство стало одной из первых стран, которые на законодательном уровне ограничили ориентированный на детей маркетинг и ввели системы маркировки пищевых продуктов с использованием цветных обозначений (цвета светофора) на лицевой стороне упаковки. В стране также были выделены значительные средства на проведение кампании Change4Life (Перемены во имя жизни), направленной на изменение поведения граждан.

### **Вставка 2.1** *Программы по борьбе с ожирением в Англии*

Соединенное Королевство занимает первое место среди девяти стран – участниц исследования по такому показателю, как распространенность ожирения (рис. 2.2). Несмотря на это, Англия не торопилась принимать программы по борьбе с ожирением. Власти страны слишком поздно признали существование этой проблемы, а затем начали бороться с ней при помощи точечных мер. Соединенное Королевство стало одной из первых стран, которые на законодательном уровне ограничили ориентированный на детей маркетинг и ввели системы маркировки пищевых продуктов с использованием цветных обозначений (цвета светофора) на лицевой стороне упаковки. Однако в последнее время Англия (и другие субъекты Соединенного Королевства) отдают предпочтение мерам по саморегулированию, которые отличаются невысокой эффективностью.

В марте 2011 г. в стране было принято «Соглашение об ответственности» («Responsibility Deal») в отношении общественного здоровья, призванное вовлечь производителей пищевых продуктов в дискуссию по данной проблеме и помочь защитить население от вредных для здоровья продуктов питания и напитков. Однако, как показали результаты официальной оценки, обязательства, которые производители принимают на себя добровольно, как правило, не приносят высоких результатов, что свидетельствует о необходимости принятия соответствующих законов и норм и создания налоговых стимулов. Даже сами представители отрасли сегодня признают, что эта инициатива потерпела неудачу, а некоторые корпорации призывают к введению законодательных ограничений, поскольку это обеспечит единые условия работы, при которых добровольные обязательства превратятся в обязательные требования для всех игроков рынка, а не только для участников «Соглашения об ответственности».

Несмотря на то что учреждение Национальная служба здравоохранения Англии (NHS England) и агентство Общественное здравоохранение Англии (PHE) приняли масштабные национальные стратегии по поддержке общественного здоровья, все эти обязательства по профилактике заболеваний во многом остаются лишь на бумаге: сокращение местных бюджетов в целом и средств, выделяемых на нужды общественного здравоохранения в частности, является одним из факторов, которые угрожают свести на нет меры по борьбе с ожирением. Несмотря на то что в 2016 г. в стране был опубликован план действий по борьбе с детским ожирением, практически никаких мер регулирования в нем не предусматривалось. В то же время тот факт, что английские подростки лидируют в Европе по такому показателю, как потребление напитков с высоким содержанием сахара, вынудил власти Англии в марте 2016 г. объявить о введении налога на данную продукцию. Соответствующий закон вступил в силу в апреле 2018 г.

*Источник:* Страновой отчет по Англии, см. Онлайн-приложение

Правительство Нидерландов пришло к выводу, что не сможет эффективно бороться с проблемой лишнего веса в одиночку и потому остро нуждается в помощи других государственных и частных субъектов. В то же время эффективность усилий государственно-частных партнерств в области профилактики ожирения пока не доказана, и к тому же их деятельность может благотворно отразиться на репутации производителей пищевых продуктов, чьи возможности в Нидерландах особенно широки, и создать новые каналы для сбыта их продукции молодежи (и пожилым людям).

В Республике Молдова была принята Национальная политика в области здоровья (2007–2021 гг.), ставшая первым программным документом, в котором проблема ожирения была отнесена к числу основных детерминант здоровья. Программа призывает все секторы, все ветви и уровни власти и все группы общества объединить усилия для профилактики этого ожирения. В 2014 г. правительство Республики Молдова приняло первую Национальную программу в области пищевых продуктов и питания на 2014–2020 гг. и План действий на 2014–2016 гг. Одна из задач этой программы заключается в том, чтобы положить конец росту числа случаев ожирения среди детей и взрослых.

В Польше было принято Постановление министра здравоохранения (от 26 июля 2016 г.), регламентирующее продажу различных категорий продуктов питания детям и подросткам в образовательных учреждениях (таблица 2.2). Помимо этого, в стране начал действовать такой документ, как Программная стратегия для школ (рассчитанная на период с 2017/2018 по 2022/2023 гг.), одна из целей которой заключается в продвижении здорового и сбалансированного питания среди детей и их родителей. В частности, эта стратегия предусматривает изменение пищевых привычек детей за счет увеличения в их рационе доли фруктов и овощей (программа поощрения потребления фруктов и овощей в школах) и молока (программа по снабжению школ молоком). Помимо этого, в Национальную программу профилактики лишнего веса, ожирения и неинфекционных заболеваний с помощью правильного питания и высокой физической активности (2007–2016 гг.) были включены следующие цели: борьба с лишним весом, ожирением и обусловленными неправильным питанием НИЗ; борьба с лишним весом и ожирением у детей школьного возраста, подростков и взрослых; профилактика НИЗ, обусловленных неправильным питанием (WHO Global Nutrition Policy Review 2009–2010). Рамочная национальная программа в области здравоохранения на 2016–2020 гг. предусматривает реализацию стратегий по поддержке общественного здоровья.

В отличие от других стран, которые являются предметом подробного анализа в рамках настоящего исследования, в Швеции отсутствуют какие бы то ни было национальные стратегии по борьбе с ожирением. В 2003 г. правительство страны обратилось к Шведскому национальному продовольственному агентству и действующему на тот момент Национальному институту общественного здравоохранения с просьбой подготовить проект национального плана действий по поддержке здорового питания и физической активности. Однако этот план, который был представлен в 2006 г. и включал в себя 76 предлагаемых мер, так и не был официально утвержден (вставка 2.2).

**Таблица 2.2** Меры регулирования в отношении школ (включая стандарты и нормы в отношении продуктов питания, запрет на установку торговых автоматов и стандарты маркетинга) и адресованного детям маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, простых сахаров и соли (продуктов категории HFSS) в 2017 г.

	Существуют ли программы, стратегии или стандарты по поддержке здорового питания школьников?	Предусмотрены ли стандарты и правила в отношении пищевых продуктов и напитков, которые имеются в свободном доступе в школах?	Имеется ли запрет на установку торговых автоматов в школах?	Существуют ли стандарты ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков на территории школ?	Принимаются ли меры по регулированию и регулированию ориентированного на детей маркетинга продуктов и напитков категории HFSS?
Германия	Да	Да	н/д	н/д	(а)
Италия	Да	Да	н/д	н/д	н/д
Нидерланды	Да	Да	н/д	н/д	Да
Польша	Да	Да	н/д	Да	Да
Республика Молдова	Да	Да	н/д	н/д	Нет
Словения	Да	Да	Да	н/д	Да
Соединенное Королевство	Да	Да	н/д	н/д	н/д
Франция	Да	Да	Да	н/д	Да
Швеция	Да	Да	н/д	н/д	Да

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, (2018); Европейский портал информации здравоохранения [база данных онлайн], по состоянию на 6 сентября 2021 г.

Примечания: н/д – нет данных; а) – маркетинг продуктов питания, который подпадает под иные ограничения, нежели те, которые действуют в отношении продуктов/напитков категории HFSS, с учетом положительного воздействия маркетинга/спонсорства.

**Вставка 2.2** *Отсутствие скоординированных мер и национальной стратегии по борьбе с ожирением в Швеции*

В Швеции на сегодняшний день нет каких бы то ни было национальной стратегии или плана действий по профилактике ожирения или рекомендаций по лечению ожирения и борьбе с ним. В настоящее время дискуссии на тему ожирения и необходимых в связи с ним мер ведутся на уровне Национального агентства общественного здравоохранения Швеции, других профильных учреждений и субъектов, а также правительства. В 2015 г. в журнале Шведской медицинской ассоциации появилась статья (Schäfer Elinder et al., 2015), авторы которой призвали к созданию национальной стратегии по поддержке здорового питания и физической активности. Несмотря на то что ожирение было признано одной из серьезных угроз для общественного здоровья, все усилия сегодня сосредоточены преимущественно на помощи людям, которые подвергаются другим рискам развития заболеваний, и уровень координации такой работы крайне низок. В регионах страны имеются собственные планы действий по борьбе с ожирением, но они не получают поддержку на уровне национальной стратегии. Более того, для сокращения неравенства в отношении здоровья следует принимать адресные меры по поддержке отдельных групп населения, у которых имеются особые потребности. В Швеции в настоящее время имеется ряд небольших профильных проектов с ограниченным бюджетом, но при этом отсутствуют масштабные и основанные на фактических данных меры воздействия и система мониторинга, которая позволила бы оценивать эффективность таких мер.

**Роль организаций общественного здравоохранения в борьбе с ожирением в выбранных странах*****Определение проблемы и признание ее актуальности***

Несмотря на то что ожирение, как правило, признается в числе факторов, представляющих угрозу для общественного здоровья, в разных странах серьезность этой угрозы оценивается по-разному: где-то, как, например, в Республике Молдова или Польше, эта проблема практически не выносится на обсуждение общественности. В дискуссиях, в которых обсуждалась Италия, было отмечено, что для некоторых стран до сих пор свойственен такой подход к здравоохранению, при котором все усилия сосредоточены на борьбе с инфекционными заболеваниями и заболеваниями, обусловленными факторами окружающей среды, но при этом почти не уделяется внимания комплексным и междисциплинарным мерам воздействия на социальные и поведенческие детерминанты здоровья и заболеваний. Еще одна сложность, которую упомянули участники дискуссий о ситуации в Италии и Польше, заключается в том, что медицинские работники и разработчики политики по-прежнему не воспринимают проблему ожирения всерьез. В отличие от целого ряда других стран Европы, многие разработчики политики в Италии полагают, что меры по популяризации здорового образа жизни, а также программы и инструменты по снижению лишнего веса достаточно успешны, хотя имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что на практике сохранять эффективность программы по снижению веса на протяжении длительного времени крайне непросто (EASO, 2014). В Польше к ожирению так же относятся как к следствию неправильного образа жизни отдельных граждан, а не как к угрозе здоровью населения страны, и именно этот подход ак-

тивно лоббируется производителями продуктов питания (пищевая промышленность в Польше также выступает против сокращения потребления соли) (WHO Regional Office for Europe, 2013).

В тех случаях, когда в программах по охране здоровья говорится преимущественно о том, что образ жизни является личным выбором граждан, можно с большой долей вероятности предполагать, что такие программы были составлены под влиянием со стороны производителей пищевых продуктов, поскольку сегодня появляется все больше и больше данных свидетельствующих, о том, что некоторые глобальные корпорации используют свои колоссальные финансовые возможности для формирования повестки общественных дискуссий и особенно для воздействия на проводимые исследования, причем их участие чаще всего не разглашается. Важную роль в этом вопросе играют и экономические факторы: в 2014 г. министр здравоохранения Италии отказался от предлагаемых ВОЗ новых рекомендаций по снижению потребления сахара с 10% от общей дневной нормы калорий до 5% из-за опасений о том, что подобная политика негативно отразится на положении многих национальных брендов (Health News Today, 2014).

### **Национальный уровень**

Роль организаций общественного здравоохранения в выявлении и признании проблемы может носить самый разный характер, но на национальном уровне за обнаружение проблем, требующих вмешательства со стороны правительства, обычно отвечают министерство здравоохранения и подчиненные ему ведомства (это могут быть, например, Служба общественного здравоохранения Англии, Служба общественного здравоохранения Франции или Национальный центр по контролю и профилактике заболеваний Италии).

В некоторых странах при министерствах здравоохранения были учреждены профильные консультативные органы, такие как, например Совет по вопросам питания, физической активности и здоровья Польши (хотя его роль является очень несущественной). В некоторых странах, например в Германии, организации общественного здравоохранения не принимают почти никакого участия в разработке ответных программных мер.

В немецком альянсе «Платформа по вопросам здорового питания и физической активности» (Plattform "Ernährung und Bewegung" (PEB)) ведущая роль отводится представителям пищевой промышленности, при этом среди членов альянса нет ни одной организации общественного здравоохранения. Вероятно, именно этим объясняется тот факт, что в Германии преобладает подход адресного воздействия, что напоминает о звучавшем ранее множестве возражений против активного участия табачной промышленности в исследовательской и программной работе научного сообщества Германии (Grüning et al., 2006).

Эффективность выявления и признания проблем в значительной степени зависит от уровня межсекторального сотрудничества. Так, в Англии, например, в программах по борьбе с ожирением активное участие принимает не только Министерство здравоохранения, но и другие ведомства, включая министерство образования, Министерство культуры, СМИ и спорта (физическая активность и контроль за соблюдением стандартов рекламы/маркетинга), Министерство по делам общин и местного самоуправления и Министерство по вопросам окружающей среды, продовольствия и сельскохозяйственного развития. В других странах дела в этом вопросе обстоят совершенно иначе: так, например, отмечается, что в Республике Молдова межсекторальное сотрудничество практически отсутствует.

### **Региональный/местный уровень**

На региональном и местном уровнях за оценку потребностей населения в области здравоохранения, включая задачи, связанные с ожирением, отвечают местные власти, которые занимаются организацией и финансированием эффективных мер воздействия на местах (примером могут служить региональные и местные органы самоуправления в Польше, муниципалитеты Швеции и региональные агентства по вопросам здравоохранения во Франции).

### **Другие участники**

Если в некоторых странах (например, в Англии) неправительственные организации (НПО) принимают активное участие в поддержке тех или иных программ (хотя, после появления закона о лоббистской деятельности, принятого по инициативе ряда «мозговых центров», обеспокоенных по поводу роли гражданского общества и действующих при финансовой поддержке промышленников, возможности таких НПО будут значительно более ограничены) и проводят ряд мероприятий в области продуктов питания, к которым, например, относится увеличение численности так называемых продовольственных банков (их цель заключается в поддержке уязвимых групп населения, которые столкнулись с нехваткой продуктов питания в результате политики жесткой экономии), а также способствуют созданию среды, благоприятной для здоровья человека и занятий физической культурой, то в других странах (например, в Польше) возможности их влияния на выявление и признание проблемы крайне невелики. К числу других значимых участников относятся международные организации и научные и профессиональные объединения (вставка 2.3).

#### **Вставка 2.3 Взаимодействие учреждений общественного здравоохранения с другими учреждениями в Италии**

При выявлении проблем и подготовке плана по их решению итальянские агентства общественного здравоохранения сотрудничают с целым рядом других органов, включая международные организации, например ВОЗ (в частности, в рамках обследования Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья и Глобального плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг.), многими научными ассоциациями (такими, как Итальянский фонд по наблюдению за диабетом (IBDO); Итальянское общество по вопросам питания человека (SINU); Итальянское общество по борьбе с ожирением (SIO), Итальянская ассоциация по изучению расстройств пищевого поведения и контроля веса; Итальянский фонд борьбы с детским ожирением, Итальянская ассоциация диетотерапии и лечебного питания (ADI), Итальянское общество по вопросам хирургического лечения ожирения и метаболических расстройств), а также с терапевтами и педиатрами, которые сталкиваются с этой проблемой в своей повседневной работе.

Международные обязательства очень важны, поскольку они становятся стимулом для некоторых государств, таких как, например, Республика Молдова, разрабатывать собственные стратегии по борьбе с ожирением (вставка 2.4). Помимо этого, ряд учреждений входят в состав Европейской сети ВОЗ по содействию оздоровительной физической активности (Европейская сеть ОФА) (ВОЗ, 2016).

Эти программные документы и описанная выше ситуация побудили правительство Республики Молдова разработать и утвердить Национальную программу в области пищевых продуктов и питания на 2014–2020 гг., включив ожирение в число основных проблем общественного здоровья.

**Вставка 2.4** *Определение проблемы и признание ее актуальности в Республика Молдова*

В 2007 г. Министерство здравоохранения Республики Молдова признало ожирение одной из главных угроз для общественного здоровья и включило его в Национальную политику по охране здоровья (2007–2021 гг.), призвав все секторы объединить усилия для решения этой проблемы. В рамках борьбы с ожирением власти страны приняли Закон об общественном здоровье в 2009 г. и внесли поправки в Закон о пищевых продуктах в 2012 г., запретив приготовление, продажу и распространение вредных для здоровья пищевых продуктов на территории школ и в прилегающих к ним зонах. Тем не менее общее число мер, направленных на решение этой проблемы, остается недостаточным.

Существенную роль в изменении ситуации в стране сыграли документы, принятые на глобальном и европейском уровнях. Так, Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в 2011 г. (Декларация ООН 2011 г.) и европейские программные документы ВОЗ по питанию и неинфекционным заболеваниям (Венская декларация и План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг.) в сочетании с обязательствами по прекращению роста числа случаев ожирения, принятыми министерством здравоохранения страны, в значительной степени способствовали тому, что проблема ожирения была включена в национальную программу по охране здоровья.

Помимо этого, результаты поэтапного обследования STEPS в 2013 г. и многоиндикаторного кластерного обследования MICS в 2012 г. и полученные данные о частоте случаев таких обусловленных ожирением НИЗ, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания и различные виды рака, вынудили министерство здравоохранения страны отнести борьбу с ожирением к числу приоритетных направлений работы в области здравоохранения. Это решение получило поддержку Национального центра общественного здоровья (NCPH) при Министерстве здравоохранения и ряда других министерств, включая Министерство образования, Министерство сельского хозяйства и пищевой промышленности, Министерство по делам молодежи и спорта, Министерство экономики, Министерство финансов и представителей гражданского общества и научных кругов. Важную роль в формировании соответствующей повестки дня также играет ВОЗ в качестве основного международного партнера сектора здравоохранения Республики Молдова.

Предприятия пищевой промышленности и частный сектор в целом также принимают участие в разработке и реализации различных инициатив и, как уже отмечалось выше, влияют на выявление и признание проблемы (вернее, по большей степени препятствуют этому). Так, например, в Англии в 2008 г. был создан национальный веб-портал под названием Change4Life (Change4Life, 2018), на котором публиковались рекомендации по ведению здорового образа жизни, а часть материалов была предоставлена частными компаниями; сейчас за ведение портала отвечает Служба общественного здравоохранения Англии. Более того, местные службы здравоохранения, действующие в соответствии с распоряжениями региональных властей, все чаще прибегают к услугам таких коммерческих структур по коррекции веса, как Weight Watchers и Rosemary Conley, вместо услуг национальной системы здравоохранения страны (NHS) или наряду с ними. В Польше предприятия пищевой промышленности принимают активное участие в публичных дискуссиях на тему общественного здоровья, продвигая идею о том, что решение проблемы ожирения связано главным образом с популяризацией



здорового образа жизни, просветительской работой и личной ответственностью граждан за принятие решений в отношении питания и физической активности, хотя уже доказано, что все эти меры отличаются крайне низкой эффективностью.

## **Выработка мер политики**

### ***Национальный уровень***

Во всех девяти странах министерства здравоохранения отвечают за выработку общенациональных мер политики в области здравоохранения и за выбор приоритетных направлений национальных программ. Министерства здравоохранения часто выполняют координационные функции, обращаясь к независимым организациям и научным объединениям за консультациями, и в то же время укрепляя потенциал других государственных структур в области развития и поддержки мер по борьбе с ожирением. В Германии в 2008 г. была создана Национальная инициатива по поддержке здорового питания и физической активности, подготовленная совместной рабочей группой, в состав которой вошли представители федерального правительства, региональных властей и местных организаций, принявших также участие в реализации соответствующего плана действий (IN FORM, 2008). В Италии для этих целей был учрежден технический комитет, получивший название Национальной платформы по вопросам питания, физической активности и потребления табака (CHRODIS). Участниками платформы стали представители национальных администраций, регионов и автономных областей, институтов и научно-исследовательских центров, врачи общей практики и педиатры, представители ассоциаций производителей и потребителей, а также большинства профсоюзов. Платформе были поручены выработка политики и реализация практических мер.

Не всем министерствам здравоохранения удалось добиться успеха при подготовке программ борьбы с ожирением. Так, в Швеции все попытки повысить эффективность национальных мер по борьбе с ожирением, предпринятые в конце 1990-х гг. и на протяжении 2000-х гг., например за счет разработки национальных планов действий, не дали никаких результатов. Другие страны столкнулись также с такой проблемой, как отсутствие необходимых возможностей у министерств здравоохранения. Примером такой ситуации может служить Республика Молдова, в министерстве здравоохранения и Национальном центре общественного здоровья которой нет уполномоченного специалиста, который занимался бы вопросами ожирения. В Польше наблюдаются нехватка фактических данных, полученных на местном уровне относительно клинической и экономической эффективности мер по борьбе с ожирением, и ограниченно используются международные данные.

ЕС также вносит свой вклад в разработку национальной политики по борьбе с ожирением. Как уже отмечалось выше, на уровне ЕС создан План действий по борьбе с детским ожирением на 2014–2020 гг. (European Commission, 2014), получивший поддержку ряда стран, включая Швецию. Последующий пересмотр Единой сельскохозяйственной политики также стал своего рода ответом властей ЕС на критику о том, что Европейский союз поощряет потребление высококалорийных пищевых продуктов.

### ***Межсекторальное сотрудничество***

Борьба с ожирением относится к числу направлений, где уровень межсекторального сотрудничества оказывается выше, чем во многих других областях политики охраны здоровья. В ряде стран в выработке политики принимают участие представители других министерств (например, во Франции; см. вставку 2.5).

**Вставка 2.5 Межсекторальное сотрудничество в рамках выработки политики во Франции**

Во Франции министр сельского хозяйства, министр здравоохранения и министр по защите прав потребителей ведут совместную работу по борьбе с ожирением в рамках Национального совета по вопросам питания (Conseil National de l'Alimentation (CNA)). Этот совет был учрежден в 1985 г. как независимый консультативный орган, ответственный за поддержку министров, которые занимаются вопросами сельского хозяйства, здравоохранения и защиты прав потребителей. Совет консультирует по вопросам продовольственной политики и дает заключения по таким вопросам, как качество пищевых продуктов, информация для потребителей, питание, безопасность, доступность пищевой продукции и предупреждение кризисных ситуаций. Предполагается, что совет также примет участие в разработке и контроле реализации Национальной продовольственной программы.

В Словении министерство здравоохранения учредило межсекторальную рабочую группу по разработке национальной программы. В состав группы вошли представители Национального института общественного здоровья и других министерств (Министерства сельского хозяйства и пищевой промышленности; Министерства образования и спорта; Министерства труда, семьи и социальных дел; Министерства экономики; Министерства транспорта; Министерства окружающей среды; Министерства обороны).

**Региональный/местный уровень**

Региональные и местные власти отвечают за выработку политики на своем уровне, а также занимаются реализацией некоторых национальных программ по борьбе с ожирением. Даже в таких централизованных странах, как Франция, за обеспечение соответствия услуг здравоохранения потребностям местного населения отвечают регионы (точнее региональные агентства по вопросам здравоохранения (ARs)). То же самое происходит и в Англии, где местные органы власти занимаются оценкой потребностей местных жителей и выработкой мер политики через советы по вопросам здоровья и благополучия и департаменты здравоохранения. Информационная база данных профилей общественного здоровья, *Fingertips*, относящаяся к ведению агентства Общественное здравоохранение Англии (PHE; Public Health England, 2018), представляет собой важный источник сведений для местных органов здравоохранения.

В странах, для которых характерен более высокий уровень децентрализации, например в Италии, за определение основного курса государственной политики в области здравоохранения отвечает национальное правительство, тогда как регионы занимаются разработкой собственной региональной политики и организацией работы региональных служб здравоохранения и охраны общественного здоровья. В Италии региональные департаменты здравоохранения и обсерватории по вопросам общественного здоровья являются основными разработчиками региональной политики по борьбе с ожирением. Схожая ситуация сложилась и в Швеции, где разработкой региональной политики занимаются региональные советы. Некоторые региональные советы (например, в Стокгольме и в регионе Вестра-Гёталанд) принимают активное участие в профилактике ожирения, составляя планы действий для служб здравоохранения – в том числе и совместно с другими заинтересованными сторонами. В Польше эта функция была передана региональным органам самоуправления.

### ***Информация, необходимая для выработки политики***

Во всех странах, которые являются предметом данного анализа, организации общественного здравоохранения предоставляют информацию, необходимую для выработки мер политики. Так, например, во Франции Школа общественного здравоохранения (EHESP), Французский институт профилактики и санитарного просвещения (INPES) (был объединен с Институтом общественного здоровья Франции) и Министерство здравоохранения выступили с национальной инициативой по оказанию помощи региональным агентствам по вопросам здравоохранения и НПО путем предоставления доступа к научной литературе и данным и помощи в переносе мер, разработанных в одних регионах, в другие.

В Италии национальные системы мониторинга заболеваний и образа жизни населения, ответственные за сбор данных о детях и взрослых (системы «Keer an Eye on Health», HBSC Study, PASSI и PASSI d'Argento), предоставляют информацию, которая используется для выработки политики и принятия решений, и являются источником полезных сведений для всех заинтересованных лиц (разработчиков политики, руководителей, работников здравоохранения и граждан). Эти информационные системы передают данные о распространенности лишнего веса и ожирения, следят за изменением тенденций, оценивают необходимость вмешательств и позволяют сравнивать эффективность принимаемых мер в разных регионах страны.

### ***Принятие решений***

Решения в разных странах принимаются на разных уровнях власти – в зависимости как от характера этих решений, так и от механизмов распределения административных и регулирующих полномочий в стране и степени свободы действий, которой располагают руководители нижнего звена. Точно так же в странах различаются и возможности координировать принятие решений разными организациями как по горизонтали, так и по вертикали. Например, в Швеции муниципалитеты могут обратиться за консультациями к региональным советам, однако официальных механизмов для координации деятельности соседних друг с другом муниципалитетов в стране нет. При этом в Италии, например, имеются механизмы для координации процессов принятия решений на национальном и региональном уровнях (вставка 2.6).

### ***Другие участники***

В некоторых странах, включенных в данное исследование, представители пищевой промышленности обладают большими возможностями (как на официальном уровне, так и негласно) оказывать влияние на разработку мер политики. Так, в Республике Молдова, например, такие компании действуют опосредованно – через Министерство экономики и Министерство сельского хозяйства и пищевой промышленности. Представители отрасли предприняли попытку заблокировать принятие закона о запрете продажи вредных для здоровья продуктов питания на территории школ и в прилегающих к ним зонах и стараются помешать реализации любых новых инициатив, которые могут ущемить их коммерческие интересы. В Польше лобби пищевой промышленности относится к числу наиболее влиятельных, поскольку обладает широким представительством и обширными финансовыми ресурсами.

### ***Реализация политики***

Распределение ответственности за реализацию политики зависит от характера самой политики и полномочий, которыми наделены власти на каждом из уровней. В некоторых странах министерство здравоохранения и регио-

**Вставка 2.6** *Координация принятия решений на национальном и региональном уровнях*

В Италии главным инструментом обеспечения координации между разными уровнями власти является «система конференций». Она включает в себя три координационных органа: 1) конференция центральных и региональных властей и автономных областей (иными словами, конференция национального правительства и регионов), представляющая собой постоянно действующую платформу для взаимодействия центральных и региональных органов власти, которые получают возможность обсуждать те аспекты государственной политики, где их полномочия пересекаются, проводить переговоры и заключать соответствующие соглашения; 2) конференция центральных, муниципальных и иных местных властей, призванная обеспечить согласованность действий центральных и местных органов власти, проводить необходимый анализ и служить площадкой для обсуждения вопросов, которые представляют интерес для местных властей; 3) объединенная конференция центральных, региональных, муниципальных и местных органов власти, то есть институциональный механизм, который обеспечивает координацию действий центральных, региональных и местных властей. Помимо этого, в стране имеется еще один важнейший механизм, с помощью которого регионы и центральные власти взаимодействуют друг с другом в формате дискуссий, итогом которых становится ратификация пактов о здоровье (*Patto per la Salute*), представляющих собой соглашения в отношении здравоохранения сроком на три года. По итогам переговоров между государственными и региональными органами власти также утверждаются национальные планы профилактики, самый последний из которых действовал в период 2014–2018 гг.

нальные власти (например, во Франции и Италии), региональные советы (например, в Швеции) или муниципалитеты (например, в Швеции) несут коллективную ответственность за реализацию политики, хотя на практике, как показывает, например, опыт Швеции, их действия могут быть недостаточно слаженными. При этом недостаточно четкое распределение обязанностей может стать препятствием для успешного принятия мер по борьбе с ожирением, как это произошло в Республике Молдова.

В большинстве стран общую ответственность за реализацию (национальной) политики по борьбе с ожирением несут министерства здравоохранения. При этом министерства нередко могут поручать эту задачу подчиненным им специализированным учреждениям здравоохранения и другим государственным структурам. Так, например, во Франции Французский институт профилактики и просвещения по вопросам здоровья (INPES) (в настоящее время объединен с Институтом общественного здоровья Франции (*Santé Publique France*)) отвечает за реализацию программ по профилактике и просвещению по вопросам здоровья, которые являются частью государственной рамочной политики здравоохранения. В Швеции к числу агентств, занимающихся вопросами общественного здоровья на национальном уровне и непосредственно ответственных за политику по борьбе с ожирением, относятся Агентство общественного здравоохранения Швеции, Национальное продовольственное агентство и Национальный совет по вопросам здравоохранения и социально-го обеспечения.

### ***Межсекторальное сотрудничество***

В борьбе с ожирением могут принимать участие целый ряд министерств. В Германии за выполнением плана действий по продвижению здорового питания и физической активности следит национальная руководящая группа, в состав которой входят представители всех ключевых министерств федерального правительства (по одному от каждого министерства), представители всех постоянных конференций министров здравоохранения, защиты прав потребителей и сельского хозяйства (по одному от каждой конференции) и представители объединений муниципальных властей (по одному от каждого объединения), а также представители ассоциаций трудящихся и работодателей, представитель Федеральной ассоциации по предупреждению заболеваний и укреплению здоровья, Платформы по питанию и физической активности, представитель гражданского общества и представитель основных профессиональных обществ и объединений.

Во Франции министр сельского хозяйства, министр здравоохранения и министр по защите прав потребителей ведут совместную работу по реализации программ по борьбе с ожирением в рамках Национального совета по вопросам питания (Conseil National de l'Alimentation (CNA)), учрежденного в 1985 г. (CNA, 2016). В Италии агентства и службы общественного здравоохранения сотрудничают с широким кругом медицинских работников (например, врачами общей практики, педиатрами, диетологами) и другими заинтересованными сторонами (например, предприятиями частного сектора, торговыми ассоциациями и объединениями продовольственных сетей).

В Республике Молдова в реализации плана действий Национальной программы по вопросам питания и продовольствия также принимает участие целый ряд разных органов власти. Так, Министерство финансов отвечает за введение акцизных сборов в отношении продуктов питания с высоким содержанием насыщенных жиров и сахаросодержащих безалкогольных напитков; Министерство образования – за составление школьной программы и просвещение по вопросам здорового питания; Министерство сельского хозяйства и пищевой промышленности – за бесплатное снабжение школ овощами и фруктами; местные органы власти – за обеспечение в школах здоровой среды и полезного для здоровья питания. Тем не менее значительных успехов в этой работе пока достичь не удалось.

### ***Региональный уровень***

В некоторых странах за реализацию отдельных программ по борьбе с ожирением отвечают организации общественного здравоохранения, действующие на региональном уровне. Примером такого подхода может служить Франция, где региональные агентства по вопросам здравоохранения играют ключевую роль в реализации политики (вставка 2.7).

В Англии на местные органы власти возлагаются определенные обязанности по реализации политики по борьбе с ожирением на местном уровне (см. вставку 2.8).

В Италии региональные департаменты здравоохранения занимаются выполнением национальных рекомендаций и законов и могут напрямую финансировать некоторые региональные проекты, подробные характеристики которых приводятся в региональных планах профилактики. Они взаимодействуют с сетями местных служб здравоохранения и больничными трастами (Aziende Ospedaliere, AOs), которым делегируется значительная часть исполнительных функций.

### **Вставка 2.7** *Координация принятия решений на национальном и региональном уровнях*

Во Франции имеется 26 агентств по вопросам здравоохранения, задача которых заключается в повышении эффективности взаимодействия между амбулаториями и стационарами, а также между службами здравоохранения и организациями по оказанию социальных услуг на региональном уровне с учетом бюджетных ограничений и в соответствии с региональным стратегическим планом здравоохранения (Plan stratégique régional de santé (PSRS)), составленным исходя из потребностей населения.

Что касается ожирения, то агентства отвечают за реализацию мер по охране общественного здоровья, закрепленных в Национальном плане по здоровому питанию (PNNS) в сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами, зачастую делегируя эти задачи НПО и стремясь к сокращению социального неравенства в отношении здоровья. Региональный префект (Préfet de Région) координирует действия других территориальных государственных служб, которые участвуют в реализации PNNS, включая службы по охране окружающей среды и сельскохозяйственные ведомства.

В Нидерландах ответственность за реализацию национального плана общественного здравоохранения и соответствующих муниципальных планов несут главным образом муниципалитеты. В то же время, по итогам оценки, которая проводилась Надзорной службой в области здравоохранения (IGZ) в 2009 г., качество и содержание местных планов по охране общественного здоровья носят неполный характер и не всегда включают в себя все стратегические приоритеты (первоочередные задачи), равно как и уровень их реализации который оставляет желать лучшего (Health Care Inspectorate, 2009).

В Швеции у региональных и муниципальных властей имеется значительная автономия в отношении мер по охране общественного здоровья, включая выбор приоритетных задач, финансирование и практические действия (Allin et al., 2004). Некоторые региональные советы (например, в Стокгольме и в регионе Вестра-Гёталанд) принимают активное участие в профилактике ожирения и разрабатывают планы действий по борьбе с ожирением для служб здравоохранения.

### **Прочие участники**

В реализации мер политики по борьбе с ожирением в разных странах принимают участие и многие другие субъекты, включая различные властные структуры, НПО, СМИ, а также представителей пищевой промышленности.

В Италии механизмы сотрудничества были созданы на уровне таких учреждений, как Национальный институт общественного здравоохранения (ISS), Национальное агентство региональных служб здравоохранения (AGENAS), Национальное агентство по лекарственным средствам (Agenzia Italiana del Farmaco), Министерство образования, университетов и исследований (MIUR) (например, инициативы «Keep an Eye on Health», HBSC), Европейская сеть ВОЗ по содействию оздоровительной физической активности (Европейская сеть ОФА), Департамент по делам молодежи, Министерство сельского хозяйства (например, разработка рекомендаций в области питания), предприятия пищевой промышленности, торговые ассоциации и объединения продовольственных сетей и Национальный комитет по вопросам диетотерапии и питания.

### **Вставка 2.8** *Роль местных органов власти Англии в реализации политики*

В Англии местные органы власти обладают некоторой свободой выбора в отношении приоритетных задач, хотя им при этом и приходится действовать в условиях существенного дефицита финансов, который является следствием десятилетней политики жесткой экономии. Они могут использовать такие механизмы, как экологическое лицензирование, защита прав потребителей и социальные услуги, а также действовать в рамках партнерств с организациями здравоохранения и общинными организациями. Начиная с 2013 г., когда вопросы общественного здравоохранения были переданы в их ведение, местные органы власти приступили к организации некоторых видов услуг, включая программы контроля веса. Их подходы к расстановке приоритетов в области общественного здравоохранения зачастую зависят от политического состава этих органов, поскольку представители определенных политических сил не желают принимать какие бы то ни было меры в отношении социальных детерминантов здоровья из идеологических соображений.

Местные органы власти (ответственные за общественное здравоохранение и социальную помощь взрослым и детям) и действующие в рамках национальной системы здравоохранения (NHS) Clinical Commissioning Groups (CCGs), группы, заказывающие медицинские услуги, имеют возможность взаимодействовать в советах по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, тогда как директор местного подразделения службы общественного здравоохранения может давать рекомендации относительно необходимых мер и принимать участие в проведении совместной оценки стратегических потребностей. Состав разных комитетов по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, равно как и интересы производителей пищевой и сельскохозяйственной продукции могут варьироваться, что влечет за собой определенные риски. В состав некоторых комитетов по вопросам здравоохранения и социального обеспечения входят представители окружных советов, так называемых советов второго уровня, действующих за пределами крупных городских агломераций. В задачи окружных советов входят городское планирование, жилищные вопросы, стандарты охраны окружающей среды и торговли в интересах здоровья и организация досуга, а, значит, эти органы могут быть в значительной степени заинтересованы в решении проблемы ожирения. Такие советы располагают возможностями для проведения совместных программ по борьбе с ожирением за счет инструментов политики и силами напрямую им подчиненных или привлекаемых на условиях подряда организаций.

Одним из основных препятствий для реализации политики по борьбе с ожирением является нехватка финансирования. Многие местные власти, столкнувшись с дефицитом средств, рассматривают услуги предупреждения ожирения в качестве одной из наиболее вероятных сфер для экономии, и Бирмингем, например, уже прекратил финансировать услуги по контролю веса.

В Германии в сентябре 2004 г. начала действовать «Платформа по вопросам здорового питания и физической активности» (Plattform «Ernährung und Bewegung», PEВ) (Platform for Diet and Physical Activity, 2018), задача которой заключается в популяризации здорового питания и активного образа жизни и в предоставлении потребителям возможности принимать участие в дискуссиях наряду с разработчиками политики и представителями промышленности. Платформа действует при поддержке научного комитета и способствует реализации целого ряда программ, объединяя около 100 заинтересованных

лиц, в числе которых представители пищевой промышленности, производителей продуктов питания, научно-исследовательских кругов, компаний медицинского страхования, спортивных союзов и правительства (EASO-Study, 2014). В то же время платформа подвергается значительному давлению со стороны предприятий пищевой промышленности, представители которых преобладают в ее составе. Из более чем ста членов лишь 6 представляют интересы потребителей и сферы образования, 8 относятся к спортивному сектору, 10 – к сектору общественного обслуживания, 11 – к научным кругам, 16 – к сектору здравоохранения, 20 выступают от имени компаний, фондов и ассоциаций, а 31 представляют пищевую промышленность, включая такие корпорации, как «Кока-Кола» и «Данон» (ZDF Frontal 21, 2014). Организации общественного здравоохранения в составе платформы отсутствуют.

В некоторых других странах представители пищевой промышленности также принимают активное участие в реализации политики по борьбе с ожирением. В Польше они тесно сотрудничают с Министерством здравоохранения, Национальным институтом по вопросам питания и пищевой продукции (NFNI) и Главной службой санитарного надзора. Так, например, они внесли свой вклад в организацию информационно-просветительских кампаний в области общественного здравоохранения, призванных повысить осведомленность населения о проблеме ожирения, таких как, например, кампания «Trzymaj Formę» («Будь в форме»), которую проводила Главная служба санитарного надзора (Trzymaj Formę, 2018). Эта кампания имела много общего с деятельностью печально известной Глобальной сети по вопросам энергетического баланса (GEBN), которая была создана компанией «Кока-Кола», чтобы сосредоточить все внимание на проблеме недостаточной физической активности и при этом отвлечь общественность от последствий потребления сахаросодержащей продукции, которую производит «Кока-Кола» (Barlow et al., 2018). В любых заявлениях производителей продуктов питания последовательно продвигается идея о том, что каждый человек сам несет ответственность за свое здоровье и выбор того или иного образа жизни и что регулирование этого вопроса на законодательном уровне является излишним. С этой целью они выделяют значительные средства на проведение массовых кампаний в СМИ, а в некоторых странах еще и на спонсорство и просветительскую работу в школах. Большинство крупных частных и государственных продовольственных компаний Польши поддерживают работу по повышению осведомленности населения в вопросах правильного питания и физической активности, например, за счет спонсорской поддержки спортивных мероприятий, которые проводятся на местном или национальном уровне, таких как, например, футбольные турниры для школьников. При этом возможности НПО по участию в реализации политики в Польше, напротив, ограничены.

В Швеции меры по борьбе с ожирением принимаются и по ряду других направлений. Службы по охране материнства и детства, взаимодействующие практически со всеми беременными женщинами, их партнерами и детьми, отвечают за контроль изменений веса и роста детей и веса матерей и предоставляют семьям информацию по вопросам здоровья. Еще одна важная шведская программа, начавшая действовать еще в XIX веке, предусматривает предоставление всем учащимся начальных и средних школ бесплатного и богатого полезными веществами питания, причем в последние годы в число таких продуктов питания для школьников вошло молоко с низким уровнем жирности, предоставление которого оплачивается из бюджета ЕС (Patterson & Schäfer Elinder, 2014).



## **Финансирование**

Одной из главных проблем, которые возникают при реализации программ по борьбе с ожирением, является недостаточное финансирование. В Республике Молдова, например, в период с 2014 по 2015 гг. на реализацию политики не выделялось никаких средств (вставка 2.9).

### **Вставка 2.9 Нехватка финансирования для реализации политики в Республике Молдова**

В рамках реализации Национальной программы в области пищевых продуктов и питания всем ответственным органам власти было поручено разработать собственные внутренние планы действий и ежегодно отчитываться о достигнутых результатах перед министерством здравоохранения. Министерство здравоохранения утвердило свой собственный план действий, в котором были подробно описаны все задачи и порядок осуществления мер, связанных с ожирением, силами центров общественного здравоохранения и медицинских учреждений, относящихся к ведению министерства здравоохранения. Меры по профилактике ожирения и другие меры по охране общественного здоровья финансируются из средств государственного бюджета, выделяемых министерством финансов на основании среднесрочной бюджетной программы. В то же время, несмотря на то, что Министерство здравоохранения признает ожирение в числе одной из ключевых проблем, а план действий Национальной программы в области пищевых продуктов и питания получил одобрение правительства, никаких конкретных мер в среднесрочной бюджетной программе на 2014–2015 гг. предусмотрено не было. В результате правительство не выделило на реализацию этого плана действий никаких финансовых средств. Меры, отраженные в плане, в той или иной степени реализуются за счет ограниченных внутренних ресурсов (как человеческих, так и финансовых) самих учреждений или благодаря поддержке партнеров по развитию.

## **Мониторинг и оценка**

В большинстве стран – участниц исследования (за исключением Швеции и Польши) предусмотрены механизмы для мониторинга уровня распространенности ожирения в национальном масштабе.

Как правило, основную роль в этой работе играют службы общественного здравоохранения, но немалое значение может иметь и участие других субъектов, таких как, например, национальные институты статистики и НПО. Механизмы мониторинга и оценки национальных программ здравоохранения по борьбе с ожирением не так хорошо развиты, но в тех странах, где они имеются, службам общественного здравоохранения отводится ведущая роль.

### **Мониторинг уровня распространенности ожирения**

Во Франции эти функции выполняет Французский институт профилактики и санитарного просвещения (Institut national de prevention et d'éducation pour la santé (INPES)), который в настоящее время является частью Института общественного здоровья Франции (Santé Publique France). С начала 1990-х гг. INPES, действуя совместно с целым рядом учреждений, проводил серию исследований, посвященных анализу моделей поведения по отношению к здоровью и восприятия здоровья. Еще одна служба общественного здравоохранения Франции, входящая в настоящее время в состав Института общественного здоровья Франции (Santé Publique France), Национальный институт

надзора за общественным здоровьем (InVS), отвечает за надзор во всех сферах общественного здоровья. Он занимается сбором, анализом и актуализацией информации о рисках для здоровья, причинах нарушений здоровья и существующих тенденциях в этой сфере и выявляет группы населения, отличающиеся наибольшей уязвимостью или подверженные наибольшему риску.

Служба общественного здравоохранения Англии вносит свой вклад в общий мониторинг распространенности ожирения и других важных факторов образа жизни, включая пищевые привычки, путем проведения Национального обследования пищевого рациона и питания. Еще одним важным источником данных является Обследование состояния здоровья жителей Англии. Национальная обсерватория проблем ожирения в настоящее время входит в состав Службы общественного здравоохранения Англии и занимается сбором и изучением информации, чтобы на основании полученных фактических данных создавать аналитический и фактологический инструментарий для местных систем, включая Информационную базу данных профилей общественного здоровья, *Fingertips*, которой пользуются местные органы власти (Public Health England, 2018). Еще одним важным онлайн-ресурсом, на котором публикуется полезная информация о здоровье для пациентов и населения в целом, стал портал NHS Choices. На этом англоязычном ресурсе был размещен большой объем информации об ожирении, изложенной простым и понятным языком (NHS Choices, 2014). На портале также были опубликованы рекомендации по снижению веса (NHS Choices, 2014b).

В Германии в последние годы федеральное правительство уделяет все больше внимания вопросам мониторинга уровня распространенности ожирения среди населения, проводя для этих целей такие обследования, как национальное обследование состояния здоровья населения Германии, национальное обследование состояния здоровья детей и подростков Германии, национальное обследование на тему потребления продуктов питания и мониторинг питания, что должно поспособствовать созданию эффективной системы мониторинга здоровья, в основу которой лягут результаты регулярно проводимых обследований (IN FORM, 2008).

В Италии примером регулярного мониторинга может служить ежегодный контроль выплат по программе медицинского страхования «Базовые уровни медицинской помощи» (*Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*) по всей стране. Ожирение включено в число информативных показателей образа жизни и факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Помимо этого, Национальная обсерватория потреблением алкоголя, Национальный институт статистики (ISTAT) и Национальный институт здравоохранения (ISS) координируют работу основных национальных систем надзора за состоянием здоровья детей и взрослых, ответственных за сбор информации, необходимой для планирования профилактических мероприятий и мер по охране здоровья населения.

В Нидерландах при составлении национального плана в области общественного здравоохранения используются данные Доклада о состоянии здоровья населения и Прогнозного доклада, которые периодически публикуются Национальным институтом общественного здравоохранения и охраны окружающей среды (*Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)*). Одна из основных обязанностей RIVM заключается в сборе данных о здоровье населения, включая показатели ожирения.

В Республике Молдова эффективность системы надзора за уровнем распространенности ожирения удалось повысить благодаря технической поддержке

ВОЗ и финансовой поддержке со стороны партнеров по развитию, таких как ЕС и Швейцарское агентство по развитию. В 2013 г. Республика Молдова присоединилась к обследованиям COSI и STEPS. Первое обследование COSI в стране было проведено в 2013 г. и в том же году состоялось первое обследование STEPS, посвященное факторам риска для взрослого населения Республики Молдова (в возрасте 18–69 лет).

В Швеции репрезентативные данные о распространенности избыточной массы тела и ожирения среди населения отсутствуют (вставка 2.10). В Польше системный сбор данных о распространенности избыточной массы тела и ожирения также практически не ведется, а полученные данные в силу своей нерепрезентативности зачастую не дают представления о ситуации во всей стране и не допускают возможности сравнения результатов разных исследований. В Законе об общественном здоровье от 2015 г. говорится о том, что как минимум 10% от всех ресурсов, выделенных на реализацию национальных программ здравоохранения (НПЗ), будут направлены на мониторинг, оценку и научные исследования в области общественного здоровья, включая уровень распространенности ожирения. Если этот целевой ориентир будет достигнут, то эффективность сбора и оценки данных в этой области значительно повысится.

В ряде стран важный вклад в мониторинг показателей распространенности ожирения вносят национальные институты статистики. Например, в Италии многоцелевое обследование на тему различных аспектов повседневной жизни граждан проводится Национальным институтом статистики (ISTAT) при содействии Национальной обсерватории здоровья населения регионов Италии (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane), которая занимается сбором сопоставимых региональных данных из разных источников и отслеживает состояние здоровья населения в регионах Италии.

### **Вставка 2.10** *Мониторинг распространенности ожирения в Швеции*

В Швеции ответственность за проведение обследований возлагается на Национальное агентство общественного здравоохранения, которое отслеживает изменения в пищевых привычках и уровне физической активности населения и отражает полученные данные в отчетах о состоянии общественного здоровья. Репрезентативных национальных данных об ожирении у шведских детей в масштабе всей страны в настоящее время не получено, но некоторые регионы уже давно отслеживают долгосрочные тенденции, используя для этих целей сведения, полученные в ходе регулярных медицинских осмотров школьников (Marild et al., 2004; Petersen et al., 2003). Эффективность небольших проектов по снижению уровня распространенности детского ожирения оценивается при помощи служб охраны материнства и детства, однако единой национальной базы данных по этой тематике создано не было. В настоящее время в Швеции не проводится никаких общенациональных обследований для анализа роста и веса взрослого населения страны. Обследования, которые ведутся на национальном и региональном уровне, учитывают лишь предоставляемые самими респондентами данные о росте и весе, которые затем используются для расчета показателей избыточной массы тела и ожирения. Сбор данных об избыточной массе тела и ожирении также осуществляется в рамках небольших исследовательских проектов (Doring et al., 2014; Nyberg et al., 2015), которые, однако, не являются частью информационной системы здравоохранения, действующей под эгидой Министерства здравоохранения и социальных дел Швеции.

### **Мониторинг и оценка политики по борьбе с ожирением**

Ряд стран также разработали механизмы для мониторинга и оценки политики по борьбе с ожирением.

В Нидерландах за оценку национального плана общественного здравоохранения отвечает Надзорная служба в области здравоохранения. По итогам оценки содержания и качества местных планов по охране общественного здоровья в 2009 г., эта служба пришла к выводу о том, что 50% муниципалитетов не ведут мониторинг проводимых ими мероприятий в области общественного здравоохранения и не оценивают их эффективность (Health Care Inspectorate, 2009).

Министерство здравоохранения Республики Молдова отвечает за мониторинг реализации первой в стране Национальной программы в области пищевых продуктов и питания, рассчитанной на 2014–2020 гг., и ежегодно представляет правительству отчеты о ходе работы.

В Польше по-прежнему отсутствует системная оценка эффективности программ. В то же время в Законе об общественном здоровье от 2015 г. говорится о том, что как минимум 10% от всех ресурсов, выделенных на реализацию национальных программ здравоохранения, будут направлены на мониторинг, оценку и научные исследования в области общественного здоровья.

В Швеции ответственность за проведение оценки национальной политики в области здравоохранения возлагается на Национальное агентство общественного здравоохранения. Другие учреждения национального уровня занимаются оценкой выполнения своих собственных программ. Так, например, в 2015 г. Национальный совет по вопросам здравоохранения и социального обеспечения занимался оценкой национальных рекомендаций по профилактике заболеваний, опубликованных советом в 2011 г., и по итогам оценки пришел к выводам о необходимости активизировать работу по этому направлению (National Board of Health and Welfare, 2015).

В Италии мониторингом и оценкой программ по борьбе с ожирением занимаются непосредственно региональные департаменты здравоохранения. В некоторых регионах агентствам здравоохранения выделяется специальный бюджет на привлечение технических и научных консультантов для оказания соответствующей поддержки региональным департаментам здравоохранения и местных служб здравоохранения. Помимо этого, в разных регионах и провинциях и при местных службах здравоохранения было создано несколько обсерваторий общественного здоровья, которые занимаются контролем ряда показателей качества, необходимых для целей планирования и мониторинга. В ноябре 2014 г. в рамках еще одной инициативы Конференция центральных и региональных властей утвердила законопроект о внедрении усовершенствованного инструмента оценки региональных планов профилактики на 2014–2018 гг., охватывающего некоторые ключевые направления профилактики.

### **Выводы и перспективы**

Ожирение относится к числу основных проблем, с которыми сталкиваются сегодня системы здравоохранения по всему миру. Залогом эффективности ответных мер является использование межсекторального подхода, но ключевая роль в этой работе должна быть отведена организациям общественного здравоохранения. В данной главе проводится всесторонний анализ роли организаций общественного здравоохранения в борьбе с ожирением в девяти европейских странах – участницах исследования исходя из их участия в различных этапах цикла формирования политики – от постановки задач до вы-

работки политики, принятия решения, реализации политики и мониторинга, а также оценки.

Как и ожидалось, выработка, реализация, мониторинг и оценка политики – это те функции, которые в каждой из стран выполняются на разных уровнях власти и в значительной степени зависят от распределения полномочий внутри национальных административных структур. При этом важен не столько сам уровень власти, на котором ведется такая работа, сколько возможности уполномоченного органа по привлечению необходимых ресурсов и принятию мер. Так, в Республка Молдова имеется национальный план, который должен выполняться целым рядом различных организаций, однако при этом эти организации не располагают соответствующими ресурсами. В Англии местные власти несут ответственность за удовлетворение потребностей населения своих регионов в здравоохранении, но у них нет возможности принимать наиболее эффективные меры по борьбе с ожирением по причине ограниченных полномочий в таких вопросах, как, например, планирование (например, они не могут ограничить в определенных зонах число торговых точек, в которых продаются вредные для здоровья продукты питания).

Мониторинг и оценка, как правило, проводятся в ограниченном объеме. Число качественных и регулярных исследований, предусматривающих количественную оценку, крайне мало, и вместо них обычно проводится сбор самостоятельно предоставляемых данных о весе и росте, отличающихся недостаточной точностью. Редким исключением из этого правила является исследование в области здоровья, которое проводится в Англии.

Не может не беспокоить тот факт, что в ряде стран огромное влияние на политику по борьбе с ожирением оказывают производители пищевой продукции, несмотря на то, что сегодня имеется достаточно убедительных доказательств того, что такие компании отвлекают внимание от действительно эффективных мер, чтобы вывести на первый план меры, которые не приносят результатов.

При изучении ситуации в указанных странах был выявлен удивительный факт – нехватка мер для воздействия на первичные детерминанты здоровья. Так, например, им следовало бы заняться решением такой проблемы, как отсутствие продовольственной безопасности, которая очень остро стоит сегодня во многих странах, где множество людей не могут позволить себе здоровое питание. В некоторых странах это усугубляется отсутствием доступа к свежим продуктам питания по приемлемым ценам, поскольку предприятия розничной торговли всегда открывают свои магазины только в тех районах, где они могут принести наибольшую прибыль. Страны также должны в полном объеме использовать налогово-бюджетный инструментарий. Хорошим примером такой работы может послужить введенный Соединенным Королевством налог на сахар, с появлением которого производители продуктов питания внезапно согласились изменить рецептуру своей продукции, чтобы снизить уровень сахара в ее составе, хотя до этого на протяжении многих лет они доказывали, что это совершенно невозможно. Тем не менее подобные меры должны быть значительно более многочисленными и охватывать и другие сферы, причем, как в случае с налогообложением в отношении табачной продукции, очень важно, чтобы давление носило постоянный характер и постепенно возрастало. Никакие другие возможности в этой сфере практически не работают. Так, производители алкоголя смогли воспрепятствовать указанию энергетической и пищевой ценности на этикетках своей продукции, несмотря на то что для многих людей алкогольные напитки являются существенным источником калорий. Еще одной сферой, где принимаемые меры носят недостаточно мас-

штабный и последовательный характер, являются городское планирование и другие мероприятия по поддержке физической активности, хотя в некоторых странах имеется ряд чрезвычайно успешных примеров такой работы, как, например, сети велодорожек в Нидерландах, Дании и Германии.

При этом главным препятствием для принятия эффективных мер по борьбе с ожирением является сохраняющееся отношение к ожирению как к следствию добровольного жизненного выбора, из чего делается закономерный вывод о том, что любые законодательные или ограничительные меры в той или иной мере представляют собой покушение на свободу человека. При этом благополучно упускается из виду тот факт, что куда большим ограничением свободы являются многие уже существующие программы, такие как, например, политика в области социального обеспечения, лишаящая самых малоимущих представителей населения доступа к здоровому питанию, или лоббистская деятельность отдельных компаний, которая ведется на грани коррупции и призвана препятствовать включению любых вопросов по охране здоровья населения в повестку дня органов власти.

## Библиография

Allin S, Mossialos E, McKee M, Holland W (2004). Making decisions on public health: a review of eight countries. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Barlow P, Serôdio P, McKee M, Ruskin G, Stuckler D (2018). Science organizations and Coca-Cola's "war" with the public health community: insights from an internal industry document. *J Epidemiol Comm Health*. doi:10.1136/jech-2017-210375.

Bergström H, Hagströmer M, Hagberg J, Elinder LS (2013). A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomised controlled trial. *Res Dev Disabil*.34(11):3847–3857.

CBS (2016). Centraal Bureau voor de Statistiek [website]. The Hague: Statistics Netherlands. (<http://statline.cbs.nl/Statweb/>, accessed 8 June 2018). Change4Life (2018) Change4Life [website]. London: Public Health England. (<http://www.nhs.uk/change4life>, accessed 18 June 2018).

De Feo P, Sbraccia P (2014). Strategies for health-enhancing physical activity (HEPA) promotion to prevent obesity and type 2 diabetes in Italy. Experts' consensus document. Corebook editions. Perugia: Active Voice.

Doring N, Hansson LM, Andersson ES et al. (2014). Primary prevention of childhood obesity through counselling sessions at Swedish child health centres: design, methods and baseline sample characteristics of the PRIMROSE clusterrandomised trial. *BMC Pub Health*.114:335.

EASO (2014). European Association for the Study of Obesity. Policymaker Survey 2014. Obesity: perception and policy – multi-country review and survey of policymakers. London: European Association for the Study of Obesity. ([http://easo.org/wp-content/uploads/2014/05/C3\\_EASO\\_Survey\\_A4\\_Web-FINAL.pdf](http://easo.org/wp-content/uploads/2014/05/C3_EASO_Survey_A4_Web-FINAL.pdf), accessed 8 June 2018).

Effertz T (2015). Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Reihe: Schriftenreihe Ökonomische Analyse des Rechts. Law and Economics. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Verlag Peter Lang.

European Commission (2014). EU Action plan on childhood obesity 2014–2020. Brussels: European Commission. ([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition\\_physical\\_activity/docs/childhoodobesity\\_actionplan\\_2014\\_2020\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf), accessed 8 June 2018).

Foresight (2007). Tackling obesities: future choices project report. London: The Stationery Office. (<http://collections.europarchive.org/tna/20100927130941/http://food.gov.uk/healthiereating/advertisingtochildren/nutlab/>, accessed 8 June 2018).

- Grüning T, Gilmore AB, McKee M (2006). Tobacco industry influence on science and scientists in Germany. *Am J Public Health*.96:20–32.
- HCSP (2017). Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France PNNS 2017–2021 [Предложения для национальной политики в области здоровья и питания в соответствии с проблемами общественного здравоохранения во Франции PNNS 2017–2021]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique.
- Health News Today (2014). Sugar, Italy against WHO Lorenzin: “Wrong halved” – BBC. Health News Today blog. (<http://healthnewstodays.blogspot.it/2014/11/sugar-italy-against-who-lorenzin-wrong.html>, accessed 10 November 2015).
- Health Care Inspectorate (2009). Inhoud en kwaliteit nota's lokaal gezondheidsbeleid: onderzoeksresultaten [Содержание и качество местных записок по общественному здравоохранению: результаты исследования]. Utrecht: Health Care Inspectorate [Inspectie voor de Gezondheidszorg].
- HM Government (2011). UK physical activity guidelines. London: UK Government. (<https://www.gov.uk/government/publications/uk-physical-activity-guidelines>, accessed 8 June 2018).
- IN FORM (2008). German National Initiative to Promote Healthy Diets and Physical Activity. The National Action Plan for the Prevention of Poor Dietary Habits, Lack of Physical Activity, Overweight and Related Diseases. Berlin: Federal Ministry of Food and Agriculture.
- IN FORM (2014). German National Initiative to Promote Healthy Diets and Physical Activity. The National Action Plan for the Prevention of Poor Dietary Habits, Lack of Physical Activity, Overweight and Related Diseases. Berlin: Federal Ministry of Food and Agriculture. ([http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/AktionsplanINFORM.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/AktionsplanINFORM.pdf?__blob=publicationFile), accessed 8 June 2018).
- NPES (2016). Quelle est l'influence de la publicité sur les préférences alimentaires des enfants? [Каково влияние рекламы на пищевые предпочтения детей?] Paris: Institut national de prevention et d'éducation pour la santé. (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/028-obesite-infantile.asp>, accessed 8 June 2018).
- Joint Action CHRODIS (2015). Good practice in the field of health promotion and primary prevention. Italy country review. Brussels: European Commission. ([http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/02/Italy-CHRODIS-final-draft\\_rivistoBD\\_DG.pdf](http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/02/Italy-CHRODIS-final-draft_rivistoBD_DG.pdf), accessed 18 June 2018).
- Kleinert S, Horton R (2015). Rethinking and reframing obesity. *Lancet*.385(9985):2326–2328. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60163-5.
- Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E, James L, Mehrotra A et al. (2015). Has a public–private partnership resulted in action on healthier diets in England? An analysis of the Public Health Responsibility Deal food pledges. *Food Policy*.54:1–10.
- Li XJ, Memarian E, Sundquist J, Zoller B, Sundquist K (2014). Neighbourhood deprivation, individual-level familial and socio-demographic factors and diagnosed childhood obesity: a nationwide multilevel study from Sweden. *Obes Facts*.7(4):253–263.
- Magnusson M, Sørensen TI, Olafsdottir S et al. (2014). Social inequalities in obesity persist in the Nordic region despite its relative affluence and equity. *Curr Obes Rep*.3:1–15.
- Marild S, Bondestam M, Bergstrom R, Ehnberg S, Hollsing A, AlbertssonWikland K (2004). Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta Paediatr*.93:1588–1595.
- Middleton J, Saunders P (2015). 20 years of local ecological public health: the experience of Sandwell in the English West Midlands. *Pub Health*.129:1344–1352.
- Ministry of Health (2011). Programme national nutrition santé 2011–2015 [Национальная программа по здоровью и питанию 2011–2015]. Paris: Ministry of Health.
- Moraes L, Lissner L, Yngve A et al. (2012). Multi-level influences on childhood obesity in Sweden: societal factors, parental determinants and child's lifestyle. *Int J Obes*.36:969–976.

National Board of Health and Welfare (2011). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 [Национальное руководство по профилактике болезней 2011]. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning [Употребление табака, алкоголя, недостаточная физическая активность и нездоровые привычки в питании]. Stockholm: Socialstyrelsen. (<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/levnadsvanor/socialstyrelsens.nationella.riktlinjer.for.sjukdomsforebyggandemetoder.pdf>, accessed 8 June 2018).

National Board of Health and Welfare (2015). Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – utvärdering 2014 [Национальное руководство – оценка 2014].

Sjukdomsförebyggande metoder. Indikatorer och underlag för bedömningar [Методы профилактики болезней. Индикаторы и основа для проведения оценки]. Stockholm: National Board of Health and Welfare.

NHS Choices (2014a). Obesity. London: NHS. (<http://www.nhs.uk/Conditions/Obesity/Pages/Introduction.aspx>, accessed 8 June 2018).

NHS Choices (2014b). Start the NHS weight loss plan. London: NHS. (<http://www.nhs.uk/Livewell/weight-loss-guide/Pages/losing-weight-getting-started.aspx>, accessed 18 June 2018).

Nyberg G, Sundblom E, Norman A et al. (2015). Effectiveness of a universal parental support programme to promote healthy dietary habits and physical activity and to prevent overweight and obesity in 6-year-old children: the healthy school start study, a cluster-randomised controlled trial. *PLoS One*.10(2):e0116876.

Patterson E, Schäfer Elinder L (2014). Improvements in school meal quality in Sweden after the introduction of new legislation – a 2 year follow-up. *Eur J Publ Health*.25:655–660.

Petersen S, Brulin C, Bergstrom E (2003). Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umea, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatr*.92:848–853.

Platform for Diet and Physical Activity (2018). Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) [website]. Plattform Ernährung und Bewegung. (<https://www.pebonline.de>, accessed 28 June 2018).

Public Health Agency of Sweden (2014). Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige [Общественное здравоохранение в Швеции]. Stockholm: Public Health Agency of Sweden.

Public Health Agency of Sweden (2016). About Folkhälsomyndigheten – Public Health Agency of Sweden. Stockholm: Public Health Agency of Sweden. (<http://www.folkhalsomyndigheten.se/about-folkhalsomyndigheten-the-public-health-agency-of-sweden/>, accessed 8 June 2018).

Public Health England (2018). Public Health Profiles [website]. London: Public Health England (<https://fingertips.phe.org.uk/>, accessed 8 June 2018).

Recenti Progressi in Medicina (2015). Manifesto delle criticità in Nutrizione clinica e preventiva. Recenti Progressi in Medicina. [Критика клинического питания и профилактики. Недавний прогресс в медицине]. 106(6 Suppl. 1). (<http://www.adiitalia.net/EXPO2015/comunicati/Manifesto%20definitivo.pdf>, accessed 18 June 2018).

Schäfer Elinder L, Patterson E, Nyberg G, Säfsten E, Sundblom E (2015). Sverige behöver en nationell strategi för nutrition och fysisk aktivitet [Швеции нужна национальная стратегия в области питания и физической активности]. *Läkartidningen*,112:DFSE. (<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2015/04/Sverige-behoever-nationell-strategi-for-nutrition-och-fysisk-aktivitet/>, accessed 8 June 2018).

Sundblom E, Petzold M, Rasmussen F, Callmer E, Lissner L (2008). Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *Int J Obes*.32:1525–1530.

Swedish National Institute of Public Health (2010). Physical activity in the prevention and treatment of disease. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health. ([http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/fyss\\_2010\\_english.pdf](http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/fyss_2010_english.pdf), accessed 25 November 2015).

Swinburn B, Kraak V, Rutter H et al. (2015). Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet*.385(9986):2534–2545. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61747-5.



- Trzymaj Formę (2018). Trzymaj Formę [Keep in Shape] [online]. (<http://www.trzymajforme.pl/>, accessed 18 June 2018).
- Vallgård S (2015). Governing obesity policies from England, France, Germany and Scotland. *Soc Sci Med*.147:317–323.
- WHO & UK Health Forum (2015). Proportion of overweight and obese males and females to increase in most European countries by 2030, say latest projections by WHO. Press release. Geneva and London: WHO & UK Health Forum. (<http://www.ukhealthforum.org.uk/prevention/pie/?entryid43=41043>, accessed 8 June 2018).
- WHO (2007). Nutrition, physical activity and the prevention of obesity: policy developments in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107843>, accessed 7 September 2021).
- WHO Regional Office for Europe (2006). Second Member States consultation for the Ministerial Conference on Counteracting Obesity 2006. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/meeting-reports/meetings-with-who-nutrition-counterparts/member-states-consultation-for-the-ministerial-conference-on-counteracting-obesity-2006>, accessed 23 June 2021).
- WHO Regional Office for Europe (2013). Nutrition, Physical Activity and Obesity Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/243317/Poland-WHO-CountryProfile.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/243317/Poland-WHO-CountryProfile.pdf), accessed 8 June 2018).
- ВОЗ (2000). Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения. ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR\\_2000\\_rus.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR_2000_rus.pdf?sequence=4&isAllowed=y) по состоянию на 7 сентября 2021 г.).
- ВОЗ (2004). Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (<https://www.who.int/publications/item/9241592222> по состоянию на 7 сентября 2021 г.).
- ВОЗ (2016). Доклад Комиссии по ликвидации детского ожирения. Женева: Всемирная организация здравоохранения. ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789244510063\\_rus.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789244510063_rus.pdf?sequence=5&isAllowed=y), по состоянию на 7 сентября 2021 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2015). Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf), по состоянию на 23 июня 2021г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2016). Девятое совещание Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). Проект отчета о совещании (2016). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/meeting-reports/technical-meetings-and-workshops/9th-meeting-of-the-who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi.-meeting-report-2016>). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, по состоянию на 7 сентября 2021 г.).
- Европейское региональное бюро ВОЗ (2018). Европейский портал информации здравоохранения. Путеводитель по базе данных «Здоровье для всех». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (<https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>, по состоянию на 7 сентября 2021 г.).

## Алкоголь

*Anna Sagan, Bernd Rechel*

### Введение

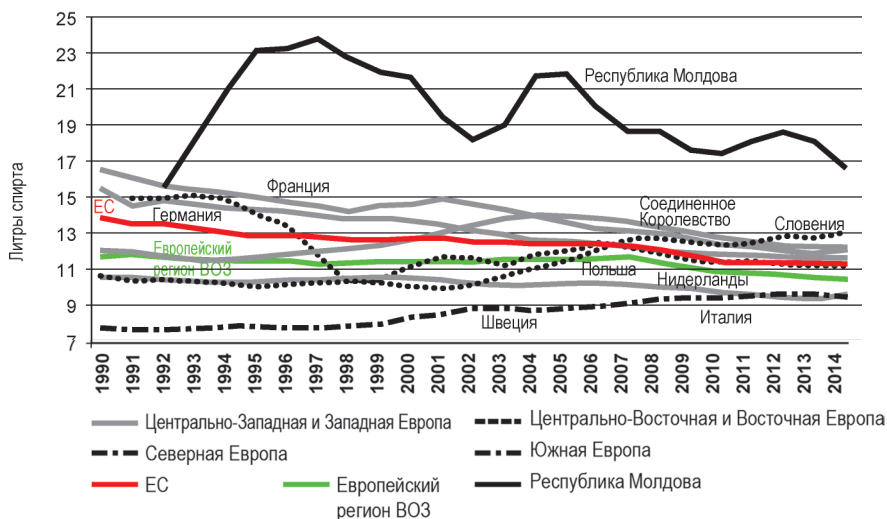
Потребление алкоголя по-прежнему является одним из основных факторов риска развития заболеваний и преждевременной смертности в Европе, и все страны в определенной степени признали важность проведения политики контроля потребления алкоголя. В данной главе рассматривается вопрос вовлеченности организаций общественного здравоохранения в процесс реализации данных мер политики в девяти европейских странах (Англии, Германии, Италии, Нидерландах, Польше, Республике Молдова, Словении, Франции и Швеции). Данная глава основывается на отчетах по странам, в которых представлена более подробная информация об ответных мерах в области политики и участии организаций общественного здравоохранения на различных этапах цикла разработки политики (см. Онлайн-приложение).

### Масштаб проблемы

В 2014 г. взрослый гражданин ЕС в среднем потреблял 11,3 литра чистого спирта в год (рис. 3.1). Это почти в два раза превышает среднемировой показатель в 6,3 литра на душу населения (Глобальная обсерватория здравоохранения, 2016 г.; данные за 2008–2010 гг.). Таким образом, Европейский регион ВОЗ характеризуется самым высоким уровнем потребления алкоголя в мире. Средние показатели потребления алкоголя в ЕС в период 1990–2014 гг. постепенно снизились почти на 20%, однако более детальный анализ ситуации в девяти отобранных странах позволяет выявить значительные различия в объемах (рис. 3.1 и 3.2), моделях (рис. 3.3), а также тенденциях потребления (рис. 3.1, 3.2 и 3.3). В пяти из восьми исследованных стран ЕС отмечалось снижение общего количества потребляемого алкоголя, причем наибольшее сокращение (39%) было зарегистрировано в Италии. Обратная тенденция наблюдалась в Польше, Нидерландах и Соединенном Королевстве, где в период с 1990 по 2014 г. произошел рост потребления до 23% (Польша). Данные результаты в согласовываются с выводами, описанными в научной литературе: в частности, в Южной Европе отмечалось сокращение потребления алкоголя, в Северо-Западной Европе – рост, а в Центральной и Восточной Европе – показатели колебались и в последнее время наблюдался их рост (см., например, Shield et al., 2012), хотя, разумеется, в некоторых группах стран также отмечаются и некоторые заметные исключения (Shield et al., 2012).

В то время как в большинстве стран ЕС показатели потребления неучтенного алкоголя являются сравнительно низкими, что позволяет использовать показатели учтенного потребления алкоголя в качестве приблизительного показателя общего объема потребления, в Республике Молдова – единственной стране, не входящей в ЕС, изученной в рамках данного исследования, – ситуация обстоит иначе. В 2011 г. Республика Молдова была признана страной с самым высоким уровнем потребления алкоголя в мире (WHO, 2011). В 2014 г. показатель общего потребления чистого спирта на душу населения среди взрослого населения составил 16,6 литра, что является самым высоким показателем среди девяти исследованных стран (рис. 3.1). Потребление неучтенного алкоголя в данной стране составляет около 40% от общего объема потребления (WHO, 2016). Вино домашнего производства составляет большую часть от потребления неучтенного алкоголя в Респу-

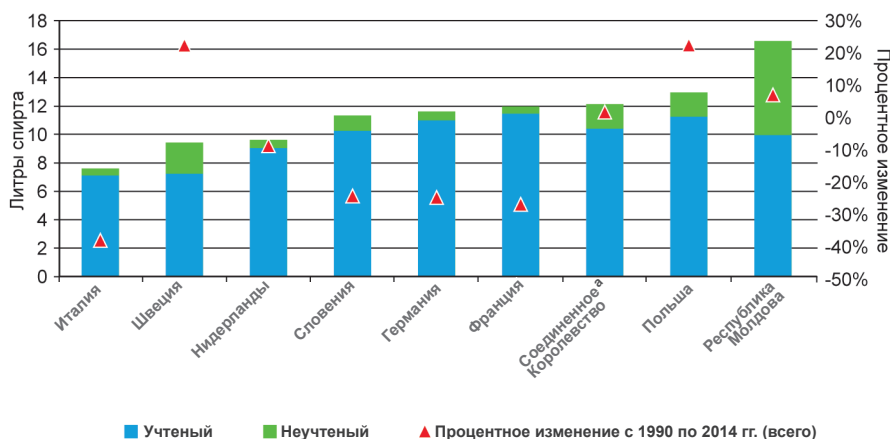
**Рис. 3.1** Общее потребление алкоголя на душу взрослого населения (в литрах чистого спирта) в отдельных странах – членах ЕС и Республике Молдова, 1990–2014 гг.



Источник: WHO, 2016.

Примечания: группировка стран ЕС в соответствии с Shield et al., 2012 г. Данные по Соединенному Королевству в целом, включая Англию

**Рис. 3.2** Потребление алкоголя (в литрах чистого спирта) в отдельных странах – членах ЕС и Республике Молдова в 2014 г.



Источник: WHO, 2016.

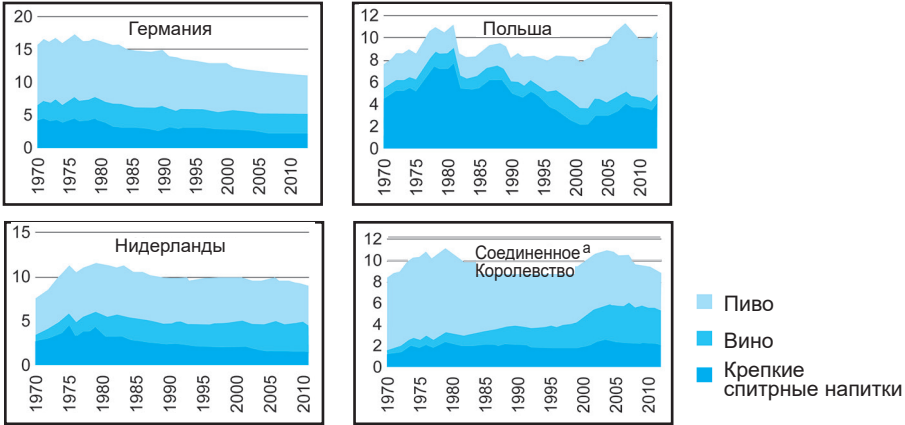
Примечания: <sup>a</sup> Данные по Соединенному Королевству в целом, включая Англию.

<sup>b</sup> Под потреблением неучтенной алкогольной продукции понимается потребление алкоголя, который не облагается налогом и не охвачен обычной системой государственного контроля, например произведенный в домашних условиях или кустарно, неофициально (легально или нелегально), контрабандный алкоголь, суррогатный алкоголь (не предназначенный для употребления человеком) или алкоголь, полученный в результате трансграничных покупок (учтенный в рамках другой юрисдикции).

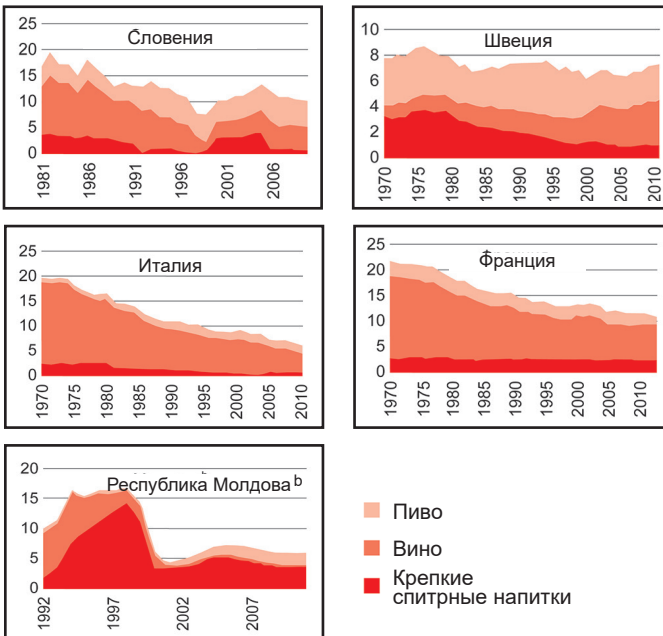
блике Молдова. Если бы в стране производился надлежащий учет, то Республика Молдова стала бы страной, в которой, по официальным данным, в основном употребляют вино, а не крепкие спиртные напитки (см. рис. 3.3).

**Рис. 3.3** Тенденции в потреблении учтенных пива, вина и крепких спиртных напитков в отдельных государствах-членах ЕС и Республике Молдова, 1970–2013 гг.

**Страны, в которых наиболее распространено потребление пива**



**Страны, в которых наиболее распространено потребление вина**



Источник: ВОЗ ЗДВ, 2016.

*Примечание:* страны, классифицированные по категории алкогольных напитков, на которую пришлось самая высокая доля от общего объема потребления алкоголя в 2013 г.

<sup>a</sup> Данные по Соединенному Королевству в целом, включая Англию.

<sup>b</sup> В связи с высоким уровнем неучтенного потребления вина Республика Молдова была отнесена в группу с распространенным потреблением вина, несмотря на то, что в 2013 г. на крепкие спиртные напитки в этой стране приходилась самая высокая доля от общего объема потребления алкоголя.

## **Политические меры и политика, влияющие на уровень потребления алкоголя на европейском уровне**

### ***Ответные меры политики на европейском уровне***

Европейское региональное бюро ВОЗ уже длительное время прилагает усилия по продвижению мер в отношении потребления алкоголя, описанных во многих публикациях и политических документах (таблица 3.1). Активизация данных усилий произошла в 2010 г. благодаря принятию ВОЗ Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (Anderson et al., 2012).

После 1995 г. политика ЕС в отношении алкоголя приобрела политическую значимость вследствие появления и реализации маркетинговых стратегий в отношении слабоалкогольных коктейлей (сладких газированных алкогольных напитков), ориентированных на детей (Anderson & Baumberg, 2006). Началом конкретных действий в области борьбы с употреблением алкоголя как с проблемой общественного здоровья на уровне ЕС считается публикация в 2001 г. выводов Европейского совета, в которых содержится призыв к Европейской комиссии (ЕК) разработать стратегию Сообщества по снижению вреда, связанного с алкоголем, а также рекомендации Совета по решению проблемы употребления алкоголя молодежью, особенно детьми и подростками (Anderson et al., 2012) (таблица 3.1).

В настоящей главе дается четкое описание роли алкогольной промышленности в данной области. Несмотря на то что значительная доля производства и продажи алкоголя по-прежнему находится в руках мелких субъектов, таких как владельцы виноградников или небольших пивоварен, в последние годы наблюдается существенная консолидация отрасли, причем многие, казалось бы, независимые торговые марки принадлежат небольшому числу глобальных корпораций. Эти корпорации обладают большим влиянием и применяют многие тактики, зачастую используемые и в табачной промышленности. Они рассматривают основную проблему только с точки зрения определенных аспектов в соответствии со своими интересами. Так, они уделяют основное внимание лицам, злоупотребляющим алкоголем, в то время как лица, которые также сталкиваются с большим вредом, связанным с употреблением алкоголя, не попадут в данную категорию (даже несмотря на потребление алкоголя, превышающее рекомендованные допустимые нормы). Корпорации последовательно выступают против мер, являющихся наиболее эффективными с точки зрения затрат, доступности и маркетинга, поддерживая при этом в значительной степени малоэффективные образовательные подходы. Они стремятся формировать исследовательскую повестку дня, например, путем продвижения невероятно строгих требований к установлению причинно-следственных связей, как это произошло в случае с печально известной Брюссельской декларацией, в создании которой участвовала также и табачная промышленность (McCambridge et al., 2018). Как и представители табачной промышленности, игровой индустрии, а также производители вредной для здоровья пищи, производители алкогольной продукции ссылаются на «сложность» проблем и сводят все к отдельным индивидуально направленным мерам, хотя органы и организации в области общественного здравоохранения прекрасно осознают необходимость использования комплексного подхода. Также корпорации осуществляют свою деятельность посредством третьих лиц, при этом их участие в той или иной степени остается скрытым. К числу таких третьих лиц относятся ассоциации, намеревающиеся выступить в качестве представителей розничной торговли, и «мозговые центры», выступающие против действий правительства в любом секторе (за исключением таких

**Таблица 3.1** Перечень некоторых научных и политических документов в отношении потребления алкоголя, разработанных Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейским союзом.

Европейское региональное бюро ВОЗ	Европейский союз
<p>1975 г. – Политика контроля потребления алкоголя в перспективе общественного здравоохранения.</p> <p>1992 г. – Европейский план действий в отношении алкоголя на 1992–1999 гг.</p> <p>1995, 2000 г. – Европейская хартия по алкоголю.</p> <p>2001 г. – Декларация «Молодежь и алкоголь».</p> <p>2006 г. – Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (является основой для Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя).</p> <p>2009 г. – Фактические данные в отношении эффективности и рентабельности мер по снижению вреда, связанного с алкоголем.</p> <p>2009 г. – Справочник практических мер по снижению вреда, связанного с алкоголем.</p> <p>2010 г. – Опыт наилучшей практики по оценке экономического ущерба от алкоголя – рекомендации для дальнейших исследований.</p> <p>2010 г. – Алкоголь и здоровье. Европейский доклад о положении дел 2010 г.</p> <p>2012 г. – Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг.</p> <p>2012 г. – Алкоголь в Европейском союзе. Уровни потребления, наносимый вред и подходы в области политики.</p> <p>2013 г. – Алкоголь и здоровье – доклад о ситуации в 35 европейских странах, 2013 г.</p> <p>2016 г. – Предупреждение вреда, причиняемого подверженностью воздействию алкоголя в период беременности: экспресс-обзор и примеры из практики государств-членов ВОЗ.</p> <p>2016 г. – Успехи и упущенные возможности в сфере охраны общественного здоровья. Тенденции в потреблении алкоголя и связываемой с ним смертности в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг.</p>	<p>2001 г. – Заключение Совета Европейского союза от 5 июня 2001 г. о стратегии Сообщества по снижению вреда, связанного с алкоголем (2001/C 175/01).</p> <p>2001 г. – Рекомендация Совета Европейского союза от 5 июня 2001 г. по вопросу потребления алкоголя молодежью (2001/458/ЕС).</p> <p>2002 г. – Решение Европейского парламента и Совета ЕС 1786/2002/ЕС об утверждении программы действий Сообщества в сфере общественного здравоохранения на 2003–2008 гг.</p> <p>2006 г. – Стратегия ЕС по поддержке государств-членов в деятельности по снижению вреда, обусловленного потреблением алкоголя (Сообщение Комиссии к Совету ЕС, Европейскому парламенту, Экономическому и социальному комитету и Комитету регионов) (срок действия истек в 2012 г., не продлевался).</p> <p>2007 г. – Решение № 1350/2007/ЕС Европейского парламента и Совета ЕС от 23 октября 2007 г. о принятии второй программы действий ЕС в сфере общественного здравоохранения на 2008–2013 гг.</p> <p>2009 г. – Заключение Совета от 1 декабря 2009 г. об алкоголе и здоровье (2009/C 302/07).</p> <p>2014 г. – Совместные действия по снижению вреда, связанного с алкоголем, 2014–2016 гг.</p> <p>2014 г. – План действий в отношении употребления алкоголя среди молодежи и эпизодического чрезмерного употребления алкоголя (2014–2016 гг.).</p>

областей, как охрана интеллектуальной собственности производителей, в которых они приветствуют действия правительства).

Тем не менее, несмотря на это, в некоторых странах правительства и даже некоторые заинтересованные стороны в сфере общественного здравоохранения по-прежнему рассматривают корпорации в качестве полноправных партнеров, хотя и в гораздо меньшей степени, чем в прошлом.

### ***Торговая политика европейского уровня, влияющая на потребление алкоголя***

Политика в области торговли и в других областях экономики оказывает серьезное воздействие на выбор вариантов политических решений лицами, формирующими политику на национальном уровне. Сюда можно отнести правила Всемирной торговой организации, отдающие приоритет торговле, а не здравоохранению, и торговое право ЕС, включающее правило «национального режима» налогообложения, в соответствии с которым государствам запрещается прямо или косвенно дискриминировать производителей в других странах ЕС, отдавая предпочтение отечественным товарам. Сельскохозяйственная и налоговая политика на европейском уровне также играет большую роль, поскольку Общая сельскохозяйственная политика (Common Agricultural Policy) субсидирует производство алкогольных напитков (Anderson & Baumberg, 2006). Влияние таких политических мер можно проследить на примере Финляндии. После вступления Эстонии в состав ЕС в 2004 г. производители алкогольной продукции в Финляндии активно (и успешно) выступали в пользу снижения налогов, аргументируя это тем, что население Финляндии якобы будет посещать Таллинн с целью покупки алкоголя (конечно, в действительности так и произошло, но угроза все же была преувеличена). В соответствии с прогнозами, смертность от потребления алкоголя в Финляндии стремительно росла, и, в конечном счете, политика была свернута, однако это произошло только после того, как стране пришлось столкнуться со значительным числом смертей, которых можно было избежать.

### ***Национальная политика и стратегии по контролю над алкогольной продукцией***

Существует ряд действенных и экономически эффективных вариантов политики, направленных на сокращение потребления алкоголя, в частности потребления в больших количествах. К ним относятся так называемые «наиболее выгодные меры» («best buys»), заключающиеся в повышении цен на алкоголь посредством налоговой политики (в случае, если в стране нет проблем с большим потреблением неучтенного алкоголя), введении ограничений на доступность, а также запрета на маркетинг и рекламу (Shield et al., 2016). Целью, оправданной с точки зрения здоровья, является сокращение общего уровня потребления алкоголя среди населения. Алкогольная промышленность решительно выступает против этих мер, отдавая предпочтение отдельным мерам, ориентированным на лиц, злоупотребляющих алкоголем (многие из которых имеют сопутствующие проблемы, требующие решения), и в значительной степени неэффективным образовательным мерам.

Повышение информированности о тактиках, применяемых производителями алкогольной промышленности, стимулировало обмен идеями о возможных мерах политики во многих европейских странах (Anderson and Baumberg, 2006). Непосредственно после окончания Второй мировой войны в Норвегии, Швеции и Финляндии, в которых на протяжении многих лет наблюдались

очень серьезные проблемы в области потребления алкоголя населением, при этом поддерживались идеи отказа от алкогольных напитков, были приняты наиболее строгие меры политики в отношении алкоголя (по шкале Европейского сравнительного исследования по алкоголю (ECAS)), при этом физическая доступность алкоголя жестко контролировалась, в частности с помощью монополий и нормирования потребления. В Южной Европе, напротив, политика в отношении алкоголя практически не проводилась, а страны, находящиеся по шкале политики между ними, уделяли основное внимание мерам по введению лицензионных ограничений.

К концу XX века почти все страны усилили свою политику по контролю над алкогольной продукцией, основываясь на соображениях медицинского или социального характера, причем наиболее ощутимые изменения были проведены во Франции и Испании. Единственным исключением стала Финляндия (Норвегия и Швеция также в некоторой степени спустились ниже по шкале ECAS), где традиционные монополии были сокращены, а некоторые другие ограничения ослаблены, как было отмечено выше.

Тем не менее политика в области контроля над алкогольной продукцией по-прежнему существенно различается по таким важным аспектам, как возрастные ограничения, наличие монополий, налоги, ограничения на рекламу и правила в отношении вождения в нетрезвом виде (таблица 3.2).

### **Роль организаций общественного здравоохранения в области контроля над алкогольной продукцией в выбранных странах** ***Определение проблемы и признание ее актуальности***

Хотя только в двух из девяти стран, охваченных данным исследованием (Республика Молдова и Англия), на момент написания настоящей публикации (2017 г.) существовала отдельная стратегия в отношении алкоголя, все девять стран определили данную проблему в качестве приоритетного направления национальной политики в области здоровья. Отсутствие отдельной стратегии не всегда говорит о полном бездействии в этой области – это может свидетельствовать о наличии более последовательного, комплексного подхода к решению проблем зависимости. Например, Шведская стратегия в отношении алкоголя, наркотических средств, допинга и табака (ANDT) на 2011–2015 гг. охватывает сразу несколько целей в отношении алкоголя и наркотических средств, табака и допинга, которые ранее представляли собой отдельные цели.

Шведская стратегия представляет собой практически хрестоматийный пример стратегии в области общественного здравоохранения. Ее цель заключалась в выработке целостного взгляда на общие факторы, лежащие в основе возникновения проблем, и на их решение, а также в улучшении координации и сотрудничества между различными субъектами, участвующими в осуществлении стратегии (Министерство здравоохранения и социальных дел Швеции, 2011 г.). В стратегии учитываются аспекты общественного здравоохранения, а также международная политика в данной области. Она основывается на межсекторальном подходе и рассчитана на поддержку лиц на всех этапах их жизни включая в себя меры по первичной профилактике и реабилитации. Она направлена на ограничение физической доступности алкоголя (при поддержке полиции, таможи и при проведении контроля надлежащей продажи алкоголя в ресторанах и барах); предотвращение причинения вреда детям и молодежи и отсрочку приобщения к алкоголю, а также улучшение медицин-



**Таблица 3.2 Некоторые меры политики в отношении алкоголя в девяти странах**

	Минимальный возраст	Монополия <sup>а</sup> и лицензирование часы	Налоги (% от общей розничной цены 1 литра чистого спирта)	Реклама на национальном телевидении	Вожждение в нетрезвом виде
Германия	Вне помещения: 16 (П, В), 18 (К). В помещении: 16 (В, П), 8 (К).	Монополия: нет. Ограничения продаж вне помещения: нет.	Акцизный налог: да (К, В П); данных нет; НДС на алкоголь: 19.	Частичные ограничения по времени/каналам/контенту (К, В, П).	ДСАК: 0,05 (Н); не допускается (М, ПВ).
Италия	Вне помещения: нет (К, В, П). В помещении: 16 (К, В, П).	Монополия: нет. Ограничения продаж вне помещения: на плотность размещения торговых точек (К, В, П).	Акцизный налог: да (К, П); данных нет; НДС на алкоголь: 21.	Частичные ограничения по времени/каналам/контенту (К, В, П).	ДСАК: 0,05 (Н); не допускается (М, ПВ).
Нидерланды	Вне помещения: 16 (П, В), 18 (К). В помещении: 16 (П, В), 18 (К).	Монополия: нет. Ограничения продаж вне помещения: нет.	Акцизный налог: да (К, В, П); 29,5%; НДС на алкоголь: 19.	Частичные ограничения по времени/каналам (К, В, П).	ДСАК: 0,02 (М), 0,05 (Н, ПВ).
Польша	Вне помещения: 18 (К, В, П.) В помещении: 18 (К, В, П).	Монополия: нет. Ограничения продаж вне помещения: локализации (К, В, П).	Акцизный налог: да (К, В, П); 18,2%; НДС на алкоголь: 23.	Запрет (К, В); частичные ограничения по времени/каналам (П).	ДСАК: 0,02 (Н, М, ПВ).
Республика Молдова	Вне помещения: 18 (К, В, П). В помещении: 18 (К, В, П).	Монополия: да. Ограничения продаж вне помещения: локализации (В, К).	Акцизный налог: да (К, В, П); нет данных. НДС на алкоголь: 20.	Частичные ограничения по времени/каналам (К, В); нет ограничений (П <sup>б</sup> ).	ДСАК: 0,03 (Н, М, ПВ).
Словения	Вне помещения: 18 (К, В, П). В помещении: 18 (К, В, П).	Монополия: нет. Ограничения продаж вне помещения: часы, локализация (К, В, П).	Акцизный налог: да (К, В, П); 12,5%; НДС на алкоголь: 20.	Запрет (К); частичные ограничения по времени/каналам (В, П).	ДСАК: 0,05 (Н); не допускается (М, ПВ).
Соединенное Королевство	Вне помещения: 18 (К, В, П). В помещении: 18 (К, В, П).	Монополия: нет. Ограничения продаж вне помещения: на плотность размещения торговых точек (К, В, П).	Акцизный налог: да (К, В, П); 19,5%; НДС на алкоголь: 20.	Частичные ограничения по времени/каналам/контенту (К, В, П).	ДСАК: 0,08 (Н, М, ПВ).
Франция	Вне помещения: 18 (К, В, П). В помещении: 18 (К, В, П).	Монополия: нет. Ограничения продаж вне помещения: на плотность размещения торговых точек (К, В, П).	Акцизный налог: да (К, В, П); 5,7% НДС на алкоголь: 19,6.	Запрет (К, В, П).	ДСАК: 0,05 (Н, М, ПВ).
Швеция	Вне помещения: 16 (П, В), 18 (К). В помещении: 18 (К, В, П).	Монополия: да. Ограничения продаж вне помещения: дни (К, В, П), часы (К, В, П); на плотность размещения торговых точек (К, В, П).	Акцизный налог: да (К, В, П); 25,4%; НДС на алкоголь: 25.	Запрет (К, В, П).	ДСАК: 0,02 (Н, М, ПВ).

Источник: WHO GHO, 2016.

Примечания: К – крепкие спиртные напитки, В – вино, П – пиво; ДСАК – допустимое содержание алкоголя в крови; Н – население в целом; М – молодые/начинающие водители; ПВ – профессиональные водители/водители, работающие на коммерческих перевозках.

<sup>а</sup> Государственная монополия на розничную продажу.

<sup>б</sup> Министерство здравоохранения находится в процессе внесения изменений в законодательство о рекламе с целью включения в него полного запрета рекламы алкогольных напитков (отчет Республики Молдова о контроле над алкогольной продукцией, см. Онлайн-приложение).

ского обслуживания лиц, нуждающихся в медицинской и социальной помощи. Данная стратегия охватывает множество соответствующих субъектов на различных уровнях, причем ведущая роль на национальном уровне отводится организациям общественного здравоохранения. Она также предусматривает создание координационных механизмов на уровне округов и муниципалитетов. В рамках этой стратегии осуществляется план мониторинга и оценки, в том числе сопоставление и оценка на международном уровне.

Во всех странах, охваченным данным исследованием, ответственность за определение проблем и постановку задач в области контроля над алкогольной продукцией несет именно министерство здравоохранения (или аналогичный орган). В выполнении этой работы министерствам оказывают поддержку национальные, во многих случаях подведомственные учреждения, которые предоставляют соответствующую фактологическую базу посредством проведения мониторинга моделей потребления и соответствующих показателей общественного здоровья. Эти учреждения могут также предоставлять консультации по вопросам политики (например, Служба общественного здравоохранения Англии).

Существует несколько способов включения вопроса о последствиях употребления алкоголя для здоровья в повестку дня: например, путем публикации исследований научными организациями, информационно-просветительской деятельности НПО, а в некоторых случаях – путем освещения проблемы в средствах массовой информации. В Англии особое влияние оказал отчет о вреде, связанном с потреблением алкоголя, подготовленный по поручению Главного врача Англии. В данный отчет был включен ряд метаанализов, количественно определяющих взаимосвязь между алкоголем и целым рядом заболеваний. Анализ, показывающий, что любой уровень потребления алкоголя увеличивает риск развития рака, сыграл особенно важную роль, хотя это и побудило алкогольную промышленность (при содействии некоторых «мозговых центров» с крайне непрозрачным финансированием) подвергнуть отчет, а также деятельность самого врача (а также членов его семьи) продолжительной критике. Также весьма влиятельным было исследование, проведенное по заказу Министерства здравоохранения Англии. Оно было посвящено преимуществам установления минимальной цены за единицу продукции. Принятие подобной политики в Шотландии было встречено решительным противодействием со стороны производителей алкогольной продукции. Они инициировали судебный процесс против принимавшихся мер, что было интерпретировано как метод отсрочки реализации политики в 2018 г., при этом большинство комментаторов посчитали попытку отрасли применить европейское законодательство тщетной.

Определенную роль в данной области также могут сыграть международные организации (например, Европейская информационная сеть по наркотикам и наркомании во Франции, где в качестве координационного центра выступает Французская обсерватория по наркотикам и наркотической зависимости) или деятельность ВОЗ (например, Республика Молдова приступила к решению проблем здоровья, связанных с употреблением алкоголя, в 2011 г. после публикации доклада ВОЗ о положении дел в области алкоголя и здоровья, в котором Республика Молдова была определена как страна с самым высоким уровнем употребления алкоголя в мире).

На региональном и местном уровнях правительства (например, региональные органы власти в Италии, местные органы власти в Англии) или органы здравоохранения (например, региональные органы здравоохранения во Франции)

могут привлекать внимание к проблемам, связанным с потреблением алкоголя, или иным образом играть роль в определении национальной политической повестки дня (такую роль, например, играет Конференция правительства и регионов в Италии).

Организации здравоохранения могут играть определенную роль в оказании поддержки министерству здравоохранения в выявлении проблем и разработке политики. Зачастую данную деятельность осуществляют национальные учреждения общественного здравоохранения, что указывает на их значительный аналитический потенциал (например, Французский национальный институт профилактики и санитарного просвещения (INPES) и Национальный институт надзора за общественным здоровьем (InVS) во Франции; Национальный институт общественного здравоохранения в Словении; и Министерство здравоохранения и Служба общественного здравоохранения Англии), и/или национальные учреждения, уделяющие особое внимание проблемам алкогольной или иной зависимости (например, Французская обсерватория по проблемам наркотиков и зависимостям во Франции; Национальная обсерватория по проблемам алкоголя в Италии; Государственное агентство по предупреждению проблем, связанных с употреблением алкоголя в Польше (PARPA); и Комитет по проблемам алкоголя, наркотических средств, допинга и табака (ANDT) при Министерстве здравоохранения и социальных дел в Швеции). Их деятельность опирается на данные национальных статистических агентств. Тем не менее меры в данной области выходят за рамки деятельности формальных институциональных структур; несколько успешных инициатив было разработано преданными своему делу лицами, создавшими местные коалиции для осуществления действий. Так, в Кардиффе, столице Уэльса, работа по снижению вреда, связанного с потреблением алкоголя, ведется под руководством челюстно-лицевого хирурга, сотрудничающего с местным департаментом общественного здравоохранения, полицией, торговыми точками и другими учреждениями.

В рамках своей деятельности по мониторингу учреждения общественного здравоохранения должны предоставлять отчеты по соответствующим показателям в области общественного здоровья. Кроме того, в тех случаях, когда у них имеются необходимые для этого средства, они могут предлагать меры в области политики. Как было отмечено ранее, уровень, на котором ведется данная деятельность, зависит от административной структуры соответствующей страны, так – более активную роль регионы играют во Франции и Италии.

### ***Разработка мер политики***

Вовлеченность различных министерств в процесс разработки политики в отношении алкоголя будет зависеть от способа формулирования данного вопроса. Так, в странах, где производство алкоголя имеет важное значение (что в той или иной степени касается всех стран, рассматриваемых в данном издании), ведущую роль будут играть министерства сельского хозяйства или торговли. Министерства финансов возглавляют работу по налогообложению алкогольной продукции. Вред, связанный с потреблением алкоголя, особенно с насилием, которое может повлечь за собой чрезмерное употребление алкоголя, скорее всего, относится к компетенции министерств внутренних дел, в то время как вождение в нетрезвом виде также относится к компетенции министерств транспорта. Однако данный перечень не является исчерпывающим, и другие министерства (например, министерство образования) также могут быть заинтересованы в данном вопросе. В этих сложных условиях возникают

трудности с учетом мнения министерств здравоохранения, даже в том случае, если первоочередное внимание они уделяют проблемам со здоровьем, связанным с потреблением алкоголя, что делают далеко не все министерства. В прочих случаях могут существовать механизмы для улучшения координации, такие как Межминистерская миссия по борьбе с наркотиками и зависимостью во Франции или Межправительственная группа по безопасности дорожного движения в Словении. В состав таких механизмов могут также входить другие субъекты, такие как научные организации, академические круги, НПО, средства массовой информации, гражданские организации и т. д. Примеры такого сотрудничества представлены в Германии, Италии, Нидерландах и Республике Молдова (см. вставку 3.1).

### **Вставка 3.1** *Совместный подход к разработке политики в отношении алкоголя – примеры Германии и Италии*

В ряде стран, рассмотренных в настоящей главе, были выработаны прочные совместные подходы к разработке политики в отношении алкоголя. В Италии и Германии такое сотрудничество опирается на федеральные структуры этих стран. В Италии оно, по-видимому, также связано с необходимостью обеспечения согласованности между государственным и региональным уровнями, а также с подходом к политике в отношении алкоголя, состоящего из широкомасштабных стратегий, в реализации которых участвуют многие субъекты на разных правительственных уровнях (см. раздел «Реализация политики»).

В Италии взаимодействие в области разработки политики между различными уровнями управления (от национального до местного), а также между другими структурами, например НПО и исследовательскими организациями, обеспечивается в основном посредством официальных механизмов, которые регулируют деятельность двух национальных комитетов: Национальной платформы по вопросам питания, физической активности и потребления табака и (до 2010 г.) Национальной консультации по проблемам алкоголя и связанным с алкоголем проблемам. Оба этих комитета сыграли ключевую роль на начальном этапе осуществления новой политики в отношении алкоголя, поскольку они позволили объединить усилия представителей гражданского общества, научного сообщества, промышленности и членов ключевых учреждений. Платформа предоставляет площадку для определения межсекторальных стратегий и развития взаимодействия между всеми заинтересованными сторонами в соответствии с принципом «учет интересов здоровья во всех стратегиях». Председателем Платформы является министр здравоохранения, который каждые три года назначает ее членов.

В обязанности Национальной конференции входило сотрудничество с международными организациями, занимающимися вопросами потребления алкоголя и связанными с этим проблемами, а также выработка предложений и мнений для министров и региональных правительств. Национальная конференция также служила неформальным механизмом, способствовавшим проведению дискуссий между основными заинтересованными сторонами. Ее финансирование не было возобновлено в 2010 г., однако некоторые ассоциации недавно обратились с просьбой о ее возобновлении.

В Германии действует [Gesundheitsziele.de](http://Gesundheitsziele.de) ([health-target.de](http://health-target.de)) – ассоциация, первоначально возникшая в качестве совместного пилотного проекта Федерального министерства здравоохранения Германии и Ассоциации политики и исследований в области социального обеспечения (GVG) в 2000 г.

### **Вставка 3.1 (продолжение)**

С 2007 г. она является форумом, объединяющим более 120 организаций-членов и направленным на развитие процесса установления и достижения национальных целевых показателей в области здоровья. К числу членов ассоциации относятся федеральное правительство, федеральные земли, муниципальные объединения, государственные и частные организации медицинского страхования, организации пенсионного страхования, поставщики медицинских услуг, организации самопомощи и социального обеспечения и научно-исследовательские институты. Кроме того, один представитель Федеральной ассоциации врачей Службы общественного здравоохранения (BVÖGD) входит в состав комитета, который обсуждает все технические вопросы, связанные с национальными целевыми ориентирами в области здоровья, и вносит свой вклад в их разработку. Для выполнения конкретных задач комитет создает рабочие группы, которые оценивают научные основы соответствующей цели в области здравоохранения и формулируют конкретные задачи. Среди 33 членов рабочей группы по «Сокращению потребления алкоголя» два члена являлись представителями Службы общественного здравоохранения (ÖGD): один – представителем Управления здравоохранения в Кельне и Федеральной ассоциации врачей Службы общественного здравоохранения и один – представителем Управления здравоохранения федеральной земли Баден-Вюртемберг.

Комитет возглавлял директор Федерального центра просвещения в области здоровья. Таким образом, служба общественного здравоохранения активно участвует в формировании повестки дня в области контроля над алкогольной продукцией. Тем не менее степень влияния национального целевого ориентира в области здоровья на ситуацию на местном уровне в значительной степени зависит от местной повестки дня, от степени признания потребления алкоголя проблемой, а также от размера проектного финансирования, доступного для профилактики потребления алкоголя (см. раздел «Реализация политики»).

*Источник:* Отчеты по странам, см. Онлайн-приложение.

Во многих случаях алкогольная промышленность и ресторано-гостиничный бизнес также могут быть вовлечены в эту деятельность, иногда играя непропорционально важную роль. Даже будучи формально не вовлеченными в координационные структуры, они могут внести свой вклад в реализацию политики путем проведения консультаций или лоббирования (см. вставку 3.2). В данном контексте особого внимания заслуживает роль ресторано-гостиничного бизнеса. В одних случаях его торговые ассоциации действительно представляют интересы владельцев баров и ресторанов, а в других они фактически являются прикрытием для крупных производителей алкогольных напитков. Эти две роли особенно ярко особо четко можно проследить в Англии и Шотландии, где правила по установлению минимальной цены на единицу продукции могут по-разному повлиять на две отдельные торговые группы, и эта политика благоприятствует мелким розничным торговым точкам за счет снижения конкуренции со стороны крупных супермаркетов.

На региональном и местном уровнях органы власти, как правило, должны проводить реализацию национальной стратегии на местном уровне с учетом их специфики. В тех случаях, когда местные органы власти могут принимать на себя определенные полномочия, они могут сыграть более значительную роль в разработке политики. Так, в некоторых из рассматриваемых стран

местные органы власти могут наделяться полномочиями по введению местных нормативных актов (как, например, во Франции, Италии, Словении) или лоббированию национального правительства (например, лоббирование со стороны мэров городов в Нидерландах).

**Вставка 3.2** *Роль алкогольной промышленности в формировании политики – примеры из Соединенного Королевства и Республики Молдова*

Алкогольная промышленность и ресторанно-гостиничный бизнес сыграли значительную роль в процессе разработки политики в Соединенном Королевстве. The Portman Group (TPG) (Portman Group, 2018) является основанной и финансируемой алкогольной промышленностью организацией, которая якобы занимается содействием повышению социальной ответственности в отрасли, уделяя особое внимание ответственному маркетингу, нанесению маркировки и отражению интересов ее членов. The Portman Group стремится «к принятию на себя лидирующей роли в области передовой практики в сфере ответственного отношения к производству алкоголя» и «обеспечению сбалансированного понимания вопросов, связанных с потреблением алкоголя». Однако многие эксперты в данной области рассматривают деятельность организации как попытку алкогольной промышленности представить алкоголь как продукт, отличающийся от других видов наркотических веществ, и улучшить мнение общественности о нем. Кроме того, такой подход позволяет промышленности получить высокоуровневый доступ к государственным должностным лицам. В интервью журналу *The Grocer*, размышляя о роли, которую сыграла The Portman Group в разработке Белой книги Службы общественного здравоохранения «Выбор здоровья: легче выбрать здоровый образ жизни» («Choosing Health: Making healthy choices easier», 2004), один из представителей организации в области алкогольной промышленности сказал следующее: «The Portman Group была учреждена в качестве нашей страховки. Работа с различными конкурентами оказалась задачей не из легких, но создание организации, несомненно, принесло пользу всем нам. Белая книга не привнесла ничего нового. Мы уже на шаг вперед в большинстве областей» (Powerbase, 2018).

Когда минимальная цена за единицу продукции, предложенная в Англии в рамках стратегии борьбы с алкоголем 2012 г., была отклонена, политика в отношении алкоголя была преподнесена в качестве добровольного соглашения с промышленностью, получившего название «Соглашения об ответственности» (Responsibility Deal). Соглашение об ответственности было задумано как партнерство между правительством, промышленностью и организациями общественного здравоохранения с целью согласования мер, принимаемых со стороны промышленности, которое продемонстрировало бы их корпоративную социальную ответственность и содействовало бы охране здоровья. Был проведен всеобщий форум «Соглашение об ответственности» под председательством высокопоставленного государственного служащего, а также форумы, посвященные отдельным вопросам, рассматриваемым в рамках Соглашения об ответственности, таким как потребление алкоголя, питание, физическая активность и гигиена труда. Исследователям Лондонской школы гигиены и тропической медицины (LSHTM) было поручено провести оценку инициативы. Многие правозащитные организации в сфере общественного здравоохранения отказались от участия в Соглашении об ответственности, и еще больше членов покинули инициативу в 2013 г., когда стало ясно, что обязательства правительства по законодательному закреплению минимальной цены за единицу алко-

### **Вставка 3.2** (продолжение)

гольной продукции были проигнорированы, и что эти и другие значимые меры, принимаемые правительством, сталкиваются с закулисным лоббированием со стороны промышленности. К 2016 г. основными участниками группы по вопросам потребления алкоголя являлись представители индустрии, за исключением «Addaction» – благотворительной организации, занимающейся лечением наркотической и алкогольной зависимости и получающей финансирование от промышленности, неправительственной организации «Mentor UK», занимающейся профилактикой наркотической и алкогольной зависимости среди детей и молодежи, а также Ассоциации старших офицеров полиции. Одна из идей Соглашения об ответственности заключалась в том, что меры вмешательства могут приниматься в течение срока полномочий одного парламента. Этого не произошло, и промышленность успешно отсрочила принятие эффективных мер, таких как корректировка законодательства, налогообложения и регулирования.

Алкогольная промышленность в Республике Молдова вносит значительный вклад в национальную экономику, составляя около 7% от национального промышленного производства (по сравнению с приблизительно 20% в 2003–2006 гг.; спад в значительной степени является результатом эмбарго, введенного Российской Федерацией с 2006 г.). Хотя алкогольная промышленность до сих пор не принимает непосредственного участия в формировании политики, министерство экономики оказывает влияние на поддержку бизнес-среды, в том числе алкогольной промышленности. Даже меры по увеличению акцизного налога, сокращению доступности алкогольных напитков и ограничений на рекламу, которые доказали свою эффективность в снижении потребления алкоголя, находятся под влиянием алкогольной промышленности. В результате некоторые решения в отношении политики контроля над алкогольной продукцией принимаются на основе компромиссов. Например, ограничение на продажу алкогольных напитков в розничных магазинах с 22:00 до 08:00 не распространялось на бары, клубы и рестораны.

Алкогольная промышленность обладает мощным влиянием, однако у Министерства здравоохранения есть сильные союзники, которые продвигают и поддерживают его политику контроля над алкогольной продукцией: Министерство внутренних дел, Министерство образования, Министерство по делам молодежи и спорта, Министерство социальной защиты, труда и семьи. В 2011 г. Министерство здравоохранения инициировало обсуждение проблемы вредного употребления алкоголя как фактора риска, оказывающего серьезное влияние на здоровье населения. Министерство воспользовалось глобальным докладом о положении дел в области алкоголя и здоровья (2011 г.) в качестве «окна возможностей» для предложения стратегии в отношении алкоголя. Приглашение к участию и вовлечение в разработку политики других органов, ответственных за политику контроля над алкогольной продукцией, гарантировало широкое одобрение Национальной программы по контролю над потреблением алкогольной продукции.

*Источник:* Отчеты по странам, см. Онлайн-приложение.

### **Принятие решений**

Решения на национальном уровне также принимаются в соответствии с административной структурой соответствующей страны, при этом законодательство разрабатывается в национальных парламентах или, в некоторых случаях, региональными ассамблеями. В некоторых странах легитимация

принятия мер политики может дополнительно осуществляться по запросам национальных комитетов, представляющих различные заинтересованные стороны (например, при поддержке Национальной платформы по вопросам питания, физической активности и потребления табака в Италии), или экспертных комитетов (Швеция), посредством оценки регулятивного воздействия (как, например, в Республике Молдова, в отношении мер политики, оказывающих воздействие на производителей алкоголя и бизнес-среду), или через процесс общественных консультаций (Польша, Словения). Легитимация, как правило, проводится на национальном уровне и, в меньшей степени, на региональном или местном уровне, где национальная политика обычно просто переносится на местный уровень.

Организации общественного здравоохранения могут внести свой вклад в принятие решений в законодательной и нормативной сферах. В Германии данный процесс осуществляется посредством проведения региональных или местных конференций по здравоохранению или путем предоставления экспертных заключений, в то время как Словения привлекла членов Национального института общественного здравоохранения, которые, будучи приглашенными гостями на парламентских слушаниях, представили экспертные заключения, а Италия создала Национальную платформу по питанию, физической активности и потреблению табака.

### ***Реализация политики***

Ответственность за реализацию политики в значительной степени лежит на соответствующих министерствах, которые могут делегировать эту ответственность подведомственному учреждению и/или другому органу, и/или региональным или местным органам власти, в зависимости от административной структуры страны.

Ключевой проблемой для реализации стратегий в отношении алкоголя в странах, включенных в данное исследование, является нехватка целевых ресурсов. В последние годы местные и региональные органы власти в Англии и Италии сталкиваются со значительными сокращениями финансирования. Передача вопросов общественного здравоохранения в ведение местных органов власти привела к появлению еще одной проблемы: действия, направленные на борьбу с вредом, связанным с потреблением алкоголя, могут рассматриваться как проблема, влияющая на стоимость услуг здравоохранения, и поэтому должны рассматриваться уполномоченными Национальной службы здравоохранения, а не местными органами власти. Кроме того, в Англии бюджеты полиции были значительно сокращены, что, вероятно, отразится на соблюдении законов о вождении в нетрезвом виде. В Италии последствия сокращения финансирования уже оказали свое влияние: в 2010 г. Национальная консультация по проблемам, связанным с алкоголем, была упразднена, в то время как средства, выделенные на предотвращение вреда, связанного с потреблением алкоголя, включая контроль полицией за соблюдением законов о вождении в нетрезвом виде, были значительно меньше максимальной суммы, допускаемой различными законами. В Республике Молдова в период 2012–2015 гг. не было выделено средств на выполнение Программы по контролю над алкогольной продукцией. Все мероприятия должны были проводиться в рамках существующих бюджетов соответствующих органов власти. В Германии, где контроль над алкогольной продукцией формально не входит в повестку дня местных организаций общественного здравоохранения, конкуренция за финансирование проектов между различными субъектами, осу-



ществляющими проведение профилактических мер, усложняет процесс их финансирования.

Организации общественного здравоохранения могут играть определенную роль в реализации политики. Министерства здравоохранения передают данную ответственность национальному агентству общественного здравоохранения, другой национальной структуре (как, например, в Польше, Республике Молдова, Словении, Франции, Швеции), так и региональным/местным органам власти (как, например, в Англии, Германии, Италии, Нидерландах, Республике Молдова, Франции, Швеции). Роль организаций общественного здравоохранения на местном уровне, а, следовательно, и реализация политики, кажется, слабее в Германии (вставка 3.3) и Республике Молдова. В основном это связано с отсутствием потенциала, конкуренцией за финансирование и местными приоритетами.

### **Мониторинг и оценка**

Национальные учреждения общественного здравоохранения могут играть определенную роль в мониторинге данных в области здоровья (при сотрудничестве с национальными статистическими управлениями, а иногда и с привлечением других организаций<sup>2</sup>). Сбор данных о продаже алкогольной продукции также осуществляется статистическими организациями. Впоследствии данная информация используется в национальных счетах финансов и торговли. Однако степень, в которой эти меры охватывают незаконное или кустарное производство и торговлю, имеющие важное значение в некоторых странах, варьируется.

Несмотря на наличие обоснованных данных о потреблении алкоголя и его влиянии на здоровье, информации о реализации политики, как правило, гораздо меньше. Из девяти изученных стран только Республика Молдова сообщила о проведении мониторинга и оценки своей национальной программы, что стало возможно благодаря поддержке ВОЗ, предоставляемой в связи с отсутствием необходимого потенциала в стране. Отсутствие потенциала также указывается в качестве причины отсутствия механизма регулярного мониторинга и оценки в Германии. Представляется, что только в Италии, Швеции и Польше предпринимается больше усилий в области оценки и мониторинга своих национальных программ. Однако в Италии и Польше основное внимание уделяется отслеживанию мероприятий, осуществляемых в рамках программ, и только в Швеции проводится фактическая оценка осуществленных мер.

Мониторинг показателей общественного здравоохранения является ключевой задачей организаций общественного здравоохранения в большинстве стран. Но и в этом случае существуют заметные исключения, основной причиной которых является недостаточный потенциал. В Германии ограниченность потенциала служб общественного здравоохранения означает, что мониторинг и оценка не осуществляются на регулярной основе в рамках организаций общественного здравоохранения, за исключением тех случаев, когда они участвуют в конкретных исследовательских проектах. В Республике Молдова возможности мониторинга, которыми располагает Министерство здравоохранения, обеспечиваются за счет поддержки со стороны ВОЗ.

---

<sup>2</sup> Например в Италии сбор данных осуществляется в основном Национальной обсерваторией по проблемам алкоголя и Национальным институтом статистики (ISTAT), однако также используются данные из других источников, таких как институты общественного здравоохранения в университетах.

### **Вставка 3.3** Роль организаций общественного здравоохранения на местном уровне в Германии

В Германии роль местных организаций общественного здравоохранения в реализации политики ограничивается разработкой и осуществлением некоторых местных проектов или участием в местных мероприятиях. Однако основными действующими сторонами в этой области являются не местные организации общественного здравоохранения, а школы, молодежные клубы, социальные работники и молодежные центры. Контроль над алкогольной продукцией не является одной из основных задач местных организаций общественного здравоохранения в Германии и, следовательно, конкретно не отражен в их повестке дня. Лишь немногие (как правило, от одного до трех) сотрудники местной службы общественного здравоохранения, например, социальные работники, медицинские работники или младшие медико-социальные работники, отвечают за реализацию проектов по профилактике потребления алкоголя, если они получают одобрение руководителя ведомства или местного управления общественного здравоохранения.

Конкуренция за финансирование проектов между различными субъектами, осуществляющими профилактические мероприятия, усложняет финансирование этих мероприятий (в отличие от мер по борьбе с кризисными ситуациями или медицинских обследований, проводимых местными службами охраны здоровья детей и молодежи). Это приводит к практически полному отсутствию координации. Доминирующая модель в области профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни включает в себя множество нескоординированных небольших проектов, которые зачастую не имеют четкой концепции или целей. Кроме того, они не подвергаются мониторингу или оценке, не могут предоставить никаких данных о результатах, а иногда даже о количестве охваченного населения.

«Конкурс в области профилактики наркомании» был попыткой улучшить качество и воздействие этих профилактических мер, однако эта попытка не увенчалась успехом. Если местные конференции по вопросам здравоохранения или так называемые советы по профилактике определяют потребление алкоголя в качестве важнейшей местной проблемы и внесут ее в повестку дня муниципалитета (нарушения Закона о защите молодежи или случаи злоупотребления алкоголем являются административными правонарушениями), то они смогут побудить местные заинтересованные стороны к проведению профилактических мероприятий. Местные службы здравоохранения могли бы затем взять на себя руководство некоторыми информационными мероприятиями и небольшими проектами в школах и молодежных центрах. Однако в целом полномочия и влияние государственных учреждений общественного здравоохранения по отношению к другим ключевым субъектам, как правило, являются довольно слабыми.

Уполномоченные лица и консультационные центры по борьбе с наркоманией более профессионально занимаются этим вопросом. Проблемами детей и подростков, связанными с потреблением алкоголя, занимаются местные службы по делам молодежи и полиция. В некоторых случаях могут понадобиться службы психиатрической и социальной помощи.

*Источник:* Отчет по стране, см. Онлайн-приложение.

### **Выводы и перспективы**

Во всех странах, охваченных настоящим исследованием, организациям здравоохранения трудно добиться того, чтобы их мнение учитывалось в дискуссиях по вопросам политики в отношении потребления алкоголя. Отчасти это указывает на участие многих других министерств в различных аспектах алкогольной политики. Тем не менее данный факт свидетельствует о том, что лидеры в области общественного здравоохранения не смогли включить вопрос о влиянии алкоголя на здоровье в повестку дня всего правительства (за некоторыми исключениями, такими как Англия). Степень вовлеченности организаций общественного здравоохранения варьируется в зависимости от этапов политического цикла (таблица 3.3). Организации общественного здравоохранения, как правило, играют более активную роль в мониторинге таких показателей, как уровень потребления алкоголя или смертность и заболеваемость, связанные с потреблением алкоголя (при этом сбор данных зачастую осуществляется статистическими и другими учреждениями). Организации общественного здравоохранения могут также играть определенную роль в выявлении проблем и разработке политики. В некоторых странах они также могут оказать определенное влияние на процесс реализации политики. Однако они играют незначительную роль в оценке действующей политики, главным исключением является Швеция.

Некоторым странам удалось добиться определенного прогресса в разработке межсекторальных и совместных подходов к разработке политики в отношении потребления алкоголя с участием учреждений общественного здравоохранения. Некоторые страны (например, Англия или Нидерланды) заручились поддержкой частного сектора (примером являются государственно-частные партнерства или сети в Нидерландах), однако это позволило производителям алкогольной продукции снизить эффективность принимаемых мер. Кроме того, алкогольная промышленность оказывает скрытое воздействие на разработку политики, особенно в странах, где она играет большую роль в национальной экономике, например в Республике Молдова. Однако даже в таких случаях стратегические меры со стороны Министерства здравоохранения могут способствовать продвижению повестки дня и открытию новых инструментов политики для организаций, отстаивающих интересы общественного здоровья.

Заключительный вывод касается наличия самостоятельной политики в отношении потребления алкоголя. Примечательно, что они отсутствуют в большинстве стран, охваченных настоящим исследованием. Однако это не означает, что данный вопрос не рассматривается вообще. Политика в отношении потребления алкоголя может быть включена в более широкие стратегии, как, например, в Швеции, где была принята стратегия по борьбе с алкоголем, наркотическими средствами, допингом и табаком. С точки зрения общественного здравоохранения наиболее важными вопросами являются надлежащее финансирование и реализация стратегий или мер политики. Именно в данной области имеются большие возможности для совершенствования.

**Таблица 3.3 Роль организаций общественного здравоохранения в процессах, связанных с политикой в отношении алкоголя**

	Определение проблем	Разработка политики	Принятие решений	Реализация политики	Мониторинг и оценка
Англия	++ (Н – национальные агентства ОЗ); + (М – местные органы управления).	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	—	+ (М – Совет по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, агентства ОЗ).	+++ (мониторинг).
Германия	++ (Н – национальные агентства ОЗ); + (Р – министерства здравоохранения правительств земель).	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	+ (Р/М – региональные или местные конференции в области ОЗ).	+ (М – местные службы общественного здравоохранения).	+ (мониторинг).
Италия	++ (Н, МН – национальные агентства ОЗ; Р – региональные департаменты здравоохранения региональных правительств).	++ (Н – национальные агентства ОЗ; Р – региональные департаменты здравоохранения региональных правительств).	+ (Н – Национальная платформа по вопросам питания, физической активности и потребления табака).	++ (Н – национальные агентства ОЗ; Р – региональные департаменты здравоохранения; М – местные органы здравоохранения).	+++ (мониторинг).
Нидерланды	н/п	++ (Н – национальные агентства ОЗ); + (М – муниципалитеты)	н/п	++ (М – муниципалитеты).	+++ (мониторинг).
Польша	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	+ (Н – посредством консультаций с общественностью).	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	+++ (мониторинг).
Республика Молдова	++ (Н – национальные агентства ОЗ и эксперты).	++ (Н – национальные агентства ОЗ); + (М – районные центры общественного здоровья).	—	- (М – районные советы).	+ (мониторинг и оценка).
Словения	+++ (Н – национальные институт ОЗ).	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	+ (Н – посредством консультаций с общественностью).	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	+++ (мониторинг).
Франция	++ (Н, МН – национальные агентства ОЗ; Р – региональные учреждения здравоохранения).	++ (Н – национальные агентства ОЗ; Р – региональные учреждения здравоохранения).	н/п	++ (Н – национальные агентства ОЗ; Р – региональные агентства ОЗ).	+++ (мониторинг).
Швеция	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	++ (Н – национальные агентства ОЗ).	—	++ (Н – национальные агентства ОЗ, М – окружные административные советы, муниципалитеты).	+++ (мониторинг и оценка).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, (2018); Европейский портал информации здравоохранения [база данных онлайн], по состоянию на 6 сентября 2021 г.

Примечания: н/д – нет данных; а) маркетинг продуктов питания, который подпадает под иные ограничения, нежели те, которые действуют в отношении продуктов/напитков категории HFSS, с учетом положительного воздействия маркетинга/спонсорства.

## Библиография

- Anderson P, Baumberg B (2006). Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies. ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf), accessed 8 June 2018).
- Anderson P, Møller L, Galea G (2012). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- McCambridge J, Daube M, McKee M (2018). The Brussels Declaration: A vehicle for the advancement of tobacco and alcohol industry interests at the science/policy interface? *Tob Control*.
- Portman Group (2018). Portman Group: Leading responsible alcohol standards [website]. London: Portman Group. (<http://www.portmangroup.org.uk>, accessed 18 June 2018).
- Powerbase (2018). Public Interest Investigations [website]. The Portman Group. Powerbase. ([http://www.powerbase.info/index.php/Portman\\_Group](http://www.powerbase.info/index.php/Portman_Group), accessed 12 June 2018).
- Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, per il Gruppo di Lavoro CSDA (2013). Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2013. [Эпидемиология и мониторинг потребления алкоголя в Италии и ее регионах. Оценка воздействия потребления алкоголя, проведенная Национальной обсерваторией по проблемам алкоголя в связи с реализацией Национального плана действий в отношении алкоголя и здоровья. Отчет 2013 г.]. Roma: Istituto Superiore di Sanità; Rapporti ISTISAN 13/3.
- Shield KD, Kehoe TK, Gmel G, Rehm MX, Rehm J (2012). Societal burden of alcohol. In Anderson P, Møller L, Galea G eds. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf), accessed 8 June 2018).
- Shield KD, Rylett M, Rehm J (2016). Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Swedish Ministry of Health and Social Affairs (2011). A cohesive strategy for Alcohol, Narcotic Drugs, Doping And Tobacco (ANDT) policy. A summarized version of Government Bill 2010/11:47. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs. (<http://www.government.se/contentassets/0e3caf84b1ff4a038ec70c3c9c4db2ac/a-cohesive-strategy-for-alcohol-narcotic-drugs-doping-and-tobacco-andt-policy.-s.2011.02>, accessed 8 June 2018).
- ВОЗ (2016). Здоровье для всех [онлайн база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/>, по состоянию на 13 сентября 2021 г.).
- WHO (2011). Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization. ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf), accessed 8 June 2018).
- WHO (2016). Web appendices for public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/322186/Web-appendices-public-health-successes-missed-opportunities.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/322186/Web-appendices-public-health-successes-missed-opportunities.pdf?ua=1), accessed 8 June 2018).
- WHO GHO (2016). Global Health Observatory data repository. Global Information System on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization. (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?lang=en>, accessed 8 June 2018).

## Устойчивость к противомикробным препаратам

*Saskia Nahrgang, Ellen Nolte, Bernd Rechel*

### Введение

Устойчивость к противомикробным препаратам (УПП) все шире признается в качестве серьезной глобальной угрозы общественному здоровью, о чем свидетельствуют политические инициативы высокого уровня, такие как Трансатлантическая целевая группа по неотложной проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (TATFAR), Глобальное партнерство в области устойчивости к противомикробным препаратам (GARP), Глобальная повестка дня в области безопасности здоровья (GHSA), Объединенная программная инициатива в области устойчивости к противомикробным препаратам (JPIAMR), а также политическая приверженность делу борьбы с УПП на глобальном уровне, подтвержденная Организацией Объединенных Наций в 2016 г. (Mushtaq, 2016; ВОЗ, 2015; ВОЗ, 2011).

Устойчивость к противомикробным препаратам сравнивают с изменением климата, поскольку она также является общемировой проблемой, выходящей за пределы границ одной страны, однако принятие национальных и местных мер позволит непосредственно добиться положительных результатов на местном уровне. По оценкам, во всем мире ежегодно около 700 тыс. человек умирают от устойчивых инфекций, а к 2050 г. в результате роста числа устойчивых к лекарственным препаратам инфекций ежегодно будут подвергаться риску около 10 млн жизней (O'Neill, 2016). По оценкам, в 2007 г. экономическое бремя, лежащее на ЕС, Исландии и Норвегии, превышало 1,5 млрд евро в год (ECDC, 2009). Источником проблемы являются несколько секторов, в которых также требуется принять эффективные меры: в их число входят, например, здравоохранение и ветеринария, сельское хозяйство и окружающая среда в целом, в том числе различные (порой конкурирующие) юрисдикции, службы и учреждения общественного здравоохранения. Данные Европейской сети эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам (EARS-Net) и Сети по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам в Восточной Европе и Центральной Азии (CAESAR) (вставка 4.1) показывают, что проблема устойчивости к противомикробным препаратам широко распространена в Европейском регионе ВОЗ.

УПП возникает в том случае, когда противомикробные препараты (в первую очередь антибиотики), а также противовирусные, противогрибковые и противопаразитарные лекарственные средства (такие как противомаларийные препараты) становятся неэффективными при лечении инфекций, что позволяет любым микробам, ставшим устойчивыми к используемому препарату – либо вследствие спонтанной мутации, либо вследствие переноса генетического материала от других микробов через плазмиды – развиваться и распространяться. Данный процесс стимулируется широким применением противомикробных препаратов, особенно в животноводстве, а также следованием неоптимальным режимам лечения. Проблема усугубляется недостатком

новых противомикробных препаратов, что является следствием доминирующей модели открытия и разработки лекарственных средств. С коммерческой точки зрения идеальным препаратом является тот, который будет использоваться значительным количеством людей, которые будут принимать его на протяжении всей жизни. В качестве примера можно привести препараты для лечения гипертонии или астмы. Такие препараты могут приносить большую прибыль. Однако производители располагают лишь ограниченным периодом времени для получения прибыли со своих инвестиций, поскольку в конечном итоге срок действия их патентной защиты истекает. Их задача состоит в том, чтобы успеть продать как можно больше за этот период. Очевидно, данная модель не применима по отношению к редким заболеваниям, поэтому правительства (в том числе и Европейский союз) разработали варианты стандартной модели для таких лекарственных препаратов (называемых «орфанными»), что позволяет обеспечить им более длительную патентную защиту. Однако это не решает проблему с противомикробными препаратами. Чем больше лекарственных препаратов продается за короткое время, тем выше вероятность возникновения устойчивости к ним. При широком распространении устойчивости к препарату его патентная защита теряет смысл. Следовательно, данные продукты крайне непривлекательны для фармацевтической промышленности, и она сконцентрировала свое внимание на таком средстве борьбы с инфекционными заболеваниями, как вакцины, поскольку они предоставляют более надежные каналы поступления доходов. Альтернативным подходом, который был успешно применен в отношении так называемых забытых тропических болезней, было участие в государственно-частных партнерствах, в рамках которых производители получали гарантированную, но ограниченную отдачу от своих инвестиций. Они понимали, что даже в отношении коммерчески успешных лекарств большая часть лежащих в их основе фундаментальных исследований проводилась в финансируемых государством университетских лабораториях и за счет государственных грантов на проведение научных исследований. В связи с неотложным характером ситуации в последнее издание перечня ВОЗ основных лекарственных средств (2017 г.) были внесены важнейшие изменения. Антибиотики, используемые для лечения 21 наиболее распространенной инфекции, в настоящее время сгруппированы по трем категориям – «доступ», «наблюдение» и «резерв», с рекомендациями о том, в каких случаях следует использовать каждую категорию.

Национальные стратегии по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам различаются по охвату, объему и масштабам (WHO, 2015). Это отчасти отражает сложность разработки и реализации политики в различных секторах, но, что более важно, это также указывает на различия в политических и нормативных контекстах и приоритетах, ресурсах, инфраструктуре и потенциале систем здравоохранения, среди прочих факторов (Dar et al., 2016). Таким образом, высокие уровни УПП и модели неправильного и чрезмерного использования антибиотиков связаны с недостатками в предоставлении медицинских услуг, неудовлетворительной практикой профилактики и борьбы с инфекциями и отсутствием всеобщего охвата услугами здравоохранения (Alsan et al., 2015). Деятельность, в рамках которой изучались национальные меры реагирования на УПП, до настоящего времени была сосредоточена на компонентах, считающихся ключевыми для эффективного решения проблемы устойчивости к противомикробным препаратам, таких как межсекторальность, эпиднадзор и мониторинг, профилактика УПП и контроль за противомикробными препаратами, стратегическое руководство,

повышение осведомленности и просвещение (WHO, 2015), а также финансовая устойчивость (Cecchini et al., 2015). Данная глава посвящена непосредственно рассмотрению роли организаций общественного здравоохранения в разработке и реализации политики в области УПП в европейских странах.

### **Масштаб проблемы**

В Европе уровни устойчивости к антибиотикам варьируются, при этом в странах на севере и западе Региона зарегистрированы более низкие уровни, в то время как на юге и на востоке, как правило, отмечаются более высокие уровни устойчивости. Подробный анализ бремени устойчивости к противомикробным препаратам в Европе выходит за рамки данной главы. Вместо этого мы сосредоточим внимание на ряде отдельных показателей, чтобы проиллюстрировать различия в пределах Региона (см. также вставку 4.1), выделив, в частности, те страны, которые подверглись углубленному анализу (см. Страновые отчеты в Онлайн-приложении).

На рис. 4.1 показаны региональные различия в устойчивости *Staphylococcus aureus* – распространенной причины тяжелых инфекций в медицинских учреждениях и местных сообществах – к метициллину (*Staphylococcus aureus*, устойчивый к метициллину (MRSA)) (панель А), и устойчивость кишечной палочки *Escherichia coli* к цефалоспорином третьего поколения (панель В). MRSA относится к антибиотикорезистентным патогенным микроорганизмам, которые, по общему признанию, представляют собой неотложную или серьезную угрозу здоровью человека (CDC, 2013); сюда же относятся устойчивые энтеробактерии, такие как *Klebsiella pneumoniae* (основная причина внутрибольничных инфекций, например пневмонии), бактерии, устойчивые к карбапенемам (Enterobacteriaceae, устойчивые к карбапенемам (CRE)), и такие бактерии, как *Escherichia coli*, устойчивые к широкому спектру пенициллинов и цефалоспоринов. MRSA недавно был включен в список высокоприоритетных (приоритет 2) патогенов, в отношении которых необходимы исследования и разработка новых антибиотиков. Устойчивые к карбапенемам Enterobacteriaceae, в свою очередь, были включены в список критически важных (приоритет 1) (WHO, 2017).

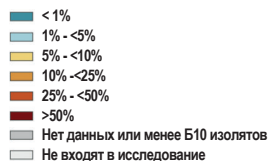
Хотя эти результаты не являются в полной мере сопоставимыми, результаты подтверждают данными 2016 г. о самооценке использования антибиотиков жителями 37 европейских стран. (European Commission, 2016d). Среди государств-членов ЕС около трети (34%) респондентов сообщили об использовании антибиотиков за последние 12 месяцев, при этом самые низкие показатели наблюдались в Нидерландах и Швеции – около одной пятой, за ними следуют Германия, Словения и Польша – от 23% до 28%, а наиболее высокие уровни отмечены в Великобритании – до 35%, Франции – 39% и Италии – 43%. Уровень использования антибиотиков, о котором сообщают сами респонденты в Италии, уступает показателям Испании и Мальты, где почти половина респондентов (47–48%) сообщили, что использовали антибиотики в течение предыдущих 12 месяцев.

Аналогичным образом, значительные различия наблюдаются в использовании противомикробных препаратов в ветеринарном секторе, о чем свидетельствуют данные о продажах, собранные по 26 странам в рамках проекта Европейской сети по надзору за потреблением ветеринарных противомикробных препаратов (ESVAC) (European Medicines Agency, 2015). Проект позволил установить, что в 2015 г. продажи ветеринарных противомикробных препаратов (скорректированные по популяциям животных) в рассмотренных странах варьировались, при этом особенно низкие объемы (выраженные в

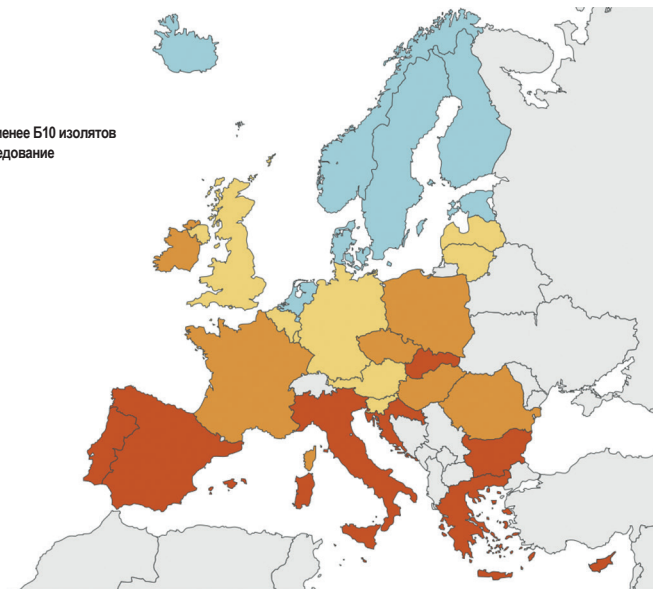
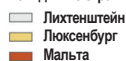


**Рис. 4.1** Доля инвазивных изолятов *S. aureus* с устойчивостью к метициллину (MRSA) (A) и доля инвазивных изолятов *E. coli* с устойчивостью к цефалоспорином третьего поколения (B) в разбивке по странам, страны ЕС/ЕЭЗ, 2016 г.

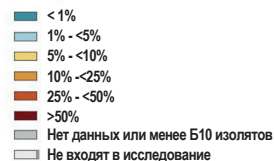
A



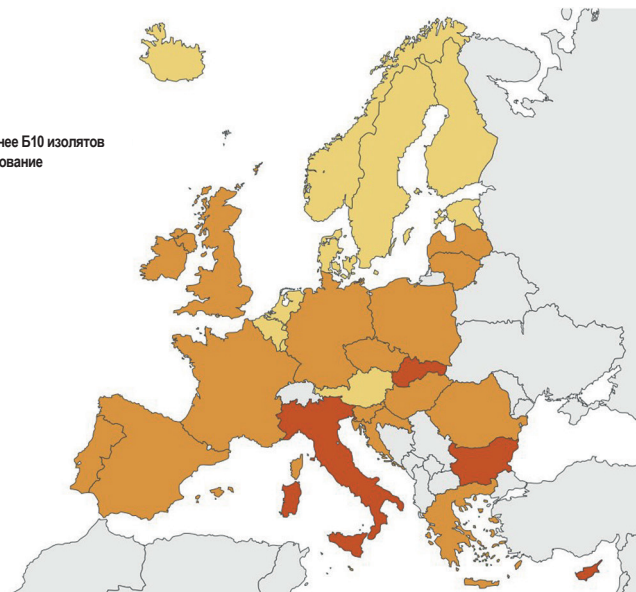
Невидимые страны



B



Невидимые страны



Источник: ECDC, 2017.

*Примечание:* данные уровня В: эти данные дают представление о моделях устойчивости в больницах в стране/регионе, но к интерпретации степени устойчивости следует подходить с осторожностью. Необходимы улучшения для достижения более достоверной оценки масштабов и тенденций УПП в стране/регионе.

#### **Вставка 4.1** *Данные эпиднадзора за УПП в Европе*

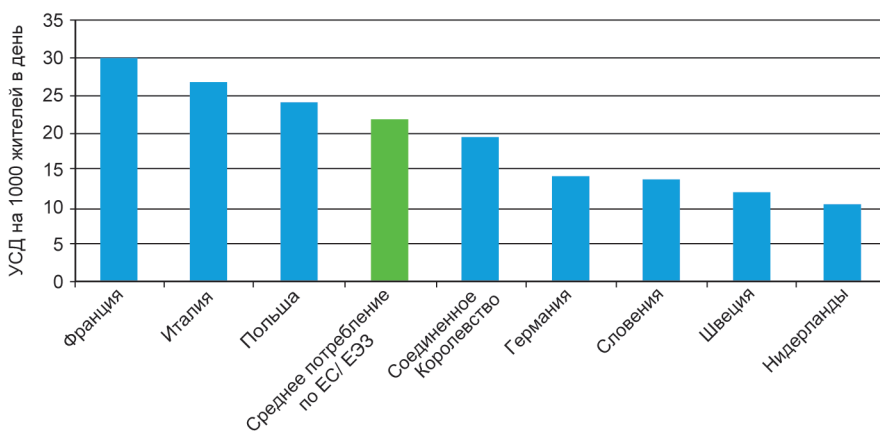
Сбор данных об устойчивости к противомикробным препаратам и их потреблении в Европейском союзе осуществляется Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC). ECDC располагает крупнейшими европейскими сетями эпиднадзора за УПП. EARS-Net – это сеть национальных инициатив по эпиднадзору в ЕС-28, а также Норвегии и Исландии, которая предоставляет справочные данные по Европе об устойчивости к противомикробным препаратам с акцентом на семь приоритетных патогенов, которые рассматриваются как представляющие собой угрозу для здоровья человека или предмет серьезной озабоченности (ECDC, 2015). С 2012 г. функционирует совместимая система, охватывающая страны Европейского региона ВОЗ (Сеть по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам в Восточной Европе и Центральной Азии (CAESAR)). В обеих системах национальную сеть на европейском уровне представляет назначенный страновой координатор. ESAC-Net (ранее ESAC) представляет собой общеевропейскую сеть национальных систем эпиднадзора, которая предоставляет справочные данные по Европе об использовании противомикробных препаратов в местных сообществах и больницах. Она охватывает страны ЕС и Европейской экономической зоны/Европейской ассоциации свободной торговли (ЕЭЗ/ЕАСТ) (ECDC, 2016a). Совместимой системой, охватывающей Европейский регион ВОЗ, является сеть ВОЗ по потреблению противомикробных препаратов (WHO AMC), которая оказывает помощь странам с 2011 г. HAI-Net предоставляет справочные данные по Европе о внутрибольничных инфекциях, а также о противомикробных препаратах с использованием обследования точечной распространенности инфекций в больницах неотложной помощи в Европе (ECDC, 2016b).

Наблюдаемые вариации отражают различия между странами в использовании противомикробных препаратов (как у людей, так и у животных), эффективности инфекционного контроля и моделях использования в системе здравоохранения (ECDC, 2015a). Например, на рис. 4.2 показаны уровни потребления антибактериальных препаратов в местных сообществах (т. е. за пределами медицинских организаций) в 2014 г. в восьми из девяти стран, охваченных исследованием. Статистика свидетельствует о значительных различиях в потреблении: показатели Нидерландов, которые в 2014 г. сообщили о самых низких уровнях потребления (чуть более 10 установленных суточных доз (УСД) на 1000 жителей в день), в три раза ниже показателей Италии и Франции, сообщивших о примерно 28–29 УСД на 1000 жителей в день (ECDC, 2015b). Данные по Республике Молдова были доступны только за 2011 г., а зарегистрированные уровни потребления аналогичны данным по Польше (Versporten et al., 2014) (рис. 4.2). Данные приводятся в сравнении с взвешенным по численности населения средним потреблением в ЕС/ЕЭЗ, которое составляет 21,6 УСД на 1000 жителей в день, с общей тенденцией к росту в период 2010–2014 г.

миллиграммах на единицу, скорректированную по популяциям) были зарегистрированы в Словении и Швеции, в то время как наибольшие объемы были зарегистрированы в Италии (рис. 4.3).

В рамках того же исследования было установлено, что в период с 2011 по 2013 г. продажи антибиотиков для животных в Европе упали примерно на 8% (European Medicines Agency, 2015). Факторы, которые, возможно, способствовали этому снижению, включают в себя кампании по ответственному использованию, повышение осведомленности об угрозе УПП, ограничения на использование, цели по снижению потребления, а также изменения в демографии животных.

**Рис. 4.2** Потребление противомикробных средств для системного использования (АТС, группа J01) на уровне местных сообществ (вне медицинских организаций) в восьми европейских странах в 2016 г.



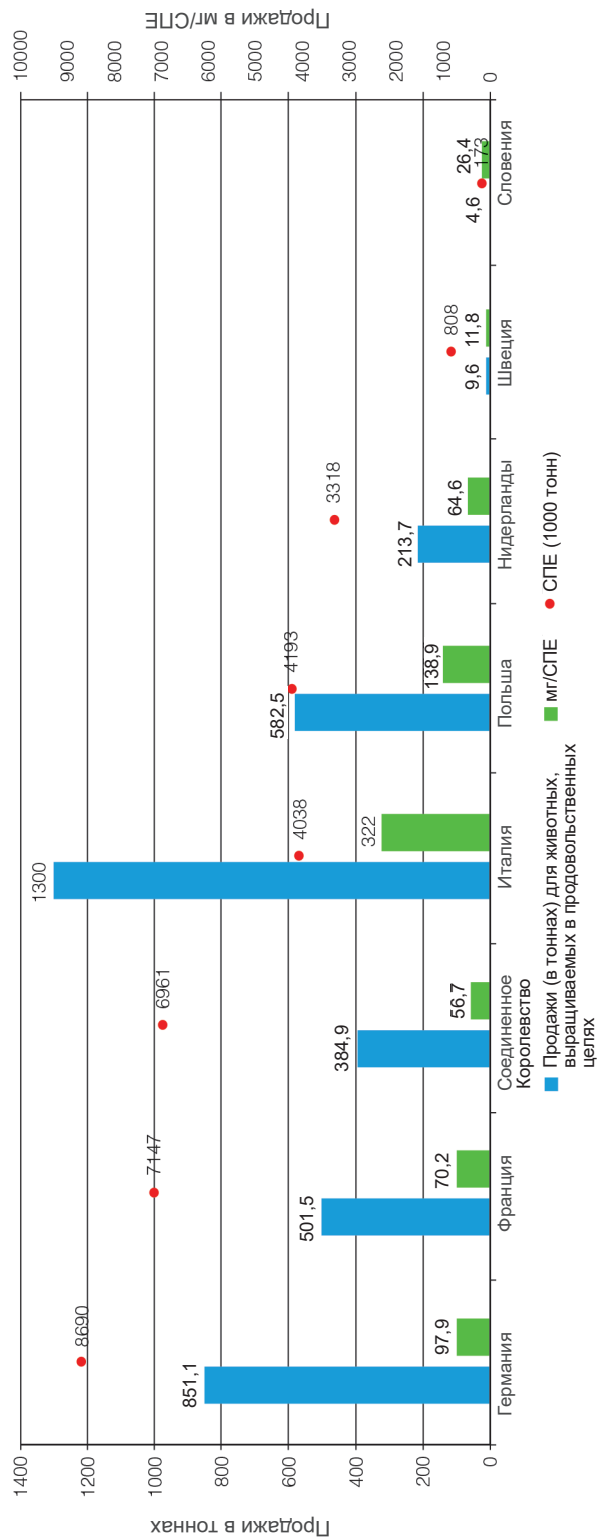
Источник: ECDC, 2018 (ESAC-Net).

Примечание: данные уровня В: эти данные дают представление о моделях устойчивости в болУСД – установленная суточная доза; ЕС – Европейский союз; ЕЭЗ – Европейская экономическая зона.

Однако информированность о рисках, связанных с чрезмерным и неправильным использованием антибиотиков среди населения в целом, по-прежнему остается проблемой. Согласно исследованию «Евробарометр» 2016 г., посвященному УПП, подавляющее большинство опрошенных европейцев заявили, что знают, что ненадлежащее использование антибиотиков отрицательно сказывается на их эффективности (84%) (European Commission, 2016d). В то же время менее половины (43%) респондентов сообщили, что знают, что антибиотики неэффективны против вирусов, при этом чуть больше половины (56%) сообщили, что знают, что антибиотики неэффективны против простуды и гриппа. Уровень осведомленности значительным образом не изменился по сравнению с предыдущим опросом, проведенным в 2013 г.

В целом трудно дать полную картину бремени УПП в европейских странах, в частности с учетом динамики ситуации и вариаций достоверности и репрезентативности имеющихся данных по УПП. Одной из ключевых проблем для эпиднадзора за УПП является ограниченность возможностей для проведения рутинного тестирования на чувствительность к антибиотикам, вызванная недостаточным использованием средств микробиологической диагностики в клинической практике, что представляет собой более широкую угрозу для безопасности пациентов и качества медицинской помощи. Поэтому для лиц, формирующих политику, важно разработать комплексные ответные меры в области общественного здравоохранения в отношении УПП. Следующие разделы посвящены инициативам ЕС и стран в области координации и реализации мероприятий по противодействию УПП с точки зрения политики.

**Рис. 4.3** Объем продаж (в тоннах) действующего вещества ветеринарных противомикробных препаратов в восьми европейских странах в 2015 г



Источник: авторская подборка, основанная на данных European Medicines Agency, 2017.

Примечания: мг – миллиграмм; СПЕ – скорректированная по популяции единица.

### **Ответные политические меры, принимаемые на европейском уровне**

С 2011 г. был введен ряд стратегических планов высокого уровня по борьбе с УПП: Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам, основанный на семи ключевых стратегических целях (ВОЗ, 2011); рекомендации Совета Европейской комиссии (ЕК) и План действий по борьбе с растущими угрозами, связанными с устойчивостью к противомикробным препаратам (European Commission, 2011), включающий в себя 12 пунктов действий, аналогичных целям, сформулированным ВОЗ в 2015 г., за которыми последовал Европейский единый план действий в области здравоохранения по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам (European Commission, 2017); и, наконец, Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам (2015 г.), представленный на 68-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, что позволило придать мерам по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам глобальный характер (ВОЗ, 2015).

Глобальный план действий по борьбе с УПП содержит обращенный ко всем государствам-членам ВОЗ призыв разработать национальные планы действий по УПП в соответствии с его пятью ключевыми стратегическими задачами, а именно:

- повышать осведомленность и улучшать понимание вопросов устойчивости к противомикробным препаратам посредством эффективной коммуникации, образования и профессиональной подготовки;
- накапливать знания и фактологическую базу за счет исследований и эпиднадзора;
- сократить число случаев инфицирования путем создания хороших санитарно-гигиенических условий и принятия эффективных мер по профилактике инфицирования;
- оптимизировать использование противомикробных препаратов в охране здоровья человека и животных;
- подготовить экономическое обоснование планомерных инвестиций с учетом потребностей всех стран и увеличить инвестиции в разработку новых лекарственных средств, диагностических инструментов и вакцин и в реализацию других мер.

Все страны, за исключением одной (Республика Молдова), подробный анализ которых приводится в данной книге и сопроводительных томах, являются членами ЕС; таким образом, ожидается, что они приведут свои ответные меры в области национальной политики в соответствии с 12 пунктами Плана действий ЕК. Членство в ЕС предоставляет этим странам доступ к обширной сети организаций, сетей и инициатив ЕС, имеющих отношение к УПП, таких как ECDC и его сеть эпиднадзора за УПП EARS-Net; сеть по надзору за потреблением противомикробных препаратов ESAC-Net, Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) и Европейское агентство по безопасности пищевой продукции (EFSA). Эти организации регулярно публикуют отчеты, содержащие данные по всем или большинству государств-членов ЕС. Они также предоставляют техническую и финансовую помощь странам, подпадающим под действие Европейской политики добрососедства, посредством Инструмента технической помощи и обмена информацией Европейской комиссии (TAIEX); в число этих стран входит Республика Молдова.

Повышение осведомленности об УПП на европейском уровне поощряется ECDC в рамках ежегодного Европейского дня знаний об антибиотиках (EAAD), который с 2008 г. ежегодно проводится 18 ноября. С ноября 2015 г. это мероприятие было расширено до глобального уровня в рамках Всемирной недели правильного использования антибиотиков, организуемой ВОЗ.

Государства-члены ЕС обязаны соблюдать законодательство ЕС в отношении УПП (European Commission, 2016a, 2016b). Помимо законодательства ЕС также принял ряд стратегий и программ, связанных с УПП (European Commission, 2016c). Важные шаги, предпринятые ЕС в период с 2006 по 2015 гг. (взяты из доклада о ходе выполнения Плана действий Европейской комиссии на 2011 г., февраль 2015 г.), включали в себя:

- принятие законодательства ЕС о питании животных, запретившего использование антибиотиков в кормах для животных в целях стимулирования роста, с января 2006 г.;
- публикацию требований EFSA (в 2007 г.) по согласованному мониторингу устойчивости к противомикробным препаратам двух важных зоонозов бактериальной природы (*Salmonella* и *Campylobacter*), обнаруженных в животных и пищевых продуктах;
- принятие Решения Комиссии 2013/652/ЕС от 12 ноября 2013 г., установившего перечень комбинаций видов бактерий, популяций животных, выращиваемых в продовольственных целях, и пищевых продуктов, а также определившего приоритеты для мониторинга УПП с точки зрения общественного здравоохранения. Мониторинг УПП *E. coli*, *Salmonella* и *Campylobacter jejuni* среди популяций животных, выращиваемых в продовольственных целях (бройлеров, кур-несушек, индеек на откорме, свиней на откорме, телят), а также в производимом мясе, стал обязательным (EFSA и ECDC, 2016);
- в совместном докладе, опубликованном в 2015 г., три родственных агентства EFSA, ECDC и EMA пришли к выводу, что применение некоторых противомикробных препаратов животными и людьми связано с возникновением устойчивости к противомикробным препаратам.

### ***Национальные планы действий и стратегии***

В Глобальном плане действий ВОЗ по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, принятом Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2015 г., четко говорится о требовании к странам разработать свои собственные национальные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам. Ожидается, что национальные планы действий будут приведены в соответствие с Глобальным планом действий, а также со стандартами и руководящими принципами, установленными такими межправительственными органами, как Комиссия «Кодекс Алиментариус», Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО) и Всемирная организация по охране здоровья животных (МЭБ). Национальные планы действий рассматриваются ВОЗ в качестве важнейшего шага на пути к определению приоритетности действий, которые необходимо предпринять на национальном уровне. Они также служат основой для оценки потребностей в ресурсах. Национальный план действий является важным документом, направляющим деятельность органов здравоохранения и гражданского общества по управлению и осуществлению соответствующих мероприятий по контролю за УПП, являясь при этом частью коллективной стратегии, направленной на достижение общих целей Глобального плана действий. Из девяти стран, подробный

анализ которых приводится в данной публикации, только пять (Германия, Нидерланды, Соединенное Королевство, Франция и Швеция) сформулировали национальный план действий к середине 2016 г. В таблице 4.1 приводится сравнительный обзор этих пяти национальных планов действий. В некоторых других странах, таких как Республика Молдова и Словения, предпринимаются усилия по обеспечению более скоординированных действий. В целом в Европе к середине 2016 г. сформулировали национальные планы действий около 16 стран (включая пять упомянутых).

Принятые к настоящему времени планы действий значительно отличаются друг от друга по своей структуре, целям, уровню детализации и ориентации на результаты и мониторинг. Недавний сравнительный анализ девяти отобранных национальных стратегий и политических мер (включая разработанные в Германии, Соединенном Королевстве, Франции и Швеции), проведенный по заказу Федерального управления общественного здравоохранения Швейцарии (FOPH), показал, что основные направления работы, охватываемые данными стратегиями, включают в себя эпиднадзор и мониторинг, практику и нормативные положения в области назначения лекарственных препаратов, профилактику инфекций и инфекционный контроль, повышение осведомленности и просвещение, научные исследования и разработки, механизмы сотрудничества и координации, а также подготовку рамочной основы для действий (Bonk, 2015).

### ***Национальные усилия по эпиднадзору***

Все государства-члены осуществляют эпиднадзор за УПП на национальном уровне и сообщают данные в EARS-Net, ESAC-Net, ESVAC и HAI-Net. ESAC-Net разрабатывает систему эпиднадзора за потреблением противомикробных препаратов в больницах для улучшения отчетности о потреблении противомикробных препаратов в больницах. Эта мера позволит странам, не предоставляющим в настоящее время данные по больничному сектору, представлять такие данные в будущем. Кроме того, сбор данных о потреблении будет осуществляться по типам больниц, а также по показателям их деятельности, что позволит увязать данные о потреблении с фактической деятельностью больниц.

В Нидерландах осуществляется сбор данных о продаже ветеринарных противомикробных препаратов в разбивке по видам животных на уровне фермерских хозяйств. В некоторых других странах (например, в Бельгии, Германии, Норвегии и Финляндии) внедряются автоматизированные системы сбора данных. Другие страны, такие как Франция, Швеция и Соединенное Королевство, создали системы стратификации данных о продажах по видам животных. Однако сопоставимые данные о потреблении в разбивке по видам отсутствуют (ECDC, EFSA, EMA, 2015).

Республика Молдова получает поддержку со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ, направленную на укрепление потенциала в области национального эпиднадзора за УПП и разработку национального плана действий по борьбе с УПП, но до настоящего времени не внедрила его и не представила данные в CAESAR; однако данные о потреблении антибиотиков можно получить из недавнего исследования (Versporten et al., 2014).

**Таблица 4.1 Национальные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам**

Национальный план действий	Координация	Роль и ответственность организации общественного здравоохранения	Кампании по информированию общественности	Интеграция с подходом «Единое здравоохранение»	Четкий бюджет, прилагаемый к плану действий	Мониторинг и показатели эффективности
<p>Германия</p> <p>В 2008 г. была опубликована пятилетняя стратегия Германии в области устойчивости к противомикробным препаратам (DART), а в 2011 г. был опубликован промежуточный отчет о выполнении стратегии DART. В 2015 г. была опубликована стратегия «DART-2020» на новый пятилетний период.</p>	<p>Федеральное министерство здравоохранения Германии (BMG) совместно с Федеральным министерством продовольствия, сельского хозяйства и защиты прав потребителей ФРГ (BMELV, теперь федеральное министерство продовольствия и сельского хозяйства, BMEL) и Федеральным министерством образования и научных исследований (BMBWF) возглавило разработку стратегии в области УПП Германии. Была создана Межведомственная рабочая группа по УПП.</p>	<p>В 2011 г. в Институте имени Роберта Коха была создана Комиссия по УПП. Организации общественного здравоохранения вносят вклад в разработку национальной политики, отвечают за наблюдение за тенденциями, создают и модернизируют сети УПП на уровне федеральных земель и муниципалитетов, а также занимаются мониторингом соблюдения санитарно-гигиенических стандартов в медицинских учреждениях.</p>	<p>Население пользуется информационными материалами, предоставляемыми в печатном виде и через Интернет, например, региональными сетями и федеральным центром санитарного просвещения.</p>	<p>Да</p>	<p>Нет</p>	<p>В Германии регулярно публикуется GERMAP – доклад об устойчивости к антибиотикам и применении антибиотиков в здравоохранении и ветеринарии. Сама стратегия не определяет четких показателей или мер.</p>
<p>Нидерланды</p> <p>Национальный план действий по УПП 2015 г.</p>	<p>Ответственность за координацию лежит на Министерстве здравоохранения, Министерстве инфраструктуры и охраны окружающей среды и Министерстве экономики.</p>	<p>В разработке политики в области УПП принимали участие различные организации, в том числе Рабочая группа по политике в области антибиотиков (SWAB), Инспекция здравоохранения и Национальный институт общественного здравоохранения и охраны окружающей среды. На Национальном институте общественного здравоохранения и окружающей среды также лежит ответственность по осуществлению эпиднадзора за УПП.</p>	<p>В плане действий на 2015 г. предусмотрена стратегия по связям с общественностью, а также кампания по повышению осведомленности общественности, начиная с 2015 г.</p>	<p>Да</p>	<p>Да</p>	



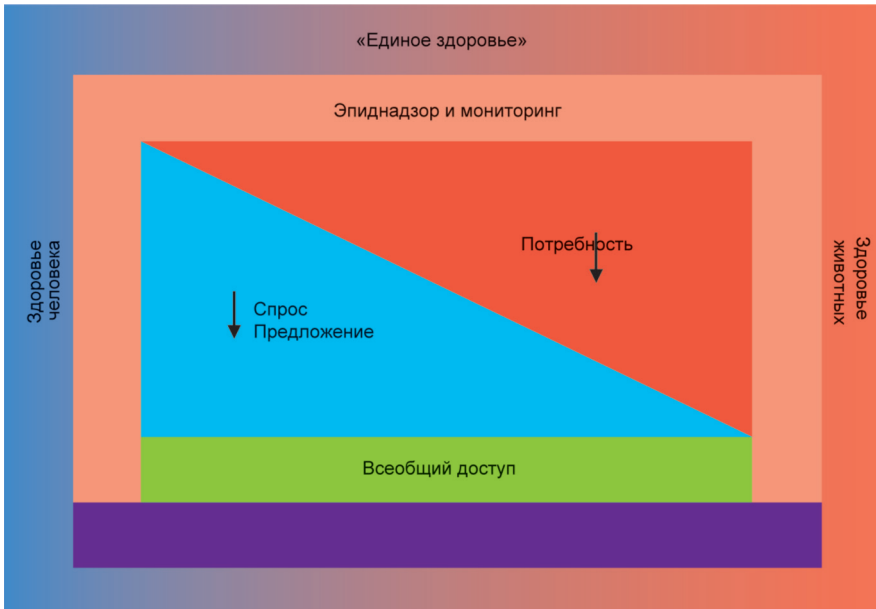
Соединенное Королевство	Стратегия по борьбе с устойчивостью к антибиотикам Соединенного Королевства на 2013–2018 гг. основана на первой Стратегии и Плане действий по борьбе с устойчивостью к антибиотикам, опубликованных в 2000 г.	Общая ответственность за эти процессы возложена на Министерство здравоохранения. Автономные администрации (Шотландия, Уэльс и Северной Ирландии) представлены в Межведомственной руководящей группе высокого уровня (HLSG), контролирующей осуществление программы. Они разработали свои собственные стратегии и планы действий, а также содействуют реализации более широкой стратегии Соединенного Королевства.	Агентство Общественное здравоохранение Англии (PHE) возглавляет осуществление программы в секторе здравоохранения; Министерство окружающей среды, продовольствия и сельского хозяйства (Defra) отвечает за координацию межсекторальной деятельности по вопросам охраны здоровья животных, сельского хозяйства, продовольствия и окружающей среды в рамках программы по борьбе с УПП.	В 2014 г. агентство PHE организовало кампанию «Antibiotic Guardian», призванную взять на себя обязательство по более правильному использованию антибиотиков.	Да	В стратегии не предусмотрены бюджет	Контроль за осуществлением стратегии и прогрессом в ее реализации и мониторинг на постоянной основе осуществляет межведомственная руководящая группа высокого уровня (PHE). В стратегии определены четкие меры по достижению результатов.
Франция	Национальный план борьбы с устойчивостью к антибиотикам на 2011–2016 гг. В настоящее время разрабатывается последующая стратегия на период после 2016 г.	Недавно был создан Межсекторальный координационный механизм, который возглавит работу над новой стратегией по борьбе с УПП (начиная с 2016 г.).	Национальный институт за общественным здоровьем (Institut national de veille sanitaire (InVS)) отвечает за эпиднадзор и оповещение и представляет Министерству здравоохранения фактически данные, необходимые для разработки национальной политики. В осуществлении политики участвует целый ряд учреждений. На региональном уровне к ним относятся 26 региональных учреждений здравоохранения страны.	С 2002 г. Национальное медицинское страхование проводит национальную кампанию «Antibiotics are not automatic» («Антибиотики – не универсальное решение») с использованием различных каналов связи.	Да	В национальном плане действий не указан	Были разработаны конкретные показатели для оценки прогресса во всех областях, указанных в национальном плане
Швеция	В 2000 г. был принят План действий Швеции по борьбе с устойчивостью к антибиотикам (SPAR). В марте 2015 г. национальный план действий был дополнен новым планом работы национальных органов по борьбе с устойчивостью к антибиотикам и внутрибольничными инфекциями. В 2016 г. была принята новая Стратегия по борьбе с устойчивостью к антибиотикам, рассчитанная на период до 2020 г.	Агентство общественного здравоохранения Швеции при Министерстве здравоохранения и социальных дел выполняет основную координирующую роль в отношении УПП. В 2012 г. был создан Межотраслевой координационный механизм, состоящий из 20 государственных учреждений.	Агентство общественного здравоохранения отвечает за анализ данных национального эпиднадзора, а Национальный институт ветеринарии – за мониторинг УПП среди животных, выращаемых в продовольственных целях, в то время как в отношении пищевых продуктов данной задачей занимается Национальное агентство по продовольствию. Центральную роль играет Шведская стратегическая программа по борьбе с устойчивостью к антибиотикам (STRAMA), представляющая собой добровольную сеть учреждений и организаций на национальном уровне.	Повышение уровня осведомленности и понимания является одной из семи целей стратегии на 2016 г. Коммуникационная стратегия 2010 г. ориентирована на врачей и пациентов. Местные кампании были инициированы окружающими советами и местными группами STRAMA.	Да	Не указано в стратегии на 2016 г.	Ежегодный отчет SWEDRES-SWARM по УПП и использованию противомикробных препаратов в здравоохранении и ветеринарии. В данном докладе представлено подробное описание мер, показателей и процедур оценки.

Источник: авторская подборка, основанная на публикации Vonk, 2015.

## Роль организаций общественного здравоохранения в решении проблемы УПП в анализируемых странах

Общественные организации здравоохранения участвуют в реагировании на УПП во всех девяти странах. Однако их участие, как правило, охватывает только определенные аспекты политических действий. Различные области политики, вовлеченные в реагирование на УПП, проиллюстрированы на рис. 4.4.

**Рис. 4.4** Политическая рамочная концепция устойчивого доступа к эффективным противомикробным препаратам



Источник: Dar et al., 2016.

На рис. 4.4 показано, что эффективное реагирование на УПП включает в себя как здоровье человека, так и здоровье животных, инновации, эпиднадзор и мониторинг, всеобщий доступ, снижение потребности за счет профилактики инфекций и сокращение чрезмерного спроса за счет более ответственного использования. Как правило, организации общественного здравоохранения в девяти странах берут на себя ведущую роль в области эпиднадзора и мониторинга и участвуют в деятельности по профилактике инфекций и инфекционному контролю. Однако они, как правило, не принимают активного участия в других областях политики.

Кроме того, между организациями общественного здравоохранения также существуют различия в участии на различных этапах политического цикла (выявление проблем и постановка задач, разработка политики, принятие решений, осуществление политики, а также мониторинг и оценка). Они, как правило, весьма активно занимаются выявлением и анализом проблем, осуществлением политики, мониторингом и оценкой, но в меньшей степени – разработкой политики и в наименьшей степени – принятием решений.

## Определение проблемы и признание ее актуальности

В большинстве из девяти стран УПП признана серьезной проблемой в области общественного здоровья, вызывающей все большую озабоченность; однако существуют различия в признании, а также формулировании данного вопроса в качестве проблемы в области общественного здравоохранения. Несколько стран, включая Германию, Соединенное Королевство и Францию, еще в 1990-е гг. подчеркивали необходимость учета внутрибольничных инфекций (например, MRSA). Дополнительные расходы на здравоохранение, связанные с инфекциями, устойчивыми к антибиотикам, а также количество смертей, вызванных такими инфекциями, позволили выдвинуть данную проблему на первый план в национальной политической повестке дня. Дополнительным фактором в Англии, тем не менее, стало распространение информации о внутрибольничных инфекциях одной из национальных газет в рамках кампании против NHS – кампании, которая включала в себя распространение вводящих в заблуждение сообщений о масштабах передачи инфекций, подготовленных впоследствии дискредитировавшим себя ученым (Goldacre, 2009). В данном случае, а также в других случаях за пределами Европы (Saliba et al., 2016), обеспокоенность по поводу УПП иногда использовалась в идеологических или политических целях.

Некоторые из выбранных стран (например, Италия и Германия) особо подчеркивают участие организаций общественного здравоохранения в кампаниях по повышению осведомленности, ориентированных на медицинских работников или широкую общественность, тем самым способствуя выявлению проблем и их признанию.

Страны, осуществляющие функциональный эпиднадзор за УПП и потреблением антибиотиков, сообщают об использовании данных об устойчивости к антибиотикам или потреблении антибиотиков для формирования фактологической базы для политического процесса; в некоторых случаях осуществляется систематический сбор и учет данных и о животных. Опыт Италии и Словении позволил подчеркнуть роль данных о потреблении противомикробных препаратов. В странах, где отсутствуют официальные механизмы систематического сбора данных об устойчивости и потреблении антибиотиков (например, в Республике Молдова), международные организации и сети, такие как ECDC или ВОЗ, помогают включить данный вопрос в политическую повестку дня с использованием нисходящего подхода (инициативы «сверху»). Часть стран поддерживает инициативы и сети высокого уровня, доверяет глобальным данным, больше, чем полученным на национальном уровне, и формулирует проблему для своей страны (Польша, Республика Молдова, Словения). Это внешнее влияние подкрепляется международными инициативами высокого уровня, такими как Группа семи, Трансатлантическая целевая группа по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (TATFAR) и Глобальная повестка дня в области безопасности здоровья (GHSA). Кроме того, обширный свод законодательства и политики ЕС обязывает государств-членов ЕС принимать национальные меры по борьбе с УПП. Растет также количество литературных источников о политике и экономических последствиях УПП, в основном основанных на опыте стран с высоким уровнем доходов. Это способствовало формированию повестки дня в различных странах. Примером такой литературы может послужить Обзор устойчивости к противомикробным препаратам, проведенный по заказу правительства Соединенного Королевства (O'Neill, 2014).

### ***Разработка политики***

Разработка политики в области УПП, как правило, осуществляется под руководством министерства здравоохранения (в зависимости от уровня вовлеченности национальных заинтересованных сторон). В зависимости от особенности организации департаментов, ответственность за ветеринарный компонент УПП может лежать на министерстве здравоохранения (как, например, в Италии) или министерстве сельского хозяйства или министерстве экономики, как в Нидерландах. Такое разделение обязанностей между департаментами и министерствами подчеркивает важность обеспечения межотраслевой координации политики и действий. В редких случаях, как, например, в Германии, данным вопросом занимается более высокопоставленный орган (Кабинет министров). Страны, в которых действует межведомственный координационный механизм, по-прежнему обычно определяют ведущее министерство для координации и руководства работой; как правило, данная задача возлагается на министерство здравоохранения, хотя другие министерства одобряют и поддерживают национальные планы и несут ответственность за осуществление конкретных действий. Сотрудничество между учреждениями на всех административных уровнях, от местных до национальных, осуществляется посредством официальных и неофициальных механизмов. Некоторые страны подчеркивают роль сетей по вопросам политики. Нидерланды, Франция и Швеция мобилизовали обширные сети специалистов различного профиля в форме рабочих групп или целевых групп для участия в процессе разработки стратегии по борьбе с УПП. Одним из наиболее ранних и наиболее известных примеров в этом отношении является Шведская стратегическая программа по борьбе с устойчивостью к антибиотикам (STRAMA). Данная программа была учреждена представителями профессионального сообщества в 1995 г. Она состояла из добровольных сетей национальных учреждений и организаций, а также местных многопрофильных групп. Межсекторальное сотрудничество в области разработки и осуществления политики как на национальном, так и на местном уровне по-прежнему имеет важнейшее значение для ведения деятельности в области УПП в Швеции (см. вставку 4.2).

### ***Принятие решений***

Во всех странах принятие решений, касающихся политики на национальном уровне, рассматривается как правительственная функция, выполняемая в рамках парламентского процесса. Решения и директивы выполняются посредством национальных агентств (учреждений) и административных советов, действующих в конкретных странах. Роль учреждений регионального уровня в разных странах различается, и зачастую отсутствует ясность в отношении того, насколько эффективно решения, принятые на национальном уровне, воплощаются в соответствующие директивы или другие меры, принимаемые на региональном и местном уровнях.

Тематические исследования, проведенные в Швеции и Италии, подчеркивают важность национальных структур в формулировании и адаптации национальной политики к условиям местной политики; однако существуют определенные региональные различия, и участие организаций общественного здравоохранения в создании фактологической базы для принятия национальных стратегий и исполнение ведущей роли для зачастую сложных сетей не всегда полностью оформлено в официальном порядке или рассматривается как обязательная функция (например, в Германии).

#### **Вставка 4.2** *Разработка межсекторальной политики в области УПП в Швеции*

В Швеции разработка ответных мер по борьбе на УПП характеризуется широким сотрудничеством между различными секторами общества, в которое вовлечены различные субъекты, в том числе многие соответствующие государственные учреждения, такие как Шведский национальный совет по сельскому хозяйству, Агентство по условиям труда, Национальное агентство по продуктам питания, Шведское агентство по химическим веществам,

Агентство по продукции медицинского назначения, Шведское агентство по чрезвычайным ситуациям, Шведское агентство по охране окружающей среды, Национальный совет по вопросам здравоохранения и благосостояния, Национальный институт ветеринарии, Агентство по льготам в фармацевтике и стоматологии, Инспекция по здравоохранению и социальному обеспечению, Шведское агентство общественного здравоохранения, Шведский научно-исследовательский совет (Formas), Шведский научный совет по здравоохранению, трудовой жизни и социальному обеспечению (Forte), Шведский научно-исследовательский совет (VR) и Шведское агентство по инновациям «VINNOVA» На национальном уровне исследователи различных университетов входят в состав национальной сети сотрудничества («One Health Sweden»), объединяющей тех, кто занимается проблемой зоонозных инфекций и устойчивости к антибиотикам, при поддержке шведских исследовательских советов.

*Источник:* Страновой отчет по Швеции, см. Онлайн-приложение.

Страны Центральной и Восточной Европы в данной группе стран (Польша, Республика Молдова и Словения в большей степени полагаются на центральные органы власти, которые формулируют проблему и политику с использованием нисходящего подхода, в то время как организации общественного здравоохранения играют определенную роль в мониторинге и реализации мероприятий.

Как упоминалось выше, институты ЕС также играют ключевую роль в принятии решений в области УПП. Директивы, изданные Европейской комиссией, непосредственно затрагивают национальное законодательство, особенно в отношении регулирования ветеринарных противомикробных препаратов.

#### **Реализация политики**

Ответственность за проведение политики в области УПП лежит в первую очередь на министерствах и подведомственных им структурах. В большинстве случаев ответственным министерством является министерство здравоохранения; в зависимости от децентрализации страны регионы имеют ряд обязанностей по осуществлению и мониторингу стратегий, программ и конкретных проектов в области УПП. Как правило, УПП подпадает под мандат нескольких организаций, связанных с охраной здоровья, включая организации общественного здравоохранения, санитарные и ветеринарные инспекции, департаменты по пропаганде здорового образа жизни, учреждения медицинского образования, национальные медицинские институты, национальные агентства по лекарственным препаратам, фонды медицинского страхования и институты по контролю качества медицинской помощи.

Порой неясно, насколько эффективной является реализация политики на региональном и местном уровнях. Например, в большинстве стран действует законодательное положение, запрещающее продажу противомикробных пре-

паратов без рецепта. Однако не во всех случаях эта политика соблюдается последовательно. Данные обследования, проведенного в 2015 г. в странах ЕС/ЕЭЗ, свидетельствуют о практике безрецептурной продажи антибиотиков в 20 государствах-членах ЕС/ЕЭЗ. Тип (местные, системные или и те, и другие) и количество антибиотиков, доступных для безрецептурной продажи, в каждом государстве – члене ЕС/ЕЭЗ значительно отличаются друг от друга. В Австрии, Ирландии, Мальте, Нидерландах, Словении и Финляндии отсутствуют безрецептурные антибиотики, в то время как в таких странах, как Бельгия и Венгрия, доступен относительно широкий ассортимент различных безрецептурных антибиотиков (восемь и пять соответственно) (Both et al., 2015). Ограничения на продажу безрецептурных лекарственных средств для употребления человеком могут не распространяться на ветеринарный сектор.

Данные, полученные из девяти стран, свидетельствуют о том, что мероприятия в пределах одной страны могут значительно варьироваться в зависимости от региона. В Италии, например, местные органы здравоохранения пользуются высокой степенью автономии и могут включать или не включать директивы, принятые на национальном уровне, в местные или региональные мероприятия. Национальные проекты в области УПП также могут в большей степени быть ориентированы на одни подгруппы регионов, чем на другие. Результатом такого подхода является неоднородное соблюдение национальной политики и региональные различия в реализации политики. Аналогичные проблемы были выявлены и в Англии (см. вставку 4.3).

Вместе с тем инициативы на региональном уровне также имеют много преимуществ. Зачастую легче привлечь соответствующие заинтересованные стороны и добиться перемен. В Германии, например, организации обществен-

#### **Вставка 4.3** *Реализация региональной политики в Англии*

В Англии за местную политику и услуги в области общественного здравоохранения, которые ранее находились в ведении Национальной службы здравоохранения теперь отвечают местные органы власти. Предполагается, что директора подразделений общественного здравоохранения при местных органах власти будут работать с местными заинтересованными сторонами для предоставления информации и рекомендаций общественности относительно шагов, которые они могут предпринять для решения проблемы УПП; работать с Clinical Commissioning Groups (CCGs), группами, заказывающими медицинские услуги, с целью обеспечения рационального использования противомикробных препаратов и выполнения рекомендаций NICE по их рациональному использованию; будут обеспечивать наличие эффективных механизмов управления в области профилактики инфекций и инфекционного контроля в своих районах. Директора общественного здравоохранения являются уставными членами местного совета по здравоохранению и социальному обеспечению – органа между местными органами власти и местной группой медицинских работников, предоставляющих первичную медицинскую помощь, осуществляющего надзор за политикой и инвестициями в здравоохранение и социальное обеспечение. Этот орган должен понимать и согласовывать местные программы по управлению и инвестированию в области УПП. Однако на сегодняшний день роль и действия местных властей в отношении УПП носят разрозненный и ограниченный характер. По оценкам Службы общественного здравоохранения Англии в 2015 г. только пятая часть местных органов власти будет иметь группы по рациональному использованию антибиотиков.

*Источник:* Страновой отчет по Англии, см. Онлайн-приложение.

ного здравоохранения занимаются созданием и координацией региональных сетей по профилактике и борьбе с устойчивостью к антибиотикам в ряде регионов (см. вставку 4.4).

#### **Вставка 4.4** *Региональные сети по УПП в Германии*

В Германии сотрудничество на региональном уровне было определено в качестве четкой цели в Национальной стратегии по борьбе с УПП. Служба общественного здравоохранения Германии (ÖGD) сыграла важную роль в создании и координации региональных сетей УПП на уровне федеральных земель (департаменты здравоохранения земель) и на местном (муниципальном) уровне. Данное решение было принято еще в 1990-е гг., когда случаи инфицирования *Staphylococcus aureus*, устойчивым к метициллину (MRSA), побудили местные органы здравоохранения включить данный вопрос в свою повестку дня, чему также способствовали трансграничные проекты Euregio MRSA-Net (например, MRSA-Net Twente-Münsterland). Региональные сети по патогенным микроорганизмам с множественной лекарственной устойчивостью сформировали важную предпосылку для разработки успешной стратегии по борьбе с MRSA. Данный подход, основанный на деятельности региональных сетей, был включен в национальные стратегии по контролю за распространением MRSA. Считается, что служба общественного здравоохранения располагает всеми возможностями для того, чтобы сыграть ключевую роль в создании и продвижении местных сетей для решения проблемы УПП. Она является беспристрастным органом, присутствует в каждом населенном пункте и обладает необходимым опытом. Знания службы о ситуации в различных местных учреждениях здравоохранения являются важной основой для деятельности Службы общественного здравоохранения (ÖGD).

*Источник:* Страновой отчет по Англии, см. Онлайн-приложение.

Как правило, национальные меры реагирования на УПП побуждают заинтересованные стороны из различных секторов, включая ветеринарный сектор, взять на себя роль в осуществлении рекомендаций и мероприятий, перечисленных в национальных планах и стратегиях, в соответствии с подходом «Единое здоровье». Однако несколько стран, охваченных данным исследованием, упоминают об отсутствии сотрудничества в вопросах здоровья человека и животных.

Учебные заведения играют ключевую роль в разработке учебных программ для студентов и аспирантов и учебных материалов по УПП, которые способствуют повышению квалификации работников здравоохранения и, в конечном счете, качества обслуживания пациентов.

Зачастую они также играют важную роль в консультировании по вопросам УПП, в частности в качестве членов межсекторальных координационных механизмов и технических рабочих групп, как, например, во Франции или Германии.

Представляется крайне важным, чтобы в национальных планах было четко указано, что ожидается от различных заинтересованных сторон, и чтобы было обеспечено признание их вклада путем расчета расходов всех участвующих структур, а также путем определения их четких мандатов и, в соответствующих случаях, выделением бюджетных ресурсов. Однако в настоящее время в большинстве национальных планов действий содержится очень мало информации относительно операционных планов, бюджетов и распределения ролей

и обязанностей между всеми заинтересованными сторонами, которые должны быть задействованы для руководства всеобъемлющих мер по УПП. Как следствие, ответные меры остаются разрозненными, и в них участвуют лишь один или несколько секторов или учреждений. Представляется, что распределение функций руководства и управления влияет на то, как взаимодействуют между собой сектора или учреждения. Если, к примеру, координация мер по борьбе с УПП осуществляется с применением нисходящего подхода (например, указом президента, как в США, или через кабинет министров, как в Германии), то министерство с меньшей вероятностью будет работать изолированно. Более того, зачастую отсутствует четкое распределение финансирования для реализации запланированных мероприятий по УПП на институциональном уровне.

Ответственность за выполнение клинических рекомендаций и руководств лежит на отдельных больницах и медицинских учреждениях. Однако по некоторым странам отсутствует четкое понимание того, в какой степени они соблюдаются и осуществляется ли контроль за их выполнением. Данный вопрос особенно актуален в странах, которые не проводят систематического мониторинга, например посредством клинического аудита и мониторинга практики использования рецептов. В страновом отчете по Италии (см. Онлайн-приложение) содержится упоминание об отсутствии хорошо структурированной системы разработок руководящих указаний по лечению устойчивых к лекарственным средствам инфекций в связи с неоднородностью соблюдения мер по всем регионам. Однако даже при наличии механизма мониторинга (например, в Англии) следует проявлять определенную степень осторожности, поскольку фактические данные свидетельствуют о недобросовестном поведении поставщиков медицинских услуг: оценка качества уборки в медицинских учреждениях пациентами и специалистами улучшается непосредственно перед проведением проверок (которые должны были бы быть неожиданными), а затем снижается до прежних уровней (Toffolutti et al., 2017).

Организации общественного здравоохранения, как правило, принимают участие в реализации политики в области УПП, однако их участие зачастую не координируется и не регулируется специальным подразделением, обладающим необходимыми полномочиями и возможностями для координации и распределения задач между различными службами, которые должны быть вовлечены в данную деятельность. Например, в страновом отчете по Англии отмечается, что роль и деятельность местных организаций общественного здравоохранения в осуществлении мероприятий по УПП в стране носит ограниченный и разрозненный характер; лишь немногие из них создали местные комитеты, которые бы отражали деятельность на национальном уровне.

Последняя проблема связана с финансовыми ресурсами, необходимыми для реализации. Нидерланды являются единственной из девяти отобранных стран, которая предусмотрела четкий бюджет в стратегии по борьбе с УПП; в других странах механизмы финансирования предусматриваемых мероприятий носят более расплывчатый характер. Финансирование сетей УПП было признано в качестве одной из проблем в Германии, в то время как в Словении ощущается нехватка как людских, так и финансовых ресурсов для решения проблемы УПП. Финансовые ограничения сопряжены еще с одной проблемой. Исследования, проведенные в Англии, показали, что передача аутсорсинг уборки больниц у частных компаний (что является менее затратным решением в краткосрочной перспективе) связана с более высокими показателями инфицирования MRSA и, в конечном счете, с более высокими расходами на здравоохранение.



### **Мониторинг и оценка**

Лишь немногие страны приняли национальный план действий по УПП, в котором были определены показатели и цели, подлежащие мониторингу. В настоящее время только Нидерланды и Соединенное Королевство решили включить индикаторы в свои национальные планы. Существуют и другие средства проведения рутинного мониторинга и отчетности посредством национальных и региональных систем эпиднадзора. Сети ЕС по эпиднадзору осуществляют сбор национальных данных по эпиднадзору и публикуют их на регулярной основе (как правило, ежегодно). Кроме того, в ряде стран учреждения общественного здравоохранения публикуют доклады по вопросам, касающимся УПП.

Участие определенных организаций общественного здравоохранения в мониторинге и оценке зависит от порядка организации ответных мер по УПП на национальном уровне. Референс-лаборатории, агентства по лекарственным средствам и центры эпидемиологического надзора, как правило, играют центральную роль. Национальные учреждения общественного здравоохранения зачастую выполняют координирующую функцию, как, например, Агентство общественного здравоохранения в Швеции.

Национальная законодательная база в области УПП содержит положения о том, по каким аспектам УПП страна обязана проводить оценку, анализ и представлять отчетность. В Германии, например, эти требования определяются Законом об инфекционной защите населения 2001 г. Тем не менее возможности предоставления данных из различных секторов могут сильно различаться в разных странах. Страны, не входящие в ЕС, такие как Республика Молдова, как правило, имеют менее прочные механизмы сбора и обмена соответствующими данными. В Страновом отчете по Польше подчеркивается важность координации информационных сетей (например, посредством запроса данных со стороны ECDC) для вовлечения национальных органов по мониторингу (см. Онлайн-приложение). Тем не менее потенциал предоставления данных по ветеринарному и сельскохозяйственному секторам, как правило, менее развит, чем по сектору здравоохранения, поскольку во многих странах формальные механизмы отчетности все еще недостаточно развиты.

### **Выводы и перспективы**

Несмотря на наличие сформулированного глобального набора основных принципов для решения проблемы устойчивости к антибиотикам, для достижения реального прогресса в каждой стране необходимы действия на национальном уровне. Европейские страны могут отличаться схожими уровнями доходов, однако не всегда совпадают в том, каким образом антибиотики предоставляются, оплачиваются и используются. Политика и инициативы, направленные на борьбу с УПП, эффективное осуществление и регулятивный контроль, а также надежные данные об уровнях использования и устойчивости к антибиотикам считаются важнейшими элементами ответных мер на УПП, принимаемых на национальном уровне. Наибольшую эффективность продемонстрировали прочные институциональные структуры, поддерживаемые национальным координационным механизмом, четко распределяющим функции и обязанности между национальными заинтересованными сторонами и обеспечивающими их подотчетность (ВОЗ, 2011; UNDP, 2011).

Решение проблемы УПП на национальном уровне требует участия организаций здравоохранения и ветеринарных служб. Сложность данного вопроса и необходимость комплексных ответных мер могут приводить к трудностям, особенно с учетом пробелов в обслуживании, слабой коммуникации и неэффективного

применения национальной политики на практике на региональном и местном уровнях. Проблемы существуют также по причине отсутствия четких структур подотчетности между организациями общественного здравоохранения на различных уровнях, недостаточного финансирования, а также отсутствия ясности в отношении институциональных ролей и обязанностей. Слабым местом в некоторых странах можно считать координацию на национальном уровне, особенно в тех случаях, когда не удается обеспечить координацию между секторами и мобилизовать и интегрировать организации общественного здравоохранения различных уровней в рамках согласованных ответных мер.

В то время как в большинстве стран данный вопрос воспринимается скорее как проблема в области здоровья человека, в других странах также принимаются целенаправленные меры в ветеринарном секторе, что, вероятно, объясняется политическим давлением и попытками защитить экономические интересы в области животноводства. Хотя систематический эпиднадзор за резистентными патогенными микроорганизмами в образцах от животных распространен в меньшей степени, предпринимаются явные попытки регламентировать использование противомикробных препаратов в ветеринарии. Фактически большинство директив ЕС в отношении УПП сосредоточены на охране здоровья животных.

Общественные организации здравоохранения, как правило, широко представлены в таких областях, как предоставление информации и мониторинг, что, в свою очередь, позволяет сформулировать проблему и повысить осведомленность об УПП. При отсутствии сильных формальных механизмов эпиднадзора более эффективными при определении национальной повестки дня по УПП могут стать глобальные инициативы, как, например, это произошло в Республике Молдова.

Участие организаций общественного здравоохранения в процессе принятия решений на национальном уровне, как правило, ограничено, хотя они могут играть определенную роль в тех случаях, когда существуют региональные административные уровни. Здесь они могут играть важную роль в реализации мер политики, а также в координации действий на местном уровне.

## Библиография

- Alsan M, Schoemaker L, Eggleston K, Kammili N, Kolli P, Bhattacharya J (2015). Out-of-pocket health expenditures and antimicrobial resistance in low-income and middle-income countries: an economic analysis. *Lancet Infect Dis.* 15(10):1203–1210. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00149-8.
- Bonk M (2015). Response to the Antimicrobial Resistance Threat: A comparative study of selected national strategies and policies. Report by the Swiss Federal Office of Public Health, Division of International Affairs. Bern: Swiss Federal Office of Public Health.
- Both L, Botgros R, Cavaleri M (2015). Analysis of licensed over-the-counter (OTC) antibiotics in the European Union and Norway, 2012. *Euro Surveill.* 20:30002. doi: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.34.30002>.
- Cecchini M, Langer J, Slawomirski L (2015). Antimicrobial resistance in G7 countries and beyond. Paris: OECD.
- Centers of Disease Control and Prevention (CDC) (2013). Antibiotic resistance threats in the United States, 2013. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention.
- Dar OA, Hasan R, Schlundt J et al. (2016). Exploring the evidence base for national and regional policy interventions to combat resistance. *Lancet.* 387:285–295.
- Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 44(3 Part II):166–203.

- ECDC (2009). The bacterial challenge: time to react. A call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- ECDC (2015a). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2014. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- ECDC (2015b). Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union ESAC-Net surveillance data November 2015. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (<http://ecdc.europa.eu/en/eaad/antibiotics-news/Documents/antimicrobial-consumption-ESAC-Net-summary-2015.pdf>, accessed 8 June 2018).
- ECDC (2016a). European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-Net). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/ESAC-Net/Pages/index.aspx#sthash.qXUu30CK.DlhBNO2l.dpuf>, accessed 8 June 2018).
- ECDC (2016b). Healthcare-associated Infections Surveillance Network (HAINet). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control ([http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated\\_infections/HAI-Net/Pages/HAI-Net-surveillance-network.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/HAI-Net/Pages/HAI-Net-surveillance-network.aspx), accessed 8 June 2018).
- ECDC (2017a). Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial-consumption/esac-net-database/Pages/database.aspx#sthash.XqAleYQe.dpuf>, accessed 8 June 2018).
- ECDC (2017b) Surveillance of antimicrobial resistance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control ([https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR%202017\\_Cover%2BInner-web\\_v3.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR%202017_Cover%2BInner-web_v3.pdf) accessed 14 September 2021)
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), EFSA (European Food Safety Authority), EMA (European Medicines Agency) (2015). ECDC/EFSA/EMA first joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and foodproducing animals. *EFSA Journal*.13(1):4006. doi:10.2903/j.efsa.2015.4006.
- EFSA (European Food Safety Authority) and ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2016). The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2014. *EFSA Journal*.14(2):4380, 207 pp. doi:10.2903/j.efsa.2016.4380.
- European Commission (2011). Communication from the Commission to the European Parliament and the Council. Action plan against the rising threats from Antimicrobial Resistance, Brussels.
- European Commission (2016a). EudraLex Volume 1 – Pharmaceutical legislation medicinal products for human use. Brussels: European Commission. ([http://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/vol-1/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/vol-1/index_en.htm), accessed 8 June 2018).
- European Commission (2016b). EudraLex – Volume 5 – Pharmaceutical legislation medicinal products for veterinary use. Brussels: European Commission. ([http://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/vol-5/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/vol-5/index_en.htm), accessed 8 June 2018).
- European Commission (2016c). Action at EU level. Brussels: European Commission. ([http://ec.europa.eu/dgs/health\\_food-safety/amr/action\\_eu/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/amr/action_eu/index_en.htm), accessed 8 June 2018).
- European Commission (2016d). Special Eurobarometer 445. Report. Antimicrobial Resistance. Brussels: European Commission.
- European Commission (2017). A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR). Brussels: European Commission. ([https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr\\_action\\_plan\\_2017\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr_action_plan_2017_en.pdf), accessed 8 June 2018).
- European Medicines Agency (2015). European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption, 2015. Sales of veterinary antimicrobial agents in 26 EU/EEA countries in 2013. (EMA/387934/2015). London: European Medicines Agency.

- European Medicines Agency (2017). Sales of veterinary antimicrobial agents in 30 European countries in 2015. Trends from 2010 to 2015. Seventh ESVAC report. London: European Medicines Agency. ([http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Report/2017/10/WC500236750.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2017/10/WC500236750.pdf), accessed 8 June 2018).
- Goldacre B (2009). *Bad Science*. London: Harper.
- Mays GP, Smith SA, Ingram RC, Racster LJ, Lamberth CD, Lovely ES (2009). Public Health Delivery Systems. *Am J Prev Med.*36(3):256–265.
- Mushtaq A (2016). UN commits to tackling antimicrobial resistance. *Lancet Infect Dis.*16(11):1229–1230.
- O'Neill (2014). *Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations*. The Review on Antimicrobial Resistance, chaired by Jim O'Neill. London: Wellcome Trust. (<https://amr-review.org>, accessed 23 March 2017).
- O'Neill (2016). *Tackling drug-resistant infections globally: Final report and recommendations*. The Review on Antimicrobial Resistance, chaired by Jim O'Neill. London: Wellcome Trust. (<https://amr-review.org/>, accessed 8 June 2018).
- Saliba V, Washer P, Pett P, Kakkar M, Abbas S, Raghuvanshi B, McKee M (2016). A comparative analysis of how the media in the United Kingdom and India represented the emergence of NDM-1. *J Pub Health Pol.*37:1–19.
- Toffolutti V, Reeves A, McKee M, Stuckler D (2017). Evidence points to “gaming” at hospitals subject to National Health Service cleanliness inspections. *Health Aff.*36:355–361.
- UNDP (2011). *Towards human resilience: Sustaining MDG progress in an age of economic uncertainty*. New York: UNDP.
- Versporten A, Bolokhovets G, Ghazaryan L, Abilova V, Pyshnik G, Spasojevic T et al. (2014). Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. *Lancet Infect Dis.*14(5):381–387. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70071-4.
- WHO (2015). *Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance*. Geneva: World Health Organization. Geneva: World Health Organization ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163468/9789241564946\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163468/9789241564946_eng.pdf?sequence=1), accessed 23 June 2021)
- WHO (2017). *Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics*. Geneva: World Health Organization, [https://www.who.int/medicines/publications/WHO-PPL-Short\\_Summary\\_25Feb-ET\\_NM\\_WHO.pdf?ua=1](https://www.who.int/medicines/publications/WHO-PPL-Short_Summary_25Feb-ET_NM_WHO.pdf?ua=1). Last accessed 23 June 2021.
- ВОЗ (2011). Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам EUR/RC61/14. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/147737/wd14R\\_AntibioticResistance\\_111383\\_lko.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/147737/wd14R_AntibioticResistance_111383_lko.pdf), по состоянию на 23 июня 2021 г.)
- ВОЗ (2015). *Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным*, Женева: ВОЗ. ([http:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254884/9789244509760-rus.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254884/9789244509760-rus.pdf?sequence=1), по состоянию на 23 июня 2021 г.)

## Глава 5

### Ключевые уроки в области политики

*Bernd Rechel, Elke Jakubowski, Martin McKee, Ellen Nolte*

#### **Роль организаций общественного здравоохранения в борьбе с ожирением, потреблением алкоголя и УПП**

Девять отобранных стран, а также европейские страны в целом определили все три проблемы, рассмотренные в данном издании (ожирение, алкоголь и УПП), в качестве проблем в области общественного здоровья. Несмотря на то что в большинстве стран наблюдается тенденция к снижению потребления алкоголя, уровень ожирения продолжает расти, а тенденции в области УПП трудно определить. Общим для всех трех проблем также является то, что для их решения существуют различные инициативы на европейском уровне.

Тем не менее страны существенно отличаются друг от друга в том, какие меры принимаются в отношении этих трех проблем общественного здоровья. Роль организаций общественного здравоохранения также варьируется в зависимости от страны и проблем общественного здоровья, а также этапов политического цикла (выявление проблем и постановка задач, формулирование политики, принятие решений, осуществление политики, а также мониторинг и оценка). Однако прослеживаются и общие черты. Как правило, организации общественного здравоохранения в девяти странах играют определенную роль в наблюдении и мониторинге распространенности соответствующей проблемы. Они, как правило, участвуют в выявлении проблем и, в некоторой степени, в постановке задач, а также в разработке политики и мониторинге и оценке, но в меньшей степени – в осуществлении политики и в наименьшей степени – в принятии решений.

Роль организаций общественного здравоохранения в выявлении проблем и постановке задач неодинакова, однако на национальном уровне министерство здравоохранения или подведомственные ему учреждения, такие как национальные учреждения общественного здравоохранения, могут играть важную роль в выявлении и формулировании проблем здравоохранения, требующих внимания со стороны правительства. Тем не менее, хотя министерства здравоохранения во всех странах отвечают за разработку национальной политики в области здравоохранения, многие из основных угроз для здоровья населения рассматриваются в рамках прерогативы других министерств. В некоторых случаях такой подход представляется целесообразным, однако в других случаях он означает более приоритетное положение коммерческих и торговых соображений по сравнению со здоровьем. Как следствие, организации общественного здравоохранения зачастую выполняют, в лучшем случае, консультативную роль в законодательных и регуляторных процессах. Как было отмечено в отношении каждой из областей, описанных в данном издании, в тех случаях, когда роль организаций общественного здравоохранения в мониторинге и оценке политики и программ подвергается меньшему сомнению, лишь немногие из них обладают необходимым для этого потенциалом, хотя в той или иной степени данные функции выполняются национальными статистическими учреждениями. Тем не менее, хотя эти учреждения обладают мандатом и возможностями для сбора данных, организации общественного здравоохранения должны нести ответственность за их анализ и, при необходимости, продвигать или, в некоторых случаях, реализовать необходимые действия.

### **Признание проблем общественного здоровья**

Хотя все девять стран, охваченных настоящим исследованием, официально признали три проблемы общественного здоровья, связанные с ожирением, потреблением алкоголя и УПП, степень осознания различается как между странами, так и внутри стран. Ожирение, например, практически не рассматривается в рамках политических дискуссий в некоторых из рассматриваемых стран, таких как Республика Молдова или Польша. Признание общественностью потребления алкоголя как вредного для здоровья и политические дискуссии на эту тему не отмечены в странах с развитой алкогольной промышленностью, таких как Германия, Республика Молдова и Франция. Даже политики или специалисты в области общественного здравоохранения могут еще не осознавать масштабов этой проблемы. В отличие от многих других европейских стран, директивные органы Италии, например, считают, что меры по популяризации здорового образа жизни, а также инструменты и политика в области снижения веса являются эффективными и оказывают значительное влияние на распространенность ожирения, несмотря на фактические данные, свидетельствующие о том, что на практике сниженный вес чрезвычайно сложно поддерживать (EASO, 2014).

Что касается ожирения и потребления алкоголя, то влиятельные заинтересованные круги продвигают идею о том, что потребление продуктов питания и алкоголя является индивидуальным выбором человека, а не вопросом здоровья населения, и организациям общественного здравоохранения не удастся преодолеть подобные представления. В Польше проблема привычек в образе жизни является одной из центральных тем политических дискуссий, что обусловлено активной ролью представителей пищевой промышленности в данных дискуссиях. Так, им удалось продвинуть идею о том, что ответственность за выбор здорового образа жизни лежит на индивидууме, а не на государстве. Недавно принятый закон в области общественного здравоохранения направлен на повышение ответственности всего общества за профилактику ожирения, однако необходимо убедиться в том, чтобы его реализация (например, путем укрепления полномочий и потенциала организаций общественного здравоохранения в этой области) осуществлялась в соответствии с данным законом. Недавно министр здравоохранения Италии выразил свое несогласие с предложенными ВОЗ новыми руководящими принципами по сокращению суточного потребления сахара в два раза (с 10% от суточного количества калорий до 5%), поскольку, по его опасениям, последствия такой политики могут с высокой долей вероятности затронуть многие национальные бренды (Health News Today, 2014). В таких случаях учреждения общественного здравоохранения могли бы сыграть важную роль в качестве защитников здоровья потребителей, однако они либо не обладают соответствующим мандатом, либо не обладают формальными или неформальными полномочиями или автономией, либо просто не располагают возможностями и руководящей ролью для того, чтобы действовать в данном направлении.

Другая проблема заключается в том, что в некоторых странах концепция и инфраструктура общественного здравоохранения все еще в значительной степени построены в соответствии с путями распространения инфекционных заболеваний или заболеваний, связанным с состоянием окружающей среды, и в меньшей степени ориентированы на интеграцию, междисциплинарные подходы и усилия по устранению социальных и поведенческих детерминант здоровья и заболеваний. Сохраняющиеся представления об ожирении и потреблении алкоголя как о проблемах индивидуального выбора образа жизни и неспособность органов общественного здравоохранения преодолеть данные представления могут позволить объяснить нынешнее состояние политики в области охраны здоровья

в ряде европейских стран. Данная проблема будет представлять собой важную область для дальнейшей информационно-просветительской деятельности организаций общественного здравоохранения; кроме того, она также может послужить важным элементом для создания нового видения и наделения властными полномочиями организаций общественного здравоохранения как защитников здоровья потребителей. Это также означает, что представители общественного здравоохранения должны будут начать более эффективно участвовать в политических процессах, чтобы их голос был услышан, и более активно взаимодействовать со средствами массовой информации и социальными сетями.

### ***Роль промышленности***

Одна из наиболее важных идей, отраженных в данной публикации, заключается в том, что политика в области общественного здоровья формируется в значительной степени под влиянием корыстных интересов производителей. Данный факт становится особенно очевиден при рассмотрении таких проблем, как ожирение и потребление алкоголя, несмотря на то что даже в рамках УПП некоторые представители сельскохозяйственной и пищевой промышленности пытались воспрепятствовать введению ограничений на использование антибиотиков в качестве стимуляторов роста. В настоящее время данная точка зрения в Европе ослабла, хотя она все еще довольно распространена в других частях мира. Действительно, этот и другие фитосанитарные аспекты производства продуктов питания активно обсуждались в ходе дебатов по поводу решения Соединенного Королевства покинуть Европейский союз, при этом некоторые видные политики рассматривали его как возможность отменить существующие гарантии в целях содействия торговле.

В отличие от табачной промышленности, чья продукция несет угрозу для жизни населения (при использовании по назначению), существуют причины, по которым правительства будут взаимодействовать с пищевой и, в меньшей степени, алкогольной промышленностью. Так, пища имеет важнейшее значение для выживания, и у промышленности имеются возможности для повышения питательности пищевых продуктов и обеспечения их ценовой доступности путем изменения их рецептуры. Очевидно, что в результате консолидации пищевой и алкогольной промышленности были созданы корпорации, обладающие значительно большим влиянием и ресурсами, чем многие правительства. Более того, зачастую они используют свое влияние в ущерб здоровью населения, а также действуют далеко не прозрачными методами. Это имеет два последствия для организаций общественного здравоохранения. Во-первых, необходимо проявлять значительную осторожность во взаимодействии с промышленностью, обеспечивая полную прозрачность. Во-вторых, это подчеркивает важность финансирования и проведения исследований в отношении того, что в настоящее время называется корпоративными детерминантами здоровья.

### ***Межсекторальное сотрудничество***

Способы решения проблем в области общественного здоровья по меньшей мере столь же важны, как и то, решаются они или нет. Это в значительной степени связано с социальным и административным контекстом соответствующей страны. Вышеупомянутые примеры мер общественного здравоохранения в Швеции в отношении потребления алкоголя и УПП иллюстрируют сетевой и межотраслевой подход, направленный на достижение консенсуса. Он может сыграть решающее значение для обеспечения успешной реализации принятой политики.

Шведская стратегия в отношении алкоголя, наркотических средств, допинга и табака (ANDT) на 2011–2015 гг. с самого начала была нацелена на улучшение

координации и сотрудничества между различными субъектами, участвующими в ее осуществлении. Данная стратегия охватывает множество соответствующих субъектов на различных уровнях. Она направлена на ограничение физической доступности алкоголя (при поддержке полиции, таможенной службы и структур, контролирующей продажи алкоголя в ресторанах и барах); предотвращение причинения вреда детям и молодежи и отсрочку приобретения к алкоголю; и улучшение медицинского обслуживания лиц, нуждающихся в медицинской и социальной помощи. В Германии меры по борьбе с УПП координируются Кабинетом министров, что способствует межсекторальному сотрудничеству и расширению сферы ответственности.

В отношении всех трех проблем в области общественного здоровья, рассмотренных в настоящем исследовании, существует очевидная необходимость в межсекторальном сотрудничестве, и многие из девяти стран создали официальные или неофициальные механизмы для достижения этой цели, как для признания проблем и разработки политики, так и для ее реализации. В качестве примера можно привести сотрудничество в области борьбы с ожирением.

В Германии за осуществлением Плана действий по продвижению здорового питания и физической активности следит национальная руководящая группа. В ее состав входят по одному представителю от каждого из ведущих министерств федерального правительства, по одному представителю от каждой из конференций министров здравоохранения, защиты прав потребителей и сельского хозяйства и по одному представителю от объединений муниципальных властей. Кроме того, в его состав входят представители ассоциаций работодателей и работников, представитель Федеральной ассоциации по предупреждению заболеваний и укреплению здоровья, Платформы по здоровому питанию и физической активности, представитель гражданского общества и один представитель основных профессиональных обществ и объединений.

В Англии ключевую роль в политике по борьбе с ожирением играет не только Министерство здравоохранения, но и Министерство образования, Министерство культуры, СМИ и спорта (физическая активность и контроль за соблюдением стандартов рекламы/маркетинга), Министерство по делам общин и местного самоуправления, а также Министерство по вопросам окружающей среды, продовольствия и сельскохозяйственного развития.

Другой связанный с этим вопрос касается восприятия и решения проблемы УПП. Несмотря на то что глобальные политические инициативы указывают на необходимость более целостного решения вопросов в области охраны здоровья человека и животных (так называемый подход «Единое здоровье»), это так и не привело к тому, чтобы во всех странах были приняты комплексные меры в области общественного здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства. В большинстве из девяти стран данный вопрос по-прежнему воспринимается скорее как угроза здоровью человека, хотя некоторые страны приняли целенаправленные меры и в ветеринарном секторе, вероятно под политическим давлением и в попытке защитить экономические интересы в области животноводства. Фактически большинство директив Европейской комиссии в отношении УПП направлены на охрану здоровья животных.

### ***Партнерства и сети с участием организаций общественного здравоохранения***

Профессиональные и политические сети были важнейшими площадками для решения описанных выше проблем общественного здоровья в ряде стран на этапах признания проблем, разработки и осуществления политики. Одним из наиболее ранних



и наиболее известных примеров в этом отношении является Шведская стратегическая программа по борьбе с устойчивостью к антибиотикам (STRAMA). Данная программа была учреждена членами профессионального сообщества в 1995 г. Она состояла из добровольных сетей национальных учреждений и организаций, а также местных многопрофильных групп. Межсекторальное сотрудничество в области разработки и осуществления политики как на национальном, так и на местном уровне по-прежнему имеет важнейшее значение для ведения деятельности в области УПП в Швеции. Аналогичным образом Нидерланды и Франция мобилизовали обширные междисциплинарные сети специалистов в форме рабочих групп или целевых групп для участия в процессе разработки стратегии по борьбе с УПП.

В Италии учреждения общественного здравоохранения взаимодействуют с рядом других органов в вопросах выявления проблем и формирования повестки дня, в том числе с международными организациями, такими, как ВОЗ (например, в рамках исследования HBSC и Глобального плана действий ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг.); многие научные ассоциации (такие как Итальянский фонд по наблюдению за диабетом «Барометр», Итальянское общество по вопросам питания человека, Итальянское общество по борьбе с ожирением, Итальянская ассоциация по изучению расстройств пищевого поведения и контролю веса, Итальянский фонд борьбы с детским ожирением, Итальянская ассоциация диетотерапии и лечебного питания и Итальянское общество по вопросам хирургического лечения ожирения и метаболических расстройств); а также с терапевтами и педиатрами, которые ежедневно занимаются этой проблемой.

В Германии сотрудничество на региональном уровне было определено в качестве четкой цели в Национальной стратегии по борьбе с УПП. Служба общественного здравоохранения Германии (ÖGD) сыграла важную роль в создании и координации региональных сетей УПП на уровне федеральных земель (департаменты здравоохранения земель) и на местном (муниципальном) уровне. Данное решение было принято еще в 1990-е гг., когда случаи инфицирования *Staphylococcus aureus*, устойчивым к метициллину (MRSA), побудили местные органы здравоохранения включить данный вопрос в свою повестку дня, чему также способствовали трансграничные проекты Euregio MRSA-Net (например, MRSA-Net Twente-Münsterland). Региональные сети по патогенным микроорганизмам с множественной лекарственной устойчивостью сформировали важные предпосылки для разработки успешной стратегии по борьбе с MRSA. Данный подход, основанный на деятельности региональных сетей, был включен в национальные стратегии по контролю за распространением MRSA. Считается, что служба общественного здравоохранения располагает всеми возможностями для того, чтобы сыграть ключевую роль в создании и продвижении местных сетей для решения проблемы УПП. Она является беспристрастным органом, присутствует в каждом населенном пункте и обладает необходимым опытом. Знания Службы общественного здравоохранения (ÖGD) о ситуации в различных местных учреждениях здравоохранения являются важной основой для деятельности.

### ***Необходимость в координационных механизмах***

При таком большом числе субъектов и учреждений, участвующих в разработке и осуществлении политики, существует явная потребность в координационных механизмах. Иногда организации общественного здравоохранения располагают достаточными возможностями для того, чтобы внести свой вклад в процесс координации. Как упоминалось выше, одной из сильных сторон Шведской стратегии в отношении алкоголя, наркотических средств, допинга и табака (ANDT) на 2011–2015 гг. является то, что в ней определены координационные механизмы на национальном, окружном и муниципальном уровнях. Однако во многих странах

такие механизмы отсутствуют. Это может привести к отсутствию четких структур подотчетности между учреждениями общественного здравоохранения на различных уровнях, отсутствию ясности в отношении институциональных ролей и обязанностей, а также отсутствию координации между секторами.

С этим связан вопрос о необходимости сотрудничества между субъектами на различных административных уровнях. В этом отношении важное значение имеют несколько факторов. Одним из них является разделение полномочий и обязанностей, закрепленное в конституции или аналогичных документах. Другой фактор заключается в наличии политической согласованности. Таким образом, обеспечение координации может быть сопряжено с некоторыми трудностями в тех случаях, когда различные политические партии обладают властью на национальном и региональном уровнях. Однако, как показано в данной публикации, существует большое разнообразие формальных и менее формальных механизмов координации, которые могут быть созданы.

### ***Международные организации могут сыграть решающую роль***

Международные и наднациональные организации могут играть решающую роль в продвижении национальных ответных политических мер, в том числе при посредничестве организаций общественного здравоохранения. Это наиболее актуально для ЕС, где функционирование единого рынка требует последовательных подходов ко многим вопросам и где европейское законодательство либо действует напрямую, либо отражается в национальном законодательстве посредством директив. При отсутствии законодательства нормотворческую силу могут иметь меры ЕС, направленные на решение общих проблем, такие как План действий ЕС по борьбе с УПП или План действий по борьбе с детским ожирением 2014 г., что может еще в большей степени способствовать активизации действий на национальном уровне.

Целесообразны также глобальные инициативы. В области борьбы с УПП существуют инициативы высокого уровня, такие как Группа семи, Трансатлантическая целевая группа по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (TATFAR) и Глобальная повестка дня в области безопасности здоровья (GHSA). ВОЗ ведет активную работу в отношении всех трех проблем в области общественного здоровья, рассматриваемых в данном издании. В Глобальном плане действий ВОЗ по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам четко заявлено, что от стран ожидается, что они разработают свои собственные национальные планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам к 2017 г.

Наконец, Европейское региональное бюро ВОЗ приняло ряд соответствующих инициатив, которые, в частности, оказались полезными для стран, в которых расположены страновые офисы ВОЗ, (таких как Польша, Республика Молдова и Словения). ВОЗ помогла сформировать политическую повестку дня в этих странах как с помощью проведения учебных мероприятий по сбору данных, так и с помощью разработки плана национальной политики, хотя, как уже упоминалось выше, остаются проблемы, связанные с их финансированием и реализацией.

### ***Существует необходимость в национальных стратегиях и планах действий...***

Национальные стратегии и планы действий являются важным шагом на пути к принятию мер на национальном и субнациональном уровнях. Они позволяют определять приоритеты в области общественного здравоохранения, а также устанавливать цели и показатели, необходимые действия, субъекты, которые должны быть вовлечены в процесс их осуществления, определять потребности в финансировании и способы мониторинга и оценки осуществления стратегий и планов действий. Однако зачастую они не позволяют установить конкретные обязанности для организаций общественного здравоохранения как учреждений-ис-

полнителей. Даже в тех случаях, когда для них определены такие обязанности, у них могут отсутствовать средства и ресурсы для выполнения этих задач. Когда такие дополнительные обязанности просто включаются в перечень юридически обязательных услуг и воспринимаются как добровольные, они, как правило, конкурируют с обязательными.

Что касается борьбы с УПП, то на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2015 г. государства-члены ВОЗ приняли Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, требующий от них разработки национальных планов действий. Ожидается, что национальные планы действий будут приведены в соответствие с Глобальным планом действий, а также со стандартами и руководящими принципами, установленными такими межправительственными органами, как Комиссия «Кодекс Алиментариус», Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО) и Всемирная организация по охране здоровья животных (МЭБ). Однако из девяти стран, подробный анализ которых приводится в данной публикации, только пять (Германия, Нидерланды, Соединенное Королевство, Франция и Швеция) к середине 2016 г. сформулировали национальный план действий. Отмечалась также нехватка национальных стратегий и планов действий в области контроля за потреблением алкоголя: лишь в двух из девяти стран, охваченных настоящим исследованием, к середине 2016 г. была разработана отдельная стратегия в отношении алкоголя. Больше всего действий предпринимается в области борьбы с ожирением: во всех отобранных странах (за исключением Швеции) были приняты национальные стратегии или программы.

### ***...однако зачастую они являются неполными...***

Тем не менее, даже если национальные стратегии или планы действий были приняты или соответствующие политические меры были включены в национальную политику в области здоровья, намечаемые действия могут носить узконаправленный или каким-либо образом ограниченный характер. Например, принятое до настоящего времени большинство планов действий в области УПП значительно отличаются друг от друга по своей структуре, целям, уровню детализации и направленности на достижение результатов и мониторинг. Лишь немногие страны приняли национальный план действий по УПП, в котором были определены показатели и цели, подлежащие мониторингу. В настоящее время такая система существует только в Нидерландах и Соединенном Королевстве. Что особенно важно, в большинстве национальных планов действий содержится крайне мало информации о конкретных оперативных планах, бюджетах и распределении ролей и обязанностей между всеми заинтересованными сторонами, которые должны быть задействованы в процессе руководства комплексными ответными мерами по УПП, включая организации общественного здравоохранения. Как следствие, ответные меры остаются разрозненными, и в них задействованы лишь один или несколько секторов или учреждений.

### ***...и испытывают нехватку финансирования***

Зачастую при осуществлении запланированных мероприятий не предусматривается четкое распределение финансовых средств. Примером может служить Республика Молдова, где в период 2014–2015 гг. на реализацию Национальной программы в области продовольствия и питания не было выделено каких-либо финансовых средств. Несмотря на то что ожирение было признано Министерством здравоохранения в качестве приоритетной проблемы, а План действий Национальной программы в области продовольствия и питания был утвержден правительством, в рамках среднесрочного бюджетного планирования на 2014–2015 гг.

не было отражено никаких конкретных мероприятий. Мероприятия, включенные в План действий, в той или иной степени осуществляются с использованием ограниченных внутренних ресурсов учреждений, как людских, так и финансовых, или с использованием поддержки, оказываемой международными партнерами по развитию. В некоторых других странах (например, в Италии и Польше) также не было выделено специальных бюджетных средств на борьбу с ожирением.

В Италии негативное воздействие на политику в области контроля над потреблением алкоголя оказали бюджетные сокращения в сфере общественного здравоохранения. В 2010 г. были прекращены национальные консультации по вопросам потребления алкоголя и связанными с этим проблемами, в то время как финансирование, выделенное на предупреждение вреда, связанного с потреблением алкоголя (в том числе посредством контроля за дорожным движением со стороны полиции), было значительно ниже максимальной суммы, предусмотренной различными законами. В Республике Молдова в период 2012–2015 гг. не было выделено средств на реализацию Программы по контролю над потреблением алкоголя. Все мероприятия осуществлялись за счет существующих бюджетов ответственных органов власти.

### ***Национальные планы или стратегии можно включить в более широкие стратегии.***

Хотя наличие хорошо структурированной и обеспеченной ресурсами национальной стратегии или плана действий может свидетельствовать о признании проблемы и наличии политической воли к ее решению, отсутствие отдельной стратегии не всегда означает отсутствие мер по решению данной проблемы. Она может быть включена в более широкие стратегии, такие как стратегия в отношении алкоголя, наркотических средств, допинга и табака, принятая в Швеции. Данный метод можно рассматривать как последовательный и комплексный подход к решению проблем зависимостей. Шведская стратегия в отношении алкоголя, наркотических средств, допинга и табака (ANDT) на 2011–2015 гг. объединила в себе различные цели в отношении алкоголя и наркотических средств, табака и допинга, которые ранее представляли собой отдельные цели. Она была направлена на выработку целостного представления об общих факторах, лежащих в основе возникновения проблем и их решений, а также на улучшение координации и сотрудничества между различными субъектами, участвующими в реализации стратегии (Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 2011).

### ***Даже страны с хорошими показателями могут добиться большего***

Один из важных выводов нашего исследования заключается в том, что даже страны с хорошими показателями могли бы добиться гораздо лучших результатов в решении основных проблем общественного здоровья путем более активного вовлечения организаций общественного здравоохранения в данную деятельность. В качестве примера можно привести Швецию. По общему признанию, Швеция добилась огромных успехов в области общественного здравоохранения. По результатам сравнительной оценки успехов и недостатков в политике в области охраны здоровья, проводимой в европейских странах (в которой рассматривались такие разнообразные области, как загрязнение воздуха, безопасность дорожного движения, борьба с потреблением алкоголя и табака и здоровье детей), в целом Швеция набрала наивысший суммарный балл по эффективности политики в области общественного здравоохранения (Mackenbach and McKee, 2013).

Ведущая позиция Швеции была также подтверждена в ходе нашего исследования в области контроля над потреблением алкоголя и УПП. Например, Шведская стратегия в отношении алкоголя, наркотических средств, допинга и табака (ANDT)

на 2011–2015 гг. характеризуется широким межотраслевым сотрудничеством, назначенными координационными механизмами на национальном, окружном и муниципальном уровнях, а также специально выделенными средствами для ее реализации, мониторинга и оценки. Кроме того, Швеция также играет ведущую роль в области борьбы с УПП. Так, в стране была принята Шведская стратегическая программа по борьбе с устойчивостью к антибиотикам (STRAMA), учрежденная членами профессионального сообщества в 1995 г. и состоящая из добровольных сетей учреждений и организаций на национальном уровне и многопрофильных групп на местном уровне.

С другой стороны, Швеция является единственной страной (среди отобранных для данного исследования), не имеющей национальной стратегии или программы по борьбе с ожирением. Также в стране не существует клинических рекомендаций по лечению и ведению случаев ожирения. В настоящее время между Шведским агентством общественного здравоохранения, другими соответствующими учреждениями и субъектами и правительством ведутся дискуссии по вопросам ожирения и необходимых действий. Хотя ожирение признается в качестве одной из основных проблем общественного здравоохранения, в настоящее время работа в основном сосредоточена на людях с другими факторами риска заболеваний, а координация усилий в этой области недостаточно развита. Несмотря на наличие региональных планов действий по борьбе с ожирением, они не получают поддержки, необходимой для обеспечения их эффективности, в виде национальной стратегии (Schäfer Elinder et al., 2015). Кроме того, в настоящее время в Швеции не проводится никаких национальных обследований по измерению роста и веса взрослого населения. Как на национальном, так и на региональном уровне обследования охватывают только данные о росте и весе, сообщаемые самими участниками опросов, которые затем используются для расчета показателей избыточного веса и ожирения. В рамках ряда небольших исследовательских проектов также осуществляется сбор данных об избыточном весе и ожирении, однако они не являются частью информационной системы здравоохранения, находящейся в ведении Министерства здравоохранения и социального обеспечения.

### ***Имеется мало информации о деталях осуществления***

Хотя национальная политика может существовать на бумаге, количество документируемых данных или сведений о реализации политики на практике и на местном уровне, в том числе о роли организаций общественного здравоохранения в данном процессе, зачастую недостаточно. В качестве примера можно привести УПП. В большинстве европейских стран действует законодательная норма, запрещающая продажу противомикробных препаратов без рецепта. Однако имеются свидетельства того, что данная политика не соблюдается в обязательном порядке.

### ***Укрепление процессов мониторинга и оценки***

Как упоминалось выше, службы общественного здравоохранения могут играть определенную роль в мониторинге показателей общественного здоровья, на которых основываются (теоретически) национальные программы и стратегии. Однако серьезные пробелы и заметные исключения на практике наблюдаются даже в данном вопросе. Примером может послужить упомянутое выше отсутствие механизма мониторинга распространенности ожирения в Швеции.

Мониторинг и оценка программ, стратегий или политических мер в области общественного здоровья осуществляются редко, а механизм обратной связи, необходимый для соответствующего укрепления процесса разработки политики, от-

сутствует. Например, в области контроля над потреблением алкоголя Республика Молдова является единственной из девяти стран, подробный анализ которых приводится в данном издании, предоставляющей отчетность о проведении мониторинга и оценки своей национальной программы. Данная мера реализуется при поддержке ВОЗ в связи с отсутствием соответствующего потенциала на национальном уровне. Недостаток потенциала также является причиной отсутствия регулярного мониторинга и оценки в Германии. Только Италия, Швеция и Польша, как представляется, принимают больше мер в области оценки и мониторинга своих национальных программ. Однако в Италии и Польше основное внимание уделяется отслеживанию мероприятий, осуществляемых в рамках программ, и только Швеция проводит фактическую оценку осуществленных мер.

### **Заклучение**

Данное исследование показало, что страны располагают значительными возможностями для того, чтобы организации общественного здравоохранения принимали более активное участие в решении проблем общественного здоровья. В частности, они могут играть ключевую роль в содействии межсекторальному сотрудничеству, создании профессиональных и политических партнерств и сетей, а также в координации деятельности различных участников. Кроме того, их вовлеченность крайне важна для повышения осведомленности о проблемах общественного здоровья, для создания систем мониторинга и оценки любых разрабатываемых мер политики и программ, а также противодействия негативному влиянию со стороны пищевой и алкогольной промышленности. Мы надеемся, что данной публикацией нам удалось описать не только будущие вызовы, но и варианты того, как можно на них реагировать.

### **Библиография**

- Both L, Botgros R, Cavaleri M (2015). Analysis of licensed over-the-counter (OTC) antibiotics in the European Union and Norway, 2012. *Euro Surveill*.20:30002. doi: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.34.30002>.
- Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 44(3 Part II):166–203.
- EASO (2014). European Association for the Study of Obesity. Policymaker Survey 2014. Obesity: perception and policy – multi-country review and survey of policymakers. London: European Association for the Study of Obesity. ([http://easo.org/wp-content/uploads/2014/05/C3\\_EASO\\_Survey\\_A4\\_Web-FINAL.pdf](http://easo.org/wp-content/uploads/2014/05/C3_EASO_Survey_A4_Web-FINAL.pdf), accessed 8 June 2018).
- Health News Today (2014). Sugar, Italy against WHO. Lorenzin: “Wrong halved” – BBC. Health News Today blog. (<http://healthnewstodays.blogspot.it/2014/11/sugar-italy-against-who-lorenzini-wrong.html>, accessed 10 November 2015).
- Mackenbach JP, McKee M eds. (2013). Successes and failures of health policy in Europe. Four decades of divergent trends and converging challenges. Maidenhead: Open University Press.
- Mays GP, Smith SA, Ingram RC, Racster LJ, Lamberth CD, Lovely ES (2009). Public health delivery systems. *Am J Prev Med*.36(3):256–265.
- Schäfer Elinder L, Patterson E, Nyberg G, Säfsten E, Sundblom E (2015). Sverige behöver en nationell strategi för nutrition och fysisk aktivitet [Швеции нужна национальная стратегия в области питания и физической активности]. *Läkartidningen*, 112:DFSE. (<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2015/04/Sverige-behover-nationell-strategi-for-nutrition-och-fysisk-aktivitet/>, accessed 8 June 2018).
- Swedish Ministry of Health and Social Affairs (2011). A cohesive strategy for Alcohol, Narcotic Drugs, Doping And Tobacco (ANDT) policy. A summarized version of Government Bill 2010/11:47. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs. ([http://www.government.se/contentassets/0e3caf84b1ff4a038e\\_c70c3c9c4db2ac/a-cohesive-strategy-for-alcohol-narcotic-drugs-doping-andtobacco-andt-policy.-s.2011.02](http://www.government.se/contentassets/0e3caf84b1ff4a038e_c70c3c9c4db2ac/a-cohesive-strategy-for-alcohol-narcotic-drugs-doping-andtobacco-andt-policy.-s.2011.02), accessed 8 June 2018).

## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и продвигает основанные на фактических данных способы формирования политики в области здравоохранения путем проведения всестороннего и тщательного анализа систем здравоохранения в Европе. Она объединяет широкий спектр разработчиков политики, ученых и практикующих специалистов, которые проводят анализ тенденций в области реформ здравоохранения и освещают политические вопросы, используя общеевропейский опыт. Публикации Обсерватории можно найти на ее вебсайте:

<https://eurohealthobservatory.who.int/>

## Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Северная Македония  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чехия  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

## Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100  
Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. адрес: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

ISBN 978-92-890-5597-0



9 789289 055970