

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Назаров В.С., Сисигина Н.Н.

**Анализ предоставления государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи и формирование предложений по его
совершенствованию**

Москва 2020

Аннотация. В работе рассмотрены возможные подходы к реорганизации системы государственных гарантий в целях сокращения смертности от болезней системы кровообращения. Показано, что стимулирование здорового образа жизни, вторичная и третичная профилактика играют более важную роль в сбережении человеческого капитала по сравнению с лечением острых заболеваний и состояний. Предложены меры по развитию профильных федеральных проектов «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Укрепление общественного здоровья».

Abstract. The paper deals with possible approaches to reorganization of system of state guarantees in order to decrease mortality from cardiovascular diseases. It is shown that promoting of healthy life style, secondary and tertiary prevention are more important than acute care. Measures to improve specialized federal projects "Combating cardiovascular diseases" and "Public health strengthening" are proposed.

Назаров В.С., директор НИФИ, заместитель директора Института социального анализа и про Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ.

Сисигина Н.Н., научный сотрудник международной лаборатории экономики реформы здравоохранения Института социального анализа и прогнозирования Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ.

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2019 год

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	3
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
1 СОДЕРЖАНИЕ, БРЕМЯ И ФАКТОРЫ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	7
1.1 СОДЕРЖАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	7
1.2 БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	8
1.3 ФАКТОРЫ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	13
2 ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ	15
2.1 КУРЕНИЕ.....	16
2.2 ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ.....	23
2.3 ПИТАНИЕ И МАССА ТЕЛА.....	28
2.4 ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ.....	39
3 ФАКТОРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	42
3.1 МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	42
3.2 КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	43
3.3 РЕГУЛИРОВАНИЕ И ФАКТИЧЕСКОЕ КАЧЕСТВО ПРОЦЕССОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	44
3.4 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ.....	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	49
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	54

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

В настоящей работе применяют следующие сокращения и обозначения:

ВМП	– высокотехнологичная медицинская помощь
ВЦИОМ	– Всероссийский центр изучения общественного мнения
ЕАЭС	– Евразийский экономический союз
ЕС	– Европейский союз
МКБ-10	– Международная классификация болезней X-го пересмотра
МНН	– международное непатентованное наименование
НК РФ	– Налоговый кодекс РФ
НМИЦ	– национальный медицинский исследовательский центр
ОЭСР	– Организация экономического сотрудничества и развития
РМЭЗ	– Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения
BAT	– British American Tobacco (табачная компания)
GATS	– Global Adult Tobacco Survey (Глобальное обследование употребления табака взрослым населением)
JTI	– Japan Tobacco International (табачная компания)

ВВЕДЕНИЕ

Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» включил в число приоритетных целей в сфере здравоохранения снижение общей смертности от болезней системы кровообращения: до 450 случаев на 100 тыс. населения [1] (значение на 2018 г. – 583,1 случая) [2]. Выбор данной цели объясняется исключительной ролью болезней системы кровообращения в структуре смертности населения. По данным Росстата в 2018 г. в России от болезней системы кровообращения умерли 856 127 человек (46,8% всех умерших), от новообразований, в т.ч. злокачественных – 297 996 человек (16,3% всех умерших). Доля прочих причин не превышает 8% [3].

За последние годы России удалось добиться значительного снижения смертности от болезней системы кровообращения: с 928 (2003 г.) до 583,1 случая на 100 тыс. населения (2018 г.). В то же время, поставленная Указом цель требует дальнейшего ускорения темпов снижения смертности как в сравнении с динамикой последних лет, так и в сравнении с целевыми показателями, установленными государственной программой «Развитие здравоохранения» (рисунок 1).

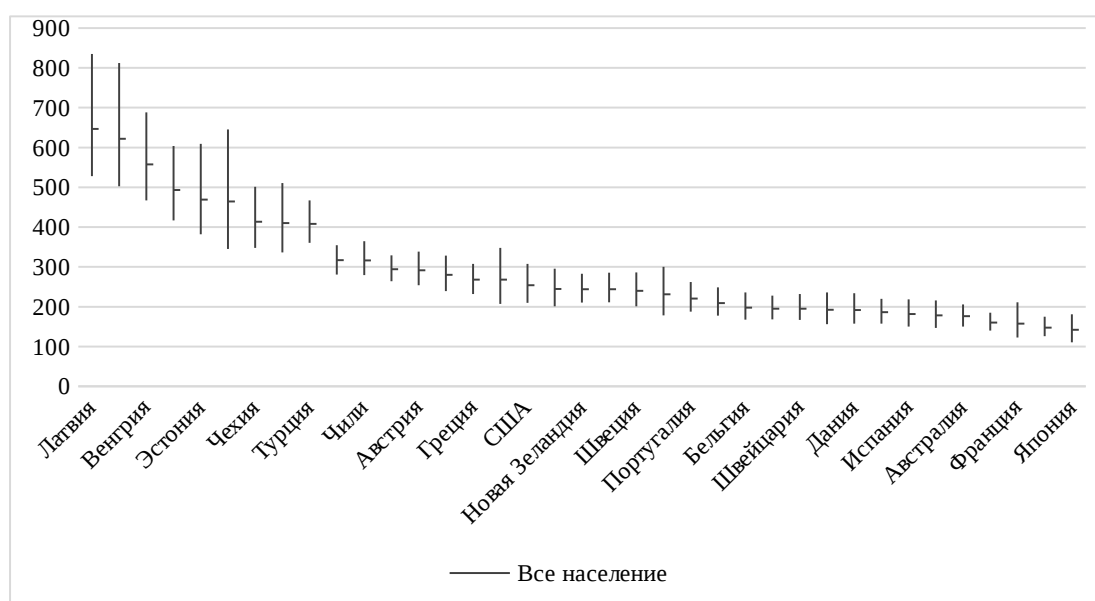


Источник: [2,5,6].

Рисунок 1 – Смертность от болезней системы кровообращения в России в 2000-2017 гг. и плановые значения на 2017-2024 гг., случаев на 100 тыс. населения

В мировой практике для оценки уровня смертности по причинам чаще используется показатель стандартизированной по возрастам смертности, более полно отражающий потери человеческого капитала с учетом момента смерти. В настоящее

время Россия опережает по данному показателю ряд стран – новых членов ЕС и ОЭСР (Латвия, Литва, Венгрия, Словакия, Эстония), но сохраняет отставание от ведущих стран Восточной (Словения, Польша, Чехия, на 15-50%) и Западной Европы (от 60% (Австрия) до 200% (Франция, см. рисунок 2). Кроме того, Россия характеризуется более высокой дифференциацией показателя по полам: стандартизированный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения для женщин на 25% ниже среднего, тогда как аналогичный показатель для мужчин почти на 40% превышает среднее значение для всего населения. Данная ситуация свидетельствует о наличии значительных резервов в улучшении здоровья населения по выбранному направлению.



Примечание – Данные по России приведены по материалам Минздрава России за 2016 г. (в 2017 г. показатели снизились до 434,9 случаев на 100 тыс. населения для обоих полов, 605,6 случаев – для мужчин, 321,7 случая – для женщин [4]). Данные по Канаде, Дании, Франции, Ирландии, Италии, Латвии, Словении приведены за 2015 г., Новой Зеландии и Словакии – за 2014 г.

Источник: [7,8].

Рисунок 2 – Стандартизированная по возрастам смертность от болезней системы кровообращения в России и странах ОЭСР по полам в 2016 или ближайшем году, случаев на 100 тыс. населения

Повышение требований к темпам сокращения смертности и наличие очевидных резервов для ее сокращения определяют актуальность углубленного исследования факторов смертности от болезней системы кровообращения и подходов развитых стран к решению аналогичной проблемы.

1 Содержание, бремя и факторы смертности от болезней системы кровообращения

1.1 Содержание болезней системы кровообращения

Официальный перечень заболеваний и состояний, принадлежащих к болезням системы кровообращения установлен Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-10) [9]. На территории России МКБ-10 была внедрена приказом Минздрава РФ от 27 мая 1997 года № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра» [10]. Термин «болезни системы кровообращения» устойчиво вошел в национальную систему статистики смертности и заболеваемости [6].

В практике системы здравоохранения чаще используется понятие «сердечно-сосудистые заболевания». В частности, для достижения национальной цели по снижению смертности от болезней системы кровообращения разработан федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [11]. Соответствующий порядок оказания медицинской помощи озаглавлен как «Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [12]. При этом, ни паспорт федерального проекта, ни текст порядка оказания медицинской помощи не конкретизируют содержание сердечно-сосудистых заболеваний.

Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) определяет сердечно-сосудистые заболевания как группу нарушений деятельности сердца и сосудов кровообращения. Наиболее значимыми сердечно-сосудистыми заболеваниями являются [13]:

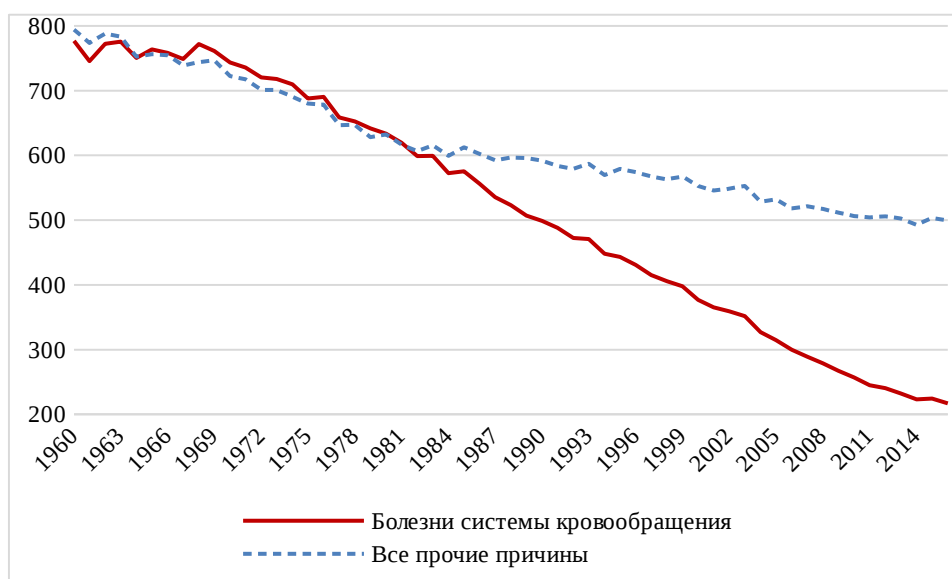
- ишемическая болезнь сердца – нарушение кровоснабжения сердечной мышцы;
- цереброваскулярные заболевания – нарушения мозгового кровообращения, в т.ч. острая недостаточность кровоснабжения мозга – инсульт;
- заболевания периферических артерий – нарушения кровотока в сосудах конечностей;

- ревматическая болезнь сердца – повреждения сердечной мышцы и клапанов сердца, вызванные воспалением в результате стрептококковой инфекции;
- врожденные пороки сердца – дефекты в структуре сердца, присутствующие с рождения
- тромбоз глубоких вен и эмболия легких – формирование тромбов в венах нижних конечностей с возможностью последующего отрыва и перемещения в сердце или легкие.

Наибольшую опасность среди сердечно-сосудистых заболеваний представляют инфаркты и инсульты – острые состояния, вызванные острой недостаточностью кровоснабжения сердца и мозга соответственно. Наиболее распространенной причиной их возникновения является накопление жировых отложений на внутренних стенках сосудов. Причинами инсульта также могут стать кровоизлияние в сосудах головного мозга (разрыв, нарушение проницаемости оболочки – геморрагический инсульт) или закупорка сосуда тромбом (ишемический инсульт).

1.2 Бремя болезней системы кровообращения

В XX в. сердечно-сосудистые заболевания стали ведущей причиной смертности в развитых странах. Рост значимости данной группы заболеваний был вызван отчасти эффективным снижением смертности от инфекционных заболеваний, отчасти – изменениями образа жизни: распространением курения, изменением рациона питания и сокращением физической активности. В конце 1960-х – начале 1970-х гг. происходит новый перелом: развитые западные страны обнаруживают устойчивое снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, первоначально принятое за случайные колебания, но позднее утвердившееся в качестве нового устойчивого тренда [14]. На сегодня существование ярко выраженного понижающегося тренда в развитых странах не вызывает сомнения (рисунок 1.1).



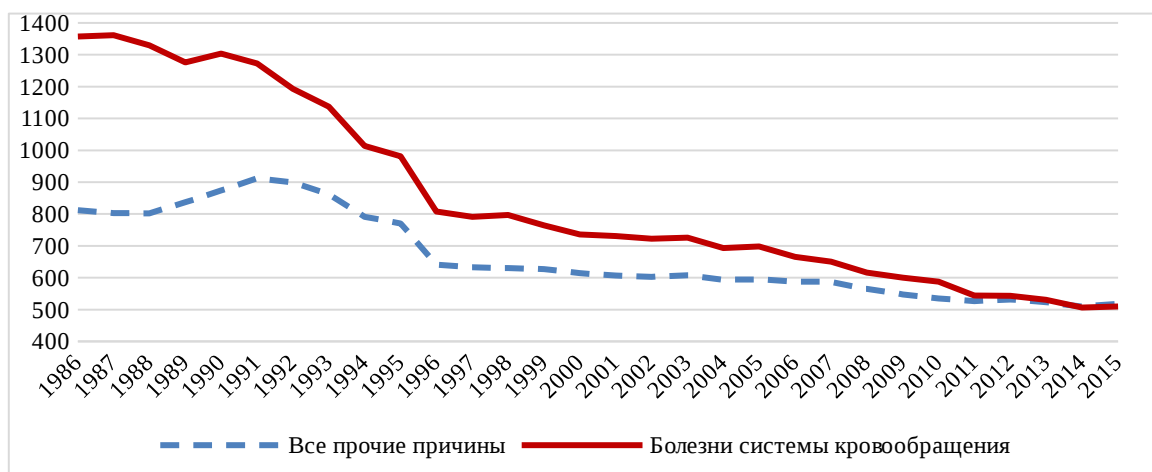
Примечание – К передовым западным странам отнесены страны, вошедшие в состав ОЭСР до 1990 г., за исключением Турции: Австралия, Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Люксембург, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Португалия, США, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция, Япония.

Источник: [8].

Рисунок 1.1 – Динамика среднего показателя стандартизированной по возрастам смертности от болезней системы кровообращения и всех прочих причин в передовых западных странах в 1960-2016 гг., смертей на 100 тыс. населения

К 2016 г. смертность от болезней системы кровообращения в передовых развитых странах в среднем составила менее чем 220 случаев на 100 тыс. населения с вариацией от более чем 290 случаев (Австрия) до 140 (Япония) и 160 случаев (Франция). Относительный размер сокращения смертности за период 1960-2016 гг. составил 72%, что значительно превышает достигнутое улучшение для всех прочих причин смертности (37,1%).

В социалистических странах Центральной и Восточной Европы смертность от сердечно-сосудистых заболеваний продолжала расти вплоть до конца 1980-х гг. После начала рыночных реформ ведущие страны Центральной и Восточной Европы прошли через период быстрого снижения смертности, однако в последующем его темпы замедлились, что не позволило им достигнуть показателей западноевропейских стран (рисунок 1.2).



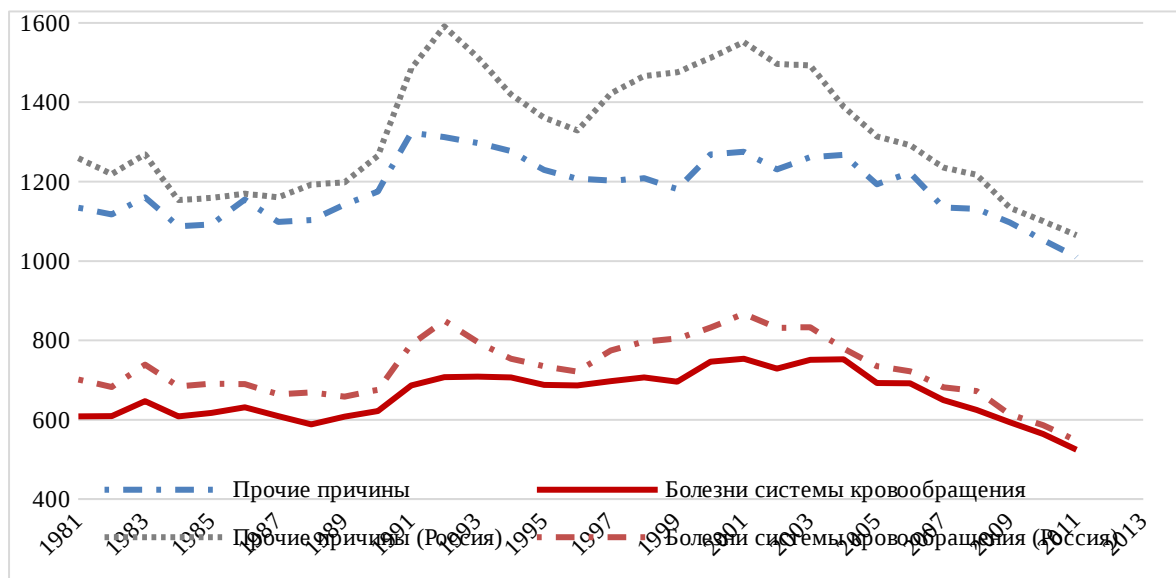
Примечание – К ведущим странам Центральной и Восточной Европы отнесены страны, вошедшие в состав ОЭСР после 1990 г.: Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония. Регулярная статистика ВОЗ для данной группы стран доступна с 1986 по 2015 гг.

Источник: [8].

Рисунок 1.2 – Динамика среднего показателя стандартизированной по возрастам смертности от болезней системы кровообращения и всех прочих причин в ведущих странах Центральной и Восточной Европы в 1986-2015 гг., смертей на 100 тыс. населения

Лишь одна из данных стран – Словения – смогла достигнуть уровня, сопоставимого с западными странами – 317,1 случая на 100 тыс. населения. Лучшие страны группы достигли уровня 450 случаев на 100 тыс. населения (Чехия, Польша), худшие показатели сохраняли Латвия и Литва (640-650 случаев на 100 тыс. населения).

Еще большие отличия от западноевропейских стран характерны для стран – бывших республик Советского Союза, включая Россию (рисунок 1.3).



Примечание – К странам – бывшим республикам Советского Союза отнесены страны, не вошедшие в состав ЕС: Азербайджан, Армения, Белоруссия, Грузия, Казахстан, Киргизия, Молдавия, Россия, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина. Регулярная статистика ВОЗ для данной группы стран доступна с 1981 по 2013 гг.

Источник: [15].

Рисунок 1.3 – Динамика среднего показателя стандартизированной по возрастам смертности от болезней системы кровообращения и всех прочих причин в странах – бывших республиках Советского Союза в 1981-2013 гг., смертей на 100 тыс. населения

В отличие от передовых стран Восточной Европы в данной группе государств начало рыночных реформ в 1990-е гг. привело к росту, как общей смертности, так и смертности от болезней системы кровообращения. Переменный рост продолжался вплоть до второй половины 2000-х гг. и лишь затем перешел в медленное снижение обоих показателей, происходившее практически сопоставимыми темпами. Относительно более низкий уровень пиковых значений смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в странах данной группы (> 850 случаев на 100 тыс. населения в России и странах Центральной Азии) в сравнении со странами Западной Европы в 1960-1970-е гг. (> 1100 случаев на 100 тыс. населения в Финляндии, > 900 случаев на 100 тыс. населения в Австралии, Великобритании, Ирландии, и США) может объясняться высоким уровнем смертности от иных причин.

Оценки будущего развития бремени сердечно-сосудистых заболеваний неоднозначны. В то время как отдельные исследователи сообщают о переходе

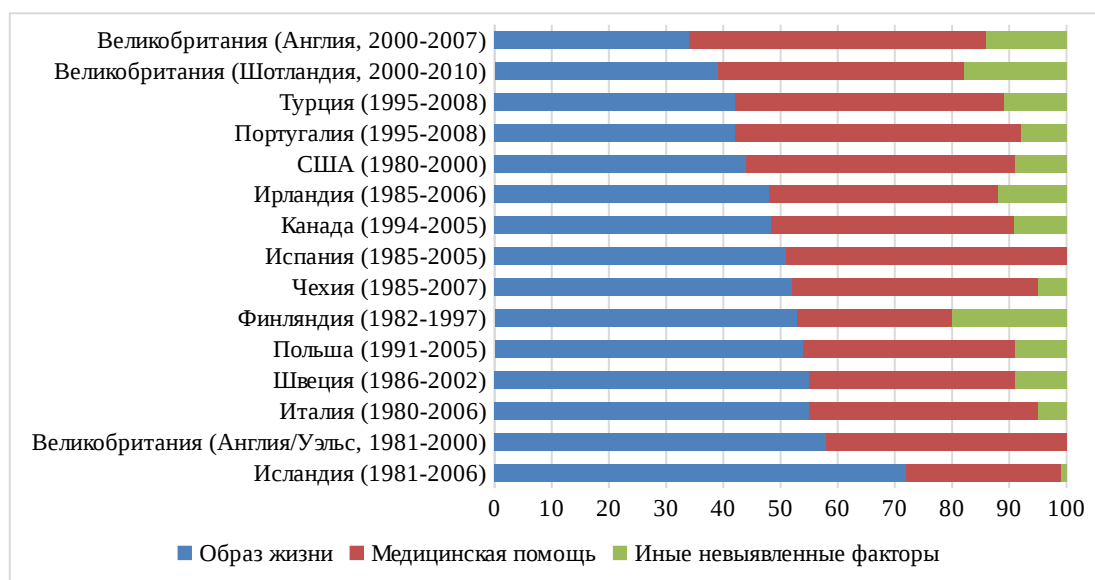
ведущих стран к новой структуре смертности с отходом сердечно-сосудистых заболеваний на второй план после злокачественных новообразований [16], другие исследователи отмечают усиление негативных факторов, в особенности среди населения младших возрастов: распространения избыточной массы тела и диабетических заболеваний, потребления соли, жиров и рафинированных углеводов, сидячего образа жизни, ведущих к повышению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. На данный момент этот эффект перекрывается более сильными положительными изменениями, однако при дальнейшем усилении негативных предпосылок и исчерпании возможностей для сокращения смертности значение сердечно-сосудистых заболеваний может вновь повыситься [17].

В России перелом в динамике смертности от сердечно-сосудистых заболеваний произошел в 2003 г. при пиковом значении на уровне 867 случаев на 100 тыс. населения. Отдельные авторы связывают данный эффект с началом реализации в 2002 г. первой специализированной федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», но более вероятным объяснением является накопление комплексных положительных эффектов от улучшения ведения сердечно-сосудистых заболеваний, ужесточения контроля над потреблением алкоголя и начала общего социально-экономического подъема. В 2008 г. в составе национального проекта «Здоровье» стартовал федеральный проект «Оказание медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями» (повышение доступности специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи больным с острыми состояниями – инсульт, инфаркт миокарда [18]. В дальнейшем тема снижения смертности от болезней системы кровообращения перешла в государственную программу «Развитие здравоохранения», первоначально в виде сквозного целевого показателя [5], но уже с 2017 г. – в виде самостоятельного федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [19]. При незначительных увеличениях смертности в отдельные годы общая динамика смертности сохраняет устойчивый тренд к снижению, однако менее быстрыми темпами, чем заявлены национальным проектом «Здравоохранение».

1.3 Факторы смертности от болезней системы кровообращения

С 1970-х гг. начинается активное изучение предпосылок снижения смертности от болезней системы кровообращения. Обобщенно выявленные факторы могут быть подразделены на факторы образа жизни и факторы медицинской помощи.

Большинство исследований находят изменения образа жизни более важными по сравнению с улучшениями процесса оказания медицинской помощи. В 10 из 15 стандартизированных национальных исследований динамики смертности от ишемической болезни сердца 2004-2014 гг. вклад факторов образа жизни в сокращение смертности превышал вклад медицинской помощи, объясняя в среднем 45-55% сокращения смертности (рисунок 1.4).



Источник: [17].

Рисунок 1.4 – Доли изменений смертности от ишемической болезни сердца, объясняемые изменениями образа жизни и процессов оказания медицинской помощи

Особое значение факторы образа жизни имеют на начальных этапах сокращения смертности. В наиболее широко известном национальном проекте по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями «Северная Карелия» (Финляндия, с 1972 г.) изменения трех ключевых характеристик образа жизни (распространенность курения, показатели сывороточного холестерина и верхнего артериального давления) в 1972-1982 гг. практически полностью объясняли сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в 1982-1992 гг. – три четверти сокращения, в 2002-2012 гг. – две трети сокращения [20]. В Польше снижением уровня холестерина в крови объясняется 39% снижения смертности от ишемической болезни сердца в

1991-2005 гг. (всего -50%). Другими значимыми факторами образа жизни стали сокращение распространенности курения (11%), рост уровня физической активности в свободное от работы время (10%) [21].

В Чехии в 1985-2007 гг. снижением уровня холестерина объясняется 39,5% сокращения смертности (всего -66%). Со снижением верхнего артериального давления связывается 10,9% сокращения, снижением распространенности курения (только среди мужчин) – 8,3%. Среди медицинских вмешательств наиболее крупный вклад внесли улучшение лечения сердечной недостаточности (прежде всего – расширение использования бета-блокаторов, 12,6%), вторичной профилактики среди пациентов, перенесших инфаркт (10,4%), непосредственно лечения инфаркта и нестабильной стенокардии (7,5%) и лекарственной терапии гипертензии (7,3%) [22]. В обоих случаях ключевой причиной снижения уровня холестерина называется рост цен на продукты, содержащие животные жиры, и последующее смещение потребления в пользу птицы, рыбы и растительных жиров.

В Словакии, где преобладающая роль в изменениях принадлежала факторам медицинской помощи (50%), а изменения образа жизни носили разнонаправленный характер (41% вклада), сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 1993-2008 гг. составило лишь 23% среди мужчин и 26% среди женщин [23]. Результаты данных оценок свидетельствуют о необходимости уделения особого внимания факторам образа жизни: при относительно небольших вложениях отказ от потенциально опасного поведения способен обеспечить существенно более крупное сокращение человеческих потерь, чем вложения в лечение острых состояний.

2 Факторы образа жизни

Ключевыми факторами образа жизни, определяющими предрасположенность индивида к развитию болезней системы кровообращения, являются:

- курение;
- потребление алкоголя;
- питание (потребление соли, жиров, овощей и фруктов);
- избыточная масса тела;
- физическая активность.

Необходимо отметить, что все перечисленные факторы оказывают влияние на множество аспектов здоровья населения. Так, для курения более важным негативным последствием выступают хронические заболевания дыхательной системы и злокачественные новообразования. В качестве наиболее опасного общественного последствия злоупотребления алкоголем могут рассматриваться агрессивное поведение, опасное вождение или последствия для вынашиваемых детей при приеме алкоголя в период беременности. Факторы питания, массы тела и физической активности наряду с развитием сердечно-сосудистых заболеваний также могут провоцировать болезни пищеварительной системы и онкологические заболевания. Как следствие, государственная политика в отношении факторов образа жизни чаще носит общий характер, не ограничиваясь борьбой с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Специализированные программы встречаются достаточно редко, как правило, в регионах с исключительно высоким уровнем смертности от болезней системы кровообращения (например, проект «Северная Карелия» в Финляндии).

Конкретный набор мер по воздействию на образ жизни может варьироваться в широких пределах в зависимости от степени значимости отдельного фактора риска для определенного населения, степени развития системы государственного управления и общественной поддержки предлагаемых мер. В наиболее общем виде существующие меры государственного регулирования факторов образа жизни могут быть представлены в виде четырех типов (перечислены в порядке усиления жесткости) [17]:

- расширение доступности или повышение привлекательности здоровых альтернатив в рамках свободного рынка;
- формирование предпочтений в пользу здорового образа жизни;
- повышение стоимости выбора, ассоциируемого с нездоровым образом жизни;
- ограничение или запрет отдельных форм нездорового образа жизни.

Система государственных гарантий медицинской помощи участвует в корректировке факторов образа жизни путем предоставления консультаций медицинских специалистов или поддерживающей лекарственной терапии (например, при отказе от курения), но не является единственным субъектом данной политики. Важную роль в изменении образа жизни играют непрофильные органы государственного регулирования и местного самоуправления, общественные и социальные организации, СМИ и отдельные экономические субъекты (компании профильных отраслей, работодатели в широком смысле).

2.1 Курение

По последним оценкам ВОЗ связывает с курением 12% смертей в мире. Наиболее значительный вклад курение вносит в смертность от болезней дыхательных путей (36%) и злокачественных новообразований (22%, для рака трахеи, бронхов и легких – 71%). Вклад курения в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет в среднем 10%, варьируясь от 48% для мужчин в возрасте 30-44 лет до 1-4% для мужчин и женщин в возрасте 80 и более лет [24]. Эксперты ОЭСР полагают, что распространенность курения объясняет примерно 17% межстрановых различий в уровне смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [17].

Непосредственно для курильщика риски развития сердечной недостаточности и инсульта увеличиваются в 2-4 раза, при этом риски раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний возникают даже при курении менее 5 сигарет в день. Однако, при отказе от курения здоровье сосудов восстанавливается довольно быстро. Уже в течение первого года риски для сердечно-сосудистой системы заметно снижаются, а за 2-5 лет достигают уровня, характерного для некурящего населения [25].

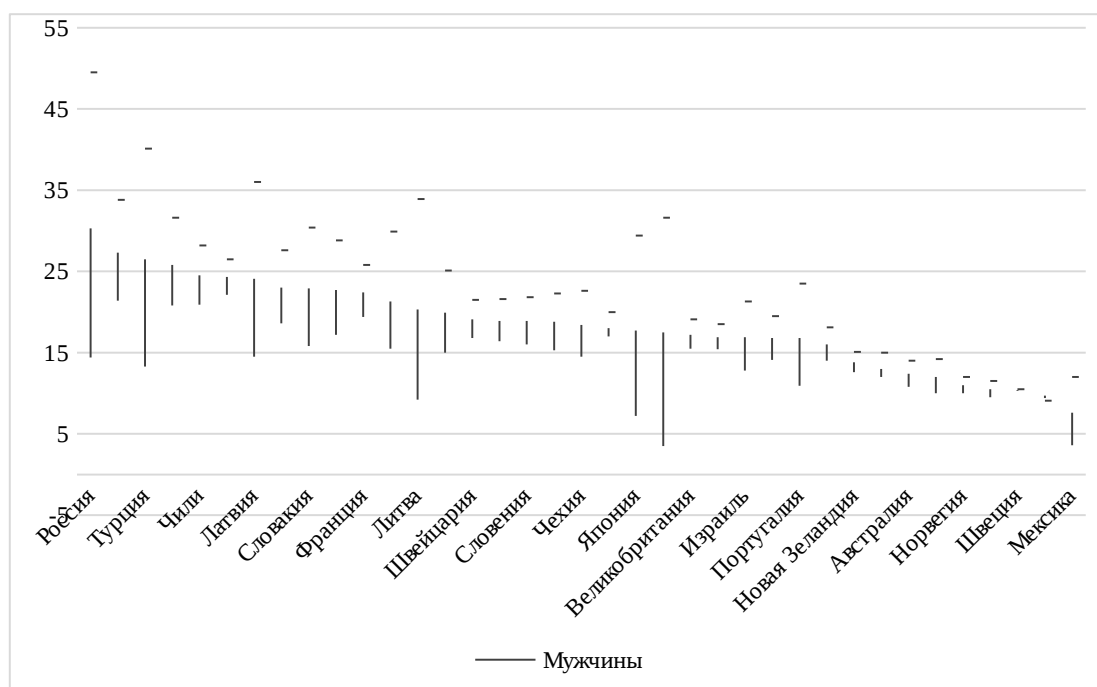
Другой важной особенностью курения является его опасность не только для самого курильщика, но и для окружающих. По данным США для некурящего населения, регулярно сталкивающегося с курением дома или на работе, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается на 20-30% [26].

Наконец, в отличие от потребления алкоголя курение или иные формы потребления табака в массовом сознании не ассоциируются с какой-либо пользой для здоровья или важными культурными традициями. Указанные особенности

делают борьбу с курением табака одним из наиболее перспективных направлений продвижения здорового образа жизни.

Данные ВОЗ свидетельствуют о сокращении распространенности курения в 94 из 141 страны, проводящих регулярные мониторинги. Более быстрое сокращение характерно для стран с высоким уровнем дохода: с 27,5% (2007 г.) до 23,1% (2015 г.). Тем не менее, распространенность курения в этих странах остается заметно более высокой, чем в странах с низким доходом, где соответствующий показатель составлял 15,0% в 2007 г. и 13,2% в 2015 гг. Для всех групп стран также отмечается более медленное сокращение курения среди женщин (в странах с высоким доходом с 21 до 18%, в странах с низким доходом с 5 до 4%), чем среди мужчин (с 34 до 29% и с 41 до 37% соответственно [27]).

Распространенность курения в России значительно превышает показатели развитых стран за счет более высокого уровня курения среди мужского населения. По последним данным (2016 г.) стандартизированного международного опроса, проводимого ВОЗ (ГОУТВН – Глобального обследования употребления табака взрослым населением, англ. GATS – Global Adult Tobacco Survey), распространенность курения среди населения России старше 15 лет составляла 30,3%, в т.ч. 49,5% среди мужчин, 14,4% среди женщин [8]. Распространенность курения в России выше, чем в любой из стран ОЭСР и почти в 2 раза превышает среднее значение среди стран организации (18,4%), причем разница практически полностью обеспечивается за счет более высокой доли курящих мужчин (44 и 23% соответственно) при меньших различиях в доле курящего женского населения (14%, см. рисунок 2.1) [28].



Источник: [8].

Рисунок 2.1 – Распространенность ежедневного курения среди взрослого населения (15 лет и старше) в России и странах ОЭСР, % (2017 г. или ближайшие данные)

Максимальная доля курящего населения по данным GATS в России отмечалась в 2009 г. (39,4%) с последующим снижением до 30,3% к 2016 г. [8]. Данные РМЭЗ позволяют уточнить дату перелома – 2007 г. Пиковое значение распространенности курения – 34,8% населения (2006 г.), значение 2016 г. – 27,7% населения [29]. Третьим источником данных о распространенности курения является мониторинг ВЦИОМ, начатый в 2013 г. накануне вступления в действие нового антитабачного закона. По данным ВЦИОМ максимальная доля курящего населения была отмечена в 2013 г. (41%) и далее снижалась вплоть до 2016 г. (31%) с последующей стабилизацией в диапазоне 32% (2017 г.) – 30% (2019 г.). [30].

Наиболее резкое снижение доли курящих в России за 1994-2016 гг. произошло в младших возрастных группах [29]:

- в возрасте 16-18 лет: с 24 до 5%;
- в возрасте 18-24 лет: с 43 до 20%;
- в возрасте 25-34 лет: с 44 до 37%.

При этом, именно 16-18 лет и 18-24 года являются наиболее распространенными периодами начала курения в России: сокращение доступности табачных изделий в этих возрастах способно оказать значительное влияние на распространение курения в целом.

Таким образом, Россия в целом следует общемировой тенденции снижения распространенности курения, однако пока не достигла уровня развитых стран. Сравнение государственной политики противодействия потреблению табака с рекомендациями ВОЗ позволяет сделать вывод об общем соответствии принятых мер международным рекомендациям, но сохранении пробелов в отдельных сферах регулирования, прежде всего – помощи при отказе от курения и регулировании цен на табачные изделия.

Основные направления борьбы с потреблением табака утверждены Рамочной конвенцией ВОЗ (2003 г.). Страны, ратифицировавшие данную Конвенцию, принимают на себя обязательства по реализации установленного перечня мер. В силу значительных различий в национальных законодательствах и доступных странам ресурсах большинство норм Конвенции установлены в предельно общем виде, фиксируя лишь типы необходимых мер [31]:

- ведение налоговой и ценовой политики, направленной на сокращение потребления табака;
- защита от воздействия табачного дыма на рабочих и в общественных местах, расположенных внутри закрытых помещений, и в общественном транспорте, при необходимости – в иных общественных местах;
- принятие единых принципов испытания и измерения состава табачных изделий и выделяемых ими продуктов и установление требований к раскрытию информации о составе табачных изделий и выделяемых ими продуктов;
- установление требований к упаковке табачных изделий (запрет на использование элементов оформления, создающих ложное впечатление о меньшей вредности конкретного изделия по сравнению иными, предупреждение о вреде для здоровья, занимающее не менее 30% поверхности, указание информации о составе);
- развитие системы информирования населения (об опасностях потребления табака и преимуществах отказа от курения, деятельности табачной промышленности и т.д.);
- запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий (при возможности – полный, при наличии конституционного запрета на ограничение экономической деятельности – запрет на вводящую в заблуждение рекламу, обязательство включать в рекламу предупреждение о

вреде для здоровья, ограничения на рекламу и стимулирование продаж, запрет на спонсорство международных мероприятий);

- организация помощи в отказе от курения табака;
- ограничение предложения табака (в части незаконной торговли табачными изделиями, в т.ч. контрабанды, продажи несовершеннолетним, предложение альтернативных видов деятельности).

Россия ратифицировала Конвенцию в 2012 г., однако ее основные положения были учтены уже при разработке Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы, принятой в 2010 г. [32]. Основным инструментом реализации положений Конвенции стал федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [33].

Действующая антитабачная политика России во многих аспектах является даже более жесткой, чем международные рекомендации. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» устанавливает более широкий перечень мест, где запрещено курение табака, полный запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табака, включая запрет на демонстрацию в точках продаж, а также обязательное использование крупных графических предупреждений на табачных изделиях [33]. Отдельные пробелы существуют в области ценового регулирования (относительно низкий уровень акцизов на табачные изделия) и медицинской поддержки отказа от курения (отсутствие бесплатной лекарственной поддержки).

По мнению ВОЗ уровень налогообложения табачных изделий в большинстве стран мира недостаточен для эффективного сдерживания спроса на табак. В то время как в странах с высоким доходом доля налогов превышает 65% цены пачки, в странах с низким и средним доходом она составляет от 31 до 55%. Оптимальной долей налогов в розничной цене табачных изделий ВОЗ полагает значение более 75% [27].

Согласно официальному докладу Центробанка доля акциза в розничной цене сигарет в 2017 г. составляла 48,9%, по более поздним данным крупнейших табачных производителей доля налогов достигла 56% (2018 г., ВАТ [34]) и 59% (2019 г., JTI [35]). Минздрав России неоднократно выступал с инициативами по дальнейшему поднятию акцизов на табачные изделия, однако все значимые изменения

блокировались представителями финансово-экономического блока, опасавшимися роста оборота контрафактных изделий. В частности, в 2018 г. Минздрав России предлагал до 2020 г. ежегодно повышать акцизы на сигареты на 20%, но данная инициатива была заблокирована Минфином России [36]. Согласно первому проекту новой концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака уровень акцизов предлагалось поднять с 40 (фактически действующий уровень 2017 г.) до 70% розничной стоимости пачки (рекомендованный ВОЗ норматив). В абсолютных значениях это увеличение соответствует поднятию акциза со ставки 1562 руб. за 1 тыс. штук + 14,5% расчетной стоимости (2017 г.) до 4400 руб. за 1 тыс. штук + 13,5% расчетной стоимости [37].

Основной проблемой повышения акцизов является риск распространения контрафактной продукции. По данным консалтинговой компании Kantar TNS за 2013 г. доля нелегальных сигарет в России возросла с 0,3 до 0,9% [38]. Далее последовал недолгий период стабилизации с ростом к 2016 г. до 1,1% и новый период быстрого роста – до 4,6% в 2017 г., 7,7% – в 2018 г. и 10,3% – в 2019 г. Основную долю контрафакта (45%) составляют сигареты, ввезенные с территорий стран ЕАЭС (Армения, Белоруссия, Казахстан и Киргизия), что объясняется разницей в уровне акцизов и отсутствием таможенных границ внутри ЕАЭС. Кроме того, отмечается рост поставок из других стран и быстрый рост объема поддельной продукции – с 0,4 (2018 г.) до 1,9% (2019 г.) [39]. Для здравоохранения рост контрафактной продукции, не охваченной регулирующими налогами, означает более высокую доступность сигарет для конечного потребителя, что является одним из важнейших факторов распространенности курения.

Основным инструментом противодействия нелегальным продажам остается ограничение размера акциза и его медленное повышение. Уже в 2013 г. Президент России В. Путин высказался о недопустимости резкого повышения акцизов на табак и алкоголь, обосновывая это негативным опытом борьбы с алкоголем в советское время [40]. В октябре того же года Правительство выступило с инициативой заморозки или даже понижения акцизов на алкоголь и табак с 2015 г. [41].

Наиболее эффективное противодействие ввозу дешевых табачных изделий из-за рубежа сможет обеспечить гармонизация требований к производству и налоговому обложению товаров. Переговоры об утверждении индикативной ставки акциза на сигареты для ЕАЭС ведутся с 2012 г. В конце 2018 г. было достигнуто предварительное согласие об установлении индикативной ставки в размере 35 евро

за 1 тыс. сигарет, от которой допускаются отклонения до 20% как в большую, так и в меньшую сторону, однако официальное соглашение еще не подписано [39]. Предлагаемая ставка соответствует действующему минимальному размеру акциза в России (ст. 193 НК РФ [42]).

Другим возможным решением проблемы дешевых сигарет могло бы стать введение минимальной цены за пачку по аналогии с алкогольной продукцией. В настоящий момент минимальная цена на сигареты де-факто регулируется производителем, составляя не менее 75% от максимальной цены, установленной производителем. Нелегальная продукция продается значительно дешевле данных цен [39]. Наряду с обеспечением минимально требуемого уровня доступности это решение позволило бы информировать потребителя о нелегальности более дешевого товара. В 2017 г. ввести минимальную цену на сигареты предложила Общественная палата [43]. Предложение было поддержано Минздравом России и отдельными табачными компаниями, но подверглось критике со стороны Минэкономразвития и Минсельхоза. Ключевым объектом критики стало создание неравных условий для конкуренции. Введение обязательной минимальной цены не повлияет на производителей дорогих сигарет, тогда как производители дешевого сегмента, представленные преимущественно российскими компаниями, будут вынуждены поднять цены и могут не выдержать конкуренции на новом рынке [44].

Поддержка прекращения курения осуществляется в рамках Программы государственных гарантий и утвержденных клинических рекомендаций «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых». Клинические рекомендации предусматривают предоставление медицинских консультаций и фармакологической терапии, однако фармацевтические средства пациент вынужден приобретать за свой счет [45]. Бесплатное обеспечение необходимыми лекарственными средствами данной категории больных не входит в программу государственных гарантий [46].

Проекты новой концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака в различные периоды включали также иные ограничения на продажу и потребление табачных изделий, включая [47]:

- запрет на продажу табака людям, родившимся в 2015 году и позже, даже после наступления совершеннолетия;
- запрет на кальяны в точках общественного питания;
- введение единой упаковки пачек сигарет независимо от бренда;

- продление рабочего дня для курящих сотрудников пропорционально времени, затраченному на курение;
- распространение антитабачного регулирования на все виды электронных сигарет;
- запрет на производство, ввоз и обращение некурительных табачных изделий;
- запрет на курение в коммунальных квартирах, на всех видах общественного транспорта и его остановках, территории в радиусе трех метров от остановок, входов в здания торговых центров, в надземных и подземных переходах, личном транспорте при присутствии в нем детей, а также любых местах, где находятся люди, возражающие против курения.

Большинство новых мер подверглись критике со стороны Правительства и были впоследствии исключены из концепции. Так, Минэкономразвития России заявил о невозможности ограничения дееспособности совершеннолетних людей в части покупки табака и высоких рисках роста объемов контрафактных поставок сигарет при дальнейшем повышении акцизов. Позицию о недопустимости дальнейшего повышения акцизов разделяют Минфин и Минпромторг России [48]. До настоящего момента новая концепция не утверждена.

2.2 Потребление алкоголя

Большинство исследований обнаруживают устойчивую связь между потреблением алкоголя в крупных объемах и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, при этом риск для лиц, умеренно потребляющих алкоголь, оказывается ниже, чем среди лиц, полностью отказывающихся от него [49]. Тем не менее, профильные международные и национальные организации не признают возможную профилактическую роль алкоголя, связывая наблюдаемый эффект с корреляцией умеренного потребления алкоголя и иных факторов: социально-экономического статуса [50], средиземноморской диеты [51] или наличием специфического гена, распространенного в средиземноморском регионе [52]).

По данным Росстата в 2018 г. с алкоголем были связаны 2,7% смертей в России, однако эта оценка учитывает лишь причины, непосредственно связанные с употреблением алкоголя (алкогольную кардиомиопатию, отравления алкоголем, алкогольные гепатиты, цирроз и иные нарушения работы внутренних органов) [3]. ВОЗ использует для оценки более широкий перечень причин, прямо или косвенно

связанных с употреблением алкоголя. Согласно этой оценке доля смертей, связанных с алкоголем, среди населения старше 15 лет составляет 21,6% от общего числа, что ниже чем в Молдавии (26,1%), Литве (24,5%) и Белоруссии (24%), но выше, чем в Латвии (21,5%), Украине (20,5%) и Эстонии (20,2%) [53].

В настоящее время потребление алкоголя в развитых странах в среднем демонстрирует тенденцию к медленному сокращению, однако эта тенденция не так однородна как рассмотренное ранее сокращение распространенности курения. Средний уровень потребления алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше в странах ОЭСР сократился с 9,5 литров в 2000 г. до 9,0 литров чистого алкоголя в 2015 г., при этом в 4 странах организации (Бельгия, Исландия, Латвия, Польша) потребление алкоголя увеличилось более чем на 1 литр, еще в 9 странах – участницах отмечен незначительный прирост – от 0,1 до 1 литра. Существенное сокращение потребления за рассматриваемый период (более чем на 2 литра на душу населения) произошло в Дании, Ирландии, Италии и Нидерландах [28].

Более точным показателем опасного потребления алкоголя является доля населения, регулярно (не реже чем раз в месяц) употребляющего алкоголь в больших объемах. В среднем в странах ОЭСР этот показатель составляет 20,7%,. Наименьшее значение характерно для Венгрии (8,3%) и средиземноморских стран (Испания, Португалия, Греция – 9-10%), максимальные – для Бельгии (27,5%), Германии (33,0%), Финляндии (33,8%), Люксембург (34,5%) и Дании (37,4%). Средиземноморские страны также отличаются наименьшей разницей в значениях показателя между мужчинами и женщинами, тогда как страны Прибалтики и Финляндия демонстрируют максимальные различия [28].

В России потребление чистого алкоголя снизилось с 18,8 литров на душу населения 19,8 литра в 2001-2002 гг. до 11,1 литра в 2017 г., что лишь незначительно превышает средние значения по ОЭСР и сопоставимо с уровнем таких европейских стран как Венгрия (11,1 литра в 2016 г.), Ирландия (11,0 литра), Германия (10,9 литра в 2016 г.). Заметно более высокое потребление сохраняется в Литве (12,3 литра), Австрии (11,8 литра в 2016 г.), Франции (11,7 литра), Чехии (11,6 литра) [8]. Распространенность избыточного потребления алкоголя – 35,2% населения (употреблявших по меньшей мере 60 грамм чистого алкоголя за раз в течение 30 дней, предшествовавших опросу), в т.ч. 48,4% среди мужчин и 24,2% среди женщин, также соответствует уровню многих европейских стран. В то же время, Россия характеризуется аномально высокими уровнями распространенности алкогольных

расстройств (20,9%), алкогольной зависимости (9,3%) и опасного потребления алкоголя (11,6%), более чем в 2 раза превышающими показатели развитых западноевропейских стран [53].

ВОЗ рекомендует следующие группы мер по противодействию потреблению алкоголя [53]:

- информирование населения об опасностях потребления алкоголя;
- предоставление бесплатной или субсидируемой помощи страдающим от алкогольной зависимости;
- меры по противодействию вождению в состоянии опьянения (установление предельного уровня концентрации алкоголя в крови, профилактический контроль);
- меры по снижению доступности алкоголя (системы контроля производства и продажи алкоголя, ограничения продаж, установление минимального возраста покупки, запреты на употребление алкоголя в общественных местах);
- ограничения на маркетинговую деятельность (рекламу и промьютейсмент алкоголя, стимулирование продаж);
- ценовое регулирование (акцизы, автоматическое повышение акцизов пропорционально инфляции или уровню доходов населения, установление минимальных цен);
- минимизация вредоносных последствий потребления алкоголя (обучение персонала баров, маркировка упаковки, борьба с нелегальной продукцией).

Современная российская политика в сфере потребления алкоголя получила высокую международную оценку. В 2019 г. ВОЗ опубликовала доклад об опыте антиалкогольной политики в России, ставшей примером эффективной борьбы в условиях изначально высокого уровня потребления [54]. В то же время, борьба с опасным потреблением алкоголя носила менее последовательный характер чем антитабачная политика. Сразу после начала рыночных реформ был отменен ряд исторических мер регулирования алкогольного рынка: ограничения на часы продажи алкоголя, государственная монополия на алкоголь и государственное регулирование розничных цен. Со втор. пол. 1990-х гг. предпринимались первые попытки урегулирования алкогольного рынка, однако большинство из них были направлены на борьбу с контрафактной продукцией. В 1995 г. был введен запрет на продажу крепкого алкоголя в киосках (с 1997 г. распространен на алкоголь крепостью более

12% и малые розничные магазины) и рекламу алкоголя за исключением пива на радио и телевидении в дневное время (с 1998 г. реклама крепкого алкоголя была запрещена полностью). С 2003 г. начинается последовательное ужесточение ценового и административного регулирования доступности алкоголя [54]:

- 2003 г.: минимальная розничная цена на водку (без автоматической коррекции на инфляцию);
- 2004 г.: ограничения на рекламу пива и ввод обязательных предупреждений о вреде для здоровья;
- 2005 г.: 50% повышение налогов на этиловый спирт, ограничения на продажи и потребление пива;
- 2006 г.: ограничения на рекламу алкоголя. Субъектам РФ разрешено ограничивать время продажи алкоголя крепостью более 15% и устанавливать требования к капиталу продавцов алкоголя;
- 2007 г.: запрет продажи алкоголя через интернет;
- 2010 г.: регулярный пересмотр акцизов с повышением, опережающим темпы инфляции, утверждение долгосрочной стратегии повышения минимальной розничной цены на крепкий алкоголь;
- 2011 г.: общегосударственный запрет на продажу алкоголя с 23.00 до 08.00 с разрешением регионам расширять ограничение, ограничения на рекламу алкоголя, места продажи и потребления (например, общественный транспорт, стадионы);
- 2012 г.: дальнейшее ограничение на места продажи, запрет на публичное потребление алкоголя, запрет на рекламу алкоголя в интернете;
- 2013 г.: формальное признание пива алкогольным продуктом, запрет на его продажу ночью и в киосках.

В 2014-2018 гг. последовал период смягчения политики. На время проведения крупных международных спортивных соревнований временно отменялся запрет на рекламу алкоголя на спортивных мероприятиях. В 2015 г. при определенных условиях была разрешена реклама внутренних вин. Одновременно была снижена розничная цена на водку и приостановлено повышение акцизов на алкоголь. С 2016 г. ценовое регулирование вновь усиливается: минимальные розничные цены и акцизы повышаются, но более медленными темпами чем в 2010-2013 гг., вводится минимальная розничная цена на игристые вина [54].

Таким образом, государство допускает смягчение антиалкогольной политики в целях поддержки экономики. Так же как и в случае с антитабачной политикой, возможность радикального повышения акцизов не рассматривается, основной акцент

в политике делается на мерах физического ограничения доступности алкоголя: ограничении времени и мест продажи, возраста покупателя.

Субъекты РФ вправе самостоятельно определять время и дни, в которые не осуществляется продажа алкоголя. В результате политика конкретного региона может отличаться от федеральных рекомендаций как в сторону ужесточения, так и в сторону смягчения. Как правило, наиболее жесткие ограничения продаж устанавливают регионы с экстремально высоким уровнем потребления алкоголя и регионы с преобладанием мусульманского населения. Наиболее жесткая политика принята в Республике Тыва (продажа запрещена с 15 до 11 часов, в выходные и праздничные дни, дни массовых и спортивных мероприятий - в совокупности 122 дня в году) и кавказских республиках (например, в Республике Ингушетия запрет распространяется на месяц Рамадан). Примером смягченной политики может служить Самарская область, где время запрета на продажу алкоголя сужено до периода с 23 до 8 часов и отменен запрет на продажу алкоголя в дни детских и молодежных праздников [55].

В настоящий момент обсуждается возможность ограничения продажи алкоголя на разлив в точках общественного питания, расположенных в многоквартирных домах. Соответствующий законопроект прошел первое чтение в Государственной Думе и получил предварительное одобрение Правительства России при условии корректировки требований к минимальной площади таких точек ко второму чтению [56].

Еще одним новым ограничением может стать повышение минимального возраста продажи алкоголя крепостью более 16,5% до 21 года. Ожидается, что закон будет принят в течение года [57]. Первоначально против закона выступал Минфин России, полагая, что разделение алкоголя по крепости создаст необоснованные преференции для отдельных производителей. Более приемлемым для финансово-экономического блока является повышение возраста для покупки любого алкоголя [58].

Важным препятствием для профилактики и лечения опасного употребления алкоголя со стороны системы государственных гарантий является выделение социально значимых заболеваний в особую подсистему здравоохранения, что создает важный социальный барьер для обращения за помощью при ранних признаках расстройств потребления. Максимальный перенос профилактики, в т.ч. поддержки

лечения на ранних стадиях расстройств, в общем первичное звено системы здравоохранения будет способствовать повышению обращаемости [54].

2.3 Питание и масса тела

Длительное время основным фактором, провоцирующим развитие сердечно-сосудистых заболеваний, со стороны питания считалось потребление насыщенных жиров. Позднейшие исследования признают вклад жиров в ухудшение здоровья сосудов, однако связывают его преимущественно со структурой потребления и располагают на втором месте по значимости после потребления рафинированных углеводов [59]. Современные рекомендации предлагают ограничить потребление жиров от 5-6% [60] до 10% рациона (преимущественно – за счет полиненасыщенных или растительных жиров) при сокращении доли трансжиров (не более 1% рациона) и полинасыщенных жиров животного происхождения [61].

Безопасным уровнем потребления добавленного сахара признается менее чем 10% общей калорийности дневного рациона [61]. Результаты нового когортного исследования в США показали, что получение за счет добавленного сахара от 10 до 25% калорийности дневного рациона повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний на 30%, более 25% – практически утраивает данный риск [62]. Наибольшую опасность с точки зрения потребления сахара в составе рациона питания представляют подслащенные напитки, позволяющие резко увеличить объемы потребления.

Кроме того, в целях предупреждения гипертензии и ассоциируемых с ней заболеваний необходимо снижение потребления соли (не более 5 г в день [63]). Ранее фактором риска также считалось избыточное потребление красного мяса. Рекомендовалось не превышать предельный объем потребления в размере 350 г в неделю (см., например, [64]). Однако последние крупные систематизированные обзоры показали недостаточное качество исследований, свидетельствующих о повышении риска сердечно-сосудистых заболеваний при высоком потреблении красного мяса [65,66]. В результате отдельные страны исключили из национальных рекомендаций нормы о необходимости сокращения потребления мяса [67]. Тем не менее, мясо остается значимым источником жиров, влияние которых на развитие сердечно-сосудистых заболеваний неоспоримо. Безусловной рекомендацией в

области здорового питания остается стимулирование перехода к менее жирным видам мяса и способам его приготовления.

Самостоятельным фактором риска также является избыточная масса тела [68], развитие которой непосредственно связано с объемами питания и физической активности.

Положительное влияние на состояние сосудов оказывает потребление сложных углеводов [60], а также овощей и фруктов (не менее 400 г в день) [61]. ВОЗ рекомендует потреблять не менее 400 г овощей и фруктов в день (без учета картофеля и иных высококрахмалистых корнеплодов) [69]. Ожидаемый эффект от повышения потребления до 600 грамм в день оценивается ВОЗ как сокращение общего бремени заболеваний на 1,8%, бремени ишемической болезни сердца – на 31%, ишемического инсульта – на 19%. [70].

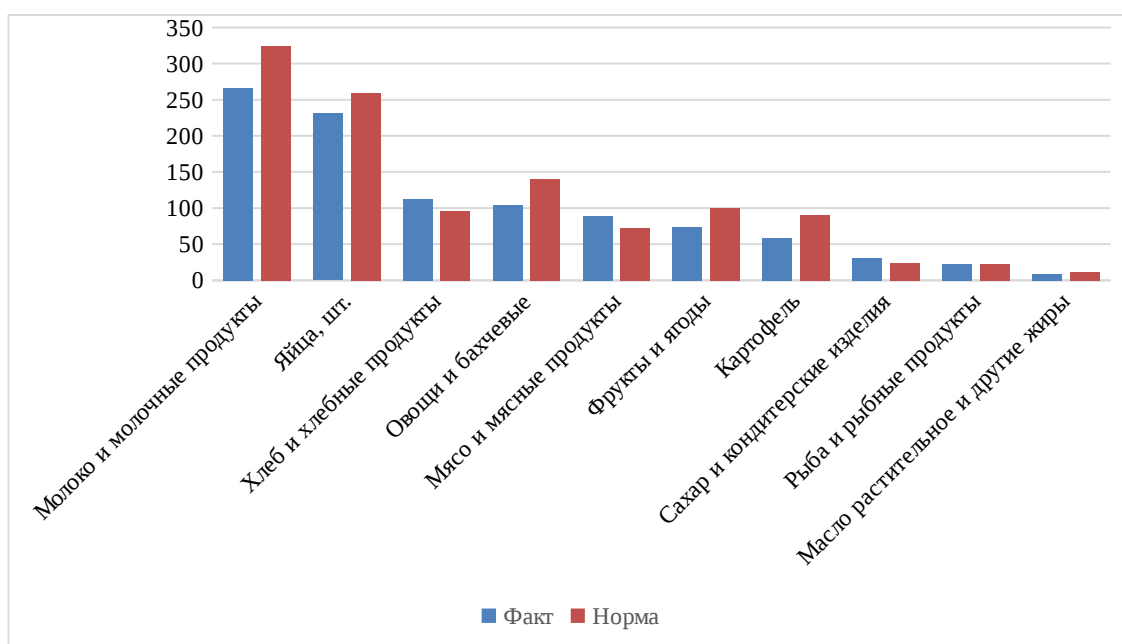
Даже наиболее развитые страны на сегодня далеки от полной информированности о качестве питания населения. Как правило, данные о потреблении собираются на основе опросов и используют упрощенные показатели, доступные потребителю, что порождает проблемы сознательного (например, завышение потребления полезных продуктов и занижение – потенциально опасных) и неосознанного искажения исходных данных (например, несообщение о небольших перекусах) и ошибок при последующих расчетах (например, расчете потребления соли исходя из ее усредненного содержания в отдельных продуктах). Одной из наиболее сложных задач является оценка потребления отдельных нутриентов. Так, для соли результаты опросов, как правило, отражают содержание рациона с точностью 0,4-0,7 (в зависимости от сложности используемой рецептуры, по сравнению с более точным методом на основе экскреции) и должны использоваться с осторожностью [71].

Единственным источником данных о потреблении жира в России является тематический доклад Роспотребнадзора за 2013 г., сообщающий об избытке жира в рационе 95,1% населения [72].

Последнее глобальное исследование потребления соли на основе данных экскреции было проведено ВОЗ в 2010 г. Средний уровень потребления соли в мировом масштабе составил 10,1 г соли в день, в России – 10,6 г, что существенно превышает показатели развитых стран в диапазоне 8,5-10 г в день [73]. До 80% соли поступает с готовыми продуктами, приобретенными в магазинах [63]. По данным имеющихся национальных исследований потребление соли в России оценивается

даже выше: 10,8-11,2 г [71]. Таким образом, можно с уверенностью говорить о высокой распространенности чрезмерного потребления соли и необходимости его снижения.

Наиболее точным механизмом оценки качества питания в части потребления фруктов и овощей является количество порций или грамм потребления на человека в день. Объединенная статистика ОЭСР использует в качестве ключевых оценок потребления фруктов и овощей упрощенные показатели доли населения, потребляющего фрукты или овощи ежедневно. По данным на 2015 г. фрукты в странах ОЭСР ежедневно потребляют в среднем 57% населения: от 30-35% в Финляндии и Латвии до более чем 70% в Австралии, Италии, Новой Зеландии и Португалии. Доля населения, ежедневно употребляющих в пищу овощи, составляет 60% при максимуме более 90% (Австралия, Новая Зеландия, США, Южная Корея) и минимуме менее 40% (Германия, Нидерланды, Финляндия) [28].



В России учет потребления отдельных категорий продуктов питания, в т.ч. овощей и фруктов ведется в обобщенном виде на основе выборочного обследования домохозяйств. Значения фиксируются в килограммах на потребителя, что не позволяет оценить, является ли потребление фруктов регулярным, однако имеются данные о дифференциации потребления формируемая по доходным группам и регионам страны. Сопоставление фактических и рекомендованных уровней потребления (по национальным нормам) за 2017 г. приведено на рисунке 2.2.

Источники: [74,75].

Рисунок 2.2 – Фактические и рекомендованные уровни потребления пищевых продуктов в России в 2018 г.

Таким образом, население России значительно не добирает норму потребления фруктов (74 кг против рекомендованных 100 кг в год), овощей и бахчевых (104 кг против 140 кг в год), картофеля (59 кг против 90 кг в год), а также молочных продуктов (266 кг против 325 кг в год), яиц (231 шт. против 206 шт. в год) и растительных жиров (8,8 кг против 12 кг в год). Фактическое потребление превышает рекомендованные нормы по таким категориям продуктов как хлеб и хлебные продукты (112 кг против 96 кг в год), мясо и мясные продукты (89 кг против 73 кг в год), сахар и кондитерские изделия (31 кг против 24 кг в год). Следует отметить, что статистические данные не позволяют оценить степень жирности потребляемых мясных и молочных продуктов и равномерность распределения потребления в течение года. При пересчете на равномерное ежедневное потребление рекомендованная Минздравом норма потребления фруктов и овощей соответствует 650 г в день, что соответствует международным стандартам.

Анализ потребления по доходным группам показывает, что рекомендованную Минздравом России норму потребления фруктов выполняет только десятая 10-процентная группа населения с наиболее высоким доходом (101 кг), при этом уровень потребления овощей и бахчевых остается недостаточным (131 кг). В группе с минимальным доходом потребление фруктов в 2,5 раза ниже рекомендованного (41 кг), овощей - в 2 раза (70 кг). При этом, уже вторая по доходу группа практически достигает рекомендованной нормы потребления мяса (72 кг), третья и последующая систематически превышают рекомендованное значение. По сахару и кондитерским изделиям превышение нормы отмечается во всех доходных группах [6].

Анализ потребления регионам демонстрирует еще более резкую дифференциацию. Потребление фруктов варьируется от 117 кг (Кабардино-Балкария) и 88-94 кг (Республика Адыгея и Краснодарский край) до 12 кг (Чукотский автономный округ) и 21-34 кг (Республики Тыва, Калмыкия, Марий Эл, Иркутская и Томская области). Наиболее высокое потребление овощей характерно для Республики Дагестан (247 кг), Республики Кабардино-Балкарии и Волгоградской области (по 181 кг) и Астраханской области (172 кг). Наименьшие показатели отмечены в Чукотском автономном округе (34 кг), Республике Тыве (41 кг), Республике Бурятия (62 кг), Республике Якутии и Иркутской области (по 70 кг) [76].

Очевидно, что значения ряда северных и удаленных сибирских регионов недостаточны для обеспечения здорового питания.

Таким образом, средний рацион питания населения России существенно отклоняется от оптимального. Потребление соли, сахара и кондитерских изделий, богатых рафинированными углеводами, мяса превышает рекомендованные значения, тогда как необходимый уровень потребления фруктов достигается только отдельными группами населения и сильно дифференцирован по доходу и месту проживания. Население ряда удаленных территорий демонстрирует критически опасный уровень потребления овощей и фруктов менее 200 г в день.

Распространенность избыточной массы тела растет во всех странах ОЭСР, однако по последним данным темпы прироста начали замедляться, что позволяет рассчитывать на стабилизацию показателя в ближайшем будущем [17]. Избыточная масса тела стала одним из ведущих факторов смертности в большинстве развитых стран. По количеству потерянных лет потенциальной жизни в Турции этот фактор занимает первое место, в шести странах - второе, и в оставшихся 24 странах ОЭСР - третье. В среднем по странам ОЭСР 54% населения имеют избыточную массу тела (от 24% в Японии и 33% в Южной Корее до более чем 70% в Мексике и США) и 19% населения - ожирение (от менее чем 10% в Италии, Южной Корее и Японии до 30% и более в Венгрии, Мексике, Новой Зеландии и США)¹. За последние два десятилетия распространенность ожирения существенно выросла как в странах с исторически низким уровнем (например, в Норвегии и Южной Корее - в 2 раза с 1990-х гг.), так и в странах с исторически высоким уровнем населения, страдающего ожирением (например, в Великобритании +92%, в США +65% с 1990-х гг.) [28]. В России 54% мужчин и 59% женщин имеют избыточный вес, в т.ч. 15% и 28,4% соответственно – ожирение [77], что уже сегодня превышает средние показатели для стран ОЭСР.

В соответствии с ранее рассмотренной классификацией мер воздействия на образ жизни государство способно влиять на рацион потребления посредством:

- повышения доступности здоровых продуктов (включая субсидирование полезных продуктов, включение их в школьное питание, привлечение работодателей к обеспечению возможностей здорового питания)

¹ Наличие избыточной массы тела признается при индексе массы тела выше 25, ожирения - выше 30.

на рабочем месте, пересмотр состава продуктов и размеров порций, продаваемых для розничного потребления);

- повышения грамотности потребителей по вопросам здорового питания (включая информационные кампании о необходимости и принципах здорового питания; медицинские консультации и маркировку продуктов);
- повышения стоимости нездоровых продуктов;
- ограничения или запрета продаж отдельных продуктов.

Примером комплексной программы, направленной на улучшение питания населения, может служить проект по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями «Северная Карелия» (Финляндия). На момент начала проекта (1972 г.) население региона характеризовалось самыми высокими в мире значениями уровня свободного холестерина в крови и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (более 700 случаев на 100 тыс. населения). Для снижения потребления жиров населению были предложены простые рекомендации по улучшению повседневной диеты [78]:

- переход на использование молочных продуктов низкой жирности;
- сокращение количества масла в бутербродах и замена его мягким маслом или маргарином (смесь животных и растительных масел);
- удаление видимого жира из мяса, выбор постных сортов мяса и расширение потребления рыбы и птицы;
- приготовление мяса без добавления дополнительных животных жиров, предпочтительно - путем варки или запекания;
- использование растительных масел при запекании и приготовлении салатов;
- ограничение потребления яиц двумя в неделю;
- увеличение потребления цельнозерновых каш;
- увеличение потребления овощей и фруктов.

Выбор рекомендаций определялся конкретными пищевыми привычками населения, определенными на основе предварительно проведенных опросов [79]. Для наиболее полного донесения рекомендаций до населения было задействовано множество информационных каналов. За первый пятилетний период реализации проекта (1972-1977 гг.) на тему здорового питания были опубликованы 342 статьи (без учета еще 769 статей, посвященных иным факторам риска) и распространены более 100 тыс. тематических листовок. Для работников системы здравоохранения, персонала предприятий общественного питания и общественности в целом были организованы обучающие семинары, в т.ч. специализированные семинары для работников, организующих питание на рабочих местах, в школах, больницах и

ресторанах. Воздействие через общественность предусматривало обучение естественных общественных лидеров - глав местных организаций фермеров, церковных обществ и иных объединений. К началу 1980-х гг. обучение прошли около 800 общественных лидеров, представлявших 19 муниципалитетов. Для населения было проведено 167 обучающих собраний, участие в которых приняли 12,1 тыс. человек. Ассоциация домашних хозяек региона организовала 344 вечера здорового питания, на которых подавались блюда, приготовленные в соответствии с рекомендациями, охват которых превысил 15 тыс. человек. Суммарное население Северной Карелии на момент начала проекта составляло 180 тыс. человек. Охват населения среднего возраста (25-59 лет) мероприятиями проекта оценивается на уровне более 90% [80].

Промышленности был разрешен выпуск новых продуктов: обезжиренного молока и мягких масел, представляющих собой смесь животных и растительных жиров. Национальным производителям ягод была предоставлена государственная поддержка (ранее большинство овощей и фруктов ввозились в регион из-за рубежа). Активное продвижение здорового питания стимулировало пищевую промышленность к разработке традиционных продуктов (хлеба, готовых закусок) с пониженным содержанием соли и жиров. Наряду с пищевой промышленностью в проекте участвовали супермаркеты, проводившие дни здоровья, в рамках которых населению предлагались бесплатные диагностика (измерение давления и уровня холестерина в крови) и рекомендации по здоровому питанию [78].

Совокупный вклад первых пяти лет проекта в сокращение риска сердечно-сосудистых заболеваний оценивается в размере 17% для мужчин и 12% для женщин. Инвалидизация вследствие сердечно-сосудистых заболеваний сократилась на 15%. Для территорий, не принимавших участия в проекте, значимые сокращения не отмечены [80]. Несмотря на расширение проекта на всю страну с 1977 г. соответствующие показатели смертности для Северной Карелии и Финляндии в целом выравнивались лишь к первой половине 2000-х гг. [79].

Впоследствии проект неоднократно продлевался и был полностью завершен лишь в 1997 г. В совокупности за 35 лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин среднего возраста (35-64 года) сократилась на 85%. Средний уровень сывороточного холестерина в крови сократился с 6,92 до 5,46 ммоль на литр среди мужчин и с 6,81 до 5,37 ммоль на литр среди женщин (1972-2012 гг.). Большая часть сокращения объясняется изменениями режима питания и

лишь 0,14 ммоль на литр приходится на долю расширенного использования статинов с 1980-х гг. Доля насыщенных жиров сократилась с 20 до 12% совокупного рациона. Так, в 1972 г. 86% мужчин и 82% женщин сообщили о потреблении бутербродов с маслом. Для сравнения в 2000 г. в ходе контрольного опроса лишь 10% мужчин и 4% женщин сообщили о данной привычке. Потребление обезжиренного молока возросло с 0% до 24% среди мужчин и 33% среди женщин. Распространенность потребления овощей 6 или 7 раз в неделю возросла с 10 до 26% среди мужчин и с 12 до 47% среди женщин. Животные жиры при приготовлении пищи в 1972 г. применяли 70% опрошенных, тогда как растительные - менее 10%. В 2012 г. об использовании животных жиров сообщили 20% опрошенных, растительных - 50% [79].

Для борьбы с повышенным артериальным давлением был запущен специализированный проект по сокращению потребления соли, включавший обучение населения в целом, пациентов в зоне риска, подготовку персонала и изменение окружающей среды, прежде всего – пересмотр содержания соли в готовых продуктах питания. Предварительное исследование показало, что 80% соли население получало с покупаемыми обработанными продуктами и лишь 20% добавлялись при готовке и потреблении. В результате работы с пищевой промышленностью были разработаны продукты с пониженным содержанием соли и заменой обычной соли минеральными солями. В результате потребление соли сократилось с 13 до 9,5 г. среди мужчин и с 10 до 7,4 г среди женщин (1972-2012). Систolicеское давление снизилось со 149 до 134 и со 153 до 129 мм рт. ст. для мужчин и женщин соответственно, диastolicеское с 92 до 84 и с 92 до 78 мм рт. ст. соответственно [78].

Сходная политика работы с производителями была использована снижения потребления соли в Великобритании. В 2003 г. была утверждена национальная цель по снижению потребления соли до 6 г в день. В 2006 г. на основе утвержденной национальной цели были разработаны целевые показатели содержания соли для 85 категорий пищевых продуктов, предложенные производителям в качестве добровольных ориентиров. В 2008 г. были получены первые результаты: потребление соли снизилось с 9,5 г в 2000/01 гг. до 8,6 г. К 2012 г. целевые ориентиры были достигнуты по 80 из 85 категорий продуктов, среднее потребление соли к 2011 г. сократилось до 8,1 г в день. Новая программа сотрудничества с пищевой промышленностью поставила обновленные цели, направленные на дальнейшее снижение потребления. Параллельно в качестве дополнительного механизма

продолжает вестись массовая информационная кампания, призванная стимулировать рациональное потребление соли населением [81].

Для продуктов, обладающих здоровыми альтернативами, хороший эффект показали упрощенные маркировки типа «светофор», выделяющие опасные уровни содержания отдельных нутриентов или калорий на порцию (Австралия, Великобритания, Франция). Наряду с лучшей понятностью для потребителей явное выделение потенциально опасных продуктов стимулирует производителей к пересмотру их состава или размера порции [82].

В России методические рекомендации по добровольной цветовой маркировке продуктов в зависимости от содержания потенциально опасных компонентов – поваренной соли, добавленного сахара и жиров в России были утверждены Роспотребнадзором в начале 2018 г. [83]. Нанесение маркировки является добровольным. Первоначально в программе добровольной маркировки участвовали только производители мороженого (с 1 июня 2018 г.). К середине 2019 г. был подготовлен проект межгосударственного стандарта, расширяющий возможности применения маркировки на большинство продуктов за исключением сырья и продуктов с однородным составом, питьевой воды, специализированной пищевой продукции, а также кондитерских изделий, напитков с подсластителями и сыров. Исключение последних трех групп продуктов объясняется заведомо высоким содержанием в них потенциально опасных веществ, однако более вероятным объяснением являются поиски компромисса с представителями пищевой индустрии. Попытка введения маркировки в общеобязательный технический регламент ЕАЭС также не получили поддержки [84]. Очевидно, что исключение из проекта наиболее опасных продуктов существенно ослабит его влияние на рацион потребителей.

Требования к маркировке еды могут распространяться на рестораны. По состоянию на 2017 г. указание калорийности являлось обязательным для сетевых ресторанов в США, отдельных штатах Австралии и Канады (Онтарио). Некоторые штаты и муниципалитеты США утвердили дополнительные требования к раскрытию в меню информации о питательной ценности продуктов и предупреждения (например, в Нью-Йорке рестораны обязаны выделять блюда, содержащие более чем 2,3 грамма соли) [82].

Информационные кампании в СМИ призваны информировать население о рисках нездорового питания и предлагать возможные простые решения. Широкое распространение получили, например, кампании по увеличению потребления

фруктов и овощей (5 порций в день в США и Великобритании, 2+5 порций в день в Австралии, 6 порций в день в Дании). Сравнительно новым инструментом продвижения здорового образа жизни стали специализированные сайты, мобильные приложения и социальные сети. Помимо широкого охвата их преимуществом становится возможность интерактивного взаимодействия. В Чили программа продвижения здорового питания предлагала онлайн-инструменты для подсчета калорий. В Эстонии пользователям специализированного сайта были доступны инструменты для подсчета объема потребления сахара и соли, а также мобильное приложение для проверки питательной ценности продуктов по названию или бренду. В Англии аналогичная возможность была доступна при сканировании штрихкода на упаковке [82].

Ограничения рекламы потенциально опасных продуктов применяются реже и, как правило, затрагивают только рекламу, ориентированную на детей и молодежь. Ограничения могут включать запрет на рекламу определенного перечня продуктов в часы максимального охвата детской аудитории (Исландия, Ирландия, Мексика, Чили), в школах (Испания, Польша, Турция, Чили), общественном транспорте (Австралия) и иных публичных местах (Норвегия). В Норвегии запрет на рекламу нездоровых продуктов и поведенческих привычек распространяется на дневные киносеансы, детские соревнования и иные развлечения. В Чили запрещена реклама продуктов с повышенным содержанием соли, сахара, насыщенных жиров или калорий, целенаправленно ориентированная на детей до 14 лет. В Словении запрет введен на рекламу газировки в школах, кино и журналах, ориентированных на детей до 12 лет [82].

Опыт дополнительного налогообложения «нездоровых» продуктов менее однозначен. Примером неудачного применения налоговой политики в продуктовой сфере может служить Дания, где налог на жиры, введенный в 2011 г., был отменен в начале 2013 г. Причинами отмены стали [82]:

- непредвиденное повышение цен на продукты с высоким содержанием жиров, превысившее размер налоговой ставки;
- повышенная налоговая нагрузка на беднейшие категории населения;
- покупки масел и иных товаров с высоким содержанием за рубежом, получившие широкую огласку в прессе.

Аналогичная участь постигла налог на сладкие газированные напитки. Вместо планируемого положительного дохода введение налога привело к падению

национального производства и заполнению рынка импортными напитками из стран, где акциз не применялся. Потери от неуплаты НДС составили 38,9 млн евро в год, позднее налог был отменен [85].

Другим примером неудачной реализации акциза стала попытка введения налога на продукты с высоким содержанием сахара, соли и жира в Эквадоре. Отсутствие ясного определения продуктов, подлежащих налогообложению, затруднило взимание налога и стало предпосылкой для общественных волнений, вызванных возможными ростом цен на традиционные национальные блюда [86].

Вместе с тем, существует большое число примеров эффективного налогообложения. Так, в Мексике уже в первый год применения налога потребление сахаросодержащих напитков снизилось на 12%. Во Франции налог на напитки с добавленным сахаром существует с 2011 г. Данные оценки 2013 г. показали, что налог оказал дестимулирующее влияние на потребление напитков, особенно сильное среди молодежи и населения с низким доходом. В Венгрии результаты опросов показали, что 26-32% потребителей (здесь и далее диапазон оценок приводится для различных категорий продуктов) сократили покупки продуктов, подлежащих дополнительному налогообложению, при этом уровень эффективности оказалась в два раза выше среди населения с низкой самооценкой здоровья. В большинстве случаев сокращения потребления причиной стала цена, однако 22-38% потребителей указали в качестве причины информированность о потенциальных рисках продукта. Высокую степень эффективности налога показали опросы производителей: 70% отреагировали на введение налога сокращением объема потенциально опасных компонентов в составе продуктов, 40% - реструктуризацией производства, 30% - полным выводом налогооблагаемых компонентов из производства [86].

В России идею акциза на напитки с добавленным сахаром впервые предложил Минфин России в 2016 г. Инициатива по введению акциза для напитков, содержащих более 5 г добавленного сахара на 100 мл в размере 5 руб. за литр (с повышением ставки при содержании более 8 г) была поддержана Минздравом России [85]. В конце 2018 г. идея акциза была поддержана Экспертным советом при Правительстве РФ. Акциз предлагается установить в размере не менее чем 20% стоимости [87]. Минфин России прогнозировал поступления от акциза в течение ближайших трех лет в размере 80 млрд руб., однако оценки внешних экспертов заметно ниже - 57-65 млрд руб. Предложение экспертов по замене акциза на сахаросодержащие напитки

прямым акцизом на сахар, в свою очередь, не поддерживается государственными органами, указывающими на высокую сложность контроля данного параметра [88].

2.4 Физическая активность

По оценкам ВОЗ недостаток физической активности повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний на 20-30% [89]. Рекомендации ВОЗ по физической активности для взрослого населения (от 18 до 64 лет) устанавливают следующие минимальные требования [90]:

- 150 минут активности средней интенсивности или 75 минут активности высокой интенсивности в неделю;
- аэробные упражнения должны выполняться сериями продолжительностью не менее 10 минут;
- силовые упражнения на основные группы мышц должны выполняться не менее 2 дней в неделю.

Дополнительный полезный эффект может быть получен при увеличении объемов нагрузки до 300 минут активности средней интенсивности или 150 минут активности высокой интенсивности. Дальнейшее наращивание нагрузки не несет доказанной пользы.

Для детей в возрасте от 5 до 17 лет рекомендованный уровень физической активности средней и высокой интенсивности составляет не менее 60 минут в день, при этом занятия высокой интенсивности должны занимать не менее 3 дней в неделю. Любая дополнительная активность приносит полезный эффект. Большая часть ежедневной нагрузки должна приходиться на аэробные упражнения.

Для пожилого населения в возрасте 65 лет и старше сохраняются нормативы для взрослого населения с поправкой на возможные ограничения здоровья. Дальнейшее наращивание нагрузки сверх рекомендованного повышенного уровня может привести к ухудшению здоровья и повышению вероятности травм. Лицам, не способным выполнить рекомендованный объем нагрузки, предлагается выполнять упражнения, соответствующие их возможностям. Лицам с двигательными проблемами следует дополнительно выполнять упражнения на равновесие и предотвращение падений не менее 3 дней в неделю.

Различия в сфере физической активности между странами незначительны. В странах с наиболее высокой физической активностью (Австрия, Дания, Исландия, Ирландия, Норвегия, Словения, Финляндия, Франция, Швеция) более 70% взрослого

населения выполняют рекомендованный ВОЗ норматив в размере 150 минут умеренной нагрузки в течение недели, в худших странах (Италия, Испания, Португалия) - мене, чем 60% взрослого населения. Среднее значение для стран ОЭСР составляет 66,5%, при этом во всех странах за исключением Дании уровень физической активности выше среди мужчин [28]. В России официальные сведения о физической активности населения отражают формальную принадлежность граждан к учреждениям, предоставляющим возможность заниматься физической культурой и спортом, и не могут использоваться для оценки фактической активности или сопоставления с зарубежными данными [91].

Основными инструментами увеличения физической активности являются [82]:

- информирование населения о пользе физической активности;
- обеспечение доступности и безопасности простейших форм физической активности в городской и природной среде (прогулки пешком, езда на велосипеде и т.д.);
- создание игровых площадок для детей;
- содействие физической активности по дороге на работу и во время работы;
- расширение физической активности в школах (в составе школьной программы, во время перерывов и дополнительных занятий, обеспечение медицинских консультаций);
- создание социальных сетей, поддерживающих активный образ жизни.

Программы по увеличению физической активности являются одним из самых сложных направлений политики борьбы с лишним весом, поскольку создание условий для движения требует участия множества экономических субъектов. Наряду с традиционными просветительскими кампаниями и индивидуальными консультациями в первичном звене в таких программах могут принимать участие органы, ответственные за поддержание массовой спортивной инфраструктуры и детских площадок, работодатели и иные общественные организации (например, в США музеи - участники программы предлагали тематические выставки и выставки, требующие физической активности). Поддержку ежедневной физической активности способен оказать пересмотр транспортной модели: например, повышение удобства и снижение стоимости общественного транспорта или велопроката [82]. В США школам предлагалось предоставить детям возможности для дополнительных занятий спортом, местным органам власти - наряду с дополнительными занятиями

обеспечить безопасные пешеходные маршруты для школьников (в т.ч. с сопровождением взрослых), создать условия для активных игр и занятий спортом в существующих парках и на детских площадках [92].

3 Факторы медицинской помощи

Качество медицинской помощи² определяется тремя группами параметров [93]:

- состояние инфраструктуры (материально-техническое и лекарственное обеспечение, кадры и их подготовка, регулирующие документы);
- процессы оказания медицинской помощи (непосредственно действия, предпринимаемые медицинским персоналом и пациентами);
- конечные результаты (состояние здоровья отдельного пациента и населения в целом, удовлетворенность пациента).

Государство как регулятор способно влиять на конечные результаты, совершенствуя инфраструктуру здравоохранения и осуществляя контроль над качеством процессов оказания медицинской помощи.

3.1 Материально-техническое обеспечение

Инвестиции в основные фонды традиционно являются основной составляющей отечественных программ развития здравоохранения. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» продолжает данную тенденцию, направляя на переоснащение / дооснащение региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений 74,6 млрд руб. (99,3% общих расходов по проекту) [10]. Для сравнения совокупные расходы по проекту «Укрепление общественного здоровья» составят лишь 3,7 млрд руб. [94]

Необходимость вложений в основные фонды отчасти объясняется объективными изменениями требований к оказанию медицинской помощи (принятием обновленных стандартов и порядков оказания медицинской помощи, расширением охвата ВМП), отчасти – устареванием оборудования, поставленного в рамках первого проекта «Оказание медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями» в 2008-2010 гг. [95].

² Здесь и далее термин «качество медицинской помощи» применяется в широком смысле, включая наряду с клиническим качеством помощи, полноту предоставляемых услуг, их доступность, непрерывность и координированность оказания медицинской помощи, учет интересов пациента и эффективность.

3.2 Кадровое обеспечение

Основная роль в предупреждении и лечении сердечно-сосудистых заболеваний принадлежит врачам первичного контакта (участковым терапевтам, семейным врачам, врачам общей практики) и врачам-кардиологам.

По грубой оценке³ суммарная обеспеченность врачами первичного контакта в 2018 г. в среднем по России составляла 3,83 на 10 тыс. населения с вариацией от более чем 6 человек на 10 тыс. населения (Республики Якутия, Тыва и Алтай) до менее чем 2 (Свердловская область). Лишь первые пять регионов-лидеров демонстрируют близкие к нормативным значения численности обслуживаемого населения в расчете на 1 врача первичного звена (1 700 человек [96]). В 9 субъектах РФ нагрузка превышает нормативную более чем в 2 раза, достигая более чем 4 000 человек в Курганской и Свердловской областях [97].

Перегрузка врачей приводит к снижению эффективности выявления и ведения больных, принадлежащих к группам риска. Контрольная проверка экспертами Минздрава России больничных карт пациентов, прошедших диспансеризацию, показала наличие большого числа пробелов при определении факторов риска, в т.ч. значимых для развития сердечно-сосудистых заболеваний (рисунок 3.1). Кроме того, даже при установлении факторов риска пациентам зачастую не предлагается соответствующее лечение. Так, ежегодно в ходе диспансеризации выявляется порядка 380 тыс. человек, находящихся в зоне риска по злоупотреблению алкоголем, не получающих дальнейшей помощи [98].

3 При учете только участковых терапевтов и врачей общей практики (семейных врачей) и сравнении расчетной нагрузки с базовым нормативом без учета пониженных норм (1 300 человек для участков, расположенных в сельской местности, 1 200 человек для участков врачей общей практики, 1 500 человек для участков семейных врачей).



Источник: [98].

Рисунок 3.1 – Результаты контрольной проверки выявления факторов риска в ходе диспансеризации по данным Минздрава России, 2016 г.

По данным НМИЦ профилактической медицины Минздрава России на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии в среднем находится не более 40-50% нуждающихся пациентов [99]. Эту же оценку ранее давала глава Российского общества артериальной гипертонии [100].

При лечении острых форм заболеваний ключевая роль переходит к врачам-кардиологам, способным распознать признаки перехода заболевания в острую форму и вовремя направить на прохождение специализированного лечения. Анализ, проведенный специалистами Росздравнадзора на примере Пензенской области, показал ярко выраженную связь между наличием в районе врача-кардиолога и доступностью ВМП для населения района. Наличие профильного врача повышает вероятность достижения районом средних значений обеспеченности ВМП в 2,1 раза [101]. Фактическая обеспеченность врачами-кардиологами в России в 2018 г. составляла в среднем 0,85 на 10 тыс. населения с вариацией от 1,51 в Астраханской области и 1,44 в г. Санкт-Петербург до 0,19 в Еврейской автономной области и 0,45-0,5 в Ненецком автономном округе, Вологодской и Псковской областях [97].

3.3 Регулирование и фактическое качество процессов оказания медицинской помощи

Внешние оценки качества отечественных клинических рекомендаций по лечению сердечно-сосудистых заболеваний отсутствуют. Ограниченные

национальные исследования реального качества ведения больных свидетельствуют о массовой недостаточной подготовке врачей первичного звена в области сердечно-сосудистых заболеваний. Так, в ходе экспертизы случаев диспансеризации больных с установленным диагнозом артериальной гипертензии в Республике Татарстан в 2017 г. нарушения диагностики и лечения отмечены в 30,5% рассмотренных случаев, в т.ч. выявлены случаи использования понятия «рабочее давление» (официально выведено из практики в ходе реализации первой целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации» в 2002-2012 гг.), назначения неэффективной гипотензивной терапии, отсутствия направления к врачу-кардиологу при неудовлетворительных результатах первичного лечения [102]. В Рязанской области (2015 г.) было показано, что более половины больных, перенесших острый инфаркт миокарда или коронарную ангиопластику, не получили от врачей первичного звена назначение двойной антиагрегантной терапии при наличии показаний, при этом более 10% больных получили соответствующие назначения при наличии противопоказаний [103]. При исследовании эффективности терапии статинами после перенесенного стентирования было выявлено, что препараты чаще всего назначаются в недостаточных дозах, при этом последующая корректировка после неполучения целевых результатов лечения отсутствует. В результате целевой уровень холестерина был достигнут лишь 8,7% пациентов, тогда как в развитых странах доля пациентов, достигших целевого уровня, составляет в среднем 37% [104].

3.4 Приверженность лечению

Наряду с действиями медицинских специалистов на результат лечения хронических заболеваний значимое влияние оказывает степень соблюдения пациентом назначенного лечения (приверженность лечению). Тем не менее, обобщенные данные исследований на материалах США, Канады и стран Западной Европы показывают, что в среднем лишь 32-68% пациентов соблюдают назначенное лечение в рамках вторичной профилактики (терапия факторов риска) и 45-84% - в рамках третичной профилактики (предотвращение повторного наступления острых коронарных событий) [105].

Российские исследования демонстрируют сходные результаты. Опрос пациентов из регистра больных хроническими неинфекционными заболеваниями на

территории Тюменской области показал, что частота приема лекарственных препаратов снижается до 73,2% через 3 месяца после посещения врача и 45,2% через 12 месяцев [106]. По данным Регистра острого инфаркта миокарда в г. Томске уровень приверженности лечению в течение 5-летнего периода после перенесенного вмешательства составил лишь 45% [107]. Другое исследование приверженности терапии статинами после перенесенного стентирования выявило 85,4% приверженных пациентов через год после вмешательства, 66,2% через 5 лет [104].

Систематический обзор факторов приверженности лечению сердечно-сосудистых заболеваний установил следующие группы значимых факторов: особенности заболевания (острое или хроническое, длительность и условия лечения), содержание терапии (типы препаратов, их количество и режим приема), характеристики системы здравоохранения (соотношение государственных и частных расходов, частота посещения врача) и пациента (пол, возраст, социально-экономический статус, информированность о необходимости и рисках терапии) [108]. Таким образом, государство способно влиять на приверженность лечению посредством:

- улучшения доступности медицинской помощи;
- созданием условий для расширенного информирования пациентов о необходимости лекарственной терапии и связанных с ней опасениях;
- минимизации расходов пациента путем включения необходимых лекарственных препаратов в состав государственных гарантий с отменой или сокращением участия пациента в оплате.

Ключевой проблемой приверженности лекарственной терапии сердечно-сосудистых заболеваний в России является отсутствие государственных гарантий лекарственного обеспечения амбулаторных больных. Инициативы по внедрению амбулаторного лекарственного обеспечения неоднократно выдвигались как на региональном, так и на федеральном уровнях.

Среди региональных проектов наибольшую известность получил эксперимент Кировской области по лекарственному обеспечению пациентов с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца с 90-процентной компенсацией стоимости назначенных препаратов из средств регионального бюджета (с 2019 г. 50-процентное возмещение предельной отпускной цены по МНН без учета оптовой или розничной надбавки [109]). По данным областного руководства уже по итогам первого года реализации проекта число профильных случаев временной

нетрудоспособности сократилось на 15%, первичного выхода на инвалидность - на 30%. Затраты на дополнительное лекарственное обеспечение оцениваются в размере 31,5 млн руб. в год прямой экономический эффект проекта составил 50 млн руб. (сокращение расходов на госпитализации, вызовы скорой помощи, выплаты по листам нетрудоспособности и инвалидности) [110]. Эксперты ставят результаты кировского проекта под сомнение, отмечая что как социальные, так и экономические эффекты лекарственного обеспечения могут проявиться в полном объеме лишь через несколько лет. Резкое сокращение потребления медицинской помощи может объясняться иными мерами региональной политики, например, сокращением коечного фонда и числа врачей [111].

Помимо Кировской области на сегодня пилотные проекты по лекарственному обеспечению осуществляют Омская область (пациенты после операций на сосудах, с 2018 г.) [112,113], г. Санкт-Петербург (в течение 12 месяцев после перенесенных инфаркта миокарда или высокотехнологичных операций на сердце и сосудах, с 2019 г.) [114], Пермский край (в течение 12 месяцев после коронарного события или операции на сердце или сосудах, с 2019 г.) [115]. Инициативы по лекарственному обеспечению больных хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями вне стандартных лекарственных льгот не получили распространения.

На федеральном уровне активное обсуждение проектов лекарственного обеспечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями началось после подведения первых итогов эксперимента в Кировской области в 2015 г. На тот момент федеральное Министерство здравоохранения озвучивало планы по распространению кировской модели лекарственного обеспечения на 15-16 регионов уже в 2016-2017 гг. [116], однако эти планы не были реализованы. В 2016 г. была анонсирована федеральная программа 50-процентной компенсации стоимости необходимых лекарственных препаратов пациентам после операций на сердце и сосудах. Предполагалось, что реализация программы позволит сократить число повторных сердечно-сосудистых событий на 50%. Расчетная стоимость программы составляла 2,4 млрд долларов и предусматривала лекарственное обеспечение 120 тыс. прооперированных пациентов из расчета компенсации половины стоимости годового курса лекарственной терапии - порядка 20 тыс. руб. в год на человека. Тем не менее, ни федеральный бюджет, ни бюджет Федерального фонда ОМС не смогли выделить соответствующих средств, и проект был заморожен [117].

Новый этап разработки федеральной программы лекарственного обеспечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями начался в рамках подготовки бюджетов на 2020 г. и плановый период 2021-2022 гг. Проект федерального бюджета предусматривает ежегодное выделение 10,15 млрд руб. на закупку лекарственных препаратов для обеспечения граждан, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие острые сердечно-сосудистые заболевания, в амбулаторных условиях [118]. Условия будущего пилотного проекта еще продолжают обсуждаться [119], однако уже известно о возможном увеличении зарезервированных за ним расходов до 14,5 млрд руб. ежегодно [120]. Федеральные инициативы по лекарственному обеспечению лиц с высоким уровнем риска развития сердечно-сосудистых заболеваний на сегодня отсутствуют.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отличительной особенностью нового этапа борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в структуре национальных проектов на 2019-2024 гг. должно было стать объединение всех уровней вмешательств: от первичной (популяционной) профилактики, направленной на выявление групп риска и вторичной профилактики, предотвращающей переход выявленных предрасположенностей или хронических форм заболеваний в острые формы, до лечения острых заболеваний и состояний и последующей третичной профилактики, призванной предотвратить повторные обострения после прохождения лечения. Комплексный подход наиболее полно соответствует лучшим зарубежным практикам, и, при полномасштабной реализации на практике, способен обеспечить прорыв в сокращении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний до уровня развитых западных стран. Однако, детальный анализ содержания и структуры финансирования профильных федеральных проектов указывает на фактическое сохранение традиционной схемы приоритетного развития специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи. Профилактические мероприятия не получили соответствующей организационной и финансовой поддержки.

Накопленный успешный опыт борьбы с опасным потреблением алкоголя и табака позволил не акцентировать внимание на данных направлениях в составе новых национальных проектов. Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья» включает борьбу с вредным потреблением алкоголя и табака в состав планируемых мероприятий по обновлению нормативно-правового регулирования, региональных и корпоративных программ по формированию здорового образа жизни, а также общенациональной информационно-коммуникационной кампании, но не детализирует содержание данных мер и не выделяет их в самостоятельные мероприятия [94].

Новые для российской политики стимулирования здорового образа жизни направления питания и физической активности практически не получили представления в структуре федеральных проектов. Улучшение качества питания формально входит в состав федерального проекта «Укрепление общественного здоровья», но представленное описание проектных мероприятий не отражает задачи в области улучшения сердечно-сосудистого здоровья населения. Паспорт проекта многократно подчеркивает направленность предлагаемых мер прежде всего на

ликвидацию микронутриентной недостаточности, реже – на сокращение потребления соли и сахара. Сокращение потребления насыщенных жиров, ограничение калорийности рациона и увеличение потребления овощей и фруктов не упоминаются в описании мероприятий [94].

Центральным элементом проекта является улучшение лабораторного контроля качества пищевой продукции, при этом состав и дальнейшие направления использования полученной информации не уточняются. Использование данной информации для предупредительной маркировки продуктов способно оказать значительное влияние на качество питания, однако какие-либо меры по совершенствованию маркировки продуктов паспортом не предусматриваются.

Для снижения потребления потенциально опасных макронутриентов, получаемых преимущественно с готовыми или частично обработанными продуктами (например, соль, сахар, жир), необходима работа с производителями с установлением обязательных или добровольных предельных нормативов содержания определенных элементов. Эффективным механизмом расширения потребления овощей и фруктов, общего повышения качества питания могут стать целевые потребительские субсидии на питание нуждающимся категориям населения с ограниченным перечнем покрываемых типов продуктов. Оба блока мероприятий в паспорте не представлены.

Ключевым инструментом обеспечения регулярной физической активности населения является создание условий для движения в повседневной жизни: на маршрутах дом-работа и дом-школа (создание безопасных пешеходных маршрутов, велодорожек и велопрокатов, стимулирование выбора общественного транспорта), детских площадок и спортплощадок для взрослых во дворах и парках, предоставления возможностей для активного проведения перерывов во время учебы и на рабочих местах. В противовес этим принципам федеральный проект «Спорт – норма жизни» практически полностью ориентирован на повышение формального охвата населения спортивной инфраструктурой и официальными физкультурными мероприятиями и не может быть признан соответствующим задачам в области сердечно-сосудистого здоровья населения [121]. Мероприятия по развитию городской среды будут осуществляться в рамках комплексного федерального проекта «Формирование комфортной городской среды», но вне привязки к целям по повышению повседневной активности [122].

Наиболее хорошо знакомым механизмом развития определенной области медицинской помощи для отечественной системы здравоохранения являются

вложения в основные фонды. Обновление материально-технического оснащения профильных медицинских организаций является центральной составляющей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [10]. Возможные риски нерегулярного обновления оборудования основных фондов и низкого качества планирования крупномасштабных инвестиций в сфере здравоохранения носят общий характер и не являются специфическими для оказания помощи для структур оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Общим решением данных проблем может стать пересмотр порядка финансирования капитальных расходов медицинских организаций с расширением состава капитальных расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи, что позволит учреждениям здравоохранения самостоятельно принимать решения о темпах обновления оборудования.

Мероприятия по преодолению дефицита врачей первичного контакта и врачей-специалистов приоритетных профилей запланированы в рамках федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». Паспорт проекта не устанавливает выделенных целей и мероприятий по ликвидации дефицита врачей конкретных специальностей, однако включает первичную медико-санитарную помощь и помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях в число ключевых дефицитных профилей медицинской помощи, по которым будет осуществляться профессиональная переподготовка врачей профицитных специальностей (5 тыс. человек ежегодно) [123]. Отсутствие конкретных целей по преодолению дефицита отдельных специальностей создает риски недостаточного кадрового обеспечения. Кроме того, мероприятия проекта не учитывают возможную необходимость расширения профессиональной подготовки врачей по приоритетным областям (раннее выявление и содействие преодолению негативных факторов образа жизни, ведение больных с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и после перенесенных операций на сосудах).

Мероприятия по актуализации и внедрению профильных клинических рекомендаций отнесены к проекту «Национальные медицинские исследовательские центры». Необходимо отметить, что в отличие от аналогичного проекта в отношении онкологических заболеваний внедрение клинических рекомендаций по кардиологическому профилю не предусматривает использования клинических

рекомендаций для формирования тарифов, что может привести к фактическому недофинансированию новых технологий [124].

Важным инструментом улучшения контроля над процессами оказания медицинской помощи станет объединение в составе федерального регистра сердечно-сосудистых заболеваний данных о лечении профильных больных на всех уровнях: от первичного звена до национальных медицинских исследовательских центров, и организации НМИЦ удаленных консультаций для профильных медицинских организаций субъектов РФ. Выявленная информация о повторяющихся нарушениях станет основой для разработки НМИЦ новых образовательных модулей по выявленным проблемным зонам. Следует отметить, что в отличие от аналогичного регистра для онкобольных сроки создания единого регистра сердечно-сосудистых заболеваний официально не установлены [125].

Мероприятия по расширению охвата населения диспансеризацией и профилактическими осмотрами, диспансерными наблюдениями, работой центров здоровья, кабинетов медицинской профилактики и школ пациентов будут осуществляться в рамках проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Следует отметить, что соответствующий федеральный проект не выделяет сердечно-сосудистые заболевания в качестве самостоятельного приоритета. Кроме того, не определено, за счет каких ресурсов будет достигнуто почти двукратное увеличение доли граждан, прошедших профилактические осмотры (с 39,7 до 70% населения), в условиях перегруженного первичного звена. Более целесообразным представляется связать расширение охвата профилактическими осмотрами с темпами сокращения дефицита первичного звена и обеспечения приемлемого качества диспансеризации по результатам контрольных проверок [126].

В структуре вторичной и третичной профилактики ключевой проблемой остается отсутствие государственных гарантий лекарственного обеспечения амбулаторных больных, находящихся на диспансерном учете. В проекте федерального бюджета на 2020 г. и плановый период 2021-2022 гг. предусмотрена выделенная строка расходов на организацию пилотного проекта по лекарственному обеспечению больных перенесших медицинские вмешательства в связи с острыми коронарными событиями [118], однако аналогичные инициативы в отношении лекарственного обеспечения иных лиц из групп риска (понижение артериального давления и уровня холестерина в крови, поддержка отказа от курения и алкоголя) отсутствуют.

В целом, следует ожидать, что реализация утвержденной программы действий приведет к дальнейшему снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за счет расширения доступности ВМП и продолжающихся эффектов ранее утвержденных жестких антитабачной и антиалкогольной политик. Тем не менее, отказ от активной работы с образом жизни населения не позволит достичь радикального сокращения потерь.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»
2. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. протоколом заседания президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам от 24 декабря 2018 года № 16)
3. Росстат. Смертность населения по причинам смерти в 2018 году. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo24-2.xls (дата обращения 29.09.2019)
4. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2017 году` 2018: Стат. справочник/ Минздрав России. – М., 2018. – 264 с.
5. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»
6. Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/> (дата обращения 15.10.2019)
7. OECD.Stat. – URL: <https://stats.oecd.org/> (дата обращения 24.09.2019)
8. World Health Organization. ICD-10 Version: 2016. – URL: <https://icd.who.int/browse10/2016/en> (дата обращения 05.09.2019)
9. Приказ Минздрава Российской Федерации от 27 мая 1997 года № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра»
10. Паспорт федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (утв. проектным комитетом по национальному проекту «Здравоохранение», протокол от 14 декабря 2018 г., № 3)
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 года № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»
12. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (дата обращения 05.09.2019)
13. Mensah G.A., Wei G.S., Sorlie P.D. et al. Decline in Cardiovascular Mortality: Possible Causes and Implications // *Circulation Research*. – 2017. – Vol. 120. – No. 2. – Pp. 366–380.
14. World Health Organization. European Health Information Gateway. – URL: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> (дата обращения 25.10.2019)
15. Концевая А.В., Драпкина О.М., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Суворова Е.И., & Худяков М.Б. Экономический ущерб сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 году // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. – 2018. – № 14 (2). – С. 156-166.
16. Dagenais G.R., Leong D.P., Rangarajan S. et al. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. – URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32007-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32007-0/fulltext) (дата обращения 28.09.2019)
17. OECD. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care. Paris: OECD Publishing, 2015. – 177 p.
18. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Опыт борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России // *Аналитический вестник Совета Федерации*. – 2015. – № 44 (597). – С. 4-8.
19. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 года № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

20. Jousilahti P., Laatikainen T., Salomaa V., Pietila A., Vartiainen E., Puska, P. 40-Year CHD Mortality Trends and the Role of Risk Factors in Mortality Decline // *Global Heart*. – 2016. – Vol. 11. – No. 2. – Pp. 207–212.
21. Bandosz P., O’Flaherty M., Drygas W., Rutkowski M., Koziarek J., Wyrzykowski B., Bennett L., Zdrojewsky T., Capewell S. Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study // *British Medical Journal*. - 2012. - No. 344. - P. 8136.
22. Bruthans J., Cifkova R., Lanska V., O’Flaherty M., Critchley J. A., Holub J., Jansky P., Zvařova J., Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in the Czech Republic between 1985 and 2007 // *European Journal of Preventive Cardiology*. - 2012. - Vol. 21. No. 7. - Pp. 829–839.
23. Psota M., Bandosz P., Goncalvesova E. et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality rates in the Slovak Republic between 1993-2008 // *PLoS One*. - 2018. - Vol. 13. - No. 1.
24. WHO. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. – URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44815/9789241564434_eng.pdf (дата обращения 20.09.2019)
25. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarette Smoking. – URL: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm (дата обращения 20.09.2019).
26. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014
27. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017.
28. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2017. – 216 p.
29. Богданов М.Б., Лебедев Д.В. Структура и динамика курения в России в 1994-2016 гг. // *Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ*. – 2018. – № 8. – С.149-171.
30. ВЦИОМ. Курить или не курить: мониторинг. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115711> (дата обращения 20.09.2019)
31. ВОЗ. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. – URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf (дата обращения 20.09.2019)
32. Распоряжение Правительства РФ от 23 сентября 2010 года № 1563-р «О Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы»
33. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»
34. Иванова А. Почему производители сигарет хотят сделать будущее бездымным // *Ведомости*. - URL: <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2018/11/06/785714-buduschee-bezdimnim> (дата обращения 15.10.2019)
35. Соловьева О. Каждая десятая пачка сигарет - контрафакт. - URL: http://www.ng.ru/economics/2019-04-23/4_7564_smoke.html (дата обращения 15.10.2019)
36. Перцева Е. Минздрав предложил индексацию акцизов на алкоголь и сигареты // *Известия*, 2018. - URL: <https://iz.ru/746979/evgeniia-pertceva/minzdrav-predlozhi-indeksaciiu-aktizov-na-alkogol-i-sigarety> (дата обращения 15.10.2019)
37. Ивушкина А. Минфин забраковал антитабачную концепцию // *Известия*, 2017. – URL: <https://iz.ru/news/658487> (дата обращения 14.09.2019)
38. Доля нелегальных сигарет в России выросла в три раза. – URL: <https://lenta.ru/news/2013/12/06/sigi/> (дата обращения 16.09.2019)

39. Эксперты оценили в 70 млрд руб. потери бюджета из-за нелегальных сигарет. – URL: <https://www.rbc.ru/business/23/04/2019/5cbecab39a7947a519bf939d> (дата обращения 16.09.2019)
40. Путин запретил резко повышать акцизы на табак и алкоголь. – URL: <https://lenta.ru/news/2013/07/30/against/> (дата обращения 16.09.2019)
41. Медведев предложил заморозить акцизы на алкоголь и табак. – URL: <https://lenta.ru/news/2013/10/16/frozen/> (дата обращения 16.09.2019)
42. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 5 августа 2000 г. № 117-ФЗ
43. Минфин рассмотрит вопрос введения минимальных единых цен на сигареты. – URL: <https://www.rbc.ru/business/31/07/2017/597f51559a7947a1881b7655> (дата обращения 16.09.2019)
44. Перцева Е. Минздрав сделает сигареты дороже. – URL: <https://iz.ru/675088/evgeniia-pertceva/minzdrav-sdelat-sigarety-dorozhe> (дата обращения 16.09.2019)
45. Клинические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых» (утв. Минздравом России)
46. Постановление Правительства РФ от 10 декабря 2018 года № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»
47. Табак вне закона: как Минздрав планирует бороться с курением до 2022 года. – URL: <https://www.rbc.ru/society/09/01/2017/5873a0a29a794723f1cfe269> (дата обращения 14.09.2019)
48. СМИ узнали о критике Минэкономразвития антитабачной концепции Минздрава. – URL: <https://www.rbc.ru/rbcfreenews/58859c159a79477380151bc4> (дата обращения 14.09.2019)
49. Piano M.R. Alcohol's Effects on the Cardiovascular System // Alcohol Research. - 2017. - Vol. 38. - Iss. 2. - Pp. 219-241.
50. NHS. Moderate drinking may reduce heart disease risk. - URL: <https://www.nhs.uk/news/heart-and-lungs/moderate-drinking-may-reduce-heart-disease-risk/> (дата обращения 09.10.2019)
51. American Heart Association. Alcohol and Heart Health. - URL: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/nutrition-basics/alcohol-and-heart-health> (дата обращения 09.10.2019)
52. Васильев А.П., Стрельцова Н.Н. Алкоголь и сердце // Русский медицинский журнал. - 2018. - № 1 (II). - С. 82-85.
53. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf> (дата обращения 24.09.2019)
54. World Health Organization. Alcohol Policy Impact Case Study 2019. The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. - URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328167/9789289054379-eng.pdf> (дата обращения 21.10.2019)
55. РИА Новости. Эксперты назвали регионы с эффективной антиалкогольной политикой. - URL: <https://ria.ru/20180911/1528272231.html> (дата обращения 07.10.2019)
56. Комитет Госдумы одобрил запрет продажи алкоголя в маленьких кафе в многоквартирных домах / ТАСС, 2019. – URL: <https://tass.ru/ekonomika/6897956> (дата обращения 18.10.2019)
57. РИА Новости. Закон о продаже алкоголя с 21 года примут в течение года, считает Скворцова. - URL: <https://ria.ru/20190905/1558326707.html> (дата обращения 07.10.2019)
58. РИА Новости. Минфин допустил повышение возраста для покупки алкоголя до 21 года. - URL: <https://ria.ru/20190715/1556542847.html> (дата обращения 07.10.2019)

59. Temple N.J. Fat, Sugar, Whole Grains and Heart Disease: 50 Years of Confusion // Fat, Sugar, Whole Grains and Heart Disease: 50 Years of Confusion // *Nutrients*. – 2018. – Vol. 10. – No. 1. – P. 39.
60. American Heart Association. Saturated Fat. – URL: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/fats/saturated-fats> (дата обращения 11.10.2019)
61. World Health Organization. Healthy diet. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> (дата обращения 11.10.2019)
62. Yang Q., Zhang Z., Gregg E.W., Flanders W.D., Merritt R., Hu F.B. Added Sugar Intake and Cardiovascular Diseases Mortality Among US Adults // *JAMA Internal Medicine*. – 2014. – Vol. 174. – No. 4. – Pp. 516–524.
63. World Health Organization. Salt Reduction. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction> (дата обращения 11.10.2019)
64. Heart Foundation. Meat&Heart Healthy Eating. – URL: https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/Nutrition_Position_Statement_-_MEAT_v.2.pdf (дата обращения 11.10.2019)
65. O'Connor L.E., Kim J.E., Campbel W.W. Total red meat intake of 0.5 servings/d does not negatively influence cardiovascular disease risk factors: a systemically searched meta-analysis of randomized controlled trials // *The American journal of clinical nutrition*. – 2017. – Vol. 105. – No. 1. – Pp. 57-69.
66. Zeraatkar D., Han M.A., Guyatt G.H., et al. Red and Processed Meat Consumption and Risk for All-Cause Mortality and Cardiometabolic Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies. – URL: <https://annals.org/aim/fullarticle/2752320/red-processed-meat-consumption-risk-all-cause-mortality-cardiometabolic-outcomes> (дата обращения 11.10.2019)
67. Johnson B.C., Aeraatkar D., Han M.A. et al. Unprocessed Red Meat and Processed Meat Consumption: Dietary Guideline Recommendations From the Nutritional Recommendations (NutriRECS) Consortium. – URL: <https://annals.org/aim/fullarticle/2752328/unprocessed-red-meat-processed-meat-consumption-dietary-guideline-recommendations-from> (дата обращения 11.10.2019)
68. Ortega F.B., Lavie C.J., Blair S.N. Obesity and Cardiovascular Disease // *Circulation Research*. – 2016. – Vol. 118. – No. 11. – Pp. 1752-1770.
69. World Health Organization. Healthy diet. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> (дата обращения 11.10.2019)
70. Pomerleau J., Lock K., McKee M. The burden of cardiovascular disease and cancer attributable to low fruit and vegetable intake in the European Union: differences between old and new Member States // *Public Health Nutrition*. – 2005. – Vol. 9. – No. 5. – Pp. 575-583.
71. Максикова Т.М., Калягин А.Н., Толстов П.В. Избыточное потребление поваренной соли: эпидемиологическое значение и стратегии управления // *ОргЗдрав. Вестник ВШОУЗ*. – 2019. – Т.5. – № 1. – С. 38-57.
72. Роспотребнадзор обнаружил чрезмерное потребление жира у 95% россиян / Интерфакс, 2014. – URL: <https://www.interfax.ru/russia/382670> (дата обращения 21.10.2019)
73. Powles J., Fahami S., Micha R. et al. Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide // *BMJ Open*. – 2013. – No. 3
74. Приказ Минздрава России от 19 августа 2016 года № 614 «Об утверждении рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания»
75. РИА Новости. Росстат рассказал, как за 40 лет изменился рацион россиян. – URL: <https://ria.ru/20190816/1557557075.html> (дата обращения 10.10.2019)
76. Russia Today. Названы регионы России с наибольшим потреблением овощей и фруктов. – URL: <https://russian.rt.com/russia/news/673145-regiony-potreblenie-ovoschi-frukty> (дата обращения 11.10.2019)
77. Шевченко Р. Более половины мужчин и женщин в России имеют избыточный вес / *Медвестник*, 2019. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Bolee-poloviny-mujchin-i-jenshin-v-Rossii-imeut-izbytochnyi-ves.html> (дата обращения 21.10.2019)

78. Vartianen E. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland // *Global cardiology science & practice*. – 2018. - Vol. 2. - No. 13. - Pp. 1-9.
79. Baril G. The North Karelia Project in Finland: A societal shift favouring healthy lifestyles / Institut national de sante publique du Quebec, 2013. – URL: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1624_NorthkareliaProjectFinland.pdf (дата обращения: 11.10.2019)
80. Puska P., Salonen J., Nissinen A., Tuomilehto J. The North Karelia project // *Preventive Medicine*. - 1983. - Vol. 12. - No. 1. - Pp. 191–195.
81. Sadler K, Nicholson S, Steer T, et al. National diet and nutrition survey—assessment of dietary sodium in adults (aged 19 to 64 years) in England, 2011: a survey carried out on behalf of the Department of Health. London: NatCen Social Research, University College London, MRC Human Nutrition Research, 2012. – URL: http://media.dh.gov.uk/network/261/files/2012/06/Sodium-Survey-England-2011_Text_to-DH_FINAL1.pdf (дата обращения 11.10.2019)
82. OECD Obesity Update 2017. - URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf> (дата обращения 04.10.2019)
83. МР 2.3.0122-18 «Цветовая индикация на маркировке пищевой продукции в целях информирования потребителей» (утв. Роспотребнадзором 28 февраля 2018 г.)
84. Перцева Е. Полоса неедения: готов ГОСТ для маркировки продуктов «светофором». - URL: <https://iz.ru/888776/evgeniia-pertceva/polosa-needeniia-gotov-gost-dlia-markirovki-produktov-svetoфорom>
85. Скрынник И., Стеркин Ф. Минфин предложил акциз на сладкие напитки. - URL: <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2016/08/31/655062-aktsiz-sladkie-napitki> (дата обращения 15.10.2019)
86. World Health Organization. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250131/9789241511247-eng.pdf> (дата обращения 22.10.2019)
87. Перцева Е. Налог на сладкое: колу разбавят акцизом. - URL: <https://iz.ru/809937/evgeniia-pertceva/nalog-na-sladkoe-kolu-razbaviat-aktcizom> (дата обращения 15.10.2019)
88. Мануйлова А., Полухин А. У газировки акциз не сахар // *Коммерсантъ*. - 2019. - № 140. - С. 10.
89. WHO. Physical activity. - URL: <https://www.who.int/health-topics/physical-activity> (дата обращения 30.09.2019)
90. ВОЗ. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. - URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789244599976_rus.pdf (дата обращения 04.10.2019)
91. Приказ Росстата от 27 марта 2019 года № 172 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством спорта Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере физической культуры и спорта»
92. Let's Move! - URL: <https://letsmove.obamawhitehouse.archives.gov/> (дата обращения 30.09.2019)
93. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? // *Journal of the American Medical Association*. – 1988. – Vol. 260. – No. 12. – Pp. 1743–1748.
94. Паспорт федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» (утв. проектным комитетом по национальному проекту «Демография», протокол от 14 декабря 2018 г., № 3)
95. Коголовский В. ГЧП: сердечное согласие? / *Медвестник*, 2018. – URL: <https://medvestnik.ru/content/articles/GChP-serdechnoe-soglasie.html> (дата обращения 23.10.2019)

96. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
97. Министерство здравоохранения РФ. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I Часть Медицинские кадры. М., 2019. - 281 с.
98. Яковлева Т.В., Вергазова Э.К. Развитие системы профилактики инфекционных заболеваний в Российской Федерации / Выступление на конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» 11 мая 2016 г. – URL: https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Yakovleva_Vergazova_Razvitie_sistemy_profNIZ.pdf (дата обращения 19.10.2019)
99. Бойцов С.А. Реалии и перспективы дистанционного мониторинга артериального давления у больных артериальной гипертензией // Терапевтический архив. - 2018. - № 1. - С. 4-8.
100. Гончарова О. Нам очень повезло, что министру здравоохранения близка тема сердечно-сосудистых заболеваний / Vademecum, 2016. - URL: https://vademec.ru/article/nam_ochen_povezlo-_chto_ministru_zdravookhraneniya_blizka_tema_serdechno-sosudistyx_zabolevaniy/
101. Базылев В.В., Шутов Д.Б., Асташкин А.Ф., Черногринов А.Е. Организационные основы повышения доступности кардиохирургической помощи населению на примере Пензенской области // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 5. - С. 19-25.
102. Доронина Л.А., Панова И.Ю. Оценка качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией и приверженности их к лечению // Практическая медицина. - 2018. - Т. 16. - № 9. - URL: <http://pmarchive.ru/ocenka-kachestva-medicinskoj-pomoshhi-pacientam-s-arterialnoj-gipertoniej-i-priverzhennosti-ix-k-lecheniyu/> (дата обращения 23.10.2019)
103. Загребельный А.В., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М. и др. Анализ назначения дезагрегантной терапии врачами амбулаторно-поликлинического звена больным, перенесшим острый инфаркт миокарда и/или коронарную ангиопластику с имплантацией стента в рамках амбулаторного регистра РЕКВАЗА // Клиницист. - 2015. - Т. 9. - № 3. - С. 34-39.
104. Томилова Д.И., Карпов Ю.А., Лопухова В.В. Долгосрочная приверженность терапии статинами после планового коронарного стентирования при стабильной стенокардии // Кардиология. - 2018. - № 58 (5). - С. 65-71.
105. Naderi S.H., Bestwick J.P., Wald D.S. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients // The American Journal of Medicine. - 2012. - Vol. 125. - No. 9. - Pp. 882–887.
106. Ефанов А.Ю., Петров И.М., Петрова Ю.А. и др. Приверженность к лечению и эффективность антигипертензивной терапии среди больных артериальной гипертензией в Тюменской области // Российский кардиологический журнал. - 2018. - № 4. - С. 43-48.
107. Кужелева Е.А., Борель К.Н., Гарганеева А.А. Низкая приверженность лечению после перенесенного инфаркта миокарда: причины и способы коррекции с учетом психоэмоционального состояния пациентов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2016. - № 12 (3).
108. Leslie K.H., McCowan C., Pell J.P. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews // Journal of Public Health. - 2019. - Vol. 41. - Iss. 1. - Pp. 84–94.
109. Сорокина К. Эксперимент по лекарственному возмещению в Кировской области: первые итоги. Часть 1. - URL: <https://lekoboz.ru/farmrynok/pilotnyj-proekt-po-lekarstvennomu-vozmeshcheniyu-v-kirovskoj-oblasti-pervye-itogi> (дата обращения 18.10.2019)
110. Заседание Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан. - URL: <http://government.ru/news/20196/> (дата обращения 18.10.2019)
111. Мальшева Е. Бесплатных лекарств не будет. - URL: <https://www.gazeta.ru/business/2016/05/18/8251085.shtml> (дата обращения 18.10.2019)
112. Коберник О. Двойной удар // Фармацевтический вестник. - 2016. - № 3.

113. Коберник О. Омская область возобновляет программу бесплатного обеспечения лекарствами после стентирования. - URL: <https://pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/omsckaja-oblastj-vozobnovljaet-programmu.html> (дата обращения 18.10.2019)
114. Петербуржцев после инфарктов и операций на сердце будут год лечить бесплатными лекарствами. - URL: <http://doctorpiter.ru/articles/20509/> (дата обращения 18.10.2019)
115. Михалева Н. Жителям Прикамья с сердечно-сосудистыми заболеваниями начали выдавать бесплатные лекарства. - URL: <https://59.ru/text/health/66174241/> (дата обращения 19.10.2019)
116. Брифинг Вероники Скворцовой по завершении заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан. - URL: http://government.ru/dep_news/20206/ (дата обращения 18.10.2019).
117. Малышева Е. «Пилот» пролетит мимо сердца. - URL: <https://www.gazeta.ru/business/2016/11/17/10340069.shtml?updated> (дата обращения 18.10.2019)
118. Проект федерального закона «О федеральном бюджете на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». - URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/802503-7> (дата обращения 18.10.2019)
119. Мануйлова А. Лекарствам подбирают страховую форму // Коммерсантъ. - 2019. - № 167. - С. 2.
120. Мануйлова А. Первые лекарства по страховке в бюджете // Коммерсантъ. - 2019. - № 177. - С. 2.
121. Паспорт федерального проекта «Спорт – норма жизни» (утв. проектным комитетом по национальному проекту «Демография», протокол от 14 декабря 2018 г., № 3)
122. Паспорт федерального проекта «Формирование комфортной городской среды» (утв. протоколом заседания проектного комитета по национальному проекту «Жилье и городская среда» от 21 декабря 2018 года № 3)
123. Паспорт федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» (утв. протоколом заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 года № 3)
124. Паспорт федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» (утв. проектным комитетом по национальному проекту «Здравоохранение», протокол от 14 декабря 2018 г., № 3)
125. РИА Новости. В России создадут единый регистр сердечно-сосудистых и онкозаболеваний. - URL: <https://ria.ru/20190425/1553047256.html> (дата обращения 05.09.2019)
Паспорт федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (утв. проектным комитетом по национальному проекту «Здравоохранение», протокол от 14 декабря 2018 г., № 3)