



ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ДЛЯ АЗИИ И ТИХОГО ОКЕАНА

Комитет по новым социальным вопросам

Вторая сессия  
1-3 ноября 2005 года  
Бангкок

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И РАЗВИТИЕ: ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

(Пункт 6с предварительной повестки дня)

**УСТРАНЕНИЕ НОВЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ:  
СОДЕЙСТВИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

*Записка секретариата*

**РЕЗЮМЕ**

Под воздействием глобализации, урбанизации и развивающихся демографических тенденций изменились условия и образ жизни людей и основные причины смертности и заболеваемости в регионе ЭСКАТО. Инфекционные и паразитарные болезни традиционно были основной причиной смертности в регионе, однако сейчас это уже не относится ко всем субрегионам и значительному большинству стран. На сегодняшний день около 62 процентов всех смертей в регионе связано с неинфекционными заболеваниями (НИЗ).

Распространение НИЗ в развивающихся странах традиционно ассоциировалось с более богатыми слоями населения в городах, однако в последние несколько десятилетий эти заболевания все больше распространяются среди социально-экономических групп, находящихся на более низком уровне. В основе этой тенденции лежит все более активное распространение некоторых факторов риска для здоровья бедных людей, особенно факторов, связанных с потреблением табачных изделий и плохим питанием. В свою очередь, НИЗ также являются серьезными причинами дальнейшего обнищания отдельных людей и семей. Медицинские издержки лечения этих заболеваний поглощают и без того скудные финансовые и людские ресурсы, необходимые для достижения целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Кроме того, косвенные издержки в результате снижения производительности труда также подрывают процесс национального экономического развития.

Опираясь на опыт и передовую практику в регионе ЭСКАТО, в настоящем документе предлагаются меры для проведения на национальном уровне и средства регионального сотрудничества для учета множества детерминант НИЗ в целях пропаганды физического и умственного здоровья для всех, что позволит улучшить и продлить жизнь людей.

Комитету предлагается поддержать сотрудничество между ЭСКАТО и ВОЗ по разработке совместного подхода и оказанию технической поддержки, которую могут использовать правительства Азиатско-Тихоокеанского региона для разработки национальных ответных мер.



СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение .....	1
I. ПОСЛЕДСТВИЯ ГЛУБОКИХ СДВИГОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ РЕГИОНА ЭСКАТО .....	2
А. Основные факторы риска .....	4
В. Совокупность неинфекционных заболеваний и бедности .....	7
II. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ МЕРЫ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ .....	10
А. Усиление потенциала в области управления знаниями .....	11
В. Просветительные кампании среди населения .....	12
С. Меры нормативного характера .....	12
D. Ценовые меры .....	13
Е. Многосекторальные подходы к укреплению здоровья .....	14
F. Налаживание партнерских связей для укрепления здоровья населения .....	17
III. ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ .....	19
IV. ВЫВОДЫ .....	19



## Введение

1. За последние несколько десятилетий в регионе ЭСКАТО значительно улучшилось положение в области здравоохранения. В то же время под воздействием глобализации, урбанизации и старения населения изменился характер основных причин заболеваемости и смертности, что привело к глубоким сдвигам в области здравоохранения. Инфекционные и паразитарные заразные заболевания традиционно были основной причиной смертности в регионе, однако в последнее время это уже не относится ко всем субрегионам и подавляющему большинству стран (см. таблицу 1). Сегодня регион испытывает все большее бремя, связанное с травмами и неинфекционными заболеваниями (НИЗ), такими, как различные виды рака, сердечно-сосудистые заболевания, хронические обструктивные легочные заболевания, психические расстройства и другие хронические болезни. В регионе ЭСКАТО 62 процента всех смертей и половина случаев инвалидности связаны с НИЗ. На травмы приходится дополнительно 7 процентов показателей смертности в регионе<sup>1</sup>.

**Таблица 1. Причины смерти людей в субрегионах ЭСКАТО по отношению к общим показателям смертности в 2002 году**

	Инфекционные и паразитарные заболевания, инфекции дыхательных путей	Материнские и перинатальные заболевания, недостаток питания	НИЗ	Травмы
Северная и Центральная Азия	4,9	1,0	80,8	13,2
Южная и Юго-Западная Азия	33,0	10,3	47,2	9,7
Юго-Восточная Азия	26,3	6,5	57,6	9,4
Восточная и Северо-Восточная Азия	9,2	2,9	77,2	10,5
Тихоокеанский субрегион	11,9	4,0	77,0	6,9

Источник: WHO, "Estimated total deaths by cause and ESCAP country for 2002", data compiled by WHO NCD and Mental Health Cluster, personal e-mail communication, 21 July 2005.

2. Развивающиеся страны региона ЭСКАТО испытывают двойную нагрузку: активизируется распространение НИЗ при одновременном сохранении значительных масштабов инфекционных заболеваний. Детерминанты здоровья необходимо определять с учетом перспективы развития, для чего необходимо принимать во внимание основные причины смертности и заболеваемости среди бедноты. Все большую поддержку получает идея разработки перспективной стратегии, которая предусматривала бы меры по борьбе с НИЗ и усилия по достижению целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. В своей стратегии по достижению этих целей тихоокеанские островные страны подчеркивают необходимость подхода к НИЗ с учетом цели 6 «Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями»<sup>2</sup>.

3. Данный документ составлен следующим образом. В главе I рассматриваются социально-экономические последствия глубоких сдвигов в области здравоохранения,

<sup>1</sup> WHO, "Estimated total deaths by cause and ESCAP country for 2002", data compiled by WHO NCD and Mental Health Cluster, personal e-mail communication, 21 July 2005.

<sup>2</sup> Secretariat of the Pacific Community, *Pacific Islands Regional Millennium Development Goals Report 2004* (Noumea, SPC, 2004), <http://www.forumsec.org.fj/docs/FEMM/2005/MDGGoal6.pdf>, accessed on 21 July 2005.

региональные тенденции в отношении факторов риска, касающихся неинфекционных заболеваний, анализируется, каким образом нищета и гендерные проблемы увеличивают риск возникновения НИЗ, а также каким образом НИЗ усугубляют бедность. В главе II представлены предложения для проведения мер на национальном уровне, а в главе III – потенциальные области регионального сотрудничества по предупреждению НИЗ и укреплению здоровья людей.

## **I. ПОСЛЕДСТВИЯ ГЛУБОКИХ СДВИГОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ РЕГИОНА ЭСКАТО**

4. Потребление алкоголя и табака, диета с низким содержанием фруктов и овощей, слабая физическая активность, высокие уровни холестерина, ожирение и высокое давление – это всё факторы риска для здоровья, активизирующие пандемию НИЗ в регионе ЭСКАТО<sup>3</sup>.

5. Старение – еще один важный фактор, способствующий переходу от инфекционных к неинфекционным заболеваниям. Из всех людей в мире в возрасте 60 лет и старше 52 процента проживают в регионе ЭСКАТО, а к 2025 году, согласно прогнозам, этот показатель увеличится до 59 процентов<sup>4</sup>. Поведение в связи образом жизни также влияет на увеличение риска заболевания НИЗ среди престарелых людей, возраст заболевших и темпы развития болезни<sup>5</sup>. Кроме того, НИЗ находятся под влиянием ряда детерминант социально-экономического, гендерного и экологического характера, влияющих на индивидуальный выбор в отношении поведения или образа жизни.

6. Психические заболевания охватывают широкий круг расстройств, влияющих на умственные функции и поведение людей, включая психосоциальные проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем или наркотиками. В региона ЭСКАТО увеличивается число психические заболеваний: из 1 млн. самоубийств, регистрируемых во всем мире ежегодно, только на западнотихоокеанский регион ВОЗ приходится 40 процентов. Травмы также являются серьезной причиной инвалидности и смертности, особенно в странах развивающегося мира, где происходит 90 процентов всех смертей, связанных с травмами. В регионе ЭСКАТО на травмы приходится 12,5 процента бремени болезней. Сложный комплекс детерминант, касающихся психических заболеваний и травм, требует более глубокого анализа, выходящего за пределы настоящего документа, который касался бы отдельных основных факторов, являющихся причинами наиболее распространенных физических НИЗ.

7. Основные причины НИЗ можно устранять с помощью демографического подхода, состоящего из трех уровней (см. диаграмму). Многие НИЗ поддаются лечению по их проявлениям и симптомам на основе контроля их протекания (первый уровень). Вместе с тем, большая часть причин, вызывающих НИЗ, поддается предупреждению. Профилактика факторов риска в рамках недорогостоящих многосекторальных мер как в системе первичного медико-санитарного обслуживания, так и за пределами сектора здравоохранения более рентабельна, чем лечение заболеваний. Кроме того, факторы риска зачастую сосуществуют в одних и тех же демографических группах и взаимодействуют друг с другом (см. таблицу 2). Эти факторы риска также взаимодействуют с социальными,

---

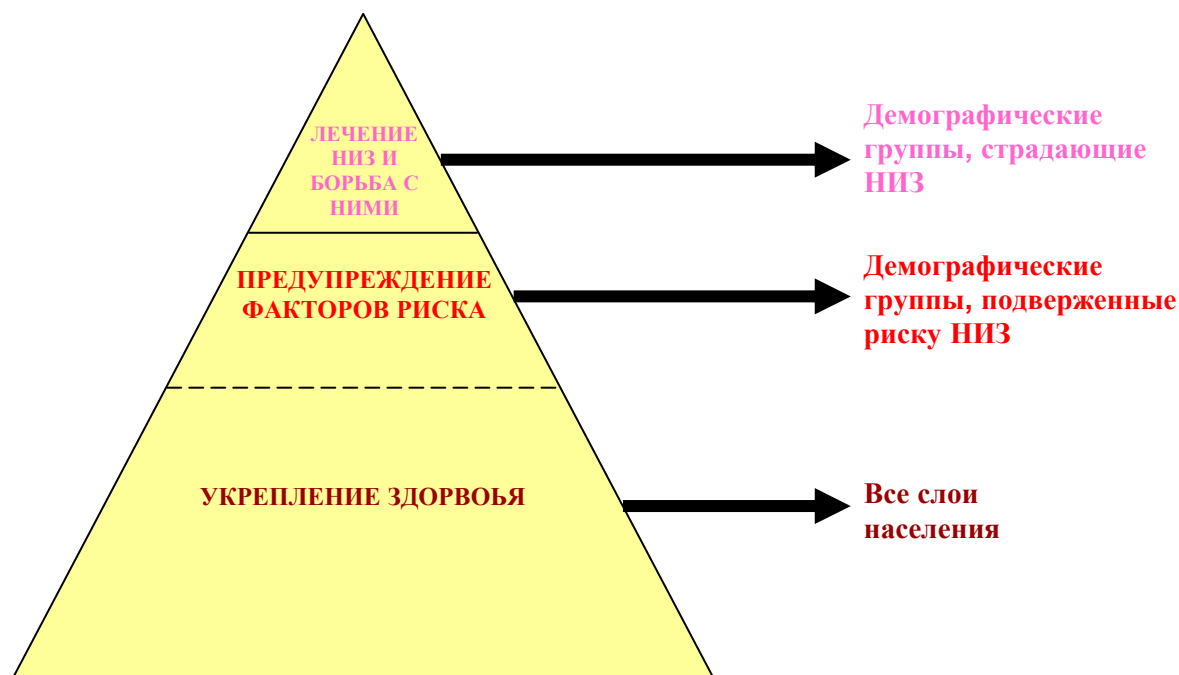
<sup>3</sup> WHO, *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (Geneva, WHO, 2002).

<sup>4</sup> ESCAP, “Health and development: the development determinants of health”, Document E/ESCAP/SHD/1 (Bangkok, ESCAP, 2004).

<sup>5</sup> WHO, *Ageing and Health: A Health Promotion Approach for Developing Countries* (Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2003).

экономическими и экологическими детерминантами. Один уровень действий заключается в том, чтобы перейти от лечения отдельных болезней к комплексным профилактическим подходам, касающимся одновременно общих факторов риска для здоровья (второй уровень). Например, потребление алкоголя и табака в сочетании с нездоровым питанием и низкой физической активностью способствует распространению сердечно-сосудистых заболеваний.

### Диаграмма. Трехуровневый демографический подход к борьбе с НИЗ



Источник: Adapted from Sania Nishtar, “Prevention of non-communicable diseases in Pakistan: an integrated partnership-based model”, *Health Research Policy and Systems*, vol. 2, 2004, pp. 2-7.

**Таблица 2. Сочетание факторов риска и их воздействие на распространение основных НИЗ<sup>a</sup>**

	Сердечно-сосудистые заболевания <sup>b</sup>	Диабет	Раковые заболевания	Заболевания дыхательных путей <sup>c</sup>
Курение	X	X	X	X
Злоупотребление алкоголем	X		X	
Нездоровое питание	X	X	X	X
Отсутствие физической активности	X	X	X	

<sup>a</sup> Modified from Timothy Armstrong and Ruth Bonita, “Capacity building for an integrated non-communicable disease risk factor surveillance in developing countries”, *Ethnicity & Disease*, vol. 13, Supp. 2, 2003, pp. S13-S18.

<sup>b</sup> Включая коронарную болезнь и инсульт.

<sup>c</sup> Включая хронические обструктивные легочные заболевания и астму.

8. Применение подобных профилактических и комплексных подходов способствует созданию условий, благоприятных для внедрения более широких инициатив, выходящих за пределы искоренения заболеваний и касающихся укрепления здоровья в духе Оттавской хартии по укреплению здоровья 1986 года (третий уровень). В этом контексте под укреплением здоровья понимается предоставление людям возможностей для усиления контроля за своим здоровьем и его улучшением, причем здоровье понимается как «состояние полного физического, психического и социального благосостояния». В этой связи укрепление здоровья «не только является обязанностью здравоохранительного сектора, но и выходит за пределы здорового образа жизни, лежащего в основе благосостояния»<sup>6</sup>. Укрепление здоровья и профилактика факторов риска в значительной степени перекрывают друг друга (см. диаграмму).

## А. Основные факторы риска

### 1. Потребление табачных изделий

9. Потребление табака – основная причина смертей во всем мире, поддающаяся предупреждению, на которую приходится 10 процентов общих показателей смертности среди взрослых, или около 5 млн. смертей ежегодно. Это однозначно связано с различными видами НИЗ, включая раковые, хронические обструктивные легочные и сердечно-сосудистые заболевания.

10. Из 1,1 млрд. курильщиков во всем мире 80 процентов проживает в странах с низкими и средними доходами<sup>7</sup>. По мере сокращения числа курильщиков во многих развитых странах табачные корпорации нацеливают свои маркетинговые стратегии на развивающиеся страны, особенно на регион ЭСКАТО. Анализ характера потребления табака и его воздействия на регион осложняется наличием многих видов его потребления. Процентное соотношение числа курящих мужчин в некоторых странах – членах ЭСКАТО относится к самым высоким в мире, причем это число увеличивается. Например, в Камбодже, Индонезии, Китае, Республике Корея и на Филиппинах оно превышает 60 процентов. На один Китай приходится треть всех потребляемых в мире сигарет<sup>8,9</sup>.

11. Более половины показателей смертности в связи с потреблением табака приходится на страны развивающегося мира, а более трех четвертей этих показателей – на регион ЭСКАТО. Кроме того, смертность, связанная с курением, в возрастной группе от 30 до 69 лет выше в странах развивающегося мира, чем в развитых странах<sup>10</sup>. Из всех связанных с

---

<sup>6</sup> The Ottawa Charter for Health Promotion was the outcome of the first International Conference on Health Promotion, held in Ottawa on 21 November 1986. For the full text, see WHO (WHO/HPR/HEP/95.1), [http://www.who.int/hpr/NPH/ocs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/ocs/ottawa_charter_hp.pdf), accessed on 18 June 2005.

<sup>7</sup> C.K. Gajalakshmi, Prabhat Jha, Kent Ranson and Son Nguyen, “Global patterns of smoking and smoking-attributable mortality”, in Prabhat Jha and Frank Chaloupka, eds., *Tobacco Control in Developing Countries* (New York, Oxford University Press, 2000), pp. 11-39.

<sup>8</sup> Teh-Wei Hu and Zhengzhong Mao, *Economic Analysis of Tobacco and Options for Tobacco Control: China Case Study*, HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 3 (Washington, World Bank, 2002).

<sup>9</sup> WHO, *Non-communicable diseases in South-East Asia region: a profile* (New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2002).

<sup>10</sup> M. Ezzati and A.D. Lopez, “Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000”, *Tobacco Control*, vol. 13, No. 4, 2004, pp. 388-395.



курением смертей в мире 20 процентов приходится на западнотихоокеанский регион ВОЗ, в котором до 1,2 млн. китайцев умирает ежегодно от НИЗ, связанных с потреблением табака<sup>11</sup>.

12. Однако, учитывая длительный инкубационный период между потреблением табака и проявлением многих НИЗ, связанных с табаком, нынешние показатели смертности представляют только вершину айсберга. Каждый день около 50 000 детей в Азии начинают курить<sup>12</sup>. Соответственно, связанные с НИЗ коэффициенты смертности и заболеваемости, по всей вероятности, будут увеличиваться. Согласно прогнозам на 2030 год, 70 процентов смертей во всем мире, связанных с курением, будет происходить в регионе ЭСКАТО.

## 2. Потребление алкогольных изделий

13. Опынение и зависимость от алкоголя – основные причины широкого круга медицинских и социальных проблем. Помимо связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями, циррозом печени и раком, потребление большого количества алкоголя также является важным фактором, увеличивающим число аварий на дорогах и случаев умышленного насилия. Согласно оценкам, во всем мире алкоголь является причиной 1,8 млн. смертей ежегодно, почти половина из которых вызвана травмами<sup>13</sup>. Из глобальных показателей распространения болезней, связанных с алкоголем, 24 процента приходится на развивающиеся страны Восточной и Юго-Восточной Азии и субрегион Тихого океана. В Российской Федерации средняя продолжительность жизни мужчин сократилась с 64 лет (1990 год) до 60 лет (2000 год), что отчасти объясняется потреблением алкоголя и курением.

14. В результате либерализации политики в отношении производства алкоголя, агрессивной рекламы и изменений социальных ценностей и образа жизни, наличие и потребление алкоголя во всем мире, прежде всего в развивающихся странах, увеличивается за последние десятилетия. Средние показатели потребления алкоголя широко варьируются по региону ЭСКАТО. Самые высокие уровни потребления в 2003 году были зарегистрированы в Российской Федерации (10,58 л чистого алкоголя на душу населения) и в Новой Зеландии (9,79 л), в то время как в Бангладеш, Индонезии, Исламской Республике Иран, Камбодже, Пакистане и Шри-Ланке эти показатели были ниже 0,5 л на душу населения<sup>14</sup>.

15. Во многих странах региона, особенно в сельских районах, алкогольные напитки производятся путем ферментации различных злаков и фруктов. Низкие цены на эти напитки стимулируют их потребление среди бедноты. Из-за слабого юридического контроля качества таких напитков бывают случаи их подделки, что приводит к слепоте и смерти людей.

---

<sup>11</sup> Liam Fitzpatrick, “Can Asia kick the habit?”, *Time*, vol. 165, No. 9, 7 March 2005.

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Jürgen Rehm, Nina Rehn, Robin Room, Maristela Monteiro, Gerhard Gmel, David Jerningan and Ulrich Frick, “The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking”, *European Addiction Research*, vol. 9, No. 4, 2003, pp. 147-156.

<sup>14</sup> Barry M. Popkin, Susan Horton, Soowon Kim, Ajay Mahal and Jin Shuigao, “Trends in diet, nutritional status and diet-related non-communicable diseases in China and India: the economic costs of the nutrition transition”, *Nutrition Reviews*, vol. 59, 2001, pp. 379-390.

### 3. Питание и отсутствие физической активности

16. Новые тенденции в отношении образа жизни в большинстве развивающихся стран изменили привычки людей в отношении питания и уровня физической активности. Увеличение потребления насыщенных жиров, животных продуктов, соли и сахара способствует распространению связанных с питанием НИЗ, таких, как ожирение, раковые заболевания, коронарные болезни и церебрально-васкулярные заболевания, высокое давление и диабет вида II. Изменения в производстве пищевых продуктов, маркетинге и розничной торговле ассоциируются с этими тенденциями. В результате распространения переработанных пищевых продуктов и пунктов быстрого питания все больше сокращаются возможности получения доступных по цене питательных и свежих продуктов.

17. Связанные с питанием НИЗ сегодня все больше распространяются в странах с низким уровнем ВВП на душу населения по сравнению прошлыми годами и становятся основной причиной бремени болезней в развивающихся странах. В 1995 году на НИЗ, связанные с питанием, приходился 41 процент всех показателей смертности в Китае и 32 процента в Индии<sup>15</sup>.

18. По оценкам, во всем мире 1 млрд. взрослых людей страдают от чрезмерного веса и 300 млн. – от избытка веса, причем большинство из них проживают в регионе ЭСКАТО. Показатели ожирения, особенно среди женщин, во многих развивающихся островных тихоокеанских странах и территориях относятся к самым высоким в мире, причем в некоторых случаях достигают 80 процентов.

19. С ожирением связано быстрое распространение диабета вида II в регионе. Прогнозы на 2025 год свидетельствуют о том, что распространение диабета в таких странах, как Индия и Пакистан, может соответственно достичь 6,0 и 8,7 процента населения. Кроме того, в этих странах заболеваемость диабетом в молодом возрасте больше, чем в странах, с более высокими доходами<sup>16</sup>.

20. Недостаточное потребление фруктов и овощей связано с более высоким риском инсультов, коронарных заболеваний сердца и некоторых видов желудочно-кишечных раковых заболеваний. Надлежащая диета и физические упражнения не только сокращают эти риски, но и имеют важное значение для укрепления здоровья и продления жизни людей. Регулярное потребление фруктов и овощей помогает поддерживать нормальное кровяное давление и плотность костей, облегчает функционирование суставов, улучшает память и активизирует другие когнитивные функции престарелых людей. Регулярные физические упражнения также способствуют укреплению как физического, так и психического здоровья, помимо содействия регулированию веса. Они способствуют предупреждению или снижению высокого давления и уменьшают риск возникновения рака прямой кишки и диабета.

---

<sup>15</sup> Barry M. Popkin, Susan Horton, Soowon Kim, Ajay Mahal and Jin Shuigao, "Trends in diet, nutritional status and diet-related non-communicable diseases in China and India: the economic costs of the nutrition transition", *Nutrition Reviews*, vol. 59, 2001, pp. 379-390.

<sup>16</sup> Abdul Ghaffar, K. Srinath Reddy and Monica Singhi, "Burden of non-communicable diseases in South Asia", *British Medical Journal*, vol. 328, 2004, pp. 807-810.

## В. Совокупность неинфекционных заболеваний и бедности

### 1. Детерминанты развития

#### а) Социально-экономическое положение

21. Распространение НИЗ в развивающихся странах традиционно ассоциируется с богатым городским населением, однако распространение курения и тучности среди более бедных групп изменяет те модели, которые можно обнаружить в развитых странах, где отмечается распространение НИЗ, обладающих более низким социально-экономическим статусом<sup>17,18</sup>.

22. Ряд обследований в регионе ЭСКАТО показывает увеличение потребления табака среди более бедных групп<sup>19,20</sup>. Аналогичным образом, ожирение в последнее время все больше ассоциируется с более низкими доходами семей, чем в прошлом. В странах, где ВВП на душу населения превышает 1 700 долл. США, принадлежность к группам с более низкими доходами становится систематическим фактором риска ожирения и связанных с ним болезней<sup>21, 22</sup>. Исследования по Индии показывают, что факторы риска НИЗ, такие, как высокое давление и диабет, также становятся все более распространенными среди самых бедных групп населения, особенно в городах<sup>23</sup>. Помимо увеличения объема потребления переработанной пищевой продукции, глобализация также ведет к расширению торговли продовольствием. Это позволяет иметь круглогодичный доступ к некоторым продуктам питания для людей с более высокими доходами, в то время как возможности бедноты ограничиваются по мере того, как свежее продовольствие, продававшееся ранее на местах, начинает экспортироваться.

23. Факторы риска и НИЗ будут все больше распространяться среди более бедных групп населения в странах развивающегося мира, что видно на примере развитых стран. Таким образом, согласно этому сценарию, двойное бремя болезней не только будет концентрироваться в бедных странах, но и прежде всего среди бедных и маргинализированных групп в этих странах.

24. На рабочих местах люди, особенно бедные, подвергаются риску НИЗ и травм. Распространение профессиональных заболеваний и травм особенно высоко при плохих условиях обеспечения безопасности труда и охраны здоровья и в тех случаях, когда большой процент рабочей силы занимается деятельностью высокого риска. Производственные риски

---

<sup>17</sup> Tony Blakely, Simon Hales, Charlotte Kieft, Nick Wilson and Alistair Woodward, "The global distribution of risk factors by poverty level", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, No. 2, 2005, pp. 118-126.

<sup>18</sup> M. Ezzati, S. Vander Hoorn, C.M.M. Lawes, R. Leach, W.P.T. James, A.D. Lopez, A. Rodgers and C.J.L. Murray, "Rethinking the "diseases of affluence" paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development", *Public Library of Science Medicine*, vol. 2, No. 5 (133), 2005, pp. 404-412.

<sup>20</sup> World Bank, *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control* (Washington, World Bank, 1999).

<sup>21</sup> Barry M. Popkin, "The nutrition transition in the developing world", *Development Policy Review*, vol. 21, 2003, pp. 581-597.

<sup>22</sup> C.A. Monteiro, W.L. Conde, B. Lu and B.M. Popkin, "Obesity and inequities in health in the developing world", *International Journal of Obesity*, vol. 28, No. 9, 2004, pp. 1181-1186.

<sup>23</sup> Abdul Ghaffar, K. Srinath Reddy and Monica Singhi, "Burden of non-communicable diseases in South Asia", *British Medical Journal*, vol. 328, 2004, pp. 807-810.

находятся на десятом месте среди причин заболеваемости и смертности, на которые приходится вплоть до 2 млн. смертей ежегодно во всем мире<sup>24</sup>. К наиболее распространенным производственным НИЗ относятся заболевания дыхательных путей, раковые заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, репродуктивные и неврологические нарушения, потеря слуха, боль в спине, дерматологические заболевания и психологические расстройства. В некоторых странах региона процент заболевания силикозом среди шахтеров и асбестозом среди работников металлургических заводов достигает 30 процентов.

b) *Гендерные аспекты*

25. Дискриминация ограничивает доступ женщин к медико-санитарным услугам в регионе. Из-за неграмотности и низкого социального статуса женщины не могут получать знания по вопросам здравоохранения, что в свою очередь влияет на состояние их здоровья и поведение. Некоторые из этих социальных детерминант приводят к тому, что женщины в большей степени подвержены НИЗ и другим факторам риска. Особенно игнорируются потребности в охране здоровья женщин, вышедших за репродуктивный возраст.

26. В Азии от 60 до 80 процентов домашних хозяйств используют биомассу для приготовления пищи и обогрева жилищ. Длительное воздействие дыма внутри помещений способствует возникновению нескольких НИЗ, включая хронические обструктивные легочные заболевания, рак горла и слепоту, а этот вид топлива способствует распространению туберкулеза<sup>25,26</sup>. Особенно высок риск загрязнения внутри помещений для женщин и маленьких детей. В Индии около половины случаев невылеченного туберкулеза среди взрослых объясняется загрязнением внутри помещений в результате приготовления пищи<sup>27</sup>. По оценкам ВОЗ, ежегодно около 2 млн. человек в развивающихся странах умирают в результате загрязнения внутри помещений, причем 28 процентов из них только в Индии, где распространение болезней в результате загрязнения внутри помещений также высоко, как и болезней связанных с плохим водоснабжением и санитарией.

27. Несмотря на низкий процент курящих женщин в регионе (12 процентов всех женщин в 1999 году), этот показатель повышается. Последствия курения имеют гендерные особенности<sup>28</sup>. Курение еще более увеличивает риск коронарной болезни, вызываемой использованием оральных противозачаточных средств. Курящие женщины также сталкиваются с более высоким риском осложнений во время беременности и родов, а их дети подвергаются высокому риску внутриутробной смерти и низкого веса после рождения.

28. Женщины находятся в центре внимания маркетинговых стратегий табачных корпораций, которые зачастую ставят знак равенства между курением и эмансипацией и сексуальной привлекательностью женщин. Согласно выводам одного из исследований,

---

<sup>24</sup> WHO, *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (Geneva, WHO, 2002).

<sup>25</sup> B.H. Chen, C.J. Hong, M.R. Pandey and K.R. Smith, "Indoor air pollution in developing countries", *World Health Statistics Quarterly*, vol. 43, No. 3, 1990, pp. 127-138.

<sup>26</sup> H.N Saiyed, T.S. Patel and V.N. Gokani, "Indoor air pollution in India: a major environmental and public health concern", *Indian Council of Medical Research Bulletin*, vol. 31 No. 5, 2001, pp. 1-9.

<sup>27</sup> Vinod Mishra, Robert D. Retherford and Kirk R. Smith, "Indoor air pollution. the quiet killer", *Asia Pacific Issues*, vol. 63, 2002, pp. 1-8.

<sup>28</sup> Virginia Ernster, "Impact of tobacco use on women's health", in Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon, eds., *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21<sup>st</sup> Century* (Geneva, World Health Organization, 2001), pp. 1-16.

40 процентов азиатских женщин считают, что курение помогает им контролировать свой вес<sup>29</sup>.

29. Связь между более низким социально-экономическим статусом и ожирением в странах с ВВП выше 1 700 долл. США на душу населения имеет гендерные различия: среди бедных женщин выше процент ожирения, чем среди мужчин<sup>30</sup>.

30. Таким образом, во многих развивающихся странах НИЗ не только увеличивают неравенство между богатыми и бедными в области здравоохранения, но и углубляют существующий гендерный разрыв в отношении состояния здоровья.

## **2. Социально-экономические последствия для отдельных лиц и домашних хозяйств**

31. Расходы на табак и алкоголь относятся к альтернативным и отвлекают экономические ресурсы, которые можно было бы использовать на приобретение таких необходимых вещей, как продовольственные товары, образование и медико-санитарное обслуживание. Нередко они отвлекают значительную долю общих доходов семьи. В Непале расходы на табачные изделия достигают 9,6 процента от всех доходов семьи по наиболее низкому квинтилю доходов, что почти в два раза превышает самый высокий квинтиль доходов<sup>31</sup>.

32. Бедность повышает вероятность плохого состояния здоровья и болезней, которые, свою очередь, имеют более серьезные медицинские и экономические последствия для людей с более низким социально-экономическим статусом. Более богатые группы населения с большей вероятностью получают раннюю медицинскую помощь, что способствует лечению болезни, в отличие от групп с более низким социально-экономическим статусом, имеющих меньше доступа к медицинскому обслуживанию, что позволяет НИЗ прогрессировать и приводит к более высоким показателям инвалидности и смертности. В результате распространения НИЗ среди более бедных групп увеличиваются прямые и косвенные экономические издержки.

33. Экономические последствия НИЗ для отдельных лиц и домашних хозяйств имеют особенно важное значение с учетом их хронического характера и связи с инвалидностью и преждевременной смертью. Пожизненный прием фармацевтических средств для лечения высокого давления, гиперхолестеролемии и диабета может полностью поглотить экономические ресурсы семьи. В Бангладеш наличные расходы для лечения каждой болезни, связанной с курением, могут достигать до 66 долл. США, что равняется двум, а то и трем месяцам среднего дохода<sup>32</sup>. Среди групп с низкими доходами прямые расходы, связанные с лечением диабета, могут поглощать до 24,5 процента ежегодного дохода семьи<sup>33</sup>.

---

<sup>29</sup> National Center for Tobacco-Free Kids, *Women and tobacco: global trends*, 2000, <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/pdf/women.pdf>, accessed on 25 June 2005.

<sup>30</sup> C.A. Monteiro, Erly C. Moura, Wolney L. Conde and Barry M. Popkin, "Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, No. 12, 2004, pp. 940-946.

<sup>31</sup> Yagya B. Karki, Kiran Dev Pant and Badri Raj Pande, *A study on the economics of tobacco in Nepal*, HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 13 (Washington, World Bank, 2003).

<sup>32</sup> Zulfiqar Ali, Atiur Rahman and Taifur Rahman, *Appetite for nicotine: An economic analysis of tobacco control in Bangladesh*, HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 16 (Washington, World Bank, 2003).

<sup>33</sup> R. Shobahan, P.R. Rao, A. Lavanya, V. Vijay, A. Ramachandran, "Cost burden to diabetic patients with foot complications – a study from southern India", *Journal of the Association of Physicians of India*, vol. 48, 2000, pp. 1147-1150.

34. В развивающихся странах некоторые виды НИЗ в большей степени распространяются среди молодых людей, чем в развитых странах, что имеет серьезные последствия для производительности труда рабочей силы. Помимо непосредственного воздействия НИЗ также создают косвенные издержки для отдельных лиц и их семей в результате потери возможностей получения доходов из-за снижения производительности, отсутствия на рабочем месте, длительной инвалидности, госпитализации и преждевременной смерти.

### 3. Последствия для медицинских учреждений и экономики стран

35. НИЗ создают весьма высокие издержки для медицинских учреждений и экономики стран. Издержки на вторичное и третичное лечение НИЗ могут поглощать скудные финансовые и людские ресурсы, что препятствует усилиям по реализации других медицинских и социальных приоритетов, включая меры по достижению связанных со здравоохранением целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

36. Общие расходы на лечение связанных с табаком болезней в Китае в 1989 году достигли 3,5 млрд. долл. США (1,5 процента ВВП), что превысило поступления в правительственный бюджет от продажи табачных изделий<sup>34,35</sup>. Расходы на лечение связанных с питанием НИЗ в Китае в 1995 году составили четверть всех расходов на медико-санитарное обслуживание. С учетом потери производительности общие расходы в результате НИЗ, связанных с питанием, в течение 1995 года составили 2,1 процента ВВП Китая<sup>36</sup>.

37. С учетом разнообразия медицинских и социальных последствий злоупотребления алкоголем не всегда можно получить точные и сопоставимые данные относительно его экономического воздействия. По оценкам, стоимость злоупотребления алкоголем в Австралии составляет 5,5 млрд. австралийских долл. ежегодно, что в основном связано с дорожно-транспортными происшествиями, правонарушениями и снижением производительности труда<sup>37</sup>. В Японии в 1987 году общая стоимость злоупотребления алкоголем достигла 1,9 процента ВВП. По оценкам, в Индии употребление алкоголя является причиной 15-20 процентов случаев невыхода на работу и вплоть до 40 процентов несчастных случаев на рабочих местах<sup>38</sup>.

## II. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ МЕРЫ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

38. Несмотря на то, что в национальных данных по инвалидности и смертности доля НИЗ увеличивается и что имеются неопровержимые свидетельства экономических последствий этих заболеваний, профилактика НИЗ и укрепление здоровья еще не включены в основные программы действий в области здравоохранения и развития. На глобальном уровне меньше

---

<sup>34</sup> S.G. Jin, B.Y. Lu, D.Y. Yan, Z.Y. Fu, Y. Jian and W. Li, "An evaluation on smoking-induced health costs in China (1988-1989)", *Biomedical Environmental Sciences*, vol. 8, 1995, pp. 342-349.

<sup>35</sup> Z.M. Chen, Z. Xu, R. Collins, W. X. Li and R. Peto, "Early health effects of the emerging tobacco epidemic in P.R. China: a 16-year prospective study", *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, 1997, pp. 1500-1504.

<sup>36</sup> Barry M. Popkin, Susan Horton, Soowon Kim, Ajay Mahal and Jin Shuigao, "Trends in diet, nutritional status and diet-related non-communicable diseases in China and India: the economic costs of the nutrition transition", *Nutrition Reviews*, vol. 59, 2001, pp. 379-390.

<sup>37</sup> David J. Collins and Helen M. Lapsley, *Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9*, Monograph Series No. 49 (Canberra, Commonwealth of Australia, 2002).

<sup>38</sup> WHO, *Global Status Report on Alcohol 2004* (Geneva, World Health Organization, 2004).

чем в половине стран обнаруживаются планы профилактических мероприятий в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, болезней, связанных с табакокурением, диабета или рака, и в большинстве из них отсутствует какое-либо законодательство по табаку или продуктам питания. Более того, в большинстве стран отсутствуют надлежащие системы контроля основных факторов риска НИЗ, и лишь в 39 процентах из них национальный бюджет в области здравоохранения предусматривает конкретные ассигнования на НИЗ<sup>39</sup>.

39. Представленные свидетельства подчеркивают необходимость переориентации программ работы в области здравоохранения с контроля и лечения НИЗ (первый уровень на диаграмме 1) на стратегии, в которых первоочередное внимание уделяется профилактике факторов риска и укреплению здоровья населения (второй и третий уровни на диаграмме 1). Лечение НИЗ не только менее эффективно для укрепления здоровья, но и менее выгодно, нежели превентивные подходы, но и не позволяет охватывать такими услугами бедноту, особенно в тех случаях, когда покрытие универсальной медицинской страховкой оказывается недостаточным или такая страховка вообще отсутствует. В регионе ЭСКАТО системы медико-санитарной помощи, обеспечивающие гарантированный всеобщий и справедливый доступ к услугам медико-санитарной помощи, созданы лишь в Австралии, Монголии, Новой Зеландии, Республике Корея, Сингапуре, Таиланде и Японии. В силу того что детерминанты НИЗ, как правило, взаимосвязаны, в профилактических программах также должны учитываться общие факторы риска на комплексной основе. Такие комплексные стратегии оказываются более экономными, нежели усилия, направленные на контроль индивидуальных факторов риска.

#### **А. Усиление потенциала в области управления знаниями**

40. Свидетельства о распространении НИЗ и их многочисленных определяющих факторах, а также о воздействии мер борьбы с ними представляют особую важность для усиления стратегий и мер борьбы с этими заболеваниями. В этой связи правительствам в сотрудничестве с академическими учреждениями, неправительственными организациями (НПО) и международными учреждениями следует увеличивать объем спонсорской поддержки для проведения исследований того, как детерминанты НИЗ проявляются в конкретных национальных и субнациональных условиях и как в них отражаются накопленные на местах знания.

41. Анализ основных определяющих факторов здоровья не требует наличия широкой инфраструктуры или значительного кадрового потенциала. Он может быть проведен на базе пунктов первичной медико-санитарной помощи. Данные по факторам риска для здоровья должны дополняться информацией о прочих социально-экономических и экологических определяющих факторах. Несмотря на это, во многих развивающихся странах отсутствуют систематизированные механизмы сбора информации о факторах риска. В ряде случаев в этих странах нет надлежащего базового оборудования и отсутствуют соответствующие стандарты, которые позволяли бы вести мониторинг факторов риска.

42. Для того чтобы оказать развивающимся странам помощь в создании и укреплении систем наблюдения, ВОЗ внедрила трехсторонний «Поэтапный подход к наблюдению»<sup>40</sup>. Информация собирается по следующим направлениям:

---

<sup>39</sup> WHO, Global forum on chronic diseases prevention and control, [http://www.who.int/chp/about/global\\_forum/en/](http://www.who.int/chp/about/global_forum/en/), accessed on 4 July 2005.

<sup>40</sup> WHO, *The SuRF Report 1: Surveillance of Risk Factors Related to Noncommunicable Diseases: Current Status of Global Data* (Geneva, WHO, 2003).

- a) самооценка отношения к здоровью (этап 1): например, потребление табачных изделий и алкоголя и привычное питание и виды физической активности;
- b) физические измерения (этап 2): например, артериальное давление и вес;
- c) биологические данные (этап 3): например, уровни глюкозы или холестерина в крови.

В силу того что конечной целью является не только предупреждение риска заболевания, но и улучшение общего состояния здоровья, наблюдение должно охватывать население в целом, а не только подверженные высокому риску группы (см. диаграмму 1).

43. Специалисты в области здравоохранения могут и должны играть лидирующую роль в деле профилактики НИЗ и укрепления здоровья не только в рамках наблюдения за факторами риска, но и в качестве пропагандистов здоровых моделей поведения. Выполнение этой задачи требует улучшения кадровых ресурсов в системе медико-санитарной помощи. Персоналу медико-санитарных учреждений на всех уровнях необходимо пройти соответствующую подготовку по факторам риска НИЗ, с тем чтобы они понимали важность мероприятий по профилактике и укреплению здоровья, которые могут выходить за рамки традиционно выполняемых ими функций.

### **В. Просветительские кампании среди населения**

44. Учитывая тенденцию к увеличению числа случаев НИЗ, исключительно важно вовлекать широкие слои населения в мероприятия, посвященные укреплению здоровья. Основным стержнем любой стратегии укрепления здоровья являются просветительские кампании среди населения, которые содействуют пониманию общественностью детерминант и факторов риска НИЗ, а также того, как различные группы населения могут участвовать в усилиях, направленных на создание более здоровых моделей жизни, и того, какие выгоды это им принесет. Партнерские связи различных заинтересованных сторон позволят повысить уровень доверия к таким кампаниям и расширить их охват.

45. Стратегии коррекции факторов риска поведенческого характера оказываются особенно эффективными, когда они нацелены на группы населения ранних возрастов. Борьба с развитием вредных привычек и привитие здоровых привычек на всю оставшуюся жизнь должны начинаться в самом раннем возрасте. Мероприятия по предупреждению рисков и укреплению здоровья должны охватывать молодежь в школе, а также не посещающую школы молодежь, включая беспризорных детей и работающих детей. Широкомасштабная просветительская работа среди населения также особенно важна для успеха в деле реализации мер нормативного характера.

### **С. Меры нормативного характера**

46. Кампании, нацеленные на изменение сопряженных с большим риском моделей поведения или пропагандирование моделей более здорового поведения, должны дополняться мерами нормативного характера, которые четко определяют правила поведения как в корпоративной среде, так и для отдельных лиц. Однако усиливающиеся тенденции к либерализации торговли и рыночной интеграции, а также отсутствие надлежащих глобальных норм и стандартов во многих областях могут воспрепятствовать реализации национальных усилий нормативного характера. Исключением здесь является потребление табачных изделий.



47. Первым и единственным юридически обязательным международным соглашением по одному из вопросов здравоохранения является Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. До сего времени эту Конвенцию подписали 48 правительств стран-членов ЭСКАТО<sup>41</sup>. В регионе ЭСКАТО большинство правительств утвердило те или иные законы в области борьбы с табаком для регулирования: а) курения в общественных местах и на рабочем месте; б) продажи табачных изделий для несовершеннолетних; в) табачной рекламной и спонсорской деятельности; и d) нанесения на упаковки сигарет предупреждений о вреде для здоровья. В странах региона отмечаются значительные различия в регулировании алкогольных напитков. В одних странах государство само участвует в производстве пива и других спиртосодержащих напитков, а в других производство, продажа и потребление алкоголя запрещено законом.

48. Меры нормативного характера могут также использоваться для решения проблемы увеличения числа случаев НИЗ, связанных с питанием, в частности, путем ужесточения стандартов на продукты питания и улучшения их маркировки, чтобы в ней указывалась калорийность продукта и содержание в нем жиров. Они могли бы также использоваться для утверждения норм поведения, которые не позволяли бы средствам массовой информации нацеливать на детей рекламу изделий, например неполноценной пищи, потребление которых может иметь губительные последствия для здоровья и благосостояния в долгосрочной перспективе. Меры регулирования могли бы также включать соблюдение стандартов качества воздуха и воды, а также предусматривать расширение возможностей для укрепления здоровья при строительстве объектов инфраструктуры и градостроительстве, например, создание зеленых зон.

#### **D. Ценовые меры**

49. Несмотря на то, что табачные и алкогольные изделия вызывают зависимость, их потребление меняется с изменением цен, особенно в развивающихся странах<sup>42</sup>. По оценкам, общемировое и стабильное увеличение цен на сигареты всего лишь на 10 процентов приведет к четырехпроцентному снижению спроса в странах с высоким уровнем доходов и восьмипроцентному в странах с низким уровнем доходов. В пересчете это означает, что 40 млн. человек откажутся от этой привычки и что для многих из них курение не войдет в привычку, а это в свою очередь позволит предотвратить 10 млн. связанных с табакокурением смертей<sup>43</sup>. В подготовленном Всемирным банком исследовании по странам Юго-Восточной Азии указывается, что повышение налогов на табак является одним из эффективных инструментов борьбы с табаком, при этом фактор ценовой эластичности особенно эффективно проявляется в Индонезии, Таиланде и Шри-Ланке<sup>44</sup>. Налогообложение

---

<sup>41</sup> WHO, *WHO Framework Convention on Tobacco Control* (Geneva, WHO, 2003). For more information, see <http://www.who.int/tobacco/framework/faq/en/index.html>, accessed on 10 August 2005.

<sup>42</sup> Frank J. Chaloupka, Teh-wei Hu, Kenneth E. Warner, Rowena Jacobs and Ayda Yurekli, "The taxation of tobacco products", in Prabhat Jha and Frank Chaloupka, eds., *Tobacco Control in Developing Countries* (New York, Oxford University Press, 2000), pp. 237-272.

<sup>43</sup> Kent Ranson, Prabhat Jha, Frank J. Chaloupka and Son Nguyen, "The effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco-control policies", in Prabhat Jha and Frank Chaloupka, eds., *Tobacco Control in Developing Countries* (New York, Oxford University Press, 2000), pp. 427-447.

<sup>44</sup> G. Emmanuel Guindon, Anne-Marie Perucic and David Boisclair, *Higher Tobacco Prices and Taxes in South-East Asia: An Effective Tool to Reduce Tobacco Use, Save Lives and Generate Revenue*, HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No. 11 (Washington, World Bank, 2003).

алкогольной продукции также эффективно уменьшает потребление алкоголя наряду со связанными с этим явлением проблемами для здоровья и социальными проблемами<sup>45</sup>.

50. Повышение налогов на табак может активизировать трансграничную контрабанду; прочие факторы, например, уровень коррупции и цены в соседних странах, как представляется, могут иметь более глубокие последствия. Почти четверть всех продающихся в мире сигарет проходит по каналам черного рынка, в основном в Восточной Европе и регионе ЭСКАТО. В некоторых странах ЭСКАТО доля провозимых контрабандой табачных изделий в объеме внутренней торговли является самой высокой в мире<sup>46</sup>. Контрабанда табачных изделий может иметь существенные последствия для систем здравоохранения соответствующих стран в силу того, что она не только отнимает у правительств доходы, но и активизирует спрос на табачные изделия (в результате снижения цен на сигареты). В этой связи правительствам необходимо удвоить усилия, направленные на согласование структур налогообложения и борьбу с контрабандой.

51. Несмотря на то, что более высокий уровень налогообложения табачных изделий может непропорционально сильно сказаться на бедной категории потребителей, эмпирические свидетельства указывают на то, что ценовая эластичность в отношении групп населения с низким уровнем доходов оказывается существенно более высокой, нежели для групп населения с высокими уровнями доходов. В результате этого более высокие цены на табак вынуждают большее число бедных расстаться с этой привычкой, что делает налогообложение табачных изделий необязательно регрессивной, а даже прогрессивной мерой<sup>47</sup>. Тем не менее, более высокое налогообложение может сочетаться с мерами, позволяющими смягчать его краткосрочное воздействие на более бедные группы населения. Меры в этих целях для отдельных лиц с низкими уровнями доходов могут включать бесплатную или льготную помощь в отказе от табакокурения.

## **Е. Многосекторальные подходы к укреплению здоровья**

52. Для комплексного анализа детерминант НИЗ стратегии, направленные на предупреждение НИЗ и укрепление здоровья населения, должны носить многосекторальный характер. Меры борьбы с этими заболеваниями в рамках системы здравоохранения должны координироваться с другими секторами и охватывать все уровни, начиная с индивидуального и кончая национальным.

53. Хотя большинство существующих стратегий профилактики НИЗ в мире по-прежнему имеет вертикальную структуру ориентацию с отдельными программами по конкретным НИЗ и факторам риска, в некоторых странах региона началось осуществление комплексных многосекторальных программ. Эти программы представляют собой модели передовой практики, которые могут стать ценным источником справочного материала и объектом внедрения для других стран региона.

---

<sup>45</sup> Frank J. Chaloupka, Michael Grossman and Henry Saffer, "The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems", *Alcohol Research & Health*, vol. 26, No. 1, 2002, pp. 22-34.

<sup>46</sup> David Merriman, Ayda Yurekli and Frank J. Chaloupka, "How big is the worldwide cigarette-smuggling problem?", in Prabhat Jha and Frank Chaloupka, eds., *Tobacco Control in Developing Countries* (New York, Oxford University Press, 2000), pp. 365-392.

<sup>47</sup> Prabhat Jha, Philip Musgrove, Frank J. Chaloupka and Ayda Yurekli, "The economic rationale for intervention in the tobacco market", in Prabhat Jha and Frank Chaloupka, eds., *Tobacco Control in Developing Countries* (New York, Oxford University Press, 2000), pp. 153-174.

54. Принимаемые государством меры должны координироваться и учитываться в более широких национальных стратегиях, что позволит обеспечивать интеграцию и применять многосекторальный подход. Выполнение этой задачи потребует сотрудничества между соответствующим министерством здравоохранения и прочими основными государственными министерствами в таких областях, как сельское хозяйство, окружающая среда, образование, торговля, транспорт, развитие инфраструктуры и руководство городским хозяйством. В этой связи одной из моделей является создание учреждения, которое занимается разработкой национальных стратегий в области укрепления здоровья населения и координацией и упрощением деятельности всех заинтересованных сторон (рамка 1). Осуществление многосекторального подхода может также потребовать создания независимого консультативного органа, который бы объединил специалистов, представляющих весь круг заинтересованных сторон и все сектора.

**Рамка 1: Тайский фонд укрепления здоровья**

В 90-х годах правительство Таиланда развернуло несколько инициатив в целях повышения продовольственной безопасности и уменьшения потребления алкоголя и табака и числа ДТП. Однако эти инициативы слабо координировались. В силу того что они финансировались из общего бюджета, на их реализацию выделялись небольшие финансовые средства, и они страдали от конкуренции со стороны прочих статей бюджета. В 2001 году в соответствии с Законом о финансировании укрепления здоровья населения был создан *Тайский фонд укрепления здоровья* («Таихелс») в качестве независимого государственного учреждения, имеющего свой регулярный источник финансирования – двухпроцентный «налог на вредные привычки» потребления алкоголя и табака. Это учреждение включает старших должностных лиц из различных государственных министерств Таиланда.

Фонд стимулирует мероприятия по укреплению здоровья населения, способствуя налаживанию взаимодействия и партнерских связей между государственным и частным секторами и оказывая им кадровую и финансовую поддержку. Он не дублирует деятельность, которая ведется прочими государственными учреждениями, или деятельность, которая может финансироваться из регулярного бюджета. Вместо этого он уделяет основное внимание новаторским экспериментальным проектам, исследованиям и разработкам в области укрепления здоровья, медицинского просвещения и наращивания потенциала здравоохранения. Фонд оказывает помощь программам по борьбе с табаком и алкоголем, содействию распространению более здорового питания и пропагандированию физических упражнений, повышению безопасности дорожного движения и расширению инициатив по пропагандированию более здоровых моделей поведения в общинах и на рабочих местах. Такие инициативы не только повысили осведомленность населения о рисках для здоровья, но и помогли уменьшить число потребляющих алкоголь и курящих, а также число ДТП со смертельным исходом.

*Источник:* Thai Health Promotion Foundation, *Annual Report 2003: Executive Summary* (2004), <http://www.thaihealth.or.th/en/download/Annualreport2003.pdf>, accessed on 1 July 2005.

55. Некоторые страны региона относятся к категории крупнейших производителей табака в мире. В их случае табак является одним из важнейших источников трудоустройства и поступлений в иностранной валюте. В этой связи программы по борьбе с табаком должны включать разработку альтернатив возделыванию и обработке табака, и в частности, оказание фермерам помощи в замене выращиваемых культур. Стратегии, направленные на уменьшение предложения табака, должны координироваться на региональном и глобальном уровнях.

56. Меньше многосекторальных инициатив было предпринято в отношении НИЗ, связанных с неправильным питанием. В национальных стратегиях развития сельского хозяйства должна учитываться необходимость пропагандирования более здорового питания. Усилия, направленные на борьбу с недоеданием, в некоторых случаях приводили к увеличению числа случаев ожирения. В этой связи важно, чтобы в программах по здравоохранению равным образом учитывались проблемы как недостаточного, так и избыточного веса. Китай – одна из немногих стран региона и даже мира, которые начали

использовать многосекторальный подход к НИЗ, связанным с неправильным питанием, поощряя производство полезных для здоровья продуктов питания, например, овощей, фруктов, соевых бобов и рыбы (см. рамку 2). Однако в контексте углубления либерализации торговли ценовая политика может быть легко нейтрализована торговлей и может войти в противоречие с правилами ВТО в отношении субсидий. В этой связи важно, чтобы многосекторальные подходы координировались как на национальном, так и региональном уровнях.

**Рамка 2. Китай: комплексная и многосекторальная программа по НИЗ, связанным с неправильным питанием**

Как и в других странах региона, в Китае отмечается эпидемиологически переходный период, для которого характерно увеличение числа НИЗ, связанных с неправильным питанием. В 1995 году 8,1 процента мужчин и 12,2 процента женщин Китая имели избыточный вес. Ожидается, что к 2025 году эти числа возрастут соответственно до 36,8 процента и 39,7 процента<sup>a</sup>.

Начиная с 90-х годов правительство Китая и эксперты в различных секторах прилагают скоординированные усилия по борьбе с приближающейся эпидемией. В 1997 году власти Китая разработали Национальный план действий в области питания в целях: а) борьбы с голодом и нехваткой питания путем обеспечения надлежащего снабжения продуктами питания и в то же время б) предупреждения НИЗ, связанных с питанием, путем улучшения здорового рациона питания населения. Этот план включает комплекс стратегий и мер, которые выходят за рамки сектора здравоохранения. По вопросам рациона питания план включает систему периодических обследований, руководства в отношении более здорового рациона питания, расширение информационно-пропагандистских кампаний в средствах массовой информации, переподготовку работников здравоохранения и укрепление системы здравоохранения в целом. Меры в отношении НИЗ, связанных с питанием, в Плане также сочетаются с другими программами по предупреждению НИЗ. Прилагаются также усилия по пропаганде среди населения физических упражнений, а по линии Министерства образования – физических упражнений среди учащихся. Чтобы решать проблемы НИЗ, связанных с питанием, исходя из более широкой перспективы, план предусматривает изменения в сельскохозяйственном производстве и производстве продуктов питания. Результатом исследований стало внедрение новых видов овощей, которые выращиваются в домашних хозяйствах. Министерства сельского хозяйства и торговли используют ценовые стимулы и субсидии для увеличения объемов производства и потребления фруктов, овощей и продуктов из соевых бобов. Некоторые экспериментальные проекты местного уровня стали показательным примером в более широких масштабах<sup>b</sup>.

Эти меры уже приносят положительные результаты. Расширилась осведомленность относительно более здоровых рационов питания и образа жизни. Увеличился объем производства и потребления овощей в сельских районах и городах. Увеличивается число людей, практикующих физические упражнения. С помощью ряда демонстрационных проектов удалось добиться уменьшения отдельных факторов риска. Хотя этот план предусматривает жесткие требования в отношении потенциала многоуровневого характера, он стал одним из первых инициатив в развивающихся странах мира, учитывающих, что решение сложных проблем, связанных с НИЗ, требует использования комплексных стратегий, предусматривающих участие заинтересованных сторон из множества секторов.

<sup>a</sup> Barry Popkin, Susan Horton and Soowon Kim, "The nutrition transition and prevention of diet-related chronic diseases in Asia and the Pacific", *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 22, No. 4 (Tokyo, United Nations University, 2001).

<sup>b</sup> Fengying Zhai, Dawei Fu, Shufa Du, Keyou Ge, Chunming Chen and Barry M. Popkin, "What is China doing in policy-making to push back the negative aspects of the nutrition transition?", *Public Health Nutrition*, vol. 5, 2002, pp. 269-273.

57. Предупреждение НИЗ, связанных с питанием, также требует мер многосекторального характера, которые стимулируют активные виды поездок и активный отдых. Такие меры должны включать налаживание партнерских связей между различными государственными учреждениями в таких областях, как градостроительство и управление городским хозяйством, транспорт и инфраструктура, труд и образование, что позволит согласованно пропагандировать укрепляющую здоровье физическую активность как часть повседневной

жизни. На национальном и местном уровнях могли бы быть приняты постановления, поощряющие развитие массовых перевозок и безопасные виды общественного транспорта. Образовательные учреждения могут поощрять занятия физкультурой в рамках своего учебного плана. Правительства могли бы обеспечивать условия, с тем чтобы на общинном уровне создавались необходимые объекты для отдыха и развлечений и чтобы меню в пунктах общественного питания способствовали здоровому питанию.

#### **Г. Налаживание партнерских связей для укрепления здоровья населения**

58. Несмотря на то что основная ответственность за реализацию политики и программ возлагается на правительства, жизнеспособность программ зависит в значительной степени от способности правительства привлекать другие заинтересованные стороны на каждом из этапов осуществления проектов. Партнерские связи между государственным, частным и гражданским секторами позволят объединять ресурсы и накопленный опыт для активизации программ по укреплению здоровья населения и придания им жизнеспособности.

59. Реализация вышеупомянутых межсекторальных подходов может стать существенным препятствием для развивающихся стран, так как выполнение этой задачи требует существенных финансовых, кадровых, технологических и институциональных ресурсов. Для развивающихся стран особенно важны элементы взаимодополняемости и синергизма, возникающие благодаря таким партнерским связям; эти элементы позволяют изыскивать ресурсы среди многих заинтересованных сторон как одно из средств восполнения пробелов в имеющемся потенциале (рамка 3). Как и в любом другом партнерстве, необходимо четко разграничить области деятельности в соответствии с обязанностями, полномочиями и ресурсами каждой стороны.

60. Существенную роль в деле предупреждения НИЗ и укрепления здоровья населения должны играть частные корпорации в таких разных областях, как производство табака и алкоголя, производство пищевых продуктов, перевозки, фармацевтика, рекламное дело, банковское дело и страхование. Частный сектор мог бы играть положительную роль в таких инициативах, как обеспечение более широкого доступа к продуктам питания со сниженным содержанием соли, сахара и жиров или автотранспортным средствам, оборудованным дополнительными средствами безопасности. Вместе с тем исключительно важно обеспечивать, чтобы продукты и средства, укрепляющие здоровье, были по карману группам населения с низким уровнем доходов.

61. Частный сектор, установив партнерские отношения с правительством и/или гражданским обществом, мог бы оказывать помощь в реализации государственных нормативных актов. Компании, производящие товары широкого потребления, особенно продукты питания, табак и алкоголь, должны предоставлять потребителям и государственным учреждениям всестороннюю и четкую информацию о составе своих продуктов. Кроме того, работодатели должны предоставлять работникам возможности выбора более здоровых и безопасных условий труда.

62. Организации гражданского общества также могут играть одну из ключевых ролей в деле укрепления здоровья населения. Их потенциал может быть задействован для мобилизации сил общин и оказания давления на правительство или частный сектор с тем, чтобы они принимали необходимые меры. НПО также являются одним из важных каналов связи для проведения информационно-пропагандистских кампаний. Организации гражданского общества могут привлекаться к осуществлению и мониторингу программ профилактики.

63. В регионе ЭСКАТО имеется несколько примеров комплексных инициатив по предупреждению НИЗ на уровне общины. Помимо образовательных мероприятий, такие инициативы включают создание «постов здоровья» по НИЗ на уровне микрорайона, переподготовку сотрудников медико-санитарных учреждений и обеспечение соблюдения санитарно-гигиенических норм в столовых. Демонстрационные проекты в Бангладеш, Индии и Индонезии помогли заметно расширить информированность населения о факторах риска и мерах по уменьшению их масштабов<sup>48</sup>.

### **Рамка 3. Предупреждение неинфекционных заболеваний и укрепление здоровья в Пакистане**

В Пакистане НИЗ и увечья являются причиной свыше 47 процентов общего числа смертей. Такие факторы риска, как курение, ожирение, гипертония и/или диабет, затрагивают широкие слои населения. Инициатива 2004 года о начале осуществления Национального плана действий по предотвращению и борьбе с НИЗ и укреплению здоровья стала первой инициативой Пакистана по разработке плана для предотвращения факторов риска и укрепления здоровья населения на комплексной стратегической основе<sup>a</sup>.

Этот План включает как профилактику НИЗ среди групп повышенного риска, так и укрепление здоровья широких слоев населения. В отличие от традиционно ориентированных на конкретные заболевания подходов в Плане предусматриваются стратегии и действия на четырех уровнях: а) объединение НИЗ и увечий на основе общих факторов риска; б) внедрение многосекторальных подходов и интеграция и согласование действий многоуровневого характера; с) горизонтальная интеграция мер профилактики НИЗ в системах здравоохранения и социального обеспечения; и d) интеграция исследований моделей поведения и социальных исследований и переориентация системы здравоохранения на профилактику<sup>b</sup>.

Помимо традиционных участников, например Министерства здравоохранения, Национальный план действий задействует заинтересованные стороны вне системы здравоохранения. Налаживание партнерских связей с НПО и группами медико-санитарной помощи на местном уровне позволило Министерству здравоохранения расширить свои знания и возможности в деле профилактики НИЗ. План также предусматривает сотрудничество с Министерством образования в рамках всеобъемлющей программы укрепления здоровья в школах. Несмотря на то что традиционно поддержка ВОЗ Пакистану направлялась по линии общественной системы здравоохранения, План предусматривает прямое выделение средств для организаций гражданского общества, которые непосредственно участвуют в его осуществлении.

Национальный план действий является наглядным примером усилий одной из развивающихся стран с ограниченным потенциалом в деле профилактики НИЗ.

---

<sup>a</sup> Sania Nishtar, "Prevention of non-communicable diseases in Pakistan: an integrated partnership-based model", *Health Research Policy and Systems*, vol. 2, 2004, pp.2-7.

<sup>b</sup> Pakistan, Ministry of Health (2004), *National Action Plan for the prevention and control of non-communicable diseases and health promotion in Pakistan* (Islamabad, Government of Pakistan and WHO Pakistan Office, 2004).

64. На примере Тайского фонда укрепления здоровья можно наглядно продемонстрировать, каким образом доходы от карательного налогообложения алкоголя и табака могут становиться одним из важнейших средств для государственного финансирования программ по укреплению здоровья. Многосторонние партнерские связи, которые позволяют объединять ресурсы за рамками выделяемых правительством средств, также могут содействовать обеспечению финансовой и институциональной жизнеспособности программ по укреплению здоровья.

---

<sup>48</sup> WHO, *Integrated community-based prevention of major non-communicable diseases in SEAR* (New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2003).

### III. ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ

65. Увеличение числа случаев НИЗ свидетельствует о необходимости того, чтобы правительства региона ЭСКАТО безотлагательно приняли меры по анализу этих тенденций и сопутствующих социально-экономических издержек. В регионе имеются практические примеры того, как правительства могли бы эффективно вести работу в этих целях. ЭСКАТО и другие подразделения системы Организации Объединенных Наций, особенно ВОЗ, могли бы играть ключевую роль в поддержке стран-членов и ассоциированных членов ЭСКАТО. Совместная разработка программ ЭСКАТО и ВОЗ позволила бы обеспечить межучрежденческую взаимодополняемость, которая помогла бы правительствам региона в усилиях, направленных на принятие более результативных мер по предотвращению новых угроз для здоровья. Такой подход соответствовал бы рекомендациям Генерального секретаря, содержащимся в его докладе «При большей свободе: к развитию, безопасности и правам человека для всех» (A/59/2005). Он также содействовал бы делу укрепления согласованности и координации в пропаганде инициативы «Здоровый Азиатско-Тихоокеанский регион» благодаря реализации Региональной основы стратегических действий: содействие здравоохранению и устойчивому развитию (E/ESCAP/1358) и Бангкокской хартии по укреплению здоровья в условиях глобализации мира<sup>49</sup>.

66. Комитету предлагается одобрить модель сотрудничества между ЭСКАТО и ВОЗ в разработке совместного подхода и расширении технической поддержки, на которую правительства Азиатско-Тихоокеанского региона могли бы опираться при разработке мер национального уровня.

### IV. ВЫВОДЫ

67. НИЗ стали опережать инфекционные заболевания как основные причины инвалидности и смертности в регионе ЭСКАТО. Существуют неопровержимые свидетельства увеличения доли НИЗ в общем числе заболеваний не только среди стран с высоким уровнем доходов, но и среди стран с низким уровнем доходов. Кроме того, беднота во все большей степени – и во многих случаях непропорциональной – испытывает на себе отрицательные последствия этого явления. По сравнению с группами населения, для которых характерен более высокий уровень доходов, среди бедноты отмечается более широкое распространение отдельных факторов риска. Ход лечения НИЗ носит продолжительный характер, что истощает ресурсы домашних хозяйств. Во многих случаях лечение НИЗ связано с существенными денежными расходами, что ведет к еще большему обнищанию домашних хозяйств. Растущее бремя НИЗ будет поглощать все больше ресурсов сектора здравоохранения в ущерб медико-санитарной помощи, которой широко пользуются бедные слои населения. Как представляется, эти тенденции будут препятствовать достижению целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРДТ), и конечной цели общего искоренения нищеты.

68. Стратегии профилактики и укрепления здоровья населения оказываются более эффективными и выгодными, нежели подходы, предусматривающие лечение. Исключительно важно пропагандировать политику, условия и образ жизни, способствующие сохранению здоровья, анализировать связанные с развитием детерминанты НИЗ с помощью многосторонних партнерских связей и мер, которые обеспечивают здоровье для всех. Устранение факторов риска и укрепление здоровья благодаря первичной медико-санитарной

---

<sup>49</sup> The Charter was adopted at the Sixth Global Conference on Health Promotion, held in Bangkok from 7 to 11 August 2005. For the full text of the Charter, see World Health Organization, [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html), accessed on 10 August 2005.

помощи и недорогостоящим мерам борьбы с заболеваниями позволят укреплять меры в сфере медико-санитарной помощи, направленные на достижение ЦРДТ в области здравоохранения, а не конкурировать с ними.

69. ЭСКАТО в сотрудничестве с ВОЗ и другими партнерами надлежит обеспечить региональную поддержку национальных мер борьбы с НИЗ в ответ на их новую пандемию.

-----0